



BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 2/90/2014



**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.: 83 342 86 28; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oiqipbp@poczta.onet.pl
www.oiqip-bp.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 Czekieli
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.....	14
 Informacje.....	19
 Dział prawny.....	23
 Kształcenie podyplomowe.....	26
 Referaty.....	30
 Z żałobnej karty.....	35

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

*Ciągle jeszcze istnieją wśród nas anioły.
Nie mają wprowadzić żadnych skrzydeł,
lecz ich serce jest bezpiecznym portem dla wszystkich, którzy są w potrzebie.*

Phil Bosmans

Szanowni Państwo,

Każdego roku Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej obchodzone są pod innym hasłem. Ich przesłanie jest jednak zawsze takie samo - zwrócenie uwagi na **problemy zdrowotne** ludności oraz **na rolę pielęgniarek**, pielęgniarzy i położnych w zapewnieniu dostępu do opieki medycznej i profilaktyki.



Tegoroczne hasło Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, które ogłosiła Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ICN, brzmi: *A force for change - A vital resource for health*, czyli: „**Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian, kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia**”.

To bardzo ważne przesłanie. Wskazuje ono na istotną rolę naszego środowiska zawodowego w realizacji celów opieki zdrowotnej. Są nimi: poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, a w konsekwencji – poprawa jakości życia.

Nawiązując do tego hasła, należy podkreślić, że pielęgniarki i położne aktywnie uczestniczą w działaniach na rzecz poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia - przede wszystkim w tych, które są związane z poszerzeniem naszych uprawnień i kompetencji zawodowych.

Dynamiczny rozwój medycyny powoduje konieczność realizowania przez osoby wykonujące zawody medyczne, nowych ról i zadań w procesach diagnostyczno -terapeutycznych. Zmiany, które wymagają podejmowania stałego wysiłku na rzecz doskonalenia wiedzy medycznej i praktycznych umiejętności, powodują jednocześnie, że nasza rola w systemie ochrony zdrowia staje się rolą kluczową.

Z okazji obchodzonych w maju naszych świąt, jeszcze raz, składam Wam Koleżanki i Koledzy wyrazy głębokiego uznania i serdecznie dziękuję za to, że każdego dnia otaczacie swoich pacjentów profesjonalną, troskliwą opieką. Pragnę szczególnie podziękować za wrażliwość i zrozumienie, za trud codziennej, niezwykle odpowiedzialnej pracy.

Życzę wszystkim, aby mogli realizować swoje marzenia i cele życiowe, aby codzienny wysiłek był doceniany, a praca na rzecz ludzi chorych budziła dumę i satysfakcję. Bądźmy dobrzy dla siebie nawzajem, uwierzmy we własne siły, wówczas łatwiej będzie dostrzec drugiego człowieka. Nauczmy się cieszyć życiem i dostrzegać jego uroki. Trwają urlopy, wakacje, czas relaksu i wyciszenia. Niech lato sprzyja wypoczynkowi. Niech będzie to czas na zebranie sił do dalszej pracy.

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

LATO W PEŁNI

*Nieubłaganie płynie czas
Słońce mocno grzeje
Lato radośnie się śmieje
Na fono natury zaprasza nas*

*Płactwo szczebiocze wesoło
Z drzewa na drzewo przelatuje
Złociste promienie wkoło
Gil i słowik koncertuje*

*Obfite w deszcz to lato
Wiatr i oślepiające słońce
Wszyscy kochają go za to
że jest złociste i gorące*

*Jakie tajemnice las chowa
wie tylko mądra sowa
Rydz wygląda spod mchu
Prawdziwek też rośnie tu*

*Leśne polany i zagajniki
w blasku słońca się mieniają
niczym magiczne ogniki
Wabią swą soczystą zielenią*

*Piękno i bogactwo przyrody
To dar od losu wyjątkowy
Źródło wrażeń Krajobrazy
budzą szacunek dla sił natury*

Maria Rudnicka



KALENDARIUM OIPiP



24.03.2014r.	Szkolenie organizowane przez firmę Pelargos we współpracy z OIPiP nt: „Wprowadzanie pokarmów uzupełniających do diety niemowlęcia”.
26.03.2014r.	Kontrola Okręgowej Komisji Rewizyjnej przez Naczelną Komisję Rewizyjną.
27.03.2014r.	Posiedzenie Komisji do spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
1.04.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów.
7.04.2014r.	Posiedzenie Komisji do spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
8.04.2014r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
14.04.2014r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
24.04.2014r.	Szkolenie organizowane przez firmę Salts Healthcare we współpracy z OIPiP nt: „Zaopatrzenie stomii u dzieci. Nowości w sprzęcie stomijnym.”
5.05.2014r.	Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dania Położnej organizowana przez Zarząd Krajowy OZZPiP – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP.
15.05.2014r.	Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dania Położnej organizowana przez ORPiP w Białej Podlaskiej nt. „Pielęgniarki: siłą na rzecz zmian kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia” w Międzyrzeczu Podlaskim.
23.05.2014r.	Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dania Położnej organizowana przez ORPiP w Chełmie - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP
27.05.2014r.	Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dania Położnej organizowana przez ORPiP w Siedlcach- uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP oraz Grażyna Papińska Skarbnik ORPiP.
28.05.2014r.	Spotkanie Przewodniczącej i Sekretarza ORPiP w Białej Podlaskiej z Dyrektorem Domu Pomocy Społecznej w Konstancynie Zofią Król.
29.05.2014r.	Szkolenie organizowane przez firmę Pelargos we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej nt. „Alergia i nietolerancje pokarmowe u niemowląt, Pielęgnacja skóry oraz suplementacja diety noworodków i niemowląt, Karmienie alternatywne bezpieczne dla karmienia piersią. Jakże akcesoria nie zaburzają odruchu ssania u noworodków i niemowląt”.
30.05.2014r.	Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dania Położnej organizowana przez ORPiP w Zamościu - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP oraz Danuta Pawlik Sekretarz ORPiP.
3.06.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów.
25.06.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów.
30.06.2014r.	Udział przedstawiciela ORPiP w Białej Podlaskiej Danuty Pawlik w egzaminie kursu specjalistycznego – Szczepienia ochronne.
1.07.2014r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej.



UCHWAŁY ORPiP

Uchwały podjęte podczas posiedzeń ORPiP i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp.	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 130/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 marca 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
2.	Uchwała Nr 131/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 marca 2014r. w sprawie sfinansowania kosztów konferencji z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.
3.	Uchwała Nr 132/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 marca 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
4.	Uchwała Nr 133/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 marca 2014r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
5.	Uchwała Nr 134/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 marca 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
6.	Uchwała Nr 135/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 marca 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
7.	Uchwała Nr 137/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 marca 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
8.	Uchwała Nr 138/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
9.	Uchwała Nr 139/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia
10.	Uchwała Nr 140/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
11.	Uchwała Nr 141/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
12.	Uchwała Nr 142/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
13.	Uchwała nr 143/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie przyjęcia programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

BIULETYN INFORMACYJNY NR 2/90/2014

14.	Uchwała Nr 144/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
15.	Uchwała Nr 145/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
16.	Uchwała Nr 146/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
17.	Uchwała Nr 147/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
18.	Uchwała nr 148/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 kwietnia 2014r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego.
19.	Uchwała Nr 79/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 maja 2014r w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
20.	Uchwała Nr 80/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 maja 2014r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
21.	Uchwała Nr 149/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r zmieniająca uchwałę w sprawie ukonstytuowania się Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
22.	Uchwała Nr 150/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r zmieniająca uchwałę w sprawie wyboru Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
23.	Uchwała Nr 151/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
24.	Uchwała Nr 152/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego.
25.	Uchwała Nr 153/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
26.	Uchwała Nr 154/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
27.	Uchwała Nr 155/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
28.	Uchwała Nr 156/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
29.	Uchwała Nr 157/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie odmowy przyznania zapomogi losowej.
30.	Uchwała Nr 158/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 1 lipca 2014r. w sprawie podjęcia czynności związanych z nadaniem sztandaru Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

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

- 14 uchwał w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu.
- 4 uchwały dotyczące wpisu do rejestru pielęgniarek i 1 uchwała dotycząca wpisu do rejestru położnych.
- 5 uchwał dotyczących skreślenia z rejestru pielęgniarek i 1 uchwała dotycząca kreślenia z rejestru położnych.
- 1 uchwała dotycząca wydania nowego dokumentu Prawa Wykonywania Pielęgniarki.
- 1 uchwałę zmieniającą uchwałę w sprawie wymiany zaświadczenia Prawa Wykonywania Zawodu Położnej.

*Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP*

**Stanowisko nr 2
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
z dnia 1 lipca 2014r.**

w sprawie: publikowania w mediach niewłaściwego i nieprawdziwego wizerunku pielęgniarki i położnej oraz wykorzystywania symboli tych zawodów do celów reklamowych

Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej kierują apel do mediów komercyjnych o wnikliwe analizowanie publikacji, fotografii, grafiki celem wyeliminowania obrazów i treści godzących w godność zawodową pielęgniarki i położnej.

Uzasadnienie:

Pielęgniarstwo to zawód zaufania publicznego, profesja, której cechą jest systematyczne korzystanie z wiedzy naukowej, dobra praktyka oraz wartości etyczne, na które się powołuje. Współczesne pielęgniarstwo stawia przed osobami wykonującymi ten zawód wymóg stałego poszerzania kompetencji zawodowych, co zarazem zwiększa zakres ich odpowiedzialności.

Wszechobecne we współczesnym świecie radio, telewizja, prasa, Internet przekazują informacje na podstawie, których społeczeństwo często wyrabia sobie zdanie na określone tematy. Media bezpośrednio nie mają wpływu na pozycję pielęgniarek i położnych, jednak kreowany przez nie wizerunek nie wpływa pozytywnie na ich status zawodowy.

Poziom wykształcenia, profesjonalizm, uczciwość i rzetelność zawodowa to cechy dzięki, którym pielęgniarki/położne zyskują uznanie pacjentów.

Zaburzenie właściwej relacji pielęgniarka/położna – pacjent może wpłynąć na zakłócenie współpracy z pacjentami.

Sekretarz
Danuta Pawlik

Przewodnicząca
Elżbieta Celmer vel Domańska

XXVIII OKRĘGOWY ZJAZD PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

W dniu 21 marca 2014r. w Sali Konferencyjnej Warsztatów Zespołu Szkół Zawodowych nr 1 w Białej Podlaskiej o godz. 11:00 Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przywitała zebranych delegatów dokonując formalnego otwarcia obrad XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Delegaci wyłonili asesorów do liczenia głosów w głosowaniu jawnym w składzie: Joanna Stipura, Małgorzata Maciuk, Barbara Gromysz.

W głosowaniu powołano Komisję Mandatową w składzie: Barbara Cydejko, Mirosława Staniszevska, Joanna Wojciechowska.

Odczytany został protokół Komisji Mandatowej: na ogólną liczbę 72 delegatów, obecnych na Zjeździe jest 48 osób, co stanowi 66,6 % ogółu delegatów. W związku z powyższym Zjazd jest prawomocny i może dokonywać wyborów oraz podejmować uchwały.

Następnie przystąpiono do wyboru Prezydium Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych. Na Przewodniczącą została wybrana Teresa Samoszuk, na wiceprzewodniczącą Jolantę Gregor, na sekretarza Danutę Pawlik, protokolanta Annę Olisiejuk. W głosowaniu delegaci zaakceptowali wybór Prezydium Zjazdu.

Przystąpiono do wyboru Komisję Uchwał i Wniosków w składzie: Małgorzata Chwedoruk, Anna Jakubiuk, Bożena Nowkowska.

Kolejnym głosowaniem Delegaci przyjęli ze zgłoszoną poprawką po-rządkiem obrad Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

W głosowaniu nad Uchwałą Nr 1 zatwierdzono sprawozdania z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Delegaci nie zgłosili uwag do sprawozdania finansowego z wykonania planu finansowego za rok 2013 i przystąpiono do kolejnych głosowań nad Uchwałą Nr 2 zatwierdzającą sprawozdanie budżetowe za rok 2013. W kolejnym głosowaniu pojęto Uchwałę nr 3 w sprawie uchwalenia planu budżetowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2014 i prowizorium budżetowego na I kwartał 2015r.

Przewodnicząca Komisji Uwał i Wniosków odczytała 10 wniosków złożonych przez Delegatów Zjazdu. Przyjęto wnioski w sprawie:

- zmiany programów kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek i położnych
- zmiany zasad liczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
- umożliwienia kontraktowania świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej wyłącznie przez pielęgniarki i zakłady pielęgniarskie.
- opracowania zakresu kompetencji pielęgniarki/położnej w związku z ukończoną formą kształcenia podyplomowego.
- zwiększenia stawki za osobodzień w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.
- zwiększenia stawki kapitacyjnej na pacjenta w opiece środowiskowej oraz zmniejszenia liczby pacjentów przypadających na pielęgniarkę w środowisku miejskim do 1500 i w środowisku wiejskim do 1000
- zmian i rozszerzenia „Karty czynności wykonywanych przez pielęgniarkę w opiece długoterminowej domowej”.
- przydzielenia środków finansowych pielęgniarkom szkolnym na opiekę medyczną, wykonywanie badań przesiewowych dzieciom uczęszczającym do punktów przedszkolnych i przed-szkoli funkcjonujących przy placówkach nauczania i wychowania.
- zmiany zapisu § 17, ust. 2 Zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 18 grudnia 2013r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgniarskie i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
- poparcia stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Prezydium Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 lutego 2014r. w sprawie braku działań Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez pielęgniarki.

Po zrealizowaniu porządku obrad przewodnicząca XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej Teresa Samoszuk zakończyła obrady Zjazdu.

Głos zabrała Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej Elżbieta Celmer vel Domańska. Podziękowała Prezydium Zjazdu, asesorom, komisjom zjazdowym i wszystkim delegatom za uczestnictwo w Zjeździe.

/Opracowano na podstawie
protokołu z obrad XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej/

Poniżej przedstawiamy materiały zjazdowe.

Uchwała nr 1

XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdań organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Na podstawie art. 30 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038), uchwała się co następuje:

§ 1

Zatwierdza się sprawozdania z działania organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej stanowiące kolejno załączniki do niniejszej uchwały:

1. Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych /zał. 1/
2. Okręgowej Komisji Rewizyjnej /zał. 2/
3. Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych /zał. 3/
4. Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych /zał. 4/

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
Sekretarz Zjazdu Przewodnicząca Zjazdu
Danuta Pawlik Teresa Samoszuk

Uchwała nr 2

XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 marca 2014r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania budżetowego za rok 2013 .

Na podstawie art. 30 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038), uchwała się co następuje:

§ 1

Zatwierdza się sprawozdanie finansowe za rok 2013 stanowiące załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Danuta Pawlik

Przewodnicząca Zjazdu
Teresa Samoszuk

Uchwała nr 3

XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 marca 2014r.

w sprawie uchwalenia planu budżetowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2014 i prowizorium budżetowe na I kwartał 2015r.

Na podstawie art. 30 pkt 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Uchwała się budżet Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2014 w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała się prowizorium budżetowe na I kwartał 2015r. w wysokości ¼ budżetu na rok 2014.

§ 3

Upoważnia się Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do przemieszczania planowanych wydatków kosztów rodzajowych niewykorzystanych w roku kalendarzowym na rzecz wydatków - kosztów wykazujących tendencję wzrostową.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2014r.

Sekretarz Zjazdu
Danuta Pawlik

Przewodnicząca Zjazdu
Teresa Samoszuk

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
OKRĘGOWEJ RADY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ ZA ROK 2013**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, w okresie sprawozdawczym, tj. w roku 2013, realizowała swoje zadania zgodnie z zapisami ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, w szczególności poprzez:

- 1) stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu;
- 2) prowadzenie rejestrów na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039);
- 3) opiniowanie i przedstawianie wniosków w sprawie warunków wykonywania zawodów;
- 4) opiniowanie warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych;
- 5) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia zawodowego;
- 6) prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych;
- 7) przewodniczenie i uczestnictwo jego przedstawicieli w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie lub położnicze oraz na inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych, o ile odrębne przepisy przewidują taki obowiązek;
- 8) opiniowanie projektów aktów normatywnych w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej;
- 9) opiniowanie programów kształcenia zawodowego;
- 10) orzekanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej;
- 11) prowadzenie działalności edukacyjnej, naukowej lub badawczej;
- 12) udzielanie informacji na temat uznawania kwalifikacji zawodowych, uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych oraz zasad etyki zawodowej w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu;
- 13) współpracę z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo rozwojowymi w kraju i za granicą;
- 14) współpracę z organami administracji publicznej, samorządami i organiza-

cjami pielęgniarek i położnych za granicą oraz samorządem innych zawodów medycznych w kraju;

- 15) organizowanie i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek i położnych;
- 16) zarządzanie majątkiem własnym;
- 17) prowadzenie działalności wydawniczej;
- 18) uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 19) wykonywanie innych zadań określonych w odrębnych przepisach.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 5 posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. W posiedzeniach Okręgowej Rady uczestniczyły: Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Anna Kaliszuk, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – Janina Dziedzic Płanda, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych – Agnieszka Czekiel, zapraszeni byli również Pełnomocni Przedstawiciele ORPiP - Marianna Bojarczuk, Marta Jędrzejewska, Krystyna Chwalczuk.

Frekwencja członków na posiedzeniach ORPiP w ciągu 2013r. wyniosła 83,3% (załącznik nr 1). Podczas posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęto 59 uchwał. Wszystkim uchwałom nadano bieg, w realizacji pozostaje uchwała dotycząca Biuletynu Informacji Publicznej.

Uchwałą Nr 114/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. powołano Pełnomocnego Przedstawiciela ORPiP na okres VI kadencji - Krystynę Chwalczuk z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim udzielając pełnomocnictwa do reprezentowania ORPiP w swoim rejonie wyborczym.

Pomiędzy posiedzeniami Rady do działania w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej upoważnione zostało Prezydium, które w okresie sprawozdawczym spotkało się 5 razy podejmując 30 uchwał.

W posiedzeniach Prezydium uczestniczyły również przewodniczące organów samorządu zawodowego w Białej Podlaskiej.

Zaplanowane i zrealizowane zadania wynikające z ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 174, poz.1038 ze zm.) oraz z planu pracy na rok 2013 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej:

1. Prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych.

W ramach zadań przejętych od administracji państwowej samorząd m.in. prowadzi rejestr pielęgniarek i rejestr położnych. Na podstawie uchwał ORPiP i Prezydium w okresie sprawozdawczym dokonano wpisów do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych w tym:

- 17 w ramach stwierdzenia prawa wykonywania zawodu (16 pielęgniarek, 1 położna), w tym 4 wymiany prawa wykonywania zawodu;
- 29 w związku z wpisem na listę członków OIPiP w Białej Podlaskiej (20 pielęgniarek, 1 położna),
- skreślono z rejestru 5 osób, (5 pielęgniarek),
- 5 w związku z wygaśnięciem prawa wykonywania zawodu;
- 2 osoby zaprzestały wykonywania zawodu (2 pielęgniarki),
- 1 dotycząca powrotu do czynnego wykonywania zawodu pielęgniarki.

Na dzień 31 grudnia 2013 roku liczba pielęgniarek i położnych wynosi 2 248 osób, w tym: pielęgniarki - 1 893, pielęgniarze - 72, położne - 278.

Kontynuowana jest aktualizacja danych przez pielęgniarki i położne OIPiP w Białej Podlaskiej. Do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych wprowadzane są systematyczne aktualne dane dotyczące miejsca zatrudnienia członków Izby oraz podwyższenia kwalifikacji w ramach kształcenia podyplomowego.

2. Stwierdzenie kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym wydano 4 zaświadczenia do pracy w krajach Unii Europejskiej.

3. Reprezentowanie i ochrona zawodów pielęgniarki i położnej.

Na łamach Biuletynu Informacyjnego publikowaliśmy artykuły okolicznościowe, związane z tematyką zawodową oraz prewencją odpowiedzialności zawodowej.

Na bieżąco udzielaliśmy informacji i porad związanych z wykonywaniem zawodu, kontraktowaniem świadczeń, kształceniem podyplomowym itp.

4. Prowadzenie rejestru praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym wpisaliśmy do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i wydaliśmy zaświadczenia o wpisie do rejestru dla 34 praktyk, wykreślono z rejestru 1 indywidualną praktykę pielęgniarek.

Na dzień 31 stycznia 2013r. stan w rejestrze wynosił:

- indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 31
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem - 1
- indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania – 6
- indywidualna praktyka pielęgniarki – 8
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki – 5

5. Prowadzenie działalności edukacyjnej.

Działalność szkoleniowa prowadzona przez OIPiP w Białej Podlaskiej cieszyła się bardzo dużym powodzeniem. Przeprowadziliśmy szkolenia:

1. Szkolenie „Profilaktyka i terapia obrzęku limfatycznego” zorganizowane przez OIPiP w Białej Podlaskiej i firmę THUASNE Akademia Kompresoterapii.
2. Konferencja „Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa w aspekcie Międzynarodowych Celów Rozwoju” z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej organizowana przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej i Stowarzyszenie PiP na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego NOSTRUM w Europejskim Centrum Kształcenia i Wychowania OHP w Roskoszy.
3. Szkolenie we współpracy OIPiP w Białej Podlaskiej i firmy Pelargos nt: „Rany i odparzenia – pielęgnacja

i leczenie (noworodek, niemowlę)”; „Kolka u niemowląt”.

4. Szkolenie organizowane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej i firmę REVITA pt: „Stosowanie ciśnieniowych materacy klinicznych w terapii odleżyn”.

5. Szkolenie we współpracy z firmą Pofam-Poznań nt: „Opieka pielęgniarska nad chorym z przetoką jelitową (stomią)” oraz Szkolenie ORZOZ w Białej Podlaskiej nt.: „Odpowiedzialność prawna pielęgniarek i położnych” w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim.

6. Szkolenie organizowane przez firmę Pelargos przy współpracy OIPiP w Białej Podlaskiej

Tematyka: Cukrzyca ciążowa; Synbiootyki XXI wieku; Przyjaciele w bezpiecznej, skutecznej i wygodnej pielęgnacji dziecka od pierwszych lat życia; Ochrona karmienia piersią – nowe rozwiązania LOVI wspomagające laktację.

7. Szkolenie na temat „Rola pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi” oraz „Kompleksowe zaopatrzenie pacjenta z różnymi schorzeniami somatycznymi” organizowane przez firmę Pofam i OIPiP w Białej Podlaskiej. Szkolenia przeprowadzone przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

8. „Samodzielność zawodowa pielęgniarek i położnych – stan prawny” - Oddział Urologii WSzS w Białej Podlaskiej;

9. „Zdarzenia niepożądane/błędy medyczne w pracy pielęgniarki” - Oddział Onkologii WSzS w Białej Podlaskiej;

10. „Dylematy etyczne w pracy pielęgniarek” - Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Oddział Ftyzjopulmonologii WSzS w Białej Podlaskiej;

11. „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych” w SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim;

12. „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki” dla uczestniczek kursu szkolenie w Medycznym Studium Zawodowym w Białej Podlaskiej;

13. „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych – aspekty prawne” w NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego VITA w Białej Podlaskiej.

6. Uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich UE zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na obszarze RP oraz uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych – cudzoziemców.

W okresie sprawozdawczym nie dokonano tego typu uznawania kwalifikacji.

7. Prowadzenie działalności edukacyjno – informacyjnej dla pielęgniarek i położnych, obywateli państw członkowskich UE, zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na obszarze RP.

Udzielano informacji dla pielęgniarek i położnych, obywateli państw członkowskich UE dotyczących warunków, jakie należy spełniać oraz sposobu realizacji formalności w celu podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki, położnej na terenie Polski.

8. Upowszechnianie zasad etyki zawodowej.

Jednym z podstawowych zadań samorządu jest upowszechnianie zasad etyki zawodowej wśród pielęgniarek i położnych. Starając się sprostać temu zadaniu podejmowaliśmy wiele działań z tym związanych m.in. publikowaliśmy na łamach Biuletynu materiały związane z etyką i deontologią zawodową, propagowaliśmy zasady etyki zawodowej na spotkaniach z pielęgniarkami i położnymi.

9. Kierowanie pielęgniarek i położnych na przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki/położnej oraz wydawanie zaświadczenia potwierdzającego ukończenie przeszkolenia.

Kolejnym z zadań Izby jest kierowanie pielęgniarek i położnych na przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat. Zadanie to wykonujemy we współpracy z placówkami opieki zdrowotnej, na terenie których są one realizowane.

W okresie sprawozdawczym skierowano na przeszkolenie 5 członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, wydano 9 zaświadczeń o odbytych przeszkoleniach z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki przez okres dłuższy niż 5

lat w okresie ostatnich 6 lat, w tym dla 7 pielęgniarek i 2 położnych.

10. Przewodniczenie i uczestnictwo w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie lub położnicze oraz na inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych.

W okresie sprawozdawczym wskazano przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do komisji konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie. Przedstawiciele ORPiP wytypowano do 4 komisji konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych oddziałów: chirurgiczno-urazowego, ginekologiczno-położniczego, anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Parczewie a także do 4 komisji konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych oddziałów: ginekologiczno - położniczego, chirurgii ogólnej i urazowej, chorób wewnętrznych, pediatrycznego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim.

11. Prowadzenie rejestru podmiotów prowadzących kształcenia podyplomowe pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym współpracowaliśmy z podmiotami realizującymi kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych oraz z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. W tym czasie do rejestru kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych dokonano 11 wpisów różnych form kształcenia podyplomowego, prowadzonych przez następujących organizatorów: Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego NOSTRUM w Białej Podlaskiej, KLINIKA ffx – Grażyna Maria Nowak w Warszawie, Stowarzyszenie na Rzecz Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych „NOVUM” w Lublinie, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Wysszkowie.

Umożliwiliśmy organizatorom umieszczanie informacji na temat planów kształcenia, udzielaliśmy porad w zakresie wypełniania wniosków o wpis do rejestru. Uznajemy, że współpraca z

organizatorami kształcenia podyplomowego w minionym roku układała się poprawnie.

Dokonano 8 skreśleń z rejestru podmiotów prowadzących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

12. Organizacja i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym udzielana była pomoc finansowa członkom OIPiP w Białej Podlaskiej w formie zapomóg losowych. Łącznie na cele pomocowe w okresie sprawozdawczym wydano **4500,00 zł** udzielając 7 zapomóg losowych.

13. Na refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego różnych form kształcenia podyplomowego wydano **161 064,60 zł** dla **305 osób**. W 2012 roku został zmieniony regulamin kształcenia i doskonalenia zawodowego zwiększając udział Izby w kosztach kształcenia. Znaczny wzrost wydatków na refundację, dla porównania: w roku 2012 wydano **132 028,52 zł**, w 2011 wydano **58 823,00 zł**, w 2010 roku - **74**

023,25 zł, w 2009 roku - **76 212,50 zł** wpłynął na decyzję okręgowej o zmianie regulaminu kształcenia i doskonalenia zawodowego, który obowiązuje od 2 stycznia 2014 roku.

14. W ramach **prowadzenia działalności wydawniczej** opublikowano 4 numery Biuletynu Informacyjnego. W roku 2013 podjęto 4 uchwały w sprawie wypłaty wynagrodzenie autorskiego za publikację w Biuletynie Informacyjnym na ogólną kwotę **710,00 zł**.

15. Zarządzanie majątkiem własnym.

Zwiększenie dostępności do literatury fachowej w punkcie bibliotecznym OIPiP: w okresie sprawozdawczym powiększono zbiory książkowe o **18** nowych pozycji bibliograficznych za łączną kwotę **1269,93 zł**.

Do biura Izby zamówiono następujące czasopisma:

- Problemy Pielęgniarstwa
 - Położna
 - Medycyna po Dyplomie
 - Magazyn Pielęgniarki i Położnej
- Działalność finansowo-księgową i gospodarczą ORPiP w Białej Podlaskiej kontrolowana była przez Okręgo-

wa Komisję Rewizyjną OIPiP w Białej Podlaskiej.

Przedstawione sprawozdanie stanowi odzwierciedlenie realizacji planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Wykonana praca wymagała zaangażowania wielu osób, wymagała doświadczenia zawodowego, kompetencji oraz szerokiej wiedzy. Członkom Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, przewodniczącym i członkom organów samorządu zawodowego, przewodniczącym i członkom komisji i zespołów problemowych działających przy ORPiP w Białej Podlaskiej a także współpracownikom serdecznie dziękuję. Dziękuję bardzo wszystkim Państwu za współpracę i pomoc w realizacji zadań na rzecz naszego środowiska. Zachęcam do dalszej współpracy na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych VI kadencji, proszę również o wszelkie sugestie służące właściwej realizacji zadań samorządu.

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

SPRAWOZDANIE OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ ZA OKRES OD 1 STYCZNIA 2013r. DO 31 GRUDNIA 2013r.

Zespół Okręgowego Rzecznika działał w składzie:

1. **Janina Dziędzic-Płanda** – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

2. **Anna Kuźmiuk** - Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

3. **Danuta Matwiejczuk** – Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

4. **Anna Migasiuk** - Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

5. **Mirosława Staniszevska** - Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

W ciągu okresu sprawozdawczego do biura Rzecznika nie wpłynęła żadna skarga i nie prowadzono żadnych postępowań.

Działalność zespołu to głównie prewencja wykroczeń zawodowych i w tym celu odbyły się następujące spotkania z pielęgniarkami i położnymi:

I. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej - prowadząca Janina Dziędzic-Płanda ORzOZPiP - szkolenia nt.

„*Samodzielność zawodowa pielęgniarek i położnych – stan prawny*”
17.01.2013r. - Oddział Urologii - uczestniczyło 6 osób.

„*Zdarzenia niepożądane/błędy medyczne w pracy pielęgniarki*”
14.03.2013r. - Oddział Onkologii - uczestniczyło 9 osób.

09.04.2013r. - Oddział Kardiologii Inwazyjnej - uczestniczyło 13 osób
„*Dylematy etyczne w pracy pielęgniarek*”

09.04.2013r. – Oddział Ftyzjopulmonologii - uczestniczyło 8 osób

II. W SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim dnia 04.09.2013r.- szkolenie pt.: „*Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych*” prowadząca Janina Dziędzic-Płanda - uczestniczyło 41 osób.

III. W Medycznym Studium Zawodowym w Białej Podlaskiej – dnia 29.09.2013r. dla uczestniczek kursu szkolenie pt.: „*Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki*” prowadząca Anna Kuźmiuk Z-ca ORzOZPiP - uczestniczyły 23 osoby.

IV. W NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego VITA w Białej Podlaskiej dnia 22. 10.2013r. szkolenie pt.: „*Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych – aspekty prawne*” prowadząca Janina Dziędzic-Płanda ORzOZPiP - uczestniczyło 15 osób.

Ponadto Zespół Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczył w następujących szkoleniach związanych z prowadzeniem działalności :

1/ 24 maja 2013r. w Warszawie - „*Praktyczne aspekty udziału personelu medycznego w postępowaniu karnym, cywilnym i dyscyplinarnym*” zorganizowanym przez Krajowe Centrum Edukacji – Janina Dziędzic-Płanda

2/ 14 czerwca 2013r. w Chełmie w konferencji pod hasłem „Odpowiedzialność prawna pielęgniarek i położnych” -Danuta Matwiejczuk i Mirosława Staniszevska

3/ 05 lipca 2013r. w Zamościu w szkoleniu dla Rzeczników „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych” - Anna Kuźmiuk i Anna Migasiuk

4/ 3-4 grudnia 2013r. w II Kongresie Prawa Medycznego zorganizowanym przez Polskie Towarzystwo Prawa Me-

dycznego w Krakowie - Janina Dzie-
dzic-Płanda

Obsługę kancelaryjną Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zapewnia biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Dokumenty regulujące pracę Rzecznika są odpowiednio zabezpieczone.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz jego Zastępcy przyjmują interesantów w II i IV poniedziałek

każdego miesiąca, w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej przy ul. Okopowej 3, pokój 218 tel. (83)343 60 83 lub (83)3438628.

Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
w Białej Podlaskiej
mgr Janina Dziezic-Płanda

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ ZA OKRES 01.01.2013r. 31.12.2013r.

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych działa w 8-osobowym składzie.

- 1.Czekiel Agnieszka -przewodnicząca
- 2.Nowakowska Bożena – wiceprzewodnicząca
- 3.Słusarczyk Grażyna - wiceprzewodnicząca
- 4.Olisiejuk Anna –wiceprzewodnicząca
5. Krasa Anna – wiceprzewodnicząca
- 6.Stipura Joanna- wiceprzewodnicząca
- 7.Gromysz Barbara – wiceprzewodnicząca
- 8.Socko Barbara -wiceprzewodnicząca

Dyżury członków Okręgowego Sądu odbywały się zgodnie z ustalonym termi-

narzem, w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w I środę miesiąca w godz. 14.00-15.0 w jednoosobowej obsadzie, informacja o dyżurach zamieszczona jest w każdym numerze pisma „Biuletyn Informacyjny”.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 4 posiedzenia członków Okręgowego Sądu, na którym podejmowano m.in. działania w sprawach bieżących.

Członkowie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych brali udział w szkoleniu organizowanym przez NSPiP kierowanym do członków tego organu.

Przewodnicząca Okręgowego Sądu uczestniczyła w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

W okresie sprawozdawczym nie prowadzono postępowań.

Przewodnicząca
Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych
mgr Agnieszka Czekiel

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ ZA OKRES OD 10 STYCZNIA 2013r. DO 7 LUTEGO 2014r.

1. Skład osobowy komisji:

1. Anna Kaliszuk – przewodnicząca
2. Joanna Głowacka – sekretarz
3. Danuta Weremczuk – członek
4. Anna Jakubiuk – członek

2. Ilość posiedzeń OKR- 3

3. Ilość przeprowadzonych kontroli w ciągu okresu sprawozdawczego

- a) kompleksowych – 2
- b) cząstkowych – 0

4. Zakres przedmiotowych kontroli

a) działalność finansowa

Kontroli podlegała zgodność prowadzonej dokumentacji finansowej z zapisami instrukcji wewnętrznych dotyczących gospodarki finansowej i obiegu dokumentacji i oraz upoważnienia osób do podpisywania dokumentów finansowych.

Sprawdzono sposób prowadzenia dokumentacji operacji finansowo księgowych, raporty kasowe, wyciągi bankowe, stan kasy, poprawność rozpisywanych oświadczeń w związku z ponoszonymi kosztami związanymi z wy-

jazdami w sprawach samorządowych oraz delegacji służbowych osób zatrudnionych w Izbie. Kontroli podlegały również zawierane umowy i wystawiane i otrzymywane rachunki powstałe w wyniku działalności bieżącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Dokonano analizy zgodności wydatków z planem finansowym OIPiP.

Okręgowa Komisja Rewizyjna uczestniczyła w pracach Okręgowej Rady z głosem doradczym w procesie kreowania i realizacji zadań statutowych Izby oraz realizacji planu finansowego.

b) działalność merytoryczna

Sprawdzono podjęte Uchwały Prezydium Okręgowej Rady, protokoły i listy obecności z posiedzeniami Okręgowej rady zwłaszcza w zakresie spraw związanych a podnoszonymi i dokonywanymi wydatkami związanymi z działalnością samorządu.

5. Wnioski i zalecenia:

Nie wydano zaleceń.

6. Realizacja wniosków i zaleceń przez Radę Okręgową:

Okręgowa Rada zwróciła się po podmiotów zatrudniających piel/poł przesyłając uchwałę regulującą kwestię płacenia składek z prośbą o ich regularne i imienne przekazywanie na konto OIPiP.

7. Plan pracy na rok 2014

Kontrola kompleksowa działalności finansowej Izby w II i IV kwartale, kontrola cząstkowa realizacji planu finansowego w III i IV kwartale, współpraca z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w prezydium Rady, uczestnictwo w szkoleniach Naczelnej Komisji Rewizyjnej.

8. udział w posiedzeniach OR:

- a) Udział przedstawiciela OKR w posiedzeniach Okręgowej Rady 80%

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Rewizyjnej
mgr Anna Kaliszuk



INFORMACJE Z NRPiP

Szanowni Państwo,

W związku z przesłanym do Ministra Zdrowia, w dniu 28 kwietnia 2014r. pismem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczącym podjęcia procedury legislacyjnej, zmierzającej do powołania Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, w załączeniu przesyłam odpowiedź Pana Aleksandra Soplińskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia w przedmiotowej kwestii.

Z poważaniem
Sekretarz NRPiP
(-) Joanna Walewander

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu Aleksander Sopliński

MZ-PP-079-10326-2/JJ/14

Pani
Grażyna Rogala - Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.62.14, z dnia 28 kwietnia 2014r., dotyczące wniosku o podjęcie procedury legislacyjnej zmierzającej do powołania konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym realizowana przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania pozostaje integralnym elementem pielęgniarstwa opieki pediatrycznej nad dzieckiem w zdrowiu i w chorobie.

Dlatego też zakres zadań realizowany przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego obejmuje też dziedzinę pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

Równocześnie należy wskazać, iż zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), konsultanci krajowi, w tym również Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, wykonują zadania z upoważnienia i na rzecz Ministra Zdrowia. Ponadto do zadań konsultanta zgodnie z art. 9 ww. ustawy należy:

- 1) wykonywanie zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta;
- 2) prowadzenie nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych,

farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia;

3) udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej;

4) sporządzanie opinii dotyczących doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia;

5) sporządzanie opinii dotyczących realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie wynikającym z określonego programu kształcenia oraz sprawują nadzór nad ich merytoryczną realizacją.

Równocześnie należy wskazać, iż podczas prac nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562), specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania została połączona ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

Mając na uwadze powyższe wyjaśnienia, uprzejmie informuję, iż w ocenie Ministerstwa Zdrowia brak jest merytorycznego uzasadnienia do przedłożonej propozycji.

Z poważaniem
PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopliński

Stanowisko nr 17
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw przyjętych przez Radę Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez konstytucyjne organy władzy państwowej samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Projekt z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczący ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw wprowadza nowe regulacje, których celem jest rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych oraz ich odpowiedzialności.

Jest to kolejny akt prawny dotyczący nas, który sporządzony został bez jakiegokolwiek współdziałania z samorządem zawodowym.

Tymczasem Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tj.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) jest obowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Jego dotychczasowa postawa, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu - w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - wskazuje, że tego obowiązku on nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla naszego środowiska pielęgniarek i położnych, a przede wszystkim dla pacjentów powoduje, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych po raz kolejny został pozbawiony jakiegokolwiek wpływu na decyzje jego dotyczące, a tym samym sprowadzony został do roli biernego obserwatora zdarzeń, prowadzących nieuchronnie do obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, która to okoliczność skutkować może narażeniem życia i zdrowia pacjentów. Wartości te powinny być nad-

rzędne zarówno dla rządzących, jak i realizujących opiekę zdrowotną.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że zasadniczym celem działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest doprowadzenie do sytuacji, w której kluczowe decyzje z punktu widzenia członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, będą zapadały z uwzględnieniem naszego stanowiska. Umocowanie do działania samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują naszej pomocy. Z tego powodu współdziałanie z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych jest niezbędne.

Zdecydowanie podkreślamy, że wypracowane przez Ministerstwo Zdrowia przepisy i rozwiązania uważamy za wysoce szkodliwe. Prezentowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych argumenty w tym zakresie pozostały bez odpowiedzi ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, w imieniu wszystkich członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych kategorycznie sprzeciwia się całości zapisów zawartych w projekcie z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczącym ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala - Pawelczyk

Uchwała 206/VI/2014
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 6 czerwca 2014 r.

w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.) w zw. z art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w

przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Ustala się również wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELEŃNIARKI / POŁOŻNEJ
OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ
DLA FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU AGRESYWNEGO
ZACHOWANIA PACJENTA / RODZINY

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej 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 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 ww. ustawy.

CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

OKREŚLENIE POJĘĆ

Agresja [łac. aggressio ‘napaść’, ‘natarcie’, psychol. działanie (fizyczne, słowne,) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. Agresja fizyczna – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.

2. Agresja słowna (werbalna) – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej

osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

Pobudzenie – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

Osoba agresywna – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

Naruszenie nietykalności cielesnej-to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

Czynna napaść – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonany w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

Znieważenie to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.

OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY
Warunki:

•Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić podczas i w związku z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.

•Zaistnienie zdarzenia „podczas i w związku” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.

•Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo-przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.

•W świetle art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

Przesłanki:

1.Ochrona prawna przysługująca pielęgniarce objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

2. Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej
- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;

•prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;

•przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;

•podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

•sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

•badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

•realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

•samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ

1.W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:

- a. wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- b. zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
- c. informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,

2.W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należy:

- a. w przypadku zaistnienia przesłanek przestępstwa zawiadomić organa ścigania składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając:
 - okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - wskazać w trakcie, jakich czynności (udzielanego świadczenia) doszło do zdarzenia,
- b. odnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
- c. wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
- d. poinformować niezwłocznie kierownika oddziału/placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
- e. w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowego.

OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONAR SZOWI PUBLICZNEMU

Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych. O naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawnokarnej.

1. Przepięstwa popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie

aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora,

2. Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej, i zagrożony jest karami: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności,

3. Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej)

4. Odpowiedzialność za napaść na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

PODSTAWA PRAWNA

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

Sporządził: Zatwierdził:

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

.....
(dane pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

.....
(miejscowość, data)

DO

.....
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

ZAWIADOMIENIE O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA WOBEC FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej zawiadamiam, że w dniu

.....
(data, godzina)

W
(miejsce popełnienia przestępstwa)

.....
(imię, nazwisko sprawcy, ewent adres lub w przypadku braku danych osobowych opis wyglądu sprawcy)

podczas i w związku z
(rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych)

dokonał:

.....
(opis zachowania przestępnego – opisać zwięźle stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody i świadków na poparcie swoich twierdzeń).

W związku z powyższym wnoszę o wszczęcie w powyższej sprawie postępowania przygotowawczego.

Świadek: imię i nazwisko, adres / stanowisko.
.....
.....

.....
(podpis pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

.....
(czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)



INFORMACJE

MAJOWE ŚWIĘTA PIELĘGNIAREK i POŁOŻNYCH

Każda profesja znajduje w kalendarzu miejsce na swoje święto, aby przypominać o tym, czym zajmują się osoby pracujące w danym zawodzie i docenienie ich wysiłku

Zawody, pielęgniarki i położnej wybrały maj, najpiękniejszy miesiąc roku, ale nie przypadkowo.

8 maja to rocznica urodzin Stanisławy Leszczyńskiej – położnej, która w czasie II wojny światowej, jako więźniarka obozu Auschwitz- Birkenau pomagała współwięźniarkom przy porodach. Jej bohaterstwo, odwaga, miłość

do dzieci jest ciągle w pamięci. Obecnie trwa jej proces beatyfikacyjny.

12 maja to dzień urodzin Florencji Nightingale, pochodzącej z zamożnej rodziny angielskiej, która jako już wykształcona 25-latką, łamiąc obowiązujące konwenanse, wbrew rodzinie zdecydowała się życie swoje związać z opieką nad chorymi. Stworzyła pierwszy profesjonalny model pielęgnowania. Na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Meksyku w 1973 r.- 12. maja ogłoszono Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki.

KONFERENCJA Z OKAZJI DNIA PIELĘGNIARKI I DNIA POŁOŻNEJ

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej zorganizowała w dniu 15 maja 2014r. coroczną, uroczystą konferencję z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (International Council of Nurses) ogłosiła, iż Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki w 2014r. przebiegał będzie pod hasłem - „**Pielęgniarki: siłą na rzecz zmian kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia**”. Pielęgniarka/pielęgniarski, Położna, to najważniejsze z zawodów opieki zdrowotnej na świecie stąd też tytuł naszej konferencji. W tym roku uroczystość z tej okazji odbyła się w Restauracji *Zacisze* w Międzyrzeczu Podlaskim. W majowym święcie brało udział około 200 naszych koleżanek i kolegów z powiatów bialskiego, radzyńskiego i parczewskiego.

Zaprezentowano wykład pt. „**Innowacje w pielęgniarstwie**” wygłoszony przez dr n. o zdr. **Dorota Kilańską** - mgr piel. Dyrektor Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) Koordynator ICNP® w Polsce, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Zarząd Główny Prze-



wodnicząca Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Oddział Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Konferencji jak co roku towarzyszyły wystawy z liczną reprezentacją producentów preparatów, sprzętów medycznych, środków farmaceutycznych niezbędnych do pielęgnacji pacjenta.

W tym roku zaproponowano szeroki zakres uzupełnionych o najnowsze doniesienia zagadnień obejmujących częste praktyczne problemy napotymane w codziennej pracy pielęgniarek i położnych.

Za zyczliwość, wsparcie i ofiarowaną pomoc w organizacji konferencji dziękujemy sponsorom: Abbott Laboratories Poland Sp. z o.o., Aesculap Chifa Sp. z o.o., Bank Spółdzielczy w Białej Podlaskiej, BIOTRONIK, Cederroth Polska S.A., ConvaTec Polska Sp. z o.o., ELMIKO MEDICAL Sp. z o.o., Nestle Polska S.A., POFAM-POZNAŃ Sp. z o.o., PPH Real, REH4MAT, Roche Diagnostics Polska Sp. z o.o., SCA Hygiene Sp. z o.o., Sklepy Medyczne Cholimpex, SKOK im. F. Stefczyka, STOLTER Sp. z o.o., Towarzystwo Ubezpieczeń, INTER Polska S.A., Zepter INTERNATIONAL, Zdrowie i Uroda Wiktorii Chmura i Paweł Chmura.

„Innowacje w pielęgniarstwie”

Uruchomienie archiwizacji i przechowywania danych archiwalnych w modelu przetwarzania w chmurze (tzw. cloud computing), to przyszłość gromadzenia danych w ochronie zdrowia. Takie możliwości dają korzystanie ze zbiorowej mocy tysięcy komputerów, które udostępniają informacje z oddalonych pomieszczeń na całym świecie. Aby mogło być to możliwe, potrzebna jest Elektroniczna wymiana danych – Electronic Data Interchange (EDI). Międzynarodowe Stowarzyszenie Wymiany Danych – International Data Exchange Association – podaje następującą jej definicję: „transfer ustrukturyzowanych i zakodowanych danych, zgodny z zaakceptowanym standardem przesyłu, od komputera do komputera na drodze elektronicznego przesyłu”. Elektroniczna wymiana danych będzie natomiast możliwa wtedy, kiedy dane będą posiadały kody to umożliwiające. Najważniejsza staje się, więc ich interoperacyjność, posiadająca kilka aspektów, tj.: 1. techniczny – występuje wtedy, gdy zapewnione są właściwe warunki techniczne dla komunikowania się systemów teleinformatycznych – uzgodnione interfejsy aplikacji, protokoły i mechanizmy dla efektywnej i bezpiecznej komunikacji oraz format reprezentowanych informacji i wymienianych komunikatów, 2. organizacyjny – zachodzi wówczas, gdy zostały uzgodnione procesy biznesowe pod kątem efektywnego działania, w szczególności świadczenia usług drogą elektroniczną, 3. semantyczny – występuje wtedy, gdy wymieniane przez systemy teleinformatyczne komunikaty rozumiane są semantycznie, czyli rozumiane jest ich znaczenie (relacja pomiędzy komunikatem a przedmiotem, do którego się odnosi). Również „Inicjatywa i2010”, koncentruje się na zagadnieniach zapewnienia europejskiej przestrzeni informacji, innowacji i integracji. Zapisano w niej, że obszary działania rzecz rozwoju e-Zdrowia obejmować winny nie tylko wymianę zasobów informacji zdrowotnych, lecz tak że współdziałanie narzędzi niezbędnych do prowadzenia leczenia oraz badań klinicznych dzięki zapewnieniu interoperacyjności systemów ICT. Takie podstawy techniczne otwierają możliwość organizowania regionalnych i krajowych sieci informacyjnych, szerokie wykorzystanie danych zawartych w elektronicznych kartach pacjentów, świadczenie różnorodnych e-usług zdrowotnych i skuteczny transfer danych. Utworzenie pielęgniarskich Centrów Referencyjnych, umożliwiających wymianę informacji o problemach, z jakimi spotykają się pielęgniarki w codziennej praktyce. Elektroniczne środowisko wymiany danych i świadczenia usług będzie miało więc znaczący wpływ na zapewnienie ciągłości i jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjentów. W Europejskich Ramach Interoperacyjności znajdujemy – podano definicję, że Interoperacyjność, to zdolność systemów teleinformatycznych oraz wspieranych przez nie

procesów biznesowych do wymiany danych oraz dzielenia się informacją i wiedzą. Europejski Komitet Normalizacyjny (CEN) natomiast definiuje interoperacyjność jako, stan, który występuje pomiędzy dwiema aplikacjami w odniesieniu do określonego zadania, gdy jedna aplikacja może przyjąć dane od innej aplikacji oraz wykonać dzięki temu zadanie w sposób odpowiedni i zadowalający, bez potrzeby interwencji ze strony dodatkowego operatora. Wyróżnia się interoperacyjność: funkcjonalną, syntaktyczną, semantyczną. Wymieniona w definicji interoperacyjność semantyczna oznacza natomiast zdolność zrozumienia informacji, jaka wymieniana jest pomiędzy systemami na poziomie formalnie zdefiniowanych pojęć (informacja ta przetwarzana może być przez aplikację, która ją otrzymuje). W takim rozumieniu wymiany informacji wpisują się klasyfikacje, które na zasadzie słowników budują terminologię profesjonalną, w przypadku pielęgniarstwa dotyczy to słownika ICNP® – Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. Międzynarodowa Klasyfikacja ICNP® to słownik zbudowany przez pielęgniarki i dla pielęgniarek. Celem budowania Klasyfikacji jest pokazanie pracy pielęgniarek w systemie poprzez zdefiniowanie czynności, które wykonują i na tej podstawie m.in. określenie zapotrzebowania na opiekę. Wprowadzenie Klasyfikacji ICNP® poprzez jej zastosowanie w prowadzeniu dokumentacji zdrowotnej pacjenta, umożliwi zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa pacjenta oraz odpowiedniej opieki pielęgniarskiej. Zapewni także kontinuum komunikacji i wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi szczeblami opieki zdrowotnej oraz ośrodkami doskonalenia i systemem opieki zdrowotnej i społecznej, a przede wszystkim stworzy ramy możliwości sprawowania opieki na odległość i ponad granicami. Przeniesienie danych do „chmury” to tylko mały krok w tym, aby umożliwić powszechną wymianę informacji. Dlatego mając na uwadze powszechnie rozwijającą się informatyzację, również pielęgniarstwo i pielęgniarki nie mogą pozostać obojętne wyzwaniu jakie niesie z sobą zmieniające się otoczenie. Zadaniem liderów jest więc przygotowanie dla pielęgniarek narzędzi, które po mogą im w sposób jak najmniej zajmujący sprostać wymaganiom informatyzacji, a codzienną praktykę uczynią mniej zajmującą dokumentowaniem w niezliczonych ilościach kart, karteczek, zeszytów. Tylko takie rozwiązanie daje szansę, aby pielęgniarki swój czas, wiedzę i doświadczenie (kompetencje) mogły angażować w obszary, do których ten zawód powołała no – w opiekę nad pacjentem w zdrowiu i w chorobie, od narodzin do śmierci, zawsze na pierwszej linii kontaktu z ochroną zdrowia.



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

Szanowna Pani Przewodnicząca

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na konferencję zorganizowaną przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej dla uświetnienia naszych najważniejszych zawodowych świąt: Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej. Proszę o wybaczenie, że z powodu innych zobowiązań służbowych nie mogę w niej wziąć udziału. O przekazanie najlepszych życzeń dla pielęgniarek i położnych z regionu Białej Podlaskiej poprosiłam Panią Joannę Walewander – sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej to szczególna okazja: przypomina nam wszystkim o ważnej roli, jaką pielęgniarki, pielęgniarze, położne, położni pełnią wobec człowieka w zakresie promowania zdrowia, zapobiegania chorobie, opieki nad chorym umierającym. Nasze zawody kojarzone z troską i opieką, zajmują istotne miejsce w systemie ochrony zdrowia. Pielęgniarki, położne to grupa zawodowa, która najlepiej ze wszystkich zawodów medycznych potrafiła przystosować się do zmian, podjąć nowe wyzwania, zdobyć nowe umiejętności, zmieniać się wraz ze zmieniającymi się warunkami. Jestem przekonana, że w tych umiejętnościach tkwi nasza siła, dzięki której możemy świadomie wybierać i kształtować rzeczywistość. Dzięki tej sile i determinacji, dwadzieścia trzy lata temu mógł powstać samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych. To duża część historii, której autorytetami są pielęgniarki i położne. To dzięki ich zaangażowaniu nasze zawody są autonomiczne i niezależne, a pielęgniarki i położne postrzegane są obecnie jako

wysokiej klasy specjaliści o gruntownym wykształceniu i doskonałym przygotowaniu zawodowym. to również dzięki tej sile pielęgniarki i położne skorzystały z szansy, gdy Polska przystępowała do Unii Europejskiej.

Pragnę zapewnić, że jako samorząd zawodowy robimy wszystko by poprawić sytuację pielęgniarek i położnych. Moja wiara poparta jest faktami i zmianami, które nastąpiły w ostatnich latach. Pielęgniarki, położne są coraz bardziej samodzielne, niezależne, coraz bardziej doceniane. na przestrzeni lat nie zmienia się tylko jedno – troska, ciepło, empatia, chęć niesienia ulgi pacjentom.

Chciałabym, aby przy tej okazji majowych świąt wszystkie pielęgniarki i położne poczuły się wyjątkowo i poczuły się wyjątkowymi osobami. Wykonują Państwo jeden z najtrudniejszych, najbardziej odpowiedzialnych, ale również jeden z najpiękniejszych zawodów. Zwód, w którym uczelniane umiejętności łączą się z powołaniem, a teoretyczna wiedza z wielkim sercem i potrzebą niesienia pomocy, ulgi i miłości drugiemu człowiekowi. Tytuł dzisiejszej konferencji ujmuje to najtrafniej: „Pielęgniarki siłą na rzecz zmian kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia”.

Wszystkim pielęgniarkom, pielęgniarzom, położnym okręgu Białej Podlaskiej pragnę przekazać życzenia: miejcie entuzjazm i wytrwałość, twórczo podchodźcie do problemów, nie poddawajcie się trudnej codzienności. Życzę Wam zasłużonej satysfakcji z pracy, szczęścia w życiu osobistym i dużo zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Prezes
dr n. med. Grażyna Rogala – Pawelczyk



Podziękowania

Pani

Agnieszce Borówką

*z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Rejonowej Nr 2 w Białej Podlaskiej
W związku z przejściem na emeryturę,
najszerzej podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową,
życzliwość, koleżeńskość i serdeczność,
oraz życzenia dobrego zdrowia, pomysłowości i radości w życiu osobistym
w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
składa 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 Agnieszka Maryjewska

Pani Jolanta Iwaniuk

na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku:

Pani Elżbieta Hołownia

Pani Elżbieta Drązek

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej koleżance i kolegom 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*

Podziękowanie

*Dziękuję pielęgniarkom Oddziału Wewnętrzny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej za opiekę nad moją żoną i innymi chorymi.
Jest to bardzo ciężka praca. Siedząc przy żonie widziałem ich pracę.
Jeszcze raz bardzo dziękuję pielęgniarkom i salowym za ich opiekę nad chorymi.*

Andrzej Darecki



DZIAŁ PRAWNY

NOWE WZORY ZLECEŃ NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

1 lipca 2014 roku wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2013 roku w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy. Zlecenia wystawione do 30 czerwca 2014, ale nie potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tym terminie, tracą ważność.

1 lipca 2014 roku wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2013 roku w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy. Zlecenia wystawione do 30 czerwca 2014, ale nie potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tym terminie, tracą ważność.

Po wejściu w życie rozporządzenia procedura zaopatrzenia w wyroby medyczne, wymagająca potwierdzania

zleceń w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, nie ulega zmianie.

Przepisy przejściowe rozporządzenia wprowadzają rozwiązania umożliwiające zachowanie ważności zleceń potwierdzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia przed dniem wejścia w życie nowego rozporządzenia. Zlecenia potwierdzone do 30 czerwca 2014 roku zachowują swoją ważność:

- w przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie - do 31 grudnia 2014 roku,
- w przypadku wyrobów medycznych innych niż przysługujące comiesięcznie - do 31 lipca 2014 roku.

Magdalena Okoniewska
Serwis Prawo i Zdrowie

POWOŁANIE KONSULTANTÓW KRAJOWYCH

Minister zdrowia powołał konsultantów krajowych w 77 dziedzinach medycyny, w 6 dziedzinach stomatologii, w 4 dziedzinach farmacji, a także w 6 dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Na niektórych stanowiskach nastąpiły zmiany. Nowymi konsultantami zostali: prof. dr hab. Grzegorz Wallner w dziedzinie chirurgii ogólnej, dr hab. n. med. Joanna Maj w dziedzinie dermatologii i wenerologii, prof. dr hab. Maciej Szmítkowski w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, prof. dr hab. Bogusław Okopień w dziedzinie farmakologii klinicznej, prof. dr hab. Jarosław Reguła w dziedzinie gastroenterologii, prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis w dziedzinie geriatry, prof. dr hab. Dariusz Wołowicz w dziedzinie hematologii, prof. dr hab. Jarosław Kaźmierczak w dziedzinie kardiologii, prof. dr hab. Jarzy Stańczyk w dziedzinie kardiologii dziecięcej, dr hab. n. med. Piotr Gałeczki w dziedzinie psychiatrii oraz dr hab. n. med. Piotr Koszulski w dziedzinie urologii dziecięcej.

Konsultantów krajowych powołuje minister zdrowia spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia. W tym celu występuje o przedstawienie kandydatów do towarzystw naukowych o zasięgu krajowym, które zrzeszają specjalistów w danej dziedzinie.

Wszystkie zgłoszone kandydatury przedstawiane są do zaopiniowania przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Główne zadania konsultantów krajowych to inicjowanie badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań, prognozowanie potrzeb zdrowotnych w reprezentowanej przez konsultanta krajowego dziedzinie, prowadzenie doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów zdrowotnych, opiniowanie wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz wydawanie opinii i doradztwo w zakresie zadań realizowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Pełna lista krajowych konsultantów znajduje się na stronie [Ministerstwa Zdrowia](#).

Magdalena Okoniewska
Serwis Prawo i Zdrowie

SEJM PRZEDŁUŻYŁ CZAS STOSOWANA PAPIEROWEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Szpitala i przychodnie będą mogły prowadzić dokumentację medyczną pacjentów w formie papierowej jeszcze do końca lipca 2017 roku. Tak wynika z uchwalonej w czwartek 26 czerwca 2014 przez Sejm nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Tym samym o trzy lata wydłużono termin na wprowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej. Obecna ustawa nakłada na podmioty medyczne obowiązek prowadzenia wyłącznie elektronicznej dokumentacji medycznej od 1 sierpnia 2014 roku. Po nowelizacji do 1 sierpnia 2017 roku będzie możliwe prowadzenie dokumentacji w formie papierowej lub elektronicznej.

Za nowelizacją głosowało 260 posłów, pięciu było przeciw, 176 wstrzymało się od głosu. Ustawa trafi teraz do Senatu.

Wiceminister zdrowia Sławomir Neumann, odpowiadając przed głosowaniem na pytania posłów, powiedział, że przygotowana przez posłów nowelizacja nie ma nic wspólnego z rządowym projektem e-zdrowie, który będzie realizowany w terminie.

Neumann podkreślił, że uchwalona nowelizacja daje tylko "szansę szpitalom i przychodniom, żeby mogły rów-

nolegle przez trzy lata jeszcze prowadzić dokumentację w formie papierowej".

Posłowie wnioskodawcy argumentowali wcześniej, że bardzo wielu świadczeniodawców, także lekarzy praktykujących prywatnie, jest obecnie nieprzygotowanych do wyeliminowania dokumentacji w formie papierowej i przejścia wyłącznie na formę elektroniczną, dlatego zasadne będzie wydłużenie okresu przejściowego.

Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej jest częścią systemu informatyzacji ochrony zdrowia; zakłada on także wprowadzenie elektronicznych kart pacjenta, e-recept i e-skierowań - te rozwiązania znajdują się w projekcie rządowym.

Dzięki prowadzeniu dokumentacji medycznej w formie elektronicznej pacjenci otrzymają możliwość monitorowania statusu na liście osób oczekujących w kolejce do lekarza lub na badanie. Poradnie będą drogą elektroniczną przypominać o terminie wizyty. Pacjent będzie mógł w domu zalogować się i sprawdzić zalecenia lekarskie z ostatniej wizyty. (pap)

<http://www.zdrowie.abc.com.pl>

Wdrażając elektroniczną dokumentację medyczną papierową można zniszczyć

Czy wdrażając elektroniczną wersję dokumentacji medycznej i skanując do systemu prowadzoną wcześniej dokumentację papierową można zniszczyć dokumentację papierową?

Odpowiedź

Po wykonaniu elektronicznego odwzorowania dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej oraz włączeniu jej do systemu teleinformatycznego, dokumentacja papierowa może zostać zniszczona.

Uzasadnienie

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) - dalej r.d.m. dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie papierowej lub elektronicznej. Sporządzanie obu form dokumentacji obwarowane jest określonymi w prawie wymogami. Zasady regulujące prowadzenie dokumentacji elektronicznej zostały opisane w rozdziale 8 rozporządzenia. Sytuację dołączenia do dokumentacji prowadzonej elektronicznie dokumentacji utworzonej w innej postaci (w tym papierowej) unormowano w § 81 r.d.m. Wskazuje on, iż w powyższym przypadku osoba upoważniona przez podmiot leczniczy wykonuje cyfrowe odwzorowanie dokumentacji w innej postaci niż elektroniczna i umieszcza w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp oraz spójność dokumentacji. Po wykonaniu odwzorowania, o którym mowa, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta

lub niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację chorego.

Uwagi

Prowadząc dokumentację w formie elektronicznej należy mieć na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa jej sporządzania a także przechowywania. Wymogi bezpieczeństwa dotyczą zarówno samej dokumentacji jak i każdego odwzorowania cyfrowego sporządzonego przez uprawnioną osobę oraz włączonego do systemu teleinformatycznego.

Jednocześnie sporządzenie dokumentacji w wersji elektronicznej musi zapewniać możliwość sporządzenia wydruku w formie określonej w rozporządzeniu.

Zagrożenia

Przepisy prawa wskazują na obowiązek niszczenia dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej, po jej uprzedniej cyfryzacji, w sposób uniemożliwiający identyfikację danych pacjenta, którego dokumentacja dotyczy. Koniecznym jest więc zapewnienie procesu niszczenia dokumentacji, tak by spełniony został powyższy obowiązek. Świadczeniodawca będący administratorem danych osobowych jest bowiem odpowiedzialny za ich bezpieczeństwo, którego nienależyte zapewnienie pociągać będzie za sobą skutki prawne w świetle ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Pytanie pochodzi z [Serwisu Prawo i Zdrowie](#)

JAK WYGLĄDA ROZKŁAD ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA POPEŁNIONY BŁĄD MEDYCZNY PRZEZ ZATRUDNIONĄ NA KONTRAKCIE PIELEŃNIARKĘ?

W związku z coraz częściej zawieranimi umowami cywilnoprawnymi przez pielęgniarki/położne w podmiotach leczniczych prosimy o opinię. Pielęgniarka została zatrudniona w wymiarze od 250 do 300 godzin miesięcznie na podstawie umowy cywilnoprawnej. W dwudziestej godzinie pełnienia dyżuru popełnia ona błąd, np. polegający na przetoczeniu różnoimiennej krwi, w wyniku czego pacjent umiera (opisywana sytuacja jest czysto hipotetyczna).

Jak rozkładać się będzie odpowiedzialność na różnych szczeblach zarządzania w podmiocie leczniczym będącym/niebędącym przedsiębiorcą za popełniony przez pielęgniarkę błąd medyczny?

Czy zawierając wyżej wymienioną umowę, pielęgniarkę obowiązuje określona prawnie (a jeśli tak, to jaka) przerwa pomiędzy dyżurami?

Odpowiedź:

Obowiązujące przepisy nie zawierają norm ograniczających czas pracy pracowników medycznych z punktu widzenia ochrony pacjenta. Rozkład odpowiedzialności pomiędzy podmiotem a pielęgniarką zależny będzie od rodzaju łączącej ich umowy oraz czynników, jakie przesądziły o popełnieniu błędu w konkretnym przypadku.

Uzasadnienie:

Odpowiedzialność podmiotu leczniczego wobec pacjenta w przypadku wyrządzenia szkody związanej z udzieleniem świadczeń zdrowotnych oraz ewentualnie następującego w jej wyniku zgonu pacjenta nie jest zależna od statusu podmiotu jako publicznego bądź niepublicznego. Rozkład odpowiedzialności pomiędzy podmiotem a pracownikiem zależny jest natomiast od rodzaju wiążącej ich umowy, przy czym biorąc pod uwagę treść pytania, należy pominąć stosunki o charakterze pracowniczym i ocenić jedynie rozkład odpowiedzialności przy umowie cywilnoprawnej.

Zakładając, iż wskazane w pytaniu umowy są umowami zawieranimi pomiędzy podmiotem leczniczym a pielęgniarką prowadzącą indywidualną praktykę pielęgniarską, zastosowanie znajdzie art. 33 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) – dalej u.d.z.l. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie pielęgniarka i podmiot leczniczy.

W przedstawionym wyżej przepisie mowa jest wyłącznie o praktykach pielęgniarskich wykonywanych wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, co oznacza, iż

odpowiedzialność solidarna zachodzić będzie tylko wówczas, gdy umowa zawarta została przez pielęgniarkę prowadzącą praktykę, o której mowa w art. 19 ust. 4 u.d.z.l. (pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem).

W przypadku natomiast umowy pielęgniarki prowadzącej praktykę, o której mowa w art. 19 ust. 1 u.d.z.l. (pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualna praktyka), rozkład odpowiedzialności cywilnej pomiędzy nią a podmiotem leczniczym przebiegać będzie na zasadach ogólnych, a zatem w oparciu o art. 429 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121), zgodnie z którym, kto powierza wykonanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, chyba że nie ponosi winy w wyborze, albo że wykonanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności.

Na ostateczną ocenę rozkładu odpowiedzialności w konkretnym przypadku wpływ miałyby jednak również takie czynniki, jak fakt zgłaszania przez pielęgniarkę przemęczenia, tryb i skuteczność nadzoru nad wykonywanymi przez nią czynnościami, możliwość odstąpienia od wykonania danej czynności i szereg innych. Wydaje się, że nie bez znaczenia byłyby też przyczyny zawarcia przez pielęgniarkę umowy zobowiązującej ją do pracy w takim wymiarze godzin oraz ich świadomość po stronie podmiotu leczniczego (kwestia istnienia ewentualnego wyzysku), a także elementy odpowiedzialności podmiotu za organizację pracy danej komórki i stopień wpływu pielęgniarki na organizację pracy.

Szczegółowe wyjaśnienie zasad odpowiedzialności solidarnej oraz analiza orzecznictwa dotyczącego poszczególnych przypadków rozkładu odpowiedzialności wykracza poza ramy wielkościowe niniejszego opracowania.

Odnośnie przerw w pracy, do wykonywania zawodu na podstawie umowy cywilnoprawnej nie mają zastosowania normy odpoczynku określone w przepisach prawa pracy. Na uwagę zasługuje przy tym fakt, iż normy te odnoszą się jedynie do pracy na rzecz jednego pracodawcy i regulują jedynie stosunki pomiędzy pracownikiem a tym pracodawcą. Nie zabraniają pielęgniarce wykonywania zawodu na rzecz innych podmiotów w czasie odpoczynku, a więc de facto wykonywania go w dowolnym niemal wymiarze godzin. Nie istnieją więc obecnie w polskim systemie prawa normy ograniczające dopuszczalny czas pracy pracownika medycznego z punktu widzenia ochrony pacjenta.

Iwona Kaczorowska-Kossowska, autorka współpracuje z Serwisem Prawo i Zdrowie <http://www.abc.com.pl/>



KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

W terminie 26-27 września 2014 roku w Auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika przy ul. Gagarina 11 w Toruniu odbędzie się

XVIII OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNE DIABETICA EXPO 2014 i XII OGÓLNOPOLSKIE FORUM PROFILAKTYKI I LECZENIA OTYŁOŚCI.

Celem w/w wydarzenia medycznego jest popularyzacja najnowszych osiągnięć diabetologii polskiej i światowej, zarówno wśród lekarzy diabetologów, internistów, lekarzy rodzinnych, jak i podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozpowszechnianie wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki, leczenia cukrzycy i jej powikłań wśród diabetyków i ich rodzin, a także osób zagrożonych cukrzycą. Organizowane w Toruniu corocznie od 1997 roku Sympozjum Diabetologiczne jest jedynym wydarzeniem w Polsce, które łączy część naukową, przeznaczoną dla lekarzy, z częścią edukacyjną, przeznaczoną dla osób chorych na cukrzycę. **Wykłady Sympozjum odbywają się w dwóch salach konferencyjnych jednocześnie, w jednej dla lekarzy, w drugiej dla diabetyków.**

W trakcie spotkania planowane są sesje naukowe i dydaktyczne dotyczące współczesnych zagadnień związanych z cukrzycą i otyłością:

1. Leczenie cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2.
2. Przewlekłe powikłania cukrzycy.
3. Prewencja chorób układu krążenia w cukrzycy.
4. Problemy psychologiczne w cukrzycy.
5. Alkohol a cukrzyca.
6. Stopa cukrzycowa.
7. Przyczyny nadwagi i otyłości.
8. Metody leczenia otyłości.
9. Otyłość i jej wpływ na zdrowie.
10. Nowości w leczeniu farmakologicznym.

Funkcję Przewodniczącej Komitetu Naukowego objęła

Prof. dr hab. med. Irena Ponikowska

Kierownik Katedry i Kliniki Balneologii i Chorób Przemiany Materii CM UMK w Bydgoszczy.

Współorganizatorem Sympozjum, jak w latach poprzednich jest Zarząd Główny Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Zgodnie z tradycją uczestnictwo diabetyków w wykładach i wystawie jest bezpłatne. W załączeniu przekazujemy natomiast koszty noclegów i wyżywienia podczas pobytu w Toruniu.

Jednocześnie uprzejmie prosimy o rozkolportowanie informatorów wśród chorych na cukrzycę, lekarzy, pielęgniarek oraz innych osób zainteresowanych udziałem w Sympozjum i Forum.

Oplaty konferencyjne wynoszą:

1. **Lekarze** - opłata konferencyjna: **180 zł (130zł do dnia 31 lipca; 150 zł do 31 sierpnia 2014r.)**

2. **Dietetyczki, Pielęgniarki, Wolontariusze, Studenci AM i Studium Medycznego** - opłata konferencyjna: **90 zł (75 zł do 31 lipca 2014r.; 90 zł od 31 sierpnia 2014r.)**

Za udział w konferencji wydawane są certyfikaty uczestnictwa lekarzom (15 punktów edukacyjnych), dietetykom, pielęgniarką.

Zgłoszenia prosimy kierować do:

Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre

ul. Prosta 19/7, skr. poczt. 290, 87-100 Toruń 1

tel. 56 657 35 04, 56 621 11 27; fax. 56 657 35 06,

e-mail: biuro@expo-andre.pl www.expo-andre.pl

Z poważaniem

Milena Kozłowska

Tel. 56 657 35 04

TORUŃSKIE DNI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zapraszamy do udziału w XVII edycji Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej - Toruńskie Dni Opieki Długoterminowej 2014. Całość odbędzie się tradycyjnie w Toruniu w dniach **23-25 września 2014** roku.

Tematem przewodnim wrześniowego spotkania będzie: **"Zarządzanie jakością w placówkach opieki długoterminowej w aspektach: ekonomicznym, medycznym i społecznym"**.

Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej to spotkania profesjonalistów działających na rzecz osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i starszych. Ta bezwątpienia największa konferencja w Polsce poświęcona temu tematowi od lat rozpoznawana jest jako Toruńskie Dni Opieki Długoterminowej (TDOD).

Biuro Konferencji: Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA ul. Żółkiewskiego 20/26 87-100 Toruń tel. 56/ 612 35 60; 723 185 150

http://www.razemzmieniamywiat.pl/pl_PL/content/torunskie-dni-opieki-dlugoterminowej

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".

Seler właściwości lecznicze i zdrowotne



Uprawiane odmiany selera, pochodzą od dziko rosnącego selera błotnego. Seler zwyczajny należy do rodziny selerowatych. Posiada trzy różniące się od siebie formy uprawne: seler korzeniowy, seler naciowy i seler listkowy.

Najbardziej popularny jest seler korzeniowy - jego częścią użytkową jest mięsisty korzeń spichrzowy. Coraz bardziej znany jest seler naciowy - jadalne są mięsiste ogonki, seler listkowy - jest jeszcze mało popularny w Polsce.

Seler korzeniowy jest rośliną klimatu umiarkowanego, optymalną temperaturą wzrostu jest 15 do 18°C, Niekorzystnie działają chłody zaraz po posadzeniu rozsady, gdyż prowadzą do tworzenia pośpiechów (pędów kwiatostanowych). Do uprawy wymaga żyznej, próchnicznej gleby dobrze utrzymującej wodę. Odczyn gleby powinien wynosić pH 6,5, do 7,5. Seler uprawiany jest wyłącznie z rozsady ze względu na konieczność sadzenia po ustąpieniu chłodów oraz długi okres wegetacji. Seler korzeniowy jest dobrą rośliną do uprawy współrzędnej (z porami, sałatą, ziołami, kalarepką), ponieważ początkowo rośnie wolno i słabo rozrasta się.

Seler pozytywnie wpływa na zdrowie człowieka, niestety jest zbyt mało spożywany. Traktowany jest głównie jako składnik tzw. włoszczyzny. Warzywo to posiada wiele dobroczynnych właściwości odżywczych i leczniczych. Wszystkie jego części: korzeń, liście i owoc stanowią wartościowy surowiec leczniczy.

Sok z korzenia selera wzmacnia organizm, pobudza przemianę materii usuwając jednocześnie szkodliwe produkty uboczne (np. kwas moczowy, który nie wydalony zamienia się w kryształki odkładające się w stawach i powoduje skazę moczanową oraz silne bóle). Picie wywaru z gotowanego korzenia selera łagodzi bóle artretyczne.

Seler wykorzystywany jest w dietach odchudzających, gdyż przyspiesza trawienie i likwiduje zaparcia. Jest warzywem mało kalorycznym (w 100 g bulwy jest 7 kcal, w naci 4-5 kcal). Wzmaga produkcję żółci, ale jednocześnie zapobiega jej zastojowi w woreczku (co jest przyczyną powstawania kamieni).

Dieta bogata w seler zalecana jest przy nadciśnieniu tętniczym (takie samo działanie ma napar z nasion selera), wpływa dodatnio na pracę serca, obniża poziom cholesterolu, chroni więc przed zawałem i udarem mózgu.

Znajdujące się we wszystkich częściach rośliny olejki eteryczne działają pobudzająco na trawienie, a także nadają smak i aromat.

Wysoką wartość odżywczą zawdzięcza występującym w nim solom mineralnym potasu, wapnia, sodu, magnezu, fosforu i żelaza. Znacznie więcej soli mineralnych i witamin mają ogonki i blaszki liściowe. Seler zawiera witaminy z grupy B łącznie z kwasem foliowym i witaminą PP, lecz jest ich stosunkowo mało.

Znajdują się w nim również flawonoidy, które mają silne działanie przeciwzapalne, antyoksydacyjne (antyutleniające), uszczelniające naczynia krwionośne, rozkurczające i moczopędne. W selerze występuje związek psoralen o działaniu przeciwnowotworowym. Znajdujące się w selerze związki furanokumaryny działają rozkurczająco na mięśnie gładkie. Mogą one wywoływać reakcje alergiczne i uczulenie na promieniowanie słoneczne.



Seler naciowy nie tworzy zgrubienia spichrzowego jak seler korzeniowy. Częścią jadalną są długie, grabę, mięsiste ogonki liściowe o szerokości 3-4 cm. Seler naciowy należy do najwartościowszych warzyw liściowych. Zawiera więcej niż seler korzeniowy minerałów, głównie fosforu, wapnia, potasu, magnezu i żelaza oraz innych mikroelementów i witamin. Wysokie wartości die-

tetyczne selera naciowego wynikają z dużej zawartości błonnika i niskiej kaloryczności. Olejek eteryczny zawarty w liściach daje specyficzny i pikantny smak oraz pobudza trawienie i apetyt.

Długie, mięsiste ogonki liściowe, spożywane na surowo, gotowane lub duszone, odznaczają się dużą wartością odżywczą, smakową, dietetyczną i leczniczą. Warzywo to może być spożywane w różnym stadium swojego wzrostu - od rozety (zbiór pęczkowy) aż po całkiem wyrosniętą roślinę.

Wymagania klimatyczne, glebowe i nawożeniowe są podobne jak selera korzeniowego. Uprawia się go z

rozsady, którą wysadza się do gruntu pod koniec maja lub na początku czerwca.

Seler listkowy - wytwarza liczne cienkoogonkowe, długie, kruche liście o bardzo dużym aromacie. Wyglądem przypomina pietruszkę gładkolistną. Użytkuje się liście w stanie świeżym i suszonym. Są one znakomitym dodatkiem do różnych potraw, zarówno w stanie świeżym, jak i po wysuszeniu. Można dodawać je do sałatek, zup, surówek i wyciskać z nich sok. Seler listkowy można uprawiać z rozsady lub z siewu bezpośredniego. Pierwsze zbiory selera listkowego przeprowadza się już po 40 dniach od dary sadzenia rozsady, liście po ścięciu odrastają ponownie i mogą być zbierane wielokrotnie podczas sezonu.

PASZTET Z SELERA

Składniki:

- 1 kg selera (około 3 średnie główki)
- 30 dag cebuli (2 duże)
- 3-4 ząbki czosnku 25 dag
- margaryny "Palma"
- 2 kostki bulionu grzybowego
- 1 szklanka wody
- 1 szklanka bułki tartej
- 6 jajek sól pieprz

Sposób wykonania: Seler i cebulę obrać, opłukać i zetrzeć na tarce o grubych oczkach. Czosnek obrać i zmiażdżyć. Do garnka przełożyć margarynę, kostki bulionu grzybowego i wlać wodę. Dodać seler, cebulę i czosnek. Wszystko razem wymieszać i zagotować. Następnie gotować na małym ogniu przez 1 godzinę, od czasu do czasu mieszając. Ostudzić. Do zimnej masy dodać bułkę tartą i surowe jajka. Przyprawić do smaku solą i pieprzem. Wszystko dokładnie razem wymieszać. Prostokątną formę keksową (o wymiarach 11 na 36 cm) wyłożyć papierem do pieczenia. Do formy przełożyć masę. Całość włożyć do nagrzanego piekarnika. Piec około 90 minut w temperaturze 180-190 °C. Smacznego.



ZUPA-KREM Z SELERA

Składniki:

- 2 selery korzeniowe
- 1 cebula
- 3 średnie ziemniaki
- 3 ząbki czosnku
- 600ml rosółu warzywnego
- 100 ml śmietany
- 1/2 szklanki białego wytrawnego wina
- 1/2 szklanki tartego parmezanu
- 3 łyżki masła
- sól, zmielony czarny pieprz do smaku
- nać pietruszki i parmezan do przybrania

Obieramy wszystkie warzywa. Ziemniaki i selera kroimy w kostkę, cebulę i czosnek drobno siekamy. Rozgrzewamy trochę masła na patelni i smażymy aż cebula będzie złota i miękka, dodajemy czosnek, jeszcze chwilę smażymy. Przekładamy do dużego garnka. Dodajemy łyżkę masła na patelni smażymy selera i ziemniaki, przez 5-6 minut. Umieszczamy je również w garnku i dodajemy rosół, tak aby warzywa były przykryte, doprawiamy solą i pieprzem. Doprowadzamy do wrzenia, po czym skręcamy ogień i gotujemy aż warzywa będą miękkie przez około 20 - 25 minut. Pozostawiamy do ostygnięcia.

Po schłodzeniu, miksujemy zupę aż uzyskamy jednolitą kremową masę. Następnie parę łyżek zupy mieszamy ze śmietaną w kubku. Zupę w garnku podgrzewamy i dodajemy śmietaną mieszając, dodajemy również wino oraz parmezan, wszystko mieszamy na niskim ogniu

przez minutę, doprawiamy do smaku. Podajemy posypane parmezanem i udekorowane natką pietruszki.



REFERATY

ROLA I ZADANIA PIELEGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z PRZEWLEKŁĄ NIETYDOLNOŚCIĄ NEREK

Niewydolność nerek w przeglądzie literatury

Wśród chorób cywilizacyjnych XXI wieku, oprócz chorób sercowo-naczyniowych, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i otyłości, od niedawna wymienia się również przewlekłą chorobę nerek (PCHN). Przewlekła choroba nerek jest w tej grupie jednostką szczególną, może być następstwem lub powikłaniem wszystkich pozostałych chorób cywilizacyjnych. Zbyt rzadko rozpoznawana, występuje znacznie częściej niż dotychczas sądzono, przebieg jest często utajony [6, 9].

W polskim piśmiennictwie nefrologicznym, mimo pewnych różnic w opisowych definicjach przewlekłej niewydolności nerek, powszechnie zaakceptowano kryterium rozpoznawania niewydolności nerek jako obniżenie wartości filtracji kłębuszkowej poniżej 80 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała. W większości podręczników przyjęto podział na cztery okresy, oparty na stopniu upośledzenia GFR i nasileniu towarzyszących objawów klinicznych i biochemicznych: okres utajonej PNN, okres wyrównanej PNN, okres niewyrównanej PNN i okres schyłkowej PNN [10].

W literaturze anglojęzycznej upośledzenie czynności nerek często opisuje się terminami: zmniejszona rezerwa nerkowa, niedomoga nerek, niewydolność nerek, mocznica. W innych opracowaniach można spotkać określenia: zmniejszona czynność nerek, łagodna niewydolność nerek, umiarkowana niewydolność nerek, ciężka niewydolność nerek i postać schyłkowa [10].

Aktualna definicja PCHN została ustalona przez zespół nefrologów amerykańskich w 2002 roku, a następnie potwierdzona i zaakceptowana na całym świecie. W tym samym czasie wprowadzono podział na stadia w zależności od stopnia wydolności nerek.

Przewlekła choroba nerek to wieloobjawowy zespół chorobowy, który powstaje w wyniku trwałego uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów niszczonych przez różne procesy chorobowe toczące się w mięszu nerek [9,10,16,17].

Zgodnie z tą definicją uszkodzenie nefronów musi być trwałe, jak również spadek przesączania kłębuszkowego utrzymywać się przez co najmniej trzy miesiące. Za wartość graniczną przesączania kłębuszkowego, poniżej której można mówić o niewydolności nerek, przyjęto umownie 60 ml/min/1,73m². W stadiach początkowych do rozpoznania PCHN niezbędne są wykładniki uszkodzenia nerek, natomiast w trzecim stadium do rozpoznania wystarczy obniżony wskaźnik GFR (glomerular filtration rate) bez towarzyszących innych cech uszkodzenia nerek [6,9,10].

W ciągu ostatnich lat dokonał się ogromny postęp w nefrologii. Nastąpiły również zmiany w nomenklaturze wielu jednostek chorobowych, np:

- „przewlekłą niewydolność nerek” zmieniono na „przewlekłą chorobę nerek”
- zamiast „nefropatii cukrzycowej” wprowadzono termin „cukrzycowa choroba nerek” [17].

Epidemiologia

Głównym zadaniem epidemiologii jest badanie częstości występowania choroby oraz określenie czynników i warunków związanych z jej szerzeniem się w społeczeństwie. W większości krajów, dzięki prowadzonym od kilkunastu lat rejestrom nefrologicznym, dobrze znana jest częstość występowania schyłkowej niewydolności nerek. Mniej danych jest o występowaniu pozostałych stadiów choroby. Na podstawie badań przeprowadzonych na pięciu kontynentach: Ameryce Północ-

nej, Ameryce Południowej, Australii, Europie i Azji, szacuje się, że na przewlekłą chorobę nerek choruje 382-873 miliony osób (średnio 600 mln), w tym w Polsce 2,7-6,2 mln (średnio 4,2mln) osób. W Polsce od czasu wprowadzenia rejestru wciąż przybywa osób ze schyłkową niewydolnością nerek. W 1996 roku liczba chorych wynosiła 141, a w 2006 roku 362 osoby/100 000 badanych [6,17,21].

Liczne badania potwierdzają, że czynnikami obciążającymi i powodującymi częstsze występowanie PCHN jest nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, płeć męska, podeszły wiek, otyłość, palenie tytoniu. Przewlekła choroba nerek jest ważnym problemem epidemiologicznym, występuje powszechnie wywiera szkodliwy wpływ na wiele narządów, a w szczególności na układ sercowo-naczyniowy. Ważnym aspektem epidemiologii jest określenie liczby potencjalnych pacjentów z PCHN, którzy będą wymagać opieki nefrologicznej, a część z nich leczenia nerko zastępczego. Dotyczy to konieczności rozwoju ośrodków dializacyjnych i transplantacyjnych, w których pacjenci znajdą ratunek i odpowiednią opiekę. Obecnie istotne jest wprowadzenie w życie wczesnej identyfikacji PCHN i programów prewencyjnych oraz podjęcie skutecznych działań nefroprotekcyjnych [6,15,22,23].

Etiopatogeneza przewlekłej niewydolności nerek

Przewlekła niewydolność nerek rozwija się na podłożu przewlekłej choroby nerek. W początkowym okresie choroby kłębuszki nerkowe ulegają przerostowi, dochodzi do ich stwardnienia oraz włóknienia tkanki śródmiąższowej co powoduje upośledzenie czynności nerek. We krwi gromadzą się toksyny mocznicowe. Zmniejsza się

wytwarzanie erytropoetyny, co prowadzi do niedokrwistości. Mniejsze wydzielanie czynnej postaci witaminy D jest jedną z przyczyn hiperfosfatemii i hipokalcemii oraz wtórnej nadciśnienia przytarczyc. Na skutek upośledzenia wydalania wody i sodu rozwija się nadciśnienie tętnicze. Przewlekła choroba nerek ma istotny wpływ na układ krążenia, przede wszystkim na mięsień serca, osierdzie i tętnice, znacznie przyspiesza rozwój miażdżycy. Zaburza procesy metabolizmu i wydzielania wielu hormonów [4,8,10].

Do najczęstszych przyczyn przewlekłej niewydolności nerek należą: nefropatia cukrzycowa, nefropatia nadciśnieniowa, kłębuszkowe zapalenie nerek, cewkowo-śródmiąższowe choroby nerek, wielotorbielowate zwyrodnienie nerek, rzadziej nefropatia niedokrwieniowa, nefropatia zaporowa, układowe choroby tkanki łącznej, sarkoidoza, skrobiawica [5,17].

Diagnostyka przewlekłej niewydolności nerek

Wczesne rozpoznanie choroby wiąże się z poprawą rokowania. Odsunięcie w czasie konieczności rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego ma duże znaczenie dla jakości życia każdego pacjenta i pozwala na obniżenie kosztów tej metody leczenia [9,15].

Kryterium rozpoznania przewlekłej choroby nerek jest stwierdzenie wykładników uszkodzenia nerek, do których należy: krwinkomocz (po wykluczeniu przyczyn urologicznych i zaburzeń w układzie krzepnięcia), albuminuria, oszacowanie wskaźnika GFR oraz nieprawidłowości w badaniach obrazowych [21].

Do wyliczania GFR przydatne są wzory Cockrofta-Gaulta i MDRD (Modification In Diet In Renal Disease) zalecane przez Grupę Roboczą Zespołu Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Nefrologii.

W celu ustalenia przyczyny PNN i stopnia jej zaawansowania należy przeprowadzić:

- wywiad dotyczący wieloletniej cukrzycy, nawracających zakażeń układu moczowego, białkomoczu, krwinkomoczu
- badanie przedmiotowe (pomiar ciśnienia tętniczego)
- badanie ogólne moczu

- badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej
- inne badania obrazowe: urografia, arteriografia, tomografia komputerowa (wykonywana rzadko, gdyż stosowany w czasie badania kontrast może pogorszyć funkcje nerek)
- biopsję nerki (wykonuje się tylko w początkowym okresie PNN)
- oznaczenie stężenia kreatyniny, mocznika, oszacowanie GFR
- inne przydatne badania to: badanie stężenia fosforanów, sodu, potasu, gazometrii, morfologii
- pomiar diurezy dobowej [7,9,13,16].

Istotne jest określenie przyczyn przewlekłej choroby nerek. Wśród czynników ryzyka rozwoju choroby wymienia się czynniki usposabiające: wywiad rodzinny, zmniejszona masa nerek, niska waga urodzeniowa, określone grupy etniczne, niski status socjoekonomiczny, podeszły wiek oraz czynniki inicjujące: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby autoimmunologiczne, zakażenia ogólnoustrojowe, zakażenia układu moczowego, nefropatia zaporowa, ostra niewydolność nerek, leki nefrotoksyczne [21,23].

Progresję przewlekłej choroby nerek ocenia się na podstawie okresowego pomiaru stężenia kreatyniny i wskaźnika GFR. U wszystkich chorych ocenia się aktywność choroby podstawowej nerek. W tym celu wykonuje się badanie przeciwciał przeciwjądrowych ANA, ANCA, anty-GBM. Od trzeciego stadium rutynowo oznacza się morfologię, gospodarkę żelazową, ocenia się zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, lipidogram. W dwóch następnych stadiach przygotowuje się chorego do leczenia nerkozastępczego oraz wykonuje się szczepienia przeciwko WZW [16,17,20].

Przebieg choroby

Obecnie niewydolność nerek traktuje się jako następstwo przewlekłej choroby nerek, która przebiega w pięciu stadiach.

Stadium I Przebieg jest skąpoobjawowy lub bezobjawowy, objaw związane są z chorobą podstawową. Wskaźnik GFR jest prawidłowy ($> \text{lub} = 90 \text{ ml/min.}$), w badaniach obserwuje się cechy uszkodzenia nerek, takie jak: albuminuria, białkomocz, krwinkomocz, torbiele w obrazie USG.

W tym stadium należy ustalić przyczynę i eliminować czynniki ryzyka postępu choroby nerek.

Stadium II

Dominują objawy związane z podstawową chorobą nerek. Stopniowo pojawiają się objawy upośledzenia zagęszczania i zakwaszania moczu. Zwiększa to podatność na odwodnienie i zakażenie układu moczowego. Wskaźnik GFR wynosi 90-60ml/min, kreatynina prawidłowa lub lekko podwyższona. W stadium tym zaczyna się retencja fosforanów, a współistniejący niedobór witaminy D pobudza przytarczycę do wydzielania parathormonu. U części chorych występuje niedokrwistość, spowodowana zmniejszonym wytwarzaniem erytropoetyny w nerkach.

Stadium III

W stadium tym dochodzi do umiarkowanego stopnia obniżenia GFR (60-30 ml/min.), wzrasta stężenie mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego i fosforanów. Etap ten cechuje wielomocz, zwiększone pragnienie, nykturia, nadciśnienie tętnicze. Pojawiają się zaburzenia łaknienia, nudności, wymioty. U większości chorych stwierdza się różnie nasiloną niedokrwistość co powoduje gorsze samopoczucie i osłabienie.

Stadium IV

Charakteryzuje się nasileniem objawów ze strony przewodu pokarmowego, pogorszeniem wydolności fizycznej, osłabieniem. Może wystąpić kwasica metaboliczna, znaczna niedokrwistość objawy osteodystrofii, neuropatii i niedożywienia. Nadciśnienie tętnicze występuje u ponad 80% chorych. U wielu stwierdza się przerost lewej komory serca i kardiomiopatię. Wskaźnik GFR 15-30ml/min., wzrasta stężenie kreatyniny, mocznika, fosforanów w surowicy krwi.

Stadium V

GFR < 15ml/min. Rozwija się pełny obraz mocznicy, występują objawy ze wszystkich układów, dołączają się objawy psychiczne, jest większa skłonność do zakażeń, zwiększona częstość występowania chorób nowotworowych, bóle kostne i stawowe, osłabienie mięśniowe [17,21].

Obraz kliniczny zależy od zaawansowania przewlekłej choroby nerek

i choroby podstawowej. Początkowo objawy mogą nie występować lub są niecharakterystyczne. Dominują objawy choroby podstawowej, np. cukrzyca, reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby wieńcowej lub nadciśnienia tętniczego. W miarę postępu choroby i zmniejszania się wskaźnika GFR pojawiają się objawy, które mogą dotyczyć każdego z układów organizmu, a są następstwem upośledzonej funkcji nerek. Nasilenie objawów mocznic jest różne u poszczególnych pacjentów [10].

Ze strony układu krążenia pojawia się, nadciśnienie tętnicze, przerost lewej komory mięśnia sercowego, kardiomiopatia, zapalenie osierdzia, choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia, przyspieszona miażdżycza. W układzie oddechowym obserwuje się, płuco mocznicowe, zapalenie opłucnej, obrzęk płuc. Objawy ze strony przewodu pokarmowego to: brak apetytu przechodzący w jadłowstręt, nudności, wymioty, zapalenie jamy ustnej, dziąseł, mocznicowy zapach z ust, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, może wystąpić zapalenie trzustki, krwawienie z przewodu pokarmowego. W zaawansowanej PNN pojawiają się objawy ze strony układu nerwowego: senność w ciągu dnia z tendencją do narastania otępienia, pogarszająca się zdolność koncentracji, zaburzenia pamięci, niewyraźna zlewająca się mowa, zaburzenia orientacji, drżenia nerwowe i drgawki, jak też nefropatia obwodowa czuciowo-ruchowa z uczuciem pieczenia, zespół niespokojnych nóg, kurcze mięśniowe, większa męczliwość mięśni, czkawka. W miarę wzrostu stężenia mocznika we krwi skóra staje się sucha, przybiera ziemistobrunatne zabarwienie, mogą wystąpić objawy skazy krwotocznej, pojawia się świąd. Nagromadzenie toksyn mocznicowych ma wpływ na wydzielanie, aktywność i degradację wielu hormonów. Często towarzyszy wtórna nadczynność przytarczyc, nietolerancja glukozy, hiperlipidemia, występuje niedokrwistość, nieprawidłowa czynność gruczołów płciowych, jest zmieniony obwodowy metabolizm tyroksyny. W przewlekłej niewydolności nerek występuje często niedożywienie. Wiąże się to powikłaniami choroby podstawowej, niedosta-

tecznym spożyciem składników odżywczych, stratami składników odżywczych związanych z leczeniem nerko zastępczym [16,17,23,24].

Powikłania

W miarę postępującego zmniejszenia filtracji kłębuszkowej rozwijają się powikłania przewlekłej choroby nerek. Najważniejsze to zaburzenia ze strony układu krwiotwórczego, gospodarki wapniowo-fosforanowej, endokrynne oraz układu nerwowego. Występują również zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej (odwodnienie, przewodnienie, hiperkaliemia) oraz zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej (kwasica metaboliczna) [7,17].

Niedokrwistość jest wczesnym i jednym z najczęstszych powikłań. Występuje już w drugim i trzecim stadium choroby, u chorych na cukrzycę pojawia się wcześniej, występuje u ponad 90% osób hemodializowanych [8].

Zaburzenia endokrynne są częste w przebiegu PNN. Nerki odgrywają istotną rolę w metabolizmie i wydalaniu wielu hormonów, a ich niewydolność zaburza te procesy.

Osteodystrofia nerkowa, hiperfosfatemia i związane z nią zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej występują szczególnie często w 4-5 stadium PchN i są powodem obniżenia jakości życia oraz śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych. Występują bóle kości, osłabienie mięśni, wzrasta ryzyko złamań. Za występowanie chorób serca i naczyń współodpowiedzialne jest zwapnienie błony wewnętrznej tętnic oraz zastawek serca [4,20,28].

Ze strony układu nerwowego następuje upośledzenie koncentracji i pamięci, zaburzenia snu i zachowania. Akcentują się objawy neuropatii obwodowej, dysfunkcji nerwów czaszkowych, w zaawansowanych stadiach rozwijają się objawy obrzęku mózgu, pojawiają się drgawki lub śpiączka [17].

Leczenie

Celem postępowania terapeutycznego jest ograniczenie uszkodzenia nerek oraz wydłużenie i poprawa jakości życia pacjentów. Podstawowe cele opieki medycznej pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek to:

- leczenie przyczyny zasadniczej choroby nerek

- leczenie chorób współistniejących
- leczenie objawów upośledzenia nerek
- spowolnienie progresji choroby nerek
- ograniczenie powikłań sercowo-naczyniowych
- przygotowanie chorego do leczenia nerkozastępczego [21, 22].

Leczenie przewlekłej niewydolności nerek zależy od stopnia jej zaawansowania, do czwartego stadium stosuje się leczenie zachowawcze, w piątym stadium zwykle stosuje się leczenie nerkozastępcze. Podczas całego okresu ważną rolę odgrywa leczenie dietetyczne.

Leczenie farmakologiczne polega na:

- wykluczeniu leków nefrotoksycznych
- leczeniu nadciśnienia tętniczego, którego celem jest uzyskanie wartości <130/80mmHg, a w nefropatii cukrzycowej <120/75mmHg
- zmniejszeniu białkomoczu
- intensyfikacji leczenia cukrzycy
- leczeniu dyslipidemii
- leczeniu niedokrwistości
- leczeniu zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej, podawaniu witaminy D₃
- zwalczaniu kwasicy metabolicznej (węglan wapnia)
- stosowaniu kwasu foliowego i witamin z grupy B
- zwalczaniu hiperkaliemii [7,10].

Leczenie nerkozastępcze

Wcześniejsze wdrożenie leczenia nerkozastępczego nie pozwala na rozwój ciężkich zaburzeń. Rokowanie PNN zależy od skuteczności zahamowania choroby, jak również od stopnia uszkodzenia mięszu nerki. Według zaleceń Zespołu Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Nefrologii leczenie nerkozastępcze należy rozpocząć gdy klirens kreatyniny endogennej wynosi 9-14ml/min/1,73 m² powierzchni ciała. Ma ono na celu wyrównanie zaburzeń metabolicznych, zwalczanie objawów mocznicy i przedłużenie życia chorego [16,17,21].

Przeciwwskazaniami do tej formy leczenia są:

- rozsiana choroba nowotworowa
- współistniejąca choroba innych narządów lub układów o takim stopniu zaawansowania, iż wdrożenie leczenia nerkozastępczego nie poprawiłoby jakości życia pacjenta

- brak zgody pacjenta.

Wskazaniem do rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego jest:

- GFR <15ml/min/1,73m² oraz występowanie klinicznych cech mocznicy, przewodnienia opornego na leczenie diuretykami lub postępującego niedożywienia
- GFR 8-10ml/min jest wskazaniem do dializoterapii nawet w razie braku objawów mocznicy
- u chorych na cukrzycę wskazane jest wcześniejsze rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego przy GFR <20ml/min/1,73m²

Rodzaje leczenia nerkozastępczego:

- hemodializa
- dializa otrzewnowa
- transplantacja nerki

Hemodializa jest jedną z metod leczenia nerkozastępczego, najczęściej stosowaną w Polsce u pacjentów z ostrą i przewlekłą niewydolnością nerek. Jest formą leczenia, która zastępuje wydalniczą funkcję nerki. Oczyszczanie krwi odbywa się poza organizmem chorego w dializatorze, pod kontrolą specjalnego aparatu zwanego „sztuczną nerką”. Proces hemodializy obejmuje wymianę cząsteczek wody i substancji rozpuszczonych przez kanały filtracyjne błony dializacyjnej i zachodzi przy udziale dwóch niezależnych mechanizmów, dyfuzji i ultrafiltracji. Dyfuzja polega na przemieszczaniu cząstek rozpuszczonych w osoczu przez błonę półprzepuszczalną do roztworu płynu dializacyjnego lub odwrotnie. Wielkość dyfuzji zależy od gradientu stężeń danej substancji między krwią i płynem dializacyjnym, masy cząsteczkowej oraz właściwości błony przepuszczalnej dializatora. Ultrafiltracja zachodzi pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego i polega na wymuszonym ruchu cząsteczek wody i substancji w niej rozpuszczonych przez błonę dializacyjną. Ultrafiltracja ma na celu usunięcie nadmiaru wody zmagazynowanej w wyniku przyjmowanych doustnie, jak i wody powstałej w organizmie w wyniku procesów metabolicznych zachodzących w okresie międzydializacyjnym [7,29].

Leczenie hemodializą wymaga wytworzenia wydajnego dostępu naczyniowego. Jest to miejsce, z którego pobierana i oddawana jest krew w trak-

cie zabiegu hemodializy. W nagłych przypadkach, gdy konieczne jest natychmiastowe przeprowadzenie hemodializy, wykorzystuje się do tego celu czasowe cewniki dializacyjne. Są one zakładane przez wkłucie dużych żył (szyjnej, udowej, podobojczykowej) w znieczuleniu miejscowym. Obecnie są to najczęściej cewniki dwukanałowe, w których jednym z kanałów płynie krew od pacjenta do dializatora, drugim zaś do niego powraca. Ze względu na duże ryzyko wniknięcia drobnoustrojów do krwi chorego, cewniki te mogą być używane przez ograniczony okres, najczęściej kilka tygodni. [1,2,29].

Innym rodzajem stałego dostępu są cewniki permanentne, zakładane chirurgicznie do dużych żył. Posiadają one zgrubienie (mufkę), która zrastając się z tkanką podskórną, zapobiega wypadaniu cewnika oraz stanowi miejsce obrony przed zakażeniem. Cewniki permanentne mogą być używane przez wiele miesięcy, niekiedy lat. Stwarzają większe ryzyko infekcji niż przetoki, powodują też ograniczenia w życiu codziennym (nie można się z nimi kąpać, pływać). Wykorzystanie cewnika do innych celów niż hemodializa jest możliwe jedynie w sytuacjach zagrożenia życia, a dokładna pielęgnacja cewnika od chwili założenia ma zasadnicze znaczenie w dalszym jego użytkowaniu do celów dializacyjnych [1,2,29].

Kolejnym rodzajem dostępu do hemodializ są przetoki tętniczo-żylnie, mogą być wykonane z naczyń własnych lub protez z tworzywa syntetycznego. Do szczególnie ważnych zachowań należy dbałość o naczynia krwionośne, zarówno ze strony personelu jak i pacjenta. Naczynia krwionośne u pacjentów z PChN są zazwyczaj delikatne, dlatego należy odpowiednio postępować z nimi przez cały okres choroby, gdyż w perspektywie mogą być potrzebne do założenia dostępu naczyniowego. Szybka niewydolność nerek przesądza o konieczności długotrwałej dializoterapii i tym samym wytworzenia przetoki tętniczo-żylniej. Od momentu wytworzenia przetoki do pierwszego jej nakłucia upływa średnio 6 tygodni. Okres ten nazywany jest „dojrzwaniem przetoki” [1,2,29].

Leczenie dietetyczne

Dieta jest istotnym elementem postępowania terapeutycznego. Może ona nie tylko wpływać na stan odżywienia pacjentów, ale również na przebieg choroby nerek. Polega na zastosowaniu takiego sposobu odżywiania, który zapewni utrzymanie dobrego stanu zdrowia, ograniczy rozwój zaburzeń metabolicznych wynikających z choroby oraz zahamuje rozwój jej powikłań [18,27].

Zadaniem diety w przewlekłej niewydolności nerek jest:

- dostarczenie właściwej ilości energii dostosowanej do aktywności fizycznej, co ma na celu utrzymanie optymalnej masy ciała
- dostarczenie właściwych proporcji składników odżywczych zabezpieczających przed rozwojem niedożywienia białkowo kalorycznego
- zmniejszenie ilości końcowych produktów przemiany materii, takich jak mocznik, kreatynina, kwas moczowy
- zapobieganie zmianom miażdżycowym
- zwolnienie postępu upośledzenia czynności nerek
- poprawa jakości życia

Zalecenia żywieniowe dla pacjentów obejmują podaż białka, energii, fosforu, sodu, potasu, wapnia, żelaza oraz witamin. W każdym okresie choroby istotne jest utrzymanie prawidłowego bilansu wodnego.

Białko

Podstawą diety jest ograniczenie podaży białka. W początkowym okresie choroby spożycie białka nie powinno odbiegać od ilości zalecanej dla zdrowych osób (0,8-1 g/kg mc./dobę). Ograniczenie spożywanej ilości należy wprowadzić wtedy, gdy wartość GFR spada poniżej 70ml/min/1,73m² powierzchni ciała. Przy spadku GFR poniżej 25 ml/min/1,73m² podaż białka powinna wynosić 0,5-0,6 g/kg mc./dobę. W diecie niskobiałkowej 3/4 spożywanego białka powinno być pochodzenia zwierzęcego. Źródłem jest chude mięso, ryby, mleko, sery twarogowe, białko jaja. Restrykcje spożywanego białka zmniejszają produkcję toksyn mocznicowych, co wpływa na zmniejszenie nasilenia objawów oraz spowolnienie niszczenia miększu nerek.

Energia

Dieta nie powinna być ubogokaloryczna, gdyż nie można wtedy bez-

piecznie ograniczać ilości białka. Podstawowe źródło energii powinny stanowić węglowodany złożone, które powinny pokrywać 55-60% dziennego zapotrzebowania. Zalecane są produkty zbożowe niskoprzetworzone, takie jak: razowe pieczywo, razowe makarony, płatki owsiane lub pszenne. Tłuszcze w diecie nie powinny dostarczać więcej jak 35% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Powinny przeważać tłuszcze jedno- i wielonienasycone pochodzące z oliwy z oliwek, olejów roślinnych oraz ryb. Wywierają one korzystny wpływ na układ krążenia chorych, u których często występują zaburzenia przemiany lipidowej.

Fosfor

Ograniczenie spożycia fosforu poprzez modyfikację diety jest trudne, gdyż produkty zawierające pełnowartościowe białko, zawierają też fosfor. Do produktów bogatych w ten pierwiastek należą: sery żółte i topione, żółtko jaja, mięso, podroby, rośliny strączkowe, czekolada i kakao. Ograniczenie stężenia fosforanów w organizmie zmniejsza nasilenie nadczynności przytarczyc i osteodystrofii.

Sód

Zaleca się ograniczenie spożycia sodu do 1-3 g/dobę, czyli do jednej płaskiej łyżeczki. Głównym źródłem sodu, którego powinny unikać osoby chore na PNN są: konserwy mięsne, rybne oraz wędliny, słone przekąski (chipsy, orzeszki, popcorn). Dużo sodu znajduje się w serach żółtych i topionych, koncentratkach spożywczych zawierających glutaminian sodu.

Potas

W początkowym okresie choroby, ze względu na zwiększone wydalanie moczu, zalecana jest dieta bogata w potas. Pogorszenie czynności nerek wymaga ograniczenia potasu w diecie o 50%. Produkty zawierające dużo potasu to: świeże owoce, warzywa (zwłaszcza suche strączkowe), przeciery pomidorowe, ziemniaki, kasze, orzechy, czekolada. Można zmniejszyć ilość potasu w produktach poprzez rozdrobnianie, płukanie, moczenie, gotowanie potraw w dużej ilości nieosolonej wody, najlepiej z kilkukrotną wymianą wody w czasie gotowania.

Wapń

Ustalenie diety bogatej w wapń jest trudne, gdyż produkty z dużą zawartością tego pierwiastka są również źródłem fosforu. Ograniczenie produktów białkowych zmniejsza podaż wapnia. W celu utrzymania optymalnego stanu gospodarki wapniowo-fosforanowej zalecana jest suplementacja preparatów wapnia oraz aktywnej postaci witaminy D.

Żelazo

W schyłkowym okresie choroby żelazo gorzej wchłania się z przewodu pokarmowego. Żelazo znajduje się głównie w czerwonym mięsie, wątróbce, rybach. Zaleca się również odpowiednią suplementację.

Witaminy

Zmniejszona podaż białka w diecie wiąże się z ograniczeniem podaży witamin z grupy B. Dieta ubogopotasowa zmniejsza dowóz witaminy C i kwasu foliowego. Poza witaminą D nie uzupełnia się witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, ponieważ choroba nerek przyczynia się do ich kumulacji w organizmie. Nadmiar witaminy A przyspiesza rozwój miażdżycy i retinopatii.

Płyny

Dozwolona ilość zależy od wydalania moczu, obrzęków i nadciśnienia tętniczego. W początkowym okresie choroby zaleca się, aby podaż płynów była dość wysoka ze względu na zwiększoną objętość wydalanego moczu. W okresie stosowania restrykcji płynowych dozwoloną ilość oblicza się, dodając do dobowej diurezy około 500 ml, które są tracone wraz z potem, kałem i przez drogi oddechowe.

Szczególne zalecenia żywieniowe dotyczą chorych hemodializowanych. Według zaleceń ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) z 2006 roku podaż białka u chorych przewlekle dializowanych powinna wynosić 1,2-1,4 g/kg/24 h, podaż energii 30-35 kcal/kg/24 h. Rozpoczęcie leczenia dializami pozwala na bardziej liberalną podaż białka co prowadzi do zwiększenia spożycia składników odżywczych. Jednocześnie może dochodzić do strat tych składników w czasie dializy. Zawartość potasu nie powinna przekraczać 2-3 g/kg/24 h. Zalecane ograniczenia fosforanów do 800 mg/24 h są mało realne wobec podaży białka (1 g białka zawiera oko-

ło 16 mg fosforu), dlatego stosuje się środki wiążące fosforany w przewodzie pokarmowym. Wytyczne dotyczące gospodarki lipidowej nie odbiegają od ogólnych zaleceń. Jednym z celów dializy jest usunięcie nadmiernej ilości płynów z organizmu. Masa ciała po dializie określana jest suchą masą, na podstawie której oblicza się zapotrzebowanie na składniki odżywcze oraz zalecenia dotyczące podaży płynów. Jeśli przyrosty masy ciała są nadmierne, mogą być zalecone ograniczenia podaży płynów i soli. Przy dobrych wynikach kontroli przyrostów masy ciała między zabiegami, poniżej 5,7 % suchej masy ciała, ograniczenia nie są konieczne.[17].

Funkcje zawodowe pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością nerek

Współczesna pielęgniarka jest profesjonalistą w zakresie opieki i w odpowiedzialny sposób zapewnia pomoc bezpośrednio dostosowaną do potrzeb i problemów zdrowotnych chorego i jego rodziny. W opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością nerek należy zwrócić szczególną uwagę na edukację zdrowotną, profilaktykę powikłań, przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków i diety. Funkcje zawodowe pielęgniarki wynikają z celów i misji zawodu i są to świadczenia: diagnostyczne, lecznicze, opiekuńcze, rehabilitacyjne, edukacyjne i związane z promocją zdrowia [3,7,25]

Zadania diagnostyczne

W celu ich ustalenia pielęgniarka określa: dane personalne, analizuje dokumentację lekarską pod kątem przyczyny hospitalizacji, analizuje stosowane metody leczenia i bierze udział w terapii jak również ocenia wstępnie i systematycznie ogólny stan chorego pod kątem stabilności i zaawansowania choroby. Dokonuje oceny stanu świadomości, funkcjonowania układu krążenia, wykonuje pomiar RR, EKG, prowadzi obserwację w kierunku niewydolności krążenia. Ocenia funkcjonowanie układu oddechowego, charakter oddechu, zapach. Obserwuje funkcję nerek, prowadzi bilans płynów, pomiar dobowej zbiórki moczu, kontroluje masę ciała, obserwuje objawy przewodnienia, hipo- i hiperkaliemii. Kontroluje temperaturę ciała, ocenia stan

skóry i błon śluzowych, ocenia ryzyko zagrożenia odleżynami. Do zadań diagnostycznych pielęgniarki należy ocena funkcjonowania układu pokarmowego: łaknienia, objawów dyspeptycznych, zaburzeń rytmu wypróżnień, krwawienia, fałszywego pragnienia. Ocenia funkcjonowanie i stan aktualnego dostępu naczyniowego. Zwraca uwagę na objawy niedokrwistości i skazy krwotocznej, krwawienia z nosa i dziąseł, wybroczyny na skórze. Ocenia zdolność pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji. Rozpoznaje potrzeby i diagnozuje problemy pacjenta, określa stan emocjonalny, reakcję na hospitalizację, chorobę i stosowane leczenie jak też ocenia stan psycho-społeczny, sytuację rodzinną, wydolność opiekuńczą rodziny oraz sytuację zawodową. Rozpoznaje zapotrzebowanie chorego i rodziny na edukację w zakresie:

- wiedzy na temat choroby i stosowanego leczenia
- stylu życia mającego wpływ na przebieg choroby
- zaleceń dietetycznych, higienicznych, aktywności fizycznej
- umiejętności do prowadzenia samokontroli i samopielęgnacji: pomiar RR, kontrola masy ciała, obserwacja objawów infekcji, obserwacja dostępu naczyniowego.

Zadania terapeutyczne polegają na współdziałaniu w farmakoterapii, dializoterapii, rehabilitacji.

Zadania opiekuńcze realizowane są poprzez pomoc w zaspokajaniu potrzeb w zależności od istniejącego deficytu samoopieki, przeciwdziałanie odleżynom u pacjentów leżących, zmniejszenie dokuczliwości objawów chorobowych, minimalizowanie ryzyka infekcji, udzielanie wsparcia psychicznego. Brak wsparcia i zrozumienia ze strony osób bliskich w wielu przypadkach rodzi u chorego uczucie frustracji, beznadziejności i małej wartości społecznej. To prowadzi do zniechęcenia, depresji, braku współpracy z personelem medycznym, konfliktów i niestosowania się do zaleceń. Zniechęcenie powoduje często zubożenie chorego na dalsze losy i brak chęci do walki. Poznanie problemów psychologicznych stanowi ważną kwestię dla zespołu leczącego, środowiska chorego oraz ma wpływ na skuteczne leczenie [30].

Zadania edukacyjne:

- pielęgniarka wyjaśnia i uzasadnia działania podejmowane na rzecz chorego
- przekazuje informacje dotyczące specyfiki postępowania leczniczego
- edukuje w zakresie diety, samoopieki i samopielęgnacji
- uświadamia o konieczności oszczędzania własnych naczyń krwionośnych oraz dbałości o właściwe ich wykorzystywanie
- naucza dbałości o dostęp naczyniowy: zasady pielęgnacji cewnika dializacyjnego, samodzielna kontrola pracy przetoki „czy szumi prawidłowo”. Przetoki nie wolno uciskać, podkładać pod głowę w czasie snu, niedozwolone jest nakłuwanie w celu podania leków czy pobrania krwi do badań, niewskazane dźwiganie ciężkich przedmiotów oraz pomiar ciśnienia tętniczego
- prowadzi edukację dotyczącą zasad higieny. Osoby dializowane to szczególna grupa pacjentów, u których występuje duże ryzyko wystąpienia zakażeń, dlatego ważna jest troska o higienę osobistą
- uświadamia pacjenta o konieczności stosowania leków oraz skutkach niewłaściwego dawkowania czy przerwania kuracji
- przekazuje wiedzę na temat aktywności fizycznej i dostosowaniu jej do stanu i indywidualnych możliwości chorego
- edukuje w zakresie modyfikacji stylu życia (szczególnie normalizacji masy ciała, zaprzestania palenia papierosów) i wpływu tych czynników na progresję choroby [3,7,11,25]

Edukacja jest potrzebna na każdym etapie przewlekłej niewydolności nerek. Szczególnie ważną rolę odgrywa we wczesnych stadiach choroby, gdyż przy czynnym współdziałaniu pacjenta można powstrzymać progresję choroby. Inną funkcję spełnia przy wyborze metody leczenia nerkozastępczego, a prowadzona podczas terapii nerkozastępczej jest rodzajem wsparcia emocjonalnego [3].

Przewlekła choroba nerek dotyczy dużego odsetka populacji, obserwowany jest stały wzrost liczby i jednocześnie wieku chorych. Pacjenci borykają się z mnogością problemów zdrowotnych. Istotny i narastający problem

epidemiologiczny i kliniczny stanowi cukrzycowa choroba nerek. W wielu krajach nefropatia cukrzycowa stała się najczęstszą przyczyną schyłkowej niewydolności nerek. Śmiertelność wśród osób dializowanych chorych na cukrzycę jest znacznie wyższa niż wśród pacjentów z chorobami nerek nie związanymi z cukrzycą. Inną z przyczyn chorobowości i śmiertelności pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek jest choroba sercowo-naczyniowa. Na jej występowanie mają wpływ liczne czynniki ryzyka. Oprócz czynników demograficznych i znanych tradycyjnych (podeszły wiek, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej), występują także specyficzne dla tej grupy pacjentów (białkomocz, niedokrwistość, hiperfosfatemia, wtórna nadczynność przytarczyc, przewlekły stan zapalny).

Z przeglądu literatury oraz analizy studium przypadku wynika, że choroba może być następstwem lub powikłaniem wszystkich chorób cywilizacyjnych, dlatego prowadzenie edukacji zdrowotnej może znacznie ograniczyć jej rozwój, a także spowolnić postęp choroby i opóźnić leczenie nerkozastępcze.

We współczesnym pielęgniarstwie, obok tradycyjnych ról polegających na opiece nad chorym i wykonywaniu zleceń lekarskich, pojawiły się nowe zadania związane z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Zmianie ulega postawa pacjenta, który jest współodpowiedzialny za swoje leczenie i samoopiekę.

W swojej pracy chciałam podkreślić znaczenie procesu pielęgnowania w opiece nad pacjentką z przewlekłą niewydolnością nerek oraz edukacji ukierunkowanej na poprawę jakości życia z chorobą, jak również zaprezentować rolę pielęgniarki. Holistyczne objęcie opieką wymaga od pielęgniarek dużego zaangażowania, wiedzy, umiejętności i znajomości procedur. Czynniki te spowodowały, że diagnozy pielęgniarskie i ich realizacja były skuteczne w rozwiązywaniu problemów i wpłynęły na poprawę zdrowia i samopoczucia pacjentki. Świadome uczestnictwo pacjentki i jej rodziny w procesie leczenia pozwala na przewartościowanie do-

tychczasowego życia i dostosowanie go
do zmieniającej się sytuacji

lic. piel. Maria Dymidiuk
literatura dostępna w redakcji

Opracowała:

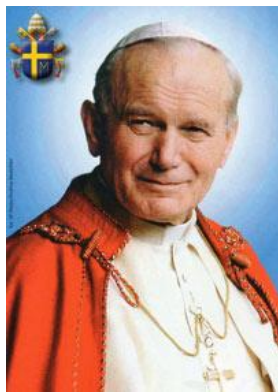
NASZA KOLEŻANKA PIELEŃNIARKA NA KANONIZACJI JANA PAWŁA II

Laureatką konkursu Echa Katolickiego na wspomnienie o Papieżu Polaku została nasza koleżanka Ewa Dymowska. Pani Ewa jest pielęgniarką pracującą w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.

Nagrodą za artykuł był wyjazd do Rzymu i uczestniczenie w historycznym momencie, jakim były uroczystości kanonizacji Jana Pawła II i Jana XXIII.

- Jest mi bardzo miło, że mogłam brać udział w wielkich uroczystościach. Wyjazd i pobyt w Watykanie był dla mnie przede wszystkim głębokim przeżyciem duchowym. Z Janem Pawłem II byłam związana przez całe życie, a udział w kanonizacji tylko ten stan umocnił.

- Przeżycia jeszcze wciąż są bardzo świeże, muszę je przeanalizować i poukladać. O tym, czego doświadczyłam i co zobaczyłam, opowiadam każdemu, kogo spotykam. Warto było wziąć udział w konkursie ogłoszonym przez Echo Katolickie - mówi E. Dymowska.



Zwycięska praca w konkursie „Na kanonizację z Echem” Mamy Papieża Polaka!

Gdyby nie było Papieża Polaka, nie byłoby nas takimi, jakimi jesteśmy. Dzięki niemu jesteśmy lepsi, umiemy kochać, wybaczać, modlić się, być innymi ludźmi.

Dziękujemy Ci, Janie Pawle II! października 1978 r. miałam dziesięć lat.

Po przyjeździe ze szkoły grałam z koleżankami w piłkę, chowanego, klasy i inne gry, które były wtedy codziennością. Rodzice zajęci byli pracami polowymi i obrządkami. W pewnej chwili mój starszy brat Wiesław wybiegł na drogę i krzyknął: „Mamy Papieża Polaka!”. W mojej wyobraźni zaczęły przesuwac się obrazy Kościoła, Rzymu i nieba. Wydawało mi się, że tego wyboru dokonał Bóg, wskazując palcem na polskiego kardynała.

Wszyscy pobiegliśmy do domu, gdzie babcia i rodzice oglądali już wiadomości z Watykanu. Niewiele z nich pamiętam, ale wiem, że serce waliło mi jak oszalałe. Wiedziałam, że uczestniczę w czymś bardzo ważnym, chociaż do końca nie rozumiałam, jak ważny był to wybór.

Pierwszy wizerunek papieża został wycięty ze „Sztandaru Ludu” i wklejony do zeszytu od religii. Obok niego były gratulacje od pierwszego sekretarza PZPR. Zeszyt ten mam do dzisiaj.

Polecałyśmy go opiece Maryi

Życie na wsi toczyło się swoim rytmem. Od czasu do czasu pojawiały się wiadomości o podróżach Jana Pawła II. Ja zaczęłam coraz więcej rozumieć z istniejącej sytuacji politycznej w Polsce. Byłam wychowywana w religijnej rodzinie. Starszy brat Tadeusz wkrótce wstąpił do seminarium. Myślę, że wraz z wyborem papieża nastąpił wzrost powołań kapłańskich i zakonnych w Polsce. Brat był tego przykładem. Jako kleryk łatwiej mógł kupić książki o Janie Pawle II. Kiedy przyjeżdżał do domu, od razu zabierałam się za lekturę przywiezionych książek. Jedną z nich, zatytułowaną „Droga do Watykanu”, z czarno-białymi zdjęciami, czytałam wiele razy: babci i rodzicom. Moja babcia była osobą, która modliła się za wszystkich.

W piątki odmawialiśmy Litanię do Serca Pana Jezusa, później polecałyśmy cały Kościół i papieża opiece Matki Bożej. W atmosferze, w jakiej wzrastałam, Jan Paweł II stał się kimś bardzo bliskim. Jego portret zawisł między naszymi rodzinnymi zdjęciami i jest wśród nich do dzisiaj.

Z nim łatwiej zrozumieć cierpienie

Wszyscy podziwialiśmy papieskie wyprawy misyjne, przeżywaliśmy zamach na jego życie, powrót do zdrowia i pracy. Choć był on daleko w Watykanie, czuliśmy jego obecność, modlitwy za całą Polskę i każdego z nas, Polaków. W trakcie kolejnych pielgrzymek do kraju

ze wzruszeniem słuchaliśmy jego homilii i przemówień. Obiecywaliśmy sobie, że od tej chwili będziemy lepsi, będziemy kierowali się tym, co mówił nam papież. Niestety, słabości często brały górę nad nauczaniem naszego rodaka. Dopiero większe cierpienie pozwoliło wsłuchać się głębiej w jego słowa. W wojsku zginął mój brat. Ten, który był taki przebojowy, dowcipny i radosny. Świat zawałił się nie tylko moim rodzicom, ale mnie także. Miałam wówczas 16 lat. Zamknęłam się w sobie, unikałam ludzi, zaczęłam się modlić, szczególnie myśląc o Janie Pawle II. Cierpienie Jana Pawła II po zamachu i moje po śmierci brata jakby połączyły się ze sobą i były łatwiejsze do zniesienia. Tak jak dwa minusy dają plus, tak to cierpienie mnie uszlachetniło. Stałam się osobą, która mocno stąpa po ziemi, idzie do przodu z jeszcze większą wiarą.

Błogosławieństwo w drodze

Jan Paweł II stawał mi się coraz bliższy. Chciałam go zobaczyć, najlepiej na pielgrzymce, gdy przyjedzie do Polski. W 1987 r. miałam okazję pojechać na pielgrzymkę rolników do Tarnowa, gdzie Jan Paweł II wynosił na ołtarze Karolinę Kózkę. W drodze do Tarnowa zatrzymaliśmy się autokarem w Lublinie, aby wyjść na trasę przejazdu papieża. Pamiętam, że stałam dosyć blisko jezdni, gdy pojawił się samochód, którym jechał. Wydawało mi się, że pojazd zwolnił przy naszej grupie. Ojciec Święty nas błogosławił.

To, o czym marzyłam od wielu lat, w końcu się spełniło.

Widziałam papieża - ileż razy wyobrażałam sobie ten moment, marzyłam o takim spotkaniu. Na tę jedną chwilę warto było czekać całe życie. W Tarnowie znów widziałam papieża, słuchałam Mszy św. i homilii, ale to, co czułam na trasie, było czymś szczególnym.

Czujemy jego obecność na Jasnej Górze

Przez kolejne lata w sierpniu pielgrzymowałam do Częstochowy, aby Matce Najświętszej powierzyć swoich najbliższych, prosić Ją o dobrego męża, pracę i zdrowie. To Ona sprawiła, że męża poznałam właśnie na pielgrzymce, zdobyłam dobrą pracę i mam kochającą rodzinę.

Razem z narzeczoną postanowiliśmy, że pobierzemy się na pielgrzymce.

W 1991 r. papież przyjeżdżał do Częstochowy na Światowe Dni Młodzieży, więc postanowiliśmy nasz ślub odłożyć na następny rok, by móc uczestniczyć w tym

ważnym dla młodych święcie. Mieliśmy po dwadzieścia kilka lat. Do dzisiaj pamiętamy atmosferę panującą na placu przed Jasną Górą. Kilkunastogodzinne oczekiwanie na Mszę św. odprowadzaną przez papieża było pełne modlitwy, refleksji i niewyobrażalnego szczęścia. Ten krzyż i Jana Pawła II noszę w pamięci do dzisiaj. Byliśmy dumni, że mogliśmy uczestniczyć w tak ważnym momencie historii. Nasz ślub odbył się oczywiście na pielgrzymce. A my mieliśmy zaszczyt siedzieć na wałach, gdzie rok wcześniej był Jan Paweł II, a nawet schodzić po schodach, którymi on stąpał. Za każdym razem, gdy jesteśmy na Jasnej Górze, czujemy obecność Maryi, ale także Jana Pawła II. Tak jak on, gdy tylko możemy, biegniemy do Matki Bożej, aby podziękować Jej za wszystkie otrzymane łaski i prosić o opiekę nad naszą rodziną.

Słuchając jego słów

Moje ostatnie spotkanie z Janem Pawłem II odbyło się w czerwcu 1999 r. na błoniach siedleckich. Wtedy nosiłam pod sercem nasze trzecie dziecko. Wiedział o tym tylko mąż.

Bardzo bał się o nasze zdrowie, bo fizycznie źle znosiłam poprzednie porody. Wiedziałam, że wszystko dobrze się skończy, bo dziecko powierzyłam Matce Bożej (...). Przez całe nabożeństwo czułam nieopisany spokój, ukojenie i radość. Znów byłam bardzo szczęśliwa.

Syn urodził się w listopadzie. Przez miesiąc oboje walczyliśmy w szpitalu o życie. Jeszcze będąc w ciąży, kładłam na swój brzuch wizerunek Jana Pawła II i obrazek „Jezu, ufam Tobie”. Wierzę, że to nas uratowało od śmierci i wkrótce oboje wróciliśmy do domu. Dzisiaj syn ma 15 lat i jest zupełnie zdrowy. Śmierć papieża przeżyliśmy bardzo boleśnie. Płakaliśmy, jakby odszedł nasz najbliższy członek rodziny. Przez wiele dni modliliśmy się na różańcu, a dzieci zapalały znicze i świece. Pomimo upływu czasu, gdy usłyszę głos Jana Pawła II, zobaczę fragment filmu z jego osobą, łzy same cisną mi się do oczu. Choć nie czytałam żadnych encyklik Ojca Świętego, jego nauczanie jest mi bardzo bliskie. Nie potrafię wytłumaczyć, w jaki sposób, ale to, co mówi do nas, jest zawsze aktualne w danej chwili. Gdyby nie było Jana Pawła II, nie byłoby nas takimi, jakimi jesteśmy. Dzięki niemu jesteśmy lepsi, umiemy kochać, wybaczać, modlić się, być innymi ludźmi. Dziękujemy Ci, Janie Pawle II!

EWA DYMOWSKA Z BIAŁEJ PODLASKIEJ

Pojazd zwolnił przy naszej grupie. Ojciec Święty nas błogosławił.

To, o czym marzyłam od wielu lat, w końcu się spełniło.

Widziałam papieża - ileż razy wyobrażałam sobie ten moment, marzyłam o takim spotkaniu...

Przedruk
Echo Katolickie
Publicystyka numer 17(982)
24-30 kwietnia 2014 r.



Z żałobnej karty

*Wszystko ma swój czas
I przychodzi kres na kres
Gdybym kiedyś odszedł stąd
Nie obrażaj się na śmierć*



Ilona Tułodziecka (1949 - 2014)

Z żalem zawiadamiamy, że w dniu 23 czerwca 2014 r. odeszła od nas **Ilona Tułodziecka** – prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji.

Pielęgniarka, kobieta, żona, matka, babcia, społecznik – wypełniała wszystkie te role i zadania życiowe z pasją, wiarą, nadzieją i energią.

Jej doświadczenie służyło przez wiele lat umacnianiu roli i pozycji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w przestrzeni społecznej, transformacji polskiego pielęgniarstwa, procesowi reform w ochronie zdrowia. Pragnęła przemian i nie żałowała sił, aby tych zmian dokonywać. Funkcję Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych traktowała, jako służbę na rzecz środowiska pielęgniarek i położnych.

Pozostanie w naszej pamięci i sercu zawsze pełna pogody ducha, zaangażowana w sprawy ludzkie Koleżanka. Będzie nam Jej brakowało.



Można odejść na zawsze, by stale być blisko

ks. Jan Twardowski

Wyrazy głębokiego współczucia całej Rodzinie oraz wszystkim pogrążonym w żałobie składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Pani Ilona pozostanie w naszej pamięci jako osoba pełna entuzjazmu, pozytywnej energii, jako osoba, dla której pielęgniarstwo było prawdziwą pasją życia. Dziękujemy za lata wspólnej pracy, za wszystkie wspólnie spędzone chwile.

Pielęgniarki i położne Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z wielkim szacunkiem żegnają Panią Ilonę Tułodziecką.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

*„Odeszłaś bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić.
Tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”.*

Ks. Jan Twardowski

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas po ciężkiej chorobie w wieku 55 lat nasza koleżanka Pielęgniarka **Danuta Zalewska**. Danusia przepracowała w Oddziale Chirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego 35 lat. Była kojarzona szczególnie jako pielęgniarka opatrunkowa. Słowa nie są w stanie wyrazić naszego smutku, zawsze pomagała innym jej nikt nie mógł pomóc. Pomimo, że nie ma już jej wśród nas – zawsze pozostanie w naszej pamięci. Pielęgniarki z Oddziału Chirurgicznego WSzS w Białej Podlaskiej.

*„A przecież nie cały umieram, to co we mnie
niezniszczalnie trwa”*

Św. Jan Paweł II

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o przedwczesnej śmierci **Danusi Zalewskiej**. Pozostawiła to co najcenniejsze- pamięć jako Pielęgniarka wielkiego serca, niezwykle pracowita, skromna, życzliwa Koleżanka. Rodzinie oraz Najbliższym Jej sercu składamy wyrazy głębokiego współczucia Zarząd Zakładowej Organizacji Związkowej OZZPiP przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.

*„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią
im się płaci”*

Wisława Szymborska

Śp. Danuta Dadun lat 49
Serdeczna, życzliwa, koleżeńska.
Zawsze uśmiechnięta, służyła pomocą potrzebującym nawet kiedy walczyła z chorobą.
Z żalem i smutkiem zawiadamiamy,
że zmarła 21.03.2014r.
Pielęgniarki SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”

ks. Jan Twardowski

Wyrazy współczucia z powodu śmierci naszej koleżanki pielęgniarki **Danuty Dadun dla męża Marka córki oraz synów** składa Zarząd Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Radzynie Podlaskim.

*„Żaden człowiek nie jest samoistną wyspą: każdy stanowi ułamek kontynentu,
część lądu. Jeżeli morze zmyje choćby grudkę ziemi, Europa będzie pomniejszona,
tak samo jak gdyby pochłonęło przylądek, włos twoich przyjaciół czy twoją własną.
Śmierć każdego człowieka umniejsza mnie, albowiem jestem zespolony z ludzkością.
Przeto nigdy nie pytaj, komu bije dzwon: bije on tobie.”*

Pani Pielęgniarce Grażynie Romańczuk wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci syna **Pawła**
Dyrektor i Personel Żłobka Miejskiego Żłobka Miejskiego „Skarbiec Skrzata”
w Białej Podlaskiej.

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Grażynie Dragulskiej
 wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
 składają koleżanki
 z Oddziału Kardiologii Inwazyjnej
 Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
 w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Marzenie Zienuk
 wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
 składają pielęgniarki z Internistyczno-Kardiologicznego
 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
 Zdrowotnej w Parczewie

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

Państwu Markowi i Elżbiecie Ruszkowskim
 i Ich Najbliższym
 Szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci
ŚP. WŁODZIMIERZA RUSZKOWSKIEGO
Ojca i Teścia
 Składa Przewodnicząca ZZPOZ i Jego Członkowie
 w Białej Podlaskiej.

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Lucynie Cieniuch
 szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MEŻA
 składają pielęgniarki
 Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie
 Chorych w Suchowoli

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pani Barbarze Dorozuk
 wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci TEŚCIA
 składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
 w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Grażynie Trochymiuk
 wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
 składają pielęgniarki
 z Oddziału Ftyzjopulmonologicznego
 Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
 w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Barbarze Melnik
 wyrazy współczucia
z powodu śmierci OJCA
 składają pielęgniarki
 z Oddziału Chirurgii
 SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Urszuli Struk
 wyrazy współczucia
z powodu śmierci OJCA
 składają pielęgniarki
 z Oddziału Chirurgii
 SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Barbarze Pękała
 wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
 składają pielęgniarki
 z Oddziału Laryngologii i Reumatologii
 SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Jolancie Grądek
 wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
 składają pielęgniarki
 SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Ludzie, których kochamy nie umierają nigdy”

Koleżance Izabeli Jońskiej
 wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci MEŻA w tej trudnej
 dla Niej chwili składa Zarząd Zakładowej Organizacji
 Związkowej OZZPiP przy Wojewódzkim Szpitalu Specjali-
 stycznym w Białej Podlaskiej



*Konferencja z okazji Międzynarodowego
Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej 15 maja 2014r.*

