

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Listopad 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



„Jest w moim Kraju zwyczaj, że w dniu wigilijnym,
Przy wejściu pierwszej gwiazdy wieczornej na niebie,
Ludzie gniazda wspólnego łamią chleb wigilijny,
Najtkliwsze przekazując uczucia w tym chlebie.”

C.K. Norwid

Drogie Koleżanki i Koledzy!

Jak każdego roku tak i teraz rozpoczynamy przygotowania do Świąt Bożego Narodzenia. Rozpoczynamy przedświąteczne porządki, poszukujemy sprawdzonych przepisów na świąteczne potrawy, planujemy zakupy i spotkania rodzinne. Wcześniej jeszcze musimy kupić prezenty z okazji św. Mikołaja no i oczywiście te pod choinkę.

Wzniosła atmosfera Świąt a szczególnie Wigilii ma dla wielu z nas ogromne znaczenie i nie da się jej do niczego innego porównać. Sam moment łamania się opłatkiem, składania sobie życzeń, wspólnej modlitwy i wspólnego śpiewania kolęd jest bardzo wzruszający.

Ta Betlejemka Noc ma cudowny klimat, zbliża i łączy wiele pokoleń, czasem nawet zwaśnionych. Dla wielu z nas ta noc będzie czasem spędzonym z pacjentami, z osobami, które z powodu swojego stanu zdrowia nie mogą być z bliskimi i tymi, dla których nie znalazło się miejsce przy stole.

Życzę Wam wszystkim wielu radosnych przeżyć, wewnętrznego spokoju i wytrwałości, chwil wypełnionych radością i miłością niosących spokój i odpoczynek.

Życzę spełnienia wszystkich marzeń, dużo zdrowia, optymizmu, szczęścia i powodzenia.

WESOŁYCH ŚWIĄT!

życzy

Halina Synakiewicz

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

W NUMERZE:

Życzenia

OIPiP

NIPiP

Ministerstwo Zdrowia

Konsultanci

Konferencja

Prace autorskie

Informacje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji (siedziba Izby):

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czyst.pl

sekretariat@oipip.czyst.pl
www.oipip.czyst.pl

MILLENNIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 25 września 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla trzech pielęgniarek i jednej położnej.
- Anulowano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek w kwocie 8.500.00 zł. ■

KALENDARIUM Październik-listopad 2013 rok

29.10.2013r. W siedzibie OIPiP odbyły się warsztaty dla pielęgniarek i położnych nt.: „Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP”

30.10.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

30.10.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Rozpatrzono pozytywnie trzy wnioski na łączną kwotę 8.500 zł.

31.10.2013r. Przewodnicząca ORPiP przewodniczyła dwóm konkursom na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej: Oddziału Urologii oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Konkursy odbyły się w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie. Nowo wybranym Pielęgniarkom Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

04.11.2013r. W Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie przy ul. Mirowskiej odbyły się konkursy na stanowiska ordynatorskie Oddziału Chirurgii Ogólnej oraz Oddziału Chirurgii Urazowej. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniach komisji konkursowych. Nowo wybranym Ordynatorom serdecznie gratulujemy.

05.11.2013r. Członkowie ORPiP uczestniczyli w posiedzeniach komisji konkursowych na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej: Oddziału Pediatrii oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Konkursy odbyły się w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie. Nowo wybranym Pielęgniarkom Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

06.11.2013r. Członkowie ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologii. Konkurs odbył się w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie. Nowo wybranej Pielęgniarsce Oddziałowej serdecznie gratulujemy.

06.11.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Pozytywnie rozpatrzono osiem wniosków, dofinansowanie przyznano na kwotę 5.600 zł.

07.11.2013r. Na zaproszenie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa województwa opolskiego Pani Henryki Homętowskiej, Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Konferencji nt. „Bezpieczna infuzjoterapia”. Konferencja odbyła się w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSW w Głucholazach.

12.11.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Zespołu ds. długoterminowej i hospicyjnej Zespół pracował nad projektami nowych aktów prawnych.

14.11.2013r. W siedzibie OIPiP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07”. zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPiP w Częstochowie.

18.11.2013r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w uroczystościach XXII – LECIA Oddziału Noworodków i Wcześnieńców oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii organizowanego pod hasłem „FESTIWAL BLIŹNIĄT I NIE TYLKO...”. Spotkanie odbyło się w Teatrze im Adama Mickiewicza w Częstochowie.

20.11.2013r. W Biurze NIPiP w Warszawie odbyły się obrady Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych. W obradach uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

21.11.2013r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XLIV obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

26.11.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji Rewizyjnej. W trakcie kontroli nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości.

27.11.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

27.11.2013r. W siedzibie OIPiP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Leczenie ran” Nr 11/07 dla pielęgniarek zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPiP w Częstochowie. ■

NIPiP



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, 8 października 2013 r.

Pan
Aleksander Sopliński
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,
W związku z sygnałami z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie niezgodnego z prawem zatrudniania ratowników medycznych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego w oddziałach szpitalnych zwracamy się z uprzejmą prośbą o podjęcie stosownych działań w przedmiotowej kwestii. Należy wskazać, iż z informacji uzyskanych z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wynika, iż powyższy problem występuje na terenie działania 29 OIPiP. Ratownicy medyczni zatrudniani są przykładowo w oddziałach szpitalnych: anestezjologii i intensywnej opieki, opieki kardiologicznej, psychiatrycznych, pediatrycznych, chirurgii, oddziałach internistycznych.

Należy podkreślić, iż zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

(tj. Dz. U. z 2013r. poz. 757) wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

- 1) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
- 2) dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 32 ust. 1 powyższej ustawy jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
- 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego -zwane dalej "jednostkami systemu", na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Tym samym z uwagi na zakres powyższych kompetencji zawodowych ratownika medycznego oraz istniejącą strukturę organizacyjną PRM ratownik medyczny powinien przede wszystkim udzielać świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz podejmować medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych w ramach zespołów ratownictwa medycznego. Z kolei zatrudnienie ratownika medycznego poza jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w oddziałach szpitalnych innych niż szpitalny oddział ratunkowy jest w opinii NRPiP sprzeczne zarówno z obowiązującą strukturą organizacyjną systemu PRM jak i zakresem kompetencji zawodowych ratownika medycznego.

Wobec powyższego zwracamy się z prośbą o podjęcie działań w związku z sygnalizowanym problemem. ■

Z poważaniem
Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego,
Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych
Warszawa, 2013-10-15

Pani
Joanna Walewander
Sekretarz
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok 10
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Sekretarz,
W nawiązaniu do pisma z dnia 8 października 2013 r., w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w systemie ochrony zdrowia, Departament Spraw Obronnych,

Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych uprzejmie informuje, co następuje.

Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757) należy wskazać, że ratownik medyczny wykonuje zawód w warunkach pozaszpitalnych w ramach zespołów ratownictwa medycznego. Ponadto, na podstawie rozporządzenia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2011 r. Nr 237, poz. 1420) ratownik medyczny wchodzi w skład zasobów kadrowych szpitalnych oddziałów ratunkowych. **Obowiązujące regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy.**

Dodać jednak trzeba, że zgodnie z brzmieniem art. 12 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. Nr 208, poz. 1241) ratownik górski i ratownik narciarski, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, o którym mowa w art. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy. Dodatkowo zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240) ratownik wodny, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z powyższego wynika, że ratownik medyczny może wykonywać swój zawód nie tylko w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, ale także w ramach ratownictwa górskiego, narciarskiego i wodnego.

Jednocześnie ratownik medyczny może brać udział w zabezpieczeniu imprez masowych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U. poz. 181). Na podstawie ww. rozporządzenia ratownik medyczny może być członkiem zespołu wyjazdowego, patrolu ratowniczego oraz punktu pomocy medycznej i w tych jednostkach może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych, z wykorzystaniem określonych w rozporządzeniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Biorąc pod uwagę zakres umiejętności ratownika medycznego wynikający z toku kształcenia, które już wkrótce (od roku akademickiego 2013/2014) prowadzone będzie jedynie na poziomie szkół wyższych, w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania tego zawodu poza systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne i wskazanymi wyżej jednostkami. Prace nad sformułowaniem stosownych przepisów w nowelizowanej obecnie ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym są w toku, a ich ostateczny kształt będzie znany po zakończeniu procedury legislacyjnej i wejściu nowelizacji w życie. ■

z poważaniem
Dyrektor Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego,
Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych
Ministerstwa Zdrowia
Arkadiusz Konkowski

Do wiadomości:
Pani Jolanta Skolimowska-Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w/m.

Treść listu nadesłanego do NIPiP:

...Bardzo proszę o wydanie Państwa opinii na temat pracy pielęgniarek instrumentariuszek na innych oddziałach szpitala, oraz podpowiedź dotyczącą aktów prawnych lub ustaw na których możemy się oprzeć...

Odpowiedź NIPiP:

W odpowiedzi na pytanie dotyczące wykonywania świadczeń przez pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym innych czynności, na innych oddziałach, wyjaśniam, co następuje:

Zgodnie z treścią art. 42 § 4 KP pracodawca może powierzyć pracownikowi wykonywanie innej pracy bez potrzeby wypowiedzenia warunków pracy i płacy jeżeli działanie takie jest uzasadnione jego potrzebami a sytuacja ta nie powoduje obniżenia wynagrodzenia pracownika i powierzona praca odpowiada kwalifikacjom pracownika a powierzenie nie jest dłuższe niż 3 miesiące w ciągu roku kalendarzowego.

Jeżeli rodzaj „nowej” pracy jest inny niż umówiony pomiędzy stronami i trwa dłużej niż 3 miesiące wymaga wypowiedzenia zmieniającego w formie pisemnej.

Zmiana warunków pracy może być istotna lub nieistotna. Nieistotna zmiana warunków pracy lub płacy mieści się w zakresie uprawnień kierowniczych pracodawcy i jest dokonywana w drodze polecenia służbowego, które wiąże pracownika. Istotna zmiana tych warunków w razie braku zgody pracownika - wymaga wypowiedzenia zmieniającego.

Ocena, czy w konkretnym przypadku następuje zmiana na niekorzyść pracownika istotnych warunków umowy o pracę, musi być dokonana z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, w szczególności tego, co strony uzgodniły bezpośrednio w umowie o pracę, bądź w sposób pośredni, przez odwołanie się do związanych z rodzajem pracy stawek płac wynikających z postanowień układów zbiorowych pracy, regulaminów premiowania lub i innych przepisów prawa pracy.

Z kolei zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego – dr n. med. Beaty Ochockiej, pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne. ■

Z poważaniem
(-)Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

Notatka

ze spotkania przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Zarządu Powiatów Polskich, Pracodawców RP, Kadry Kierowniczej podmiotów leczniczych i Naczelnymi Pielęgniarkami dotyczącego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545), które odbyło się w dniu 26 września 2013 r.

1. Rozpoczynając spotkanie Pan Aleksander Sopiński Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, pozytywnie odniósł się do propozycji nowelizacji obecnie obowiązującego roz-

porządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami i podtrzymał opinię Pana Sławomira Neumanna Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, wyrażoną w trakcie w trakcie posiedzenia NRPiP 19 marca 2013 r.

2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przekazała Ministrowi Zdrowia opinię prawną dotyczącą wykładni art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, w której zanegowała możliwość opiniowania projektu rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami przez Związek Powiatów Polskich jak i inne związki powiatów.
3. Przedstawiciel Pracodawców RP oświadczył „ich organizacja ma prawo do opiniowania projektu rozporządzenia”.
4. NRPiP zawnioskowała o przedstawienie przez Ministerstwo Zdrowia opinii prawnej dotyczącej wykładni art.50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Wniosek został przyjęty.
5. NRPiP oraz OZZPiP podtrzymują stanowisko w sprawie potrzeby nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
6. W trakcie spotkania zaprezentowano opinie i przykłady w zakresie sposobu obliczenia i stosowania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych na podstawie obowiązującego rozporządzenia, przez przedstawicieli wybranych podmiotów leczniczych: Naczelne Pielęgniarki, Przełożone Pielęgniarek, Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Przedstawiciela NRPiP oraz Związek Powiatów Polskich. Jednocześnie wskazano:
 - ustalenie od nowa czasów przez pielęgniarki i położne zatrudnione w podmiocie leczniczym jest pracochłonne i nieobiektywne w zakresie zawyżania lub zaniżania czasów, może powodować a tym samym prowadzić do błędnych wyliczeń minimalnych norm zatrudnienia,
 - czasy bezpośrednie powinny być określone odrębnie dla każdej kategorii pacjentów w nowelizowanym rozporządzeniu,
 - czas pracy kierowniczej kadry pielęgniarskiej i położniczej nie powinien być wliczany do czasów bezpośredniej opieki pielęgniarskiej.
7. NRPiP zwróciła uwagę na konieczność przedstawienia metodologii pozyskiwania powyżej wymienionych informacji z podmiotów leczniczych przez Związek Powiatów Polskich. Ponadto w opinii NRPiP spełnienie minimalnych norm zatrudnienia powinno stanowić kryterium kontraktowania świadczeń przez NFZ, a rozporządzenia „koszykowe” nie mogą stanowić podstawy do obliczania minimalnych norm.
8. Pan Minister Aleksander Sopiński zwrócił się z prośbą do przedstawiciela Związku Powiatów Polskich o przedstawienie pisemnej opinii dotyczącej włączenia czasów z projektu rozporządzenia do obowiązującego rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
9. Przedstawicielka Departamentu Pielęgniarek i Położnych podsumowała, że zostanie przygotowana informacja ze spotkania dla Ministra Zdrowia, celem uzyskania wytycznych dotyczących dalszych prac nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. ■

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopiński

Informacja na temat terminu wejścia w życie planowanych zmian w Dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. uznawania kwalifikacji zawodowych

W dniu 9 października 2013 roku Parlament Europejski przegłosował i zaakceptował zaproponowane przez Rzeczpospolitą Polskę zmiany dotyczące kwestii uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych.

Kolejnym organem, który musi przyjąć zmieniony tekst Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady jest Rada Europejska. Głosowanie w tej sprawie odbędzie się prawdopodobnie w dniu 15 listopada 2013 r.

Po formalnym zaakceptowaniu zmian w ww. dyrektywie przez obie instytucje nastąpi publikacja omawianego aktu prawnego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Natomiast wejście w życie niniejszej dyrektywy nastąpi dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Jednakże to nie kończy „drogi” przyjętego dokumentu. Po wejściu w życie zmienionej Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. uznawania kwalifikacji zawodowych konieczna będzie jej implementacja, wdrożenie do krajowego porządku prawnego w każdym Państwie Członkowskim. Poszczególne kraje będą miały na to maksymalnie 2 lata.

Materiał opracował:
Klaudiusz Sigiel

Asystent ds. prawnych
Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych



Ministerstwo Zdrowia

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopliński

Pani
Dr Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Uprzejmie informuję, iż Pani dr Mariola Głowacka została z dn. 9 października br. powołana przez Ministra Zdrowia w skład Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych, na jej IV kadencję, tj. na lata 2013-2017.

Przy tej okazji pragnę również poinformować, iż członkowie Krajowej Rady, na swoim inauguracyjnym posiedzeniu odbywającym się w dniu 17 października br., wybrali Panią Mariolę Głowacką na funkcję Sekretarza KRASzPiP.

z poważaniem
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopliński



Konsultanci

Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej z dnia 12.02.2013r. w sprawie podawania czynnika krzepnięcia u chorych na hemofilię

Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej UDSK Białystok

Kto może podawać czynnik krzepnięcia u chorych na hemofilię? Czy pielęgniarka POZ w gabinecie lekarza rodzinnego może podać czynnik krzepnięcia? Czy potrzebne zlecenie od lekarza specjalisty, czy od lekarza rodzinnego?

Obecnie obowiązującym dokumentem zawierającym wytyczne dotyczące właściwej organizacji leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne jest Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012 - 2018, będący kontynuacją Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005 - 2011. Powyższy dokument zawiera opis problemu, wytyczne dotyczące organizacji opieki, w tym koordynatorów i realizatorów Programu oraz szkoleń lekarzy, pielęgniarek i innych osób zaangażowanych w leczenie hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych. W opisie Programu zawarte są również informacje dotyczące realizacji świadczenia w warunkach domowych oraz potrzeby przeprowadzenia szkoleń dla pacjentów i ich rodzin. W powyższym dokumencie brak informacji dotyczących kompetencji osób, które mogą podawać koncentraty czynników krzepnięcia. Również realizowany od 2008 roku Terapeutyczny Program Zdrowotny pn. "Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B" takich informacji nie zawiera.

Zgodnie z Narodowym Programem Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne realizatorami Programu są referencyjne i wojewódzkie ośrodki leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych oraz wyłonieni koordynatorzy. Do ich zadań należy m.in. dawkowanie leków pacjentom objętych Programem pierwotnej lub wtórnej profilaktyki krwawień. Przedmiotowy program terapeutyczny zapewnia pacjentom włączonym do programu, w ramach realizacji świadczenia w warunkach domowych, m.in. dostarczanie niezbędnych koncentratów czynników krzepnięcia do domów. W związku z powyższym lek jest podawany w warunkach domowych przez członków rodzin pacjentów lub samych pacjentów. W wyjątkowych sytuacjach lek może być podawany w gabinecie zabiegowym, w Poradni Medycyny Rodzinnej, przez pielęgniarkę POZ. Zlecenie na wykonanie zabiegu może wystawić lekarz rodzinny w oparciu o kartę informacyjną zawierającą dane dotyczące rodzaju i dawki koncentratu czynnika krzepnięcia, wystawioną przez lekarza specjalistę ds. leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne.

Mgr Agata Panas

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w sprawie samodzielnego nadzoru nad pacjentem w czasie znieczulenia miejscowego oraz uprawnień pielęgniarki anestezjologicznej do podawania leków na ustne zlecenie... z dn. 10.10.2013 r.

**Stanowisko w sprawie samodzielnego nadzoru nad
pacjentem w czasie znieczulenia miejscowego oraz**

uprawnień pielęgniarki anestezjologicznej do podawania leków na ustne zlecenie operatora prowadzącego zabieg operacyjny

Pielęgniarka anestezjologiczna w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 7 stycznia 2013 r. poz. 1315) współpracuje przy wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego z lekarzem anestezjologiem, dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną.

Podobnie w przypadku znieczuleń do zabiegów chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagnostycznych w trybie leczenia jednego dnia świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić opiekę lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej, warunki powyższe określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W zakresie wykonywania przez pielęgniarkę zleceń lekarskich należy się kierować zapisem art. 15 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który określa, że pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, wyjątek stanowić mogą zlecenia wykonywane w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Reasumując w odniesieniu do powyższych zapisów prawa, pielęgniarka anestezjologiczna uczestniczy w znieczuleniu miejscowym z lekarzem anestezjologiem oraz wykonuje zlecenia związane z prowadzonym znieczuleniem i zapisane w dokumentacji medycznej. ■

Poznań, 10.10. 2013 r.

(-) Danuta Dyk
Konsultant Krajowy
w dziedzinie Pielęgniarstwa
Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, dnia
19.06.2013

Stanowisko

Departamentu Pielęgniarek i Położnych uzgodnione i zaakceptowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów niż wynikają one z toku kształcenia podstawowego jak i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza

Biorąc pod uwagę przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 221, poz. 94 z późn. zm.), należy wskazać, że zgodnie z Kodeksem pracy pracownik powinien być zatrudniony na stanowisku pracy zgodnie z jego kwalifikacjami, celem wykonywania powierzonych mu zadań w sposób bezpieczny. Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 17, poz. 1039 oraz z 2012 r. poz. 1456).

Zgodnie z powyższą ustawą wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane

kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, polegających w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Ponadto, należy wskazać, że w myśl przepisów zawartych w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 654) przez osobę wykonującą zawód medyczny należy uznać - osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Natomiast, w świetle przepisu zawartego w art. 2 ust. 1 pkt 10 tej ustawy za świadczenia zdrowotne należy uznać działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

W związku z powyższym należy przyjąć, że pielęgniarka i położna zgodnie ze swoimi umiejętnościami i wiedzą nabytą w toku kształcenia zawodowego jest zobowiązana do uczestniczenia w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta, a tym samym jest zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej, będących w zakresie obowiązków zawodowych.

Biorąc jednak pod uwagę przepisy Sekcji 3 (Art.31) dyrektywy 36/2005 WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 30.9.2005, str. 22, z późn. zm.), które określają że pielęgniarka, po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej uzyskuje kwalifikacje ogólne i jest tzw. pielęgniarką ogólną powierzanie jej świadczeń specjalistycznych wymaga ukończenia przez nią odpowiedniego szkolenia w tym zakresie. Zgodnie z art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej - pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których mowa w art. 66 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i może być uzupełnianie w ramach szkoleń wewnątrzszkolowych nakierowanych na określone bloki tematyczne mające wpływ na poprawę jakości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jedną z form organizacyjnych, wymienionych ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej jest kurs dokształcający, który ma na celu pogłębienie wiedzy i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki lub położnej. Organizatorami kształcenia mogą być m.in.: podmioty lecznicze. W myśl przepisu zawartego w art. 78 ust. 2-4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, program kształcenia kursu dokształcającego opracowuje organizator kształcenia. Program kształcenia powinien zawierać treści programowe zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Program kształcenia zawiera w szczególności:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj, cel i system kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji, sposób sprawdzania efektów kształcenia, wykaz umiejętności zawodowych stanowiących przedmiot kształcenia;
- 2) plan nauczania określający moduły kształcenia teoretycznego i wymiar godzinowy zajęć teoretycznych oraz placówki szkolenia praktycznego i wymiar godzinowy szkolenia praktycznego;
- 3) programy poszczególnych modułów kształcenia zawierające:
 - a) wykaz umiejętności, które powinny zostać nabyte w wyniku kształcenia,
 - b) treści nauczania,
 - c) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
 - d) wskazówki metodyczne.

Odnosząc się bezpośrednio do możliwości wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów niż wynikają one z toku kształcenia podstawowego jak i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza, Departament wskazuje, że zgodnie z Kodeksem Pracy za bezpieczeństwo pracy odpowiedzialny jest pracodawca, stąd przy zatrudnieniu lub zlecaniu wykonywania świadczeń pracownikowi z niepełnymi kwalifikacjami np. brak ukończonego kursu wymagane jest przeszkolenie w miejscu pracy i skierowanie pielęgniarki lub położnej na odpowiednie szkolenie podyplomowe.

Ponadto, Departament wskazuje, iż zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, który podejmuje także decyzje w sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku osoby posiadającej określone kwalifikacje. W każdym zakładzie powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy precyzujące cel stanowiska, kwalifikacje, umiejętności, zadania do wykonania, zakres wiedzy, odpowiedzialność oraz uprawnienia pracownika. Również zapewnienie warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującym prawem spoczywa na osobach zarządzających. Zatem o prawidłowości funkcjonowania danego podmiotu leczniczego decyduje kadra zarządzająca tym podmiotem.

W związku z powyższym, należy wskazać, że jeżeli pielęgniarka lub położna wykonuje określony zabieg na zlecenie lekarza to w dokumentacji osobowej tej pielęgniarki lub położnej powinna znajdować się wiarygodna informacja dotycząca przeszkolenia w zakresie wykonywania tego zabiegu, ze wskazaniem terminu przeszkolenia, liczby wykonanych zabiegów pod nadzorem i poświadczenia przez osoby nadzorujące szkolenie posiadania przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności w opisywanym zakresie.

Natomiast w dokumentacji dotyczącej wykonywania zabiegów powinny się znajdować zapisy lekarza zlecającego i osoby wykonującej zabieg oraz podpisy tych osób.

Przestrzeganie powyższej procedury wynika z faktu, że każdy zabieg medyczny wykonywany ramach prowadzenia diagnostyki i leczenia pacjenta niesie ze sobą ryzyko wystąpienia różnych nieprzewidzianych skutków ubocznych. Podkreślam, że kwalifikacja pacjenta do zabiegu obejmuje zarówno wskazania do jego wykonania oraz przeciwwskazania. Niemniej, należy podkreślić, że dobrze przygotowany zespół medyczny do wykonywania swoich zadań, w tym wykonania określonego zabiegu zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań.

Departament wskazuje, że pielęgniarka lub położna, która wykonuje zabieg nie będąc do tego uprawniona, czyli nie została przeszkolona zgodnie z obowiązującymi przepisami

prawa, grożą takie konsekwencje, jakie wynikają z zakresu zadań, obowiązków i kompetencji pracownika zatrudnionego na danym stanowisku pracy. Nadzór nad tym zakresem sprawuje bezpośredni przełożony, a w dalszej kolejności kierownik podmiotu leczniczego. ■

Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Joanna Skolomowska

Warszawa, dnia 11 września 2013

Stanowisko konsultantów Krajowych w dziedzinie:

**Pielęgniarstwa Onkologicznego
Pielęgniarstwa przewlekłe Chorych
i Niepełnosprawnych
Pielęgniarstwa Rodzinnego
Pielęgniarstwa Pediatricznego
Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
Pielęgniarstwa Psychiatrycznego**

w sprawie stosowania Klasyfikacji ICNP ® w praktyce klinicznej

Mając na uwadze

1. Postanowienia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) z dnia 22 maja 2005 r.
2. Stanowisko XV KZD Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
3. Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z czerwca 2011 r.
4. Stanowisko Krajowego Zjazdu Delegatów NIPiP

a także

5. Komunikat Ministra Zdrowia, Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z dnia 3 lipca 2012 r.
6. Stanowisko Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek w sprawie zapewnienia ciągłości opieki w transgranicznej opiece zdrowotnej
7. Informację WHO dotyczącą włączenia ICNP <D do Rodziny Klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako narzędzia do opisywania praktyki pielęgniarskiej
8. Działania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w zakresie wdrożenia usług Telepielęgniarstwa
9. Rekomendację nr 1/2013 z dnia 24 lipca 2013 r. Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie
10. Komunikat Komisji Do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego 1 Komitetu Regionów, Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 - Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku, Bruksela, dnia 6.12.2012, gdzie zapisano, " (...) W przypadku specjalistów (pracowników medycznych i naukowych) działania te będą polegać przede wszystkim na opracowaniu, oparciu o dowody naukowe, wytycznych dla praktyki klinicznej w zakresie telemedycyny, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek i pielęgniarzy oraz

pracowników opieki społecznej (...). w zakresie telemedycyny i kształtowania umiejętności cyfrowych w zakresie e-zdrowia - "Telepielęgniarstwo"

a ponadto

- 1) European Interoperability Framework 2.0 (Europejskie Ramy Interoperacyjności dla europejskich usług użyteczności publicznej", 16/12/2010, do komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „W kierunku interoperacyjności europejskich usług użyteczności publicznej")
- 2) Ustawę o informatyzacji podmiotów publicznych z dnia 12 lutego 2010 r., o zmianie ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne oraz niektórych innych ustaw.
- 3) Dyrektywę 24/2010/UE w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej,
- 4) Normę EN 13606 - 4; 2009 Informatyka w ochronie zdrowia. Przesyłanie elektronicznych dokumentów zdrowotnych - część 4: Bezpieczeństwo, Dyrektywa UE (95/46/EC) dotycząca ochrony danych Rekomendacja 97/5 Rady Europy dotycząca ochrony danych medycznych.
- 5) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U.2012.526)
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

Wyrażamy pełne poparcie dla działań środowiska pielęgniarskiego na rzecz wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP ® jako obowiązującej na terenie kraju.

Zastosowanie ICNP ® umożliwi:

- uporządkowanie systemu dokładnych, przejrzystych, ujednoliconych pojęć funkcjonujących w pielęgniarstwie i stworzenie wspólnego języka dla pielęgniarstwa o zasięgu krajowym a także międzynarodowym,
- określenie standardów i procedur pielęgniarstwa, które będą spójne z obowiązującymi w całym kraju ale też krajach UE.
- zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa pacjenta,
- zastosowanie ujednoliconego systemu wskaźników opieki pielęgniarstwa, który pozwoli na zbadanie ciągłości i jakości świadczonej opieki,
- poprawę komunikacji pomiędzy specjalistami opieki zdrowotnej, która zapewni skuteczne mechanizmy wymiany informacji,
- identyfikację ról i obowiązków określonych dla pielęgniarek odpowiednio do poziomu wykształcenia,
- propagowanie autonomii zawodowej pielęgniarek poprzez rozwijanie możliwości zarządzania ochroną zdrowia i prowadzenia badań,
- znacząco umożliwi rozwój naukowy oraz profesjonalizację pielęgniarstwa,
- opracowanie systemu oceny rezultatów opieki pielęgniarstwa,

- powołanie formalnej sieci umożliwiającej wymianę najlepszych praktyk,
- multidyscyplinarne podejście w obrębie zintegrowanego systemu wymiany informacji,

W dokumentowaniu opieki pielęgniarstwa koniecznym jest wprowadzenie ujednoliconego wzoru dokumentacji pielęgniarstwa spójnej z pozostałą dokumentacją medyczną.

Dokumentacja medyczna brzmiąca niejednoznacznie i nie-spójna utrudnia, wręcz uniemożliwia porozumiewanie się w zakresie zastosowanych u pacjenta procedur medycznych na terenie kraju, ale też nie rzadko na terenie krajów UE, uniemożliwia jednoznaczną interpretację z oddziałami NFZ czy też Ministerstwem Zdrowia.

W związku z powyższym należy uczynić wszystko ażeby wyeliminować niejednoznaczną interpretację funkcjonujących w pielęgniarstwie pojęć i wprowadzić wspólny język, który będzie spójny dla pielęgniarstwa.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

dr n. med. Anna Koper Centrum Onkologii im. Prof F Łukaszczyka 85-796 Bydgoszcz ul. Dr I. Romanowskiej 2
kopera@co.bydgoszcz.pl tel 052/3743204

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

dr n. med. Elżbieta Szwalkiewicz
Centrum Pielęgnacyjne „Niebieski Parasol", ul. Boenigka 9,
10-686 Olsztyn niebieskiparasol@niebieskiparasol.org.pl,
tel. 89/543 14 33; fax, 89/541 35 70

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy
ul. Żołnierska 18 A; 10-561 Olsztyn
e-mail: piskorz'.a).wssdolsztyn.dL tel 89/539 34 55,
fax. 89/533 77 01

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

mgr Beata Ostrzycka
ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskiem Centrum Onkologii
AL Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn
e-mail: bostrzycka@wp.pl tel. 89/539 80 78,
fax 89/539 80 79

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

mgr Izabela Kaptacz
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej,
Zespół Opieki Paliatywnej „Palium "
ul. Krakowska 45 a, 42-202 Częstochowa e-mail:
ikaptacz@wp.pl, tel./fax 34/360 54 91; 34/360 55 37

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka
prof. nadzw. Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza
Modrzewskiego
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul Gustawa Herlinga - Grudzińskiego I, 30-705 Kraków
e-mail: ewaroz0@poczta.onet.pl

Merytoryczne uzasadnienie do Stanowiska konsultantów Krajowych w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego, Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych, Pielęgniarstwa Rodzinnego, Pielęgniarstwa Pediatricznego, Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, w sprawie stosowania Klasyfikacji ICNP ® w praktyce klinicznej

Wprowadzenie w szpitalach ICNP ® Jako Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej. Zalety wprowadzenia tej klasyfikacji dla praktyki pielęgniarskiej

Osią systemu dokumentowania jest zintegrowana dokumentacja pacjenta (ZDP), z której korzysta cały zespół terapeutyczny. Oznacza to, że wszystkie dokumenty dotyczące pobytu pacjenta w szpitalu/oddziale znajdują się w jednym miejscu i tworzą spójną całość. Obecnie istnieją dwa systemy dokumentowania, w formie papierowej oraz na nośnikach informatycznych.

Pielęgniarka świadcząc profesjonalną opiekę nad pacjentem jest zobowiązana do pracy zindywidualizowanej i systematycznej. Systematyczność tę zapewnia proces pielęgnowania wraz z niezbędną dokumentacją pielęgniarską, tj. kartą indywidualnej opieki pielęgniarskiej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania - Dz. U. nr 216, poz. 1607).

Proces pielęgnowania wymaga zatem dobrze skonstruowanego systemu dokumentacji, który służyć będzie każdemu zespołowi pielęgniarskiemu niezależnie od dziedziny specjalizacji. Narzędzie to powinno stwarzać możliwość:

- odwołania się do poprzednich zapisów,
- zapewnienia ciągłości opieki pielęgniarskiej,
- uzyskania wiarygodnych informacji, m.in. dla celów prawnych,
- oceny procesu pielęgnowania,
- monitorowania osiąganych wyników dla celów zarówno klinicznych, jak również dydaktycznych.

Dokument ten powinien umożliwić zindywidualizowaną, ciągłą opiekę nad pacjentem, gwarancję kontynuacji opieki pielęgniarskiej oraz ujednolicenie formy zapisu podstawowych informacji dotyczących pacjenta.

W chwili obecnej mnogość oraz różnorodność wzorów dokumentacji, ale również terminologii pielęgniarskich stosowanych w Polsce przez środowisko pielęgniarskie wprowadza chaos w realizacji zadań oraz brak możliwości szeroko pojętej oceny opieki pielęgniarskiej, rozwoju strategii ochrony i promocji zdrowia, ale również utrudnia wspierania klinicznych procesów podejmowania decyzji oraz tworzenie nowej wiedzy wynikającej z badań naukowych.

Międzynarodowy Katalog Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) jest zbiorem podstawowych elementów praktyki pielęgniarskiej tj. czynności, które wykonuje personel pielęgniarski w odniesieniu do potrzeb pacjentów w celu uzyskania zaplanowanego rezultatu (działania, diagnozy i wyniki pielęgniarskie). Wprowadzenie ICNP, jako Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej w placówkach Ochrony Zdrowia w Polsce przyniesie szereg wymiernych korzyści. Główną, a zarazem niezwykle istotną wartością jest stworzone narzędzie do opisu i dokumentowania klinicznej praktyki pielęgniarskiej w oparciu o dostępne katalogi. Powszechny, ujednolicony język stosowany w katalogu umożliwi skorelowanie działań pielęgniarskich

z uzyskanymi wynikami w celu zarządzania opieką pielęgniarską. Możliwe będzie również prowadzenie szerokich działań w zakresie opracowań statystycznych z wykorzystaniem czasookresu, populacji pacjentów i obszarów geograficznych.

Wypracowanie i wprowadzenie jednolitego modelu dokumentowania umożliwi kierunkowe podejmowanie działań, a w konsekwencji uzyskanie dobrych wyników w zakresie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej. ■

KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie pielęgniarstwa
przewlekłe choroby i niepełnosprawnych
.....
Elżbieta Szlachetkiewicz
dr nauk o zdrowiu

mgr Izabela Kaptacz
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
opieki paliatywnej

Dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa psychiatrycznego

Opinia dotycząca wykonywania przez pielęgniarki defibrylacji podczas przeprowadzania zabiegu kardiowersji z dnia 25.07.2011 r.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zaporobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarki albo położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego Dziennik Ustaw z 2007 r. Nr 210 poz. 1540 §1 p. 3 stwierdzam iż nie ma przeszkód do wykonania przez pielęgniarkę zabiegu kardiowersji (zsynchronizowanej defibrylacji) na zlecenie, pod bezpośrednim nadzorem oraz w obecności lekarza pod warunkiem odbycia co najmniej kursu specjalistycznego resuscytacji krążeniowo-oddechowej. ■

Z poważaniem.
Konsultant Krajowy
w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka

**Konferencja**

Konferencja „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego”.

Dnia 16.09.2013 r. w Warszawie Al. Krakowska 218 w Hotelu Lord & Conference odbyła się Konferencja dla Decydentów, Organizatorów Kształcenia, Pielęgniarek, Pielęgniarzy w ramach projektu systemowego „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - realizowanego w latach 2009-2015. Konferencję rozpoczęła dr Barbara Kot- Doniec Dyrektor



CKPPI, witając wszystkich zgromadzonych gości. W pierwszej części wystąpiła Aleksandra Śnieg - Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Prezentacja na temat: „Doświadczenia własne z realizacji projektów unijnych”, miała na celu przedstawienie elementów strategii zarządzania projektami unijnymi, które można przenieść na działalność organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Kolejne wystąpienie Pani Beaty Cholewka - Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych dotyczyło systemowych działań na rzecz wsparcia kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych na przykładzie projektów: „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów podyplomowych” oraz „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej - ocena dotychczasowej realizacji”.

Następnie Pani Elżbieta Rusin - Pawełek - kierownik projektu „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”, przedstawiła dane statystyczne podsumowujące dotychczasową realizację projektu. Z uwagi na fakt, iż kurs cieszył się dużym zainteresowaniem zwiększono liczbę miejsc do 4474 na kursie kwalifikacyjnym, oraz do 2784 na kursie specjalistycznym RKO. Od 2012 roku wprowadzony został do oferty projektu nowy kurs specjalistyczny w zakresie: „Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego”. Projekt - „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego” zajął II miejsce w konkursie na najlepiej zarządzany projekt Działania 2.3. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w 2012 roku.

Zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia- Pani Małgorzata Zadorożna wygłosiła wykład na temat: „Nowa perspektywa finansowa 2014-2020 dla obszaru ochrony zdrowia- wybrane zagadnienia”. Zostały przedstawione założenia kierunków wsparcia sektora ochrony zdrowia, który będzie finansowany zarówno z Europejskiego Funduszu Społecznego, jak i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Przedsięwzięcia będą opłacane z programów centralnych i regionalnych.

Ostatni wykład poświęcony pierwszej części konferencji dotyczył: „Specyfiki wojskowego pielęgniarstwa w aspekcie działań ratowniczych na polu walki”. Prezentacja kpt. dr n. hum. Barbary Sońta - Naczelnej Pielęgniarki Wojska Polskiego oraz st. chor. Pawła Jabłońskiego poruszała zagadnienia związane ze specyfiką działań lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych w obszarze wojskowego ratownictwa medycznego.

Druga część konferencji dotyczyła „Zasobów pielęgniarstwa na przykładzie wybranych krajów europejskich”. Na podstawie najnowszych danych statystycznych dotyczących wykształcenia i kwalifikacji pielęgniarek wynika, iż źródła zagranicznych zasobów kadrowych można w największych ilościach wskazać w Anglii i Norwegii. Na poziomie europejskim struktura zasobów pielęgniarskich wymaga wielu działań takich jak: korekta kształcenia zawodowego i dostosowanie programów edukacji pielęgniarskiej do kompetencji oczekiwanych na rynku pracy. Następnie został przedstawiony „Rys historyczny pielęgniarstwa ratunkowego” przez Panią Krystynę Wolska-Lipiec - Przewodniczącą Głównej Komisji Historycznej Centralnego Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego.

W kolejnej części warsztatów Pan Tadeusz Wadas - Wiceprzewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych wyjaśnił pojęcia czym jest zdarzenie medyczne, a naruszenie praw pacjenta oraz wytłumaczył wszystkie etapy postępowania w sytuacji dochodzenia roszczeń. Podczas

konferencji omówiono również specyfikę pracy pielęgniarki w systemie ratownictwa medycznego. Prelekcję z tego zakresu wygłosił Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego M. Maślanka. Kolejny projekt systemowy pn. „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa współfinansowanego z europejskiego funduszu społecznego w ramach programu operacyjnego „Kapitał Ludzki”, skierowany jest do 4800 pielęgniarek, pielęgniarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i aktualne zatrudnienie w zawodzie. Realizacja pierwszych edycji planowana jest w IV kwartale 2013 roku. Omówienia tego projektu dokonała p. Elżbieta Dudek, która będzie Kierownikiem Projektu.

Kolejnym prelegentem była dr n. med. M. Cisek Przewodnicząca PTP, która przedstawiła zasoby kadrowe pielęgniarstwa systemu. W swojej prezentacji wspomniała o danych statystycznych obrazujących ilość zatrudnionych pielęgniarek i położnych oraz o niepokojącym fakcie wysokiej średniej wieku w naszych zawodach, która obecnie wynosi 44,24 lat. Na zakończenie konferencji wystąpiły uczestniczki projektu, które przedstawiły doświadczenia własne z uczestnictwa w projekcie systemowym: „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”.

H. Synakiewicz

Prace autorskie



„ORGANIZACJA I ZADANIA SŁUŻB MEDYCZNYCH PRACY. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA W ŚRODOWISKU PRACY- PROFILAKTYKA CHOROŃ ZAWODOWYCH, CYWILIZACYJNYCH I WYPADKÓW”

Organizacja i zadania służb medycznych pracy

Służba medyczna pracy (SMP) została utworzona w celu ochrony zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, a także w celu sprawdzenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Profilaktyczna opieka zdrowotna to ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy.

Służbę medycyny pracy stanowią lekarze, pielęgniarki, psycholodzy i inne osoby o kwalifikacjach zawodowych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań tej służby.

Strukturę organizacyjną medycyny pracy tworzą:

- 1) jednostki podstawowe, czyli zakłady opieki zdrowotnej, bądź jednostki organizacyjne tych zakładów, oraz lekarze sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi;
- 2) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

Osoby realizujące zadania SMP przy wykonywaniu czynności zawodowych są niezależne (pod względem fachowym) od pracodawców i pracowników oraz ich przedstawicielami, na zlecenie których realizują zadania tej służby.

Służba medyczna pracy realizuje swoje zadania w odniesieniu do:

- pracujących;
- kandydatów do szkół ponadpodstawowych oraz uczniów, studentów, doktorantów, narażonych w trakcie praktycznej nauki zawodu na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia;
- osób świadczących pracę w ramach ograniczenia (pozbawienia) wolności.

Ustawa o SMP precyzuje warunki zawierania umów między zlecającymi a zlecanymi, wykonującymi zadania SMP, którzy mają prawo wyboru podstawowej jednostki służby medycyny pracy.

W ochronie zdrowia pracujących biorą udział także liczni partnerzy SMP, w tym- Państwowa Inspekcja Pracy i Państwowa Inspekcja Sanitarna, pracujący, pracodawcy, których wspierają związki zawodowe, Społeczna Inspekcja Pracy, służba bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP).

Pielęgniarki pracujące w ochronie zdrowia są odpowiedzialne za rozpoznawanie, wyszukiwanie oraz informowanie o zagrożeniach zdrowia pracujących. Ponadto odpowiadają za opiekę nad tymi pracownikami, którzy są narażeni na ryzyko w miejscu pracy. Głównym celem medycyny pracy jest zapobieganie chorobom zawodowym, wypadkom, promowaniem zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Do praktycznych zadań pielęgniarki realizującej opiekę nad zdrowiem pracujących należą:

1. Pozyskiwanie informacji o pracujących i ich środowisku pracy.
2. Nadzorowanie środowiska pracy.
3. Udział w badaniach profilaktycznych pracowników.
4. Sprawowanie opieki nad osobami szczególnej troski: kobietami, młodocianymi, niepełnosprawnymi.
5. Udział pielęgniarek w promowaniu zdrowia pracujących.
6. Dokumentowanie pracy pielęgniarskiej.

Opieka nad zdrowiem pracujących związana jest z udziałem w badaniach profilaktycznych. Badania te mają na celu wykrywanie przeciwwskazań do pracy z czynnikami szkodliwymi, bądź wczesne uchwycenie szkodliwego wpływu pracy i jej warunków na zdrowie pracownika. Pielęgniarki uczestniczą w ustaleniu terminów badań lekarskich, kierują podopiecznych na określone badania, niektóre z nich (pomiar, testy) osobiście wykonując, przeprowadzają wywiady z pracownikami, dokonują wpisów w Karcie badania profilaktycznego o przebiegu zatrudnienia, zagrożeniach dla zdrowia, dołączają wyniki badań diagnostycznych.

Pracownikom przysługuje m. in.: prawo do bezpłatnych profilaktycznych badań lekarskich, uzyskiwania informacji o wynikach badań czynników szkodliwych dla zdrowia w miejscu pracy czy powstrzymywania się od pracy bezpośrednio zagrażającej życiu i zdrowiu bez pozbawienia prawa pracownika do wynagrodzenia.

Zakład pracy jest m. in. zobowiązany:

- Organizować pracownikom okresowe badania oraz przechowywać wydane orzeczenia lekarskie po tych badaniach;
- Zatrudniać pracowników posiadających orzeczenie (uzyskane w wyniku poddania się badaniom profilaktycznym o zdolności do pracy na określonych stanowiskach);
- Opłacać koszty pomiarów czynników szkodliwych środowiska pracy, badań okresowych i kontrolnych;
- Posiadać wyniki pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy;
- Informować pracowników o tych wynikach;
- Przenosić pracowników do innej pracy, w razie konieczności stwierdzonej orzeczeniem lekarskim, z prawem do

otrzymywania (maksimum 3-miesięcznego) dodatku wyrównawczego;

- Ustalać zasady przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz dostarczania odzieży roboczej.

Istotne obecnie staje się określenie zasad: nie tylko realizacji samych badań profilaktycznych, ale i organizacji oraz finansowania opieki zdrowotnej nad pracującymi.

W poszukiwaniu najskuteczniejszych, a zarazem jak najtańszych sposobów zapewniania opieki profilaktycznej pracującym, należy zwrócić uwagę na liczną i wykwalifikowaną grupę zawodową, jaką są pielęgniarki.

W działalności pielęgniarek, dotąd związanej głównie z udzielaniem pierwszej pomocy w wypadkach i nagłych zachorowaniach oraz wykonywaniem zabiegów leczniczych- na plan pierwszej pomocy wysuwa się coraz powszechniejszy dzisiaj udział tej najliczniejszej medycznej grupy zawodowej w profilaktyce.

W dobie reorganizacji systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi, której celem jest zapewnienie przede wszystkim opieki profilaktycznej wszystkim zatrudnionym, pielęgniarki mają bardzo duże potencjalne możliwości realizacji większości zadań zapobiegawczych.

Konieczne wydaje się tworzenie ośrodków służb medycyny pracy, koncentrujących zespół pracowników, bazę materialną i dokumentację, które ułatwiłyby świadczeniobiorcom wybór i dostęp do personelu, rodzaju i terminów usług. Propozycje w określaniu miejsca i roli pielęgniarek w opiece nad zdrowiem pracujących dotyczą ich stanowisk samodzielnych i w zespole służb medycyny pracy.

Dla zapewnienia pielęgniarskiej opieki pracującym, najistotniejsze jest utrzymanie dotychczasowego stanu posiadania, niedopuszczenie do dalszego spadku liczby zatrudnionych pielęgniarek nad pracującymi, zwłaszcza przeszkolonych i zainteresowanych dalszym podnoszeniem kwalifikacji.

Diagnoza pielęgniarska w środowisku pracy

Pielęgniarka środowiskowa w pracy musi rozpoznawać sytuację trudną, problemy, posiadane potencjały (zasoby), które umożliwiają zachowanie zdrowia, które utrzymują dotychczasową jakość życia pacjenta oraz rozpoznawać pozytywne i negatywne aspekty funkcjonowania pacjenta w środowisku lokalnym. Dlatego też, pełna diagnoza pielęgniarska to odzwierciedlenie wszystkich danych, które zostały przez nią zgromadzone. Diagnoza pielęgniarska oraz ocena problemów biopsychospołecznych to warunek planowania pracy pielęgniarki.

Cechy diagnozy w pielęgniarstwie środowiskowym:

- 1) Ukierunkowanie na jednostkę lub grupę (rodzinę), społeczność lokalną
- 2) Opisuje możliwości profilaktyki:
 - I fazy- tj. utrzymanie oraz wzmacnianie zdrowia, zapobieganie chorobom
 - II fazy- identyfikacja i eliminacja rozpoznanych czynników ryzyka chorób
 - III fazy- polega na zapobieganiu, pogłębianiu choroby, niepełnosprawności, powikłań, problemów z samoopieką czy z samopielęgnacją oraz nad opieką nad chorym czy niepełnosprawnym
- 3) Pozyskiwanie danych z różnych źródeł
- 4) Ma wpływ na gromadzone dane oraz na sposób pielęgnowania
- 5) Ma wpływ na działanie, którego celem jest przygotowanie pacjenta i rodziny do opieki i troszczenia się o siebie i najbliższych bez bezpośredniego udziału pielęgniarki.

Cechy diagnozy jednostki i rodziny:

1) Ukierunkowanie na zachowanie, potęgowanie zdrowia, promocję zdrowia (profilaktyka I fazy)
Przy diagnozowaniu osoby czy rodziny zdrowej pielęgniarka musi znać czynniki, które warunkują czy zagrażają zdrowiu człowieka czy rodziny.

Przy diagnozie indywidualnej dane zgromadzone przez pielęgniarkę dotyczą pomiarów (tętna, ciśnienia tętniczego), stylu życia, oceny subiektywnej zdrowia, miejsca zamieszkania (zanieczyszczenia środowiska), sprawności psychoruchowej, samodzielności pacjenta, możliwości wsparcia pacjenta przez rodzinę w sprawach ekonomicznych, czy umiejętnościach radzenia sobie w problemach zdrowotnych np. przy zaprzestaniu palenia papierosów, obniżeniu masy ciała. Pielęgniarka powinna edukować, wspierać, motywować do działań jednostkę czy rodzinę w działaniach na rzecz zachowania zdrowia np. propagować zdrową kuchnię, wdrażać programy prozdrowotne w rodzinie. W swojej pracy pielęgniarka może posłużyć się ankietami, kwestionariuszami, skalami samooceny stanu zdrowia, które umożliwią pomiar poziomu sprawności i samodzielności pacjenta.

2) Skoncentrowanie diagnozy pielęgniarskiej na zapobieganiu chorobom (profilaktyka II fazy)

W tej fazie pielęgniarka powinna posiadać wiedzę z zakresu chorób np. układu krążenia oraz identyfikować czynniki ryzyka dla określonych jednostek chorobowych. Pielęgniarka swoje działania diagnostyczne uzależnia od diagnozy określającej fazę zagrożenia chorobą.

Dane zgromadzone przez pielęgniarkę dla potrzeb diagnozy obejmują:

A) w odniesieniu do jednostki:

- a) pomiary parametrów: RR, tętna, antropometryczne,
- b) rozpoznawanie zachowań zagrażających zdrowiu, np. palenie papierosów, spożywanie alkoholu
- c) predyspozycje rodzinne występowania chorób genetycznych,otyłości, aktualnie rozpoznanych chorób przebytych,

B) w odniesieniu do rodziny:

- a) charakterystykę czynników ryzyka poddających się:
- modyfikacji (bezpośredniej-pielęgniarka zaangażowana/ pośredniej- wsparcie) stylu życia, higieny osobistej
- b) rozpoznaniu osób odpowiedzialnych za zachowanie prozdrowotne w rodzinie, które mogą się podjąć zmian prozdrowotnych

c) opisu umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
d) znać ograniczenia, możliwości ekonomiczne rodziny,
3) włączenie działań zapobiegających pogłębianiu się stanu chorobowego i niepełnosprawności (profilaktyka III fazy).

W tej fazie pielęgniarka posługuje się diagnozą aktualnego stanu zdrowia i diagnozą prognostyczną, aby eliminować powikłania w chorobie przewlekłej oraz wskazać sposoby zapobiegania chorobie. Pielęgniarka wskazuje jak radzić sobie w chorobie, jak pielęgnować, pokazuje techniki radzenia sobie w sytuacjach trudnych, jak rozpoznawać sygnalizowane potrzeby chorego.

4) diagnoza w chorobie i niepełnosprawności

Pielęgniarka musi posiadać wiedzę na temat sposobu leczenia choroby, udzielać wsparcia chorym czy niepełnosprawnym. Powinna motywować pacjenta do przestrzegania zaleceń lekarskich, wskazać jak radzić sobie w sytuacjach trudnych, jak usprawniać się, jak pielęgnować, zauważać ograniczenia w rehabilitacji i leczeniu. Uczyc rodzinę i pacjenta jak uniknąć pogorszenia stanu zdrowia i zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań. Pielęgniarka powinna ocenić sytuację chorego w kontekście opieki- jej nadmiaru czy niewystarczającej opieki, w jakim stopniu rodzina jest w stanie pomagać cho-

remu. Ocenic proces leczenia, pomóc rodzinie w przejściu między poszczególnymi fazami choroby.

Diagnoza pielęgniarska w medycynie pracy dotyczy:

- promocji zdrowia
- profilaktyki chorób zawodowych,
- profilaktyki wypadków,
- profilaktyki chorób cywilizacyjnych w miejscu pracy,
- potrzeb opieki nad przewlekle chorym w środowisku pracy chronionej
- potrzeb opieki nad młodocianymi (15-18 lat)
- potrzeb opieki nad osobami w wieku przedemerytalnym.

Diagnoza pielęgniarska w środowisku nauczania to:

- rozpoznawanie stanu zdrowia ucznia, przewidywanie tendencji rozwojowych na podstawie aktualnych objawów (cech, parametrów, dolegliwości)
- gromadzenie i analizowanie danych o uczniu i jego środowisku,
- wyciągnięcie wniosków o stanie biopsychospołecznym ucznia, który wymaga lub nie wymaga pielęgnowania,
- ujęcie i udokumentowanie diagnozy pielęgniarskiej w formie stwierdzenia, charakteryzującego określony stan np. nadwaga, niedowidzenie, agresja itp.

Rozpoznawanie zagrożeń w środowisku pracy- profilaktyka chorób zawodowych, cywilizacyjnych i wypadków.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa, że 52% populacji ludzkości aż jedną trzecią dorosłego życia przebywa w pracy. Wykonywaniu pracy zwykle towarzyszą czynniki niebezpieczne, szkodliwe i uciążliwe.

W roku 1997 ukazała się ustawa o służbie medycyny pracy, której przepisy dostosowane są do standardów europejskich. SMP powstała w celu ochrony zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy, a także w celu sprawowania opieki profilaktycznej nad osobami pracującymi.

Właściwe rozpoznawanie zagrożeń czynników szkodliwych i związanego z nimi ryzyka stanowi podstawę do planowania i podejmowania różnorodnych działań profilaktycznych. Zadania SMP wykonują uprawnieni lekarze, pielęgniarki, psycholodzy itp.

Osoby wykonujące zadania SMP są niezależne od pracodawców i pracowników i ich przedstawicieli na zlecenie których realizują zadania tej służby.

SMP realizuje swoje zadania w stosunku do:

- osób pracujących
- kandydatów do szkół ponadpodstawowych, uczniów, studentów narażonych w trakcie nauki na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia.

Pracodawcy są zobowiązani do objęcia opieką profilaktyczną pracowników oraz ponoszenia kosztów badań profilaktycznych.

Profilaktyka chorób zawodowych polega na:

- ograniczaniu szkodliwego wpływu pracy na zdrowie pracowników, oraz informowanie o nich pracodawców i pracowników
- wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych
- monitorowanie stanu zdrowia pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka
- organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej
- inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia
- gromadzenie i przechowywanie danych o stanie zdrowia osób pracujących oraz ryzyku zawodowym.

Służba Medycyny Pracy współdziała z lekarzami POZ, ZUS,

KRUS, NFZ oraz Pełnomocnikiem Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych itp.

Głównym celem pielęgniarstwa w opiece nad zdrowiem pracujących jest zapobieganie chorobom zawodowym i wypadkom oraz promowanie zdrowia w miejscu pracy.

Do zadań pielęgniarki realizującej opiekę nad zdrowiem pracujących należy:

- pozyskiwanie informacji o pracowniku i środowisku pracy
- udział w badaniach profilaktycznych
- opieka nad osobami szczególnej troski tj. kobietami, pracownikami młodocianymi i niepełnosprawnymi, pracującymi w nocy oraz w warunkach szkodliwych
- promowanie zdrowia pracujących

Profilaktyczne badania lekarskie to badania wstępne, okresowe i kontrolne. Badaniom wstępnym podlegają osoby przyjmowane do pracy oraz przenoszone na inne stanowisko. Badaniom okresowym podlega każdy pracownik, natomiast badaniom kontrolnym podlega pracownik w wypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni.

Pracownik nie może podjąć pracy bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do podjęcia pracy.

Częstotliwość oraz zakres badań okresowych uzależniona jest od rodzaju narażeń występujących w środowisku pracy. Rodzaj szkodliwych czynników wymaga odpowiedniego ukierunkowania np. badania otolaryngologiczne w przypadku hałasu, badania okulistyczne w przypadku promieniowania itd. Badania profilaktyczne mają na celu wykrycie przeciwwskazań do pracy oraz wczesne wychwycenie szkodliwego wpływu. Obecnie w Polsce rocznie stwierdza się ok. 3 tys. chorób zawodowych. U pracowników ochrony zdrowia, szczególnie pielęgniarek są to choroby zakaźne (głównie WZW) i choroby skóry (przede wszystkim o podłożu alergicznym).

Stan zdrowia pracownika uzależniony jest też od właściwego stylu życia, unikania nałogów i właściwego odżywiania. Niektóre szkodliwości zawodowe są w dużym stopniu modyfikowane przez wpływ nałogów i sposób odżywiania.

Zachowanie zdrowia i zapobieganie chorobom zawodowym powinno być wspomagane przez rozwijanie w zakładach pracy zasad promocji zdrowia i oświatę zdrowotną.

Wypadek przy pracy to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, pozostające w bezpośrednim związku z wykonywaną pracą.

Główne przyczyny wypadków to czynniki:

- ludzkie czyli lekkomyślność, zmęczenie pracownika
- techniczne czyli niesprawny sprzęt
- organizacyjne czyli nieprzestrzeganie zasad BHP.

Wypadki zdarzają się nagminnie zwłaszcza w małych zakładach pracy.

W zapobieganiu wypadkom istotną rolę odgrywają szkolenia pracowników oraz systematyczna aktualizacja wiedzy i umiejętności personelu nt. pierwszej pomocy, której udzielanie jest podstawowym obowiązkiem.

Pielęgniarka jest odpowiednią osobą do przeszkolenia pracowników w dziedzinie pierwszej pomocy. Zapobieganie wypadkom to profilaktyka o charakterze medycznym-higienicznym, technicznym i organizacyjnym realizowane w ramach nadzoru środowiska pracy.

Jednym z zadań pielęgniarki jest promowanie zdrowia.

Promowanie zdrowia odbywa się w indywidualnym i grupowym poradnictwie, przygotowywaniu pokazów i filmów oraz materiałów drukowanych. Promowanie zdrowia jest sztuką pomagania ludziom w podejmowaniu prozdrowotnych decyzji, od których uzależniony jest ich stan zdrowia.

Główne problemy zdrowotne dotyczące pracowników to:

- palenie tytoniu
 - nadużywanie alkoholu i leków
 - nieodpowiednia dieta (obfitująca w tłuszcze zwierzęce i cukry proste)
 - niedostateczna aktywność ruchowa.
- Powodują one szereg schorzeń o dużym znaczeniu społecznym.
- Należą do nich choroby cywilizacyjne tj.
- choroby układu krążenia
 - otyłość i nadwaga
 - cukrzyca
 - nowotwory
 - POChP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc)
 - choroby alergiczne.

Ok. 50% zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych można by uniknąć stosując działania profilaktyczne:

- regularny pomiar ciśnienia krwi
- regularne badanie stężenia cholesterolu we krwi
- stosowanie odpowiedniej diety
- zwiększenie aktywności fizycznej
- zaprzestanie palenia papierosów
- ograniczenie picia alkoholu i spożycia soli
- unikanie stresu
- poddawanie się badaniom cytologicznym, mammograficznym, badaniom prostaty oraz badaniom na obecność krwi w kale.

Głównym zadaniem służby medycyny pracy jest szeroko zakrojona profilaktyka oraz promowanie zdrowia. Ma to na celu poprawę stanu zdrowia osób pracujących, przejmowanie przez ludzi odpowiedzialności za własne zdrowie. ■

Lidia Bramora

Literatura u autora

ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH W PRZEBIEGU CUKRZYCY

Cukrzyca – ogólna charakterystyka jednostki chorobowej

Definicja

Cukrzyca (Diabetes mellitus) jest to schorzenie metaboliczne o różnorodnej etiologii. Charakteryzuje się przede wszystkim przewlekłą hiperglikemią z zaburzeniami metabolizmu tłuszczów, węglowodanów i białek na skutek defektu wydzielania i/lub działania insuliny [1]. Przewlekły stan hiperglikemii związany jest z długoterminowym uszkodzeniem, dysfunkcją i niewydolnością wielu różnych narządów, przede wszystkim serca, oczu, naczyń krwionośnych oraz nerwów.

W 1997 roku Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne wprowadziło nowy podział cukrzycy, który obejmuje 4 typy kliniczne:

- Cukrzyca typu 1;
- Cukrzyca typu 2;
- Inne specyficzne typy cukrzycy (np. genetyczne uszkodzenia komórek beta, choroby trzustki, endokrynopatie, zakażenia, genetyczne defekty działania insuliny);
- Cukrzyca ciężarnych (rozpoznawana w okresie ciąży)

Cukrzyca typu 1 - wywołana jest zniszczeniem komórek beta trzustki, odpowiedzialnych za produkcję i wydzielanie insuliny. Ten rodzaj cukrzycy występuje najczęściej u ludzi młodych oraz u dzieci. Spośród chorych na cukrzycę, na typ 1 choruje 15 - 20% chorych. Jedynym możliwym leczeniem tej choroby jest podawanie insuliny oraz właściwe odżywianie i aktywny tryb życia (wysiłek fizyczny).

Cukrzyca typu 2 - w tym rodzaju cukrzycy przyczyną podwyższonego poziomu glukozy we krwi nie jest brak insuliny, ale jej nieprawidłowe działanie w organizmie (oporność na działanie insuliny). Najczęściej cukrzycy typu 2 towarzyszy otyłość oraz nadciśnienie tętnicze.

Ten rodzaj cukrzycy występuje najczęściej u ludzi starszych. Około 80 - 85% wszystkich pacjentów z cukrzycą stanowią chorzy na cukrzycę typu 2. Początkowo leczenie opiera się na stosowaniu odpowiedniej diety, dostosowanego do możliwości chorego wysiłku fizycznego oraz zażywaniu doustnych leków hipoglikemizujących. Zazwyczaj jednak po pewnym czasie potrzebne jest przejście na insulinoterapię.

Obecnie na cukrzycę cierpi ponad 2 miliony Polaków. Szacuje się, że ok. 40% chorych w Polsce w ogóle nie wie o swojej chorobie. Pacjenci zgłaszają się do lekarza, gdy jest ona już bardzo zaawansowana. U 25% pacjentów stwierdza się powikłania cukrzycowe.

Objawy

Objawy wskazujące na możliwość rozwoju cukrzycy:

- Zmniejszenie masy ciała;
- Wielomocz;
- Wzmoczone pragnienie;
- Zwiększone łaknienie;
- Ogólne osłabienie;
- Pojawienie się zmian ropnych na skórze oraz stanów zapalnych narządów moczowo-płciowych;
- Świąd skóry;
- Glikozuria.

Główne powikłania

Główną przyczyną przewlekłych powikłań cukrzycy jest utrzymujący się przez długi czas zbyt wysoki poziom glukozy we krwi (hiperglikemia) oraz zbyt wysoki poziom HbA_{1c}. Ponadto na ich rozwój wpływają uwarunkowania genetyczne, nadciśnienie, hiperinsulinizm, palenie tytoniu i zaburzenia lipidowe. Podział powikłań cukrzycy:

1. Mikroangiopatie:

- Retinopatia
- Nefropatia
- Neuropatia

2. Makroangiopatie:

- Choroba naczyń wieńcowych
- Choroba naczyń obwodowych
- Choroba naczyń mózgowych.

Kryteria rozpoznania cukrzycy.

O cukrzycy mówimy wtedy, gdy poziom glukozy wynosi:

- ≥ 200 mg/dl (> 11.1 mmol/l) w przypadkowym, wykonywanym rutynowo badaniu krwi (dwukrotnie nieprawidłowy wynik),
- ≥ 126 mg/dl (> 7.0 mmol/l) na czczo (dwukrotnie nieprawidłowy wynik),
- ≥ 200 mg/dl (> 11.1 mmol/l) po doustnym teście obciążenia glukozą.

OGTT – Doustny Test Tolerancji Glukozy

Test powinien być przeprowadzony zgodnie z instrukcją po

nocnej przerwie w przyjmowaniu posiłków (przynajmniej 8 godzin). Przez 3 dni poprzedzające test obowiązuje przeciętna dieta o normalnej zawartości węglowodanów (cukrów). Rankiem w dniu badania pobierana jest krew na czczo (w celu oznaczenia glukozy).

Następnie w ciągu 5 minut należy wypić 250 ml wody, w której rozpuszczone jest 75 g glukozy (czasem dodaje się smak cytrynowy – zmniejsza uczucie mdłości). Po 120 minutach pobierana jest ponownie krew do oznaczeń. Czas między jednym a drugim pobraniem krwi należy spędzić spokojnie, najlepiej siedząc, nie spożywając dodatkowych posiłków ani nie wykonując wysiłku fizycznego.

Wpływ cukrzycy na funkcje poznawcze.

Definicja

Funkcjami poznawczymi nazywamy takie czynności psychiczne, które służą człowiekowi do uzyskania orientacji w otoczeniu, do analizowania sytuacji, formułowania wniosków, podejmowania właściwych decyzji i działania, a także do zdobycia informacji o sobie samymi oraz o swoim organizmie.

Obejmują one:

- Procesy percepcyjne (wrażenia, spostrzeżenia, wyobrażenia),
- Procesy uwagi,
- Uczenie się,
- Procesy pamięciowe (zapamiętywanie, przechowywanie i odtwarzanie informacji),
- Procesy myślowe,
- Procesy językowe (mowa i język).

Przyczyny zaburzeń funkcji poznawczych.

Choroby neurologiczne - Alzheimera - Picka - Huntingtona - Creutzfelda – Jacoba - Stwardnienie rozsiane - Neuroinfekcje, np. w przebiegu kiły, HIV Choroby psychiczne	- Zaburzenia naczyniowe mózgu - Zaburzenia hormonalne (np. niedoczynność tarczycy) - Zaburzenia elektrolitowe (np. hiponatremia) - Zaburzenia metaboliczne (np. niedobór wit. B12)	- urazy czaszkowo-mózgowe - guzy i krwiaki wewnątrzczaszkowe - wodogłowie - nadmierne używanie leków, alkoholu, narkotyków	CUKRZYCA
--	---	---	----------

Funkcje poznawcze w cukrzycy.

Powiązania pomiędzy cukrzycą a funkcjonowaniem poznawczym osób na nią chorujących, mają różnorodny charakter. Pomimo, iż zagadnienie to w ostatnim czasie stało się przedmiotem intensywnych badań, naukowcy nie doszli do wspólnego konsensusu, co do intensywności, rodzaju czy zakresu zmian w obrębie procesów kognitywnych, które mogą być skutkiem tej choroby.

Istnieją niewielkie różnice w zaburzeniach funkcji poznawczych w przebiegu obydwóch rodzajów cukrzycy.

Cukrzyca typu 2 powoduje zaburzenia pamięci słownej i przestrzennej, fluencji słownej, sprawności psychomotorycznych oraz funkcji zależnych od płata czołowego (funkcje kojarzeniowe). Natomiast 1 typ cukrzycy wiąże się z ogólnym obniżeniem zdolności kognitywnych. U osób chorych można zaobserwować bardzo istotne obniżenie takich czynników jak: pamięć operacyjna, selektywność uwagi, szybkość psychoruchu, analiza złożonych informacji.

Cukrzyca jest to choroba, która wymaga od pacjenta ścisłego stosowania się do zaleceń lekarskich, przestrzegania

właściwej diety, a także niekiedy korygowania dawek leków. Niezaburzone funkcje kognitywne umożliwiają przede wszystkim prowadzenie właściwego leczenia, a także pozwalają na opóźnienie lub nawet uniknięcie wystąpienia groźnych dla życia powikłań. W przebiegu cukrzycy dochodzi do upośledzenia funkcji poznawczych, a proces ten jest prawdopodobnie ściśle związany z czasem trwania choroby, stopniem kontroli metabolicznej oraz z obecnością występujących powikłań.

Skuteczne leczenie cukrzycy polega nie tylko na prawidłowo prowadzonej opiece diabetologicznej, ale również na stosowaniu przez chorego zaleceń lekarskich. Największy problem komunikacji występuje w przypadku osób w starszym wieku, u których mogą pojawić się komplikacje wynikające z osłabienia procesów poznawczych. Skutkiem tego może być gorsza kontrola poziomu glikemii wynikająca z nieprzestrzegania diety cukrzycowej, nieprawidłowego dawkowania leków polegającego na przyjęciu niewłaściwej dawki lub zupełnym jej pominięciu. Trudności we współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem z cukrzycą, mogą wynikać także z ośrodkowych powikłań cukrzycy i chorób współtowarzyszących.

Niezaburzone funkcje poznawcze umożliwiają prowadzenie właściwego leczenia oraz pozwalają na opóźnienie lub nawet uniknięcie wystąpienia groźnych dla życia powikłań.

Chorzy z zaburzonymi funkcjami kognitywnymi mogą mieć także większy problem ze zrozumieniem konieczności całkowitego zaprzestania lub maksymalnego ograniczenia czynników szkodliwych, tj. palenie tytoniu, spożywanie alkoholu. Taki pacjent może mieć również problem z prowadzeniem dzienniczka samokontroli, obsługą glukometru, obsługą wstrzykiwacza insuliny, co może stać się istotnym problemem uniemożliwiającym samodzielne kontrolowanie swojej choroby.

U pacjentów z cukrzycą już przed 50 rokiem życia można zaobserwować mniejszą szybkość psychomotoryczną, a także gorszą selektywność uwagi i słabszą pamięć. Natomiast u osób po 50 roku życia wyraźnie pogarsza się zdolność do analizy złożonych informacji, a następnie upośledzeniu ulega pamięć.

Jak wspomniano wcześniej, zaburzenia funkcji poznawczych u cukrzyków ściśle związane są ze stopniem kontroli metabolicznej. Badania wykazały, że osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych w porównaniu do osób zdrowych charakteryzują się niższym poziomem ochronnej frakcji cholesterolu HDL i wyższym poziomem frakcji LDL. Prawdopodobnie jest to związane ze zwiększeniem gęstości krwi w przebiegu dyslipidemii, która towarzyszy cukrzycy.

Ryzyko pogorszenia pamięci oraz zdolności do nauki, zdaniem innych badaczy, pojawia się u cukrzyków dopiero powyżej 60.-65. roku życia i ma ścisły związek z procesami starzenia się OUN oraz wieloletnimi zaburzeniami metabolicznymi wywołanymi przez cukrzycę.

Funkcje poznawcze u dzieci chorych na cukrzycę.

Wpływ cukrzycy na ośrodkowy układ nerwowy widoczny jest już u małych dzieci. W ich przypadku częste są specyficzne trudności w nauce (zmniejszona zdolność koncentracji uwagi, upośledzenie koordynacji motorycznej, osłabienie zapamiętywania) oraz trwałe ogniskowe zaburzenia neurologiczne. Jednym z cięższych powikłań i długotrwałych niedocukrzeń bywa również padaczka. Zmiany w badaniu EEG zauważono również u dzieci chorych na cukrzycę typu 1. po przebytej kwasicy ketonowej.

U dzieci, u których przed 5 rokiem życia wystąpiły częste

hipoglikemie obserwowano w późniejszym wieku trwałe obniżenie ilorazu inteligencji (IQ).

Należy również wspomnieć o pozytywnym wpływie insuliny na zdolności kognitywne (uwaga i pamięć operacyjna) ludzi zdrowych. Najnowsze badania naukowe mówią o wpływie insuliny na procesy zapamiętywania. Insulina, podawana donosowo poza pamięcią poprawia również stopień koncentracji uwagi i nastrojów.

Szczegółowy obraz wpływu cukrzycy na funkcjonowanie poznawcze.

• INSULINA

Badania naukowe wykazały, że receptory insulinowe znajdują się w różnych strukturach mózgu: w podwzgórzu, hipokampie, węchomózgowiu i układzie limbicznym. Nie jest jednak dokładnie poznana rola tych receptorów i ich znaczenie w funkcjonowaniu tego organu.

Głównym zadaniem insuliny jest jednakże działanie na błony komórkowe (nasilające transport aminokwasów, glukozy, potasu do komórek mięśniowych i tłuszczowych), a także pobudzanie przemian anabolicznych (synteza glikogenu, białek i lipidów) i hamowanie katabolizmu. Insulina poza wpływem na funkcje poznawcze, charakteryzuje się działaniem ochronnym na komórki centralnego układu nerwowego. Niedobór insuliny występujący w przebiegu cukrzycy może negatywnie wpływać na procesy poznawcze.

• GLUKOZA

Glukoza jest najważniejszym źródłem energii dla mózgu, dlatego też odpowiedni jej poziom w surowicy decyduje o aktywności tego organu. Ośrodki OUN przez cały czas monitorują stężenie glukozy w osoczu i na jej niedobór reagują gwałtownym wzrostem aktywności układu współczulnego. Dochodzi także do zwiększenia wydzielania hormonu wzrostu i kortyzolu oraz zmniejszenia wydzielania insuliny. Równocześnie wzrasta się uwalnianie i wytwarzanie glukozy z wątroby, a zużycie glukozy przez tkanki pozanerwowe obniża się.

• HIPOGLIKEMIA

Chory na cukrzycę w ciągu swojego życia doznaje wielokrotnych stanów hipoglikemii bezobjawowej oraz objawowej i kilka ciężkich jej epizodów. Hipoglikemia wywołuje różnorodne objawy kliniczne, m.in. są to: zmiany w funkcjonowaniu autonomicznego układu nerwowego oraz dysfunkcje mózgu w wyniku bezpośredniej reakcji OUN na niedobór glukozy (neuroglikopenia). Częste i przedłużające się stany hipoglikemiczne mogą doprowadzić do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Zarówno ostra jak i przewlekła hipoglikemia w cukrzycy typu 1 związana jest z osłabieniem czasu reakcji, szybkości wykonywania operacji arytmetycznych, identyfikacji kolorów, pamięci krótkotrwałej.

Najnowsze badania pokazały, że pacjenci po wielokrotnych epizodach hipoglikemii powtarzających się przez wiele lat, mieli trudności w zawodach wymagających dużej sprawności intelektualnej, a w końcu także w codziennych czynnościach.

• HIPERGLIKEMIA

Krótkotrwała hiperglikemia wywołana przez podanie glukozy wpływa korzystnie na funkcje poznawcze. Poprawa pamięci jest jednak większa w grupie osób, które cechują się niezaburzoną regulacją stężenia glukozy.

Według najnowszych badań przewlekła hiperglikemia wpływa bardziej niekorzystnie na czynności poznawcze niż ciężka hipoglikemia. Zaobserwowano wówczas umiarkowane

pogorszenie szybkości ruchów i sprawności psychomotorycznej, wykazujące związek z większym odsetkiem hemoglobiny glikowanej.

• HIPERINSULINEMIA

Hiperinsulinemia, charakterystyczna dla cukrzycy typu 2, również wpływa niekorzystnie na sprawności kognitywne. Jest ona przede wszystkim wynikiem insulinooporności. Podwyższone stężenie insuliny u pacjentów chorych na cukrzycę wiązało się ze słabszymi wynikami badań pamięci długotrwałej. Z kolei leczenie insuliną negatywnie wpływało na pamięć wzrokową i słowną.

• WIEK

Nie bez znaczenia wydaje się być także wiek chorującego na cukrzycę. Prawdopodobieństwo wystąpienia cukrzycy typu 2 wzrasta wraz z wiekiem. Fakt ten sam w sobie może być przyczyną pogorszenia sprawności poznawczych. Należy również podkreślić związek nie tylko z zaburzeniami metabolicznymi wywołanymi przez cukrzycę, ale przede wszystkim z procesami starzenia się.

• INNE CZYNNIKI

Zaobserwowano związek pomiędzy pogorszeniem sprawności poznawczych, a wczesnym momentem pojawienia się choroby i czasem jej trwania, stopniem kontroli metabolicznej cukrzycy i występowaniem przewlekłych powikłań. Najbardziej prawdopodobne wydaje się, że obniżenie zdolności kognitywnych wśród chorych na cukrzycę jest konsekwencją interakcji następujących czynników: niedoboru insuliny, czynników genetycznych oraz środowiskowych.

2.5. Cukrzyca a choroba Alzheimera.

Wśród wielu badań zaobserwowano częstsze występowanie choroby Alzheimera u chorych na cukrzycę. Dokładne mechanizmy związane z większym ryzykiem zachorowania na chorobę Alzheimera nie są do końca sprecyzowane. Obecność receptorów insulinowych, występujących w centralnym układzie nerwowym wydaje się pozostawać nie bez znaczenia na funkcje kognitywne. Zaburzenia w ich funkcjonowaniu mogą wiązać się ze zwiększonym ryzykiem występowania chorób degeneracyjnych układu nerwowego, nie tylko takich jak ch. Alzheimera, ale również demencji pochodzenia naczyniowego, czy choroby Parkinsona i Huntingтона.

Podsumowanie

Podstawowym warunkiem zrozumienia celu leczenia cukrzycy, określenia osobistych celów oraz motywacji i prawidłowej postawy wobec procesu leczenia są niewątpliwie niezaburzone funkcje poznawcze. Pacjent bez zaburzeń funkcji kognitywnych może samodzielnie monitorować wyniki leczenia swojej choroby, a w razie konieczności odpowiednio reagować np. w przypadku wystąpienia incydentu hipoglikemii. Taki pacjent znacznie częściej korzysta z pomocy zespołu diabetologicznego i zazwyczaj prawidłowo z nim współpracuje. Chory bez zaburzeń funkcji poznawczych zazwyczaj nie ma problemów ze zrozumieniem zaleceń lekarskich, jest w stanie lepiej radzić sobie z późnymi uszkodzeniami tkankowymi oraz właściwie postępować z cukrzycą w przypadku współwystępujących często innych chorób.

Celem zwiększenia efektywności opieki nad pacjentem z cukrzycą, wskazane jest wprowadzenie prostych testów przesiewowych oceniających funkcje poznawcze, np. Test Rysowania Zegara. Badaniem tym powinni zostać objęci

przede wszystkim starsi pacjenci cechujący się złym wyrównaniem metabolicznym. Uzyskane wyniki mogłyby stanowić niezwykle cenny wskaźnik potencjalnych problemów tego pacjenta mogących wystąpić w przyszłości.

Cukrzyca jest coraz powszechniejszą chorobą występującą wśród współczesnego społeczeństwa. Zapadają na nią zarówno osoby w wieku starszym jak i dzieci.

W przypadku najmłodszych jest to szczególnie uciążliwe, ponieważ nakłada na młodego człowieka pewne ograniczenia, do których bezwzględnie musi się dostosowywać. Choroba ta, jak każda inna, zabiera dziecku pewną beztroskę życia. Wymaga zachowania dyscypliny, stosowania się do zaleceń lekarskich, zażywania leków. Często budzi lęk wśród rodziców dziecka.

Pacjenci w starszym wieku natomiast zazwyczaj borykają się nie tylko z jedną chorobą. Jedno schorzenie niesie za sobą prędzej czy później kolejne. Bardzo istotne w tym przypadku jest wsparcie psychiczne chorego człowieka, okazanie empatii, zrozumienia, współczucia. Pacjent powinien mieć poczucie, że nie jest pozostawiony sam ze swoimi problemami. Bardzo ważne jest wsparcie ze strony najbliższych osób oraz ze strony zespołu terapeutycznego.

Justyna Randak

Literatura u autora

Etapy akcji ratunkowej ZASADY AKCJI RATUNKOWEJ- „ZŁOTA GODZINA”

Terminem „złota godzina” opisuje się czas od zaistnienia zdarzenia skutkującego zagrożeniem życia pacjenta do chwili przekazania go do oddziału ratunkowego.

Maksymalny czas w którym pacjent powinien dotrzeć na oddział ratunkowy i otrzymać specjalistyczną pomoc lekarską to 30-40 min. Obowiązuje zasada, że im ciężiej poszkodowany pacjent, tym bardziej należy skrócić czas dostarczenia go do szpitala.

Służby ratunkowe nie mają wpływu na czas jaki upływa od zdarzenia do zgłoszenia mogą więc jedynie maksymalnie wykorzystać czas między zgłoszeniem a dostarczeniem pacjenta do szpitala. Obejmuje to, oprócz działań świadków zdarzenia (którymi kieruje dyspozytor), dojazd na miejsce, zabezpieczenia terenu działania, włączenie akcji ratunkowej, transport poszkodowanego na oddział ratunkowy oraz wstępne procedury przeprowadzone przed wdrożeniem leczenia.

Przeprowadzenie akcji ratunkowej w tak krótkim czasie wymaga solidnego przygotowania, właściwego współdziałania służb ratunkowych oraz umiejętności sprawnego zabezpieczenia funkcji życiowych pacjenta.

ETAPY AKCJI RATUNKOWEJ

- utrzymywanie stanu gotowości
- uruchomienie systemu ratownictwa medycznego
- dojazd na miejsce zdarzenia
- działania ratunkowe na miejscu zdarzenia
- transport poszkodowanego do oddziału ratunkowego
- powrót do bazy i [przywrócenie stanu gotowości

UTRZYMANIE STANU GOTOWOŚCI

Pozostawienie w gotowości do szybkiej odpowiedzi na wezwanie, umożliwienie maksymalnego wykorzystania czasu



u obrębie „złotej godziny” i obejmuje:

- stałą kontrolę techniczną i utrzymanie sprawności ambulansu
- kontrola działania oraz dezynfekcja i stałe uzupełnienie sprzętu medycznego
- psychiczne i fizyczne przygotowanie ratowników

URUCHOMIENIE SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Jednostki ratownictwa medycznego mobilizowane są na miejsce zdarzenia przez dyspozytora Centrum Powiadamiania Ratunkowego, które jest zintegrowanym centrum dyspozytorskim wszystkich służb ratowniczych.

ZASADNICZE DZIAŁANIA CPR

- przyjmowanie wezwań o nagłym zagrożeniu zdrowia i życia
- kwalifikacja wezwań
- delegowanie na miejsce zdarzenia odpowiednich sił i środków w zależności od rodzaju akcji
- kierowanie akcją ratunkową
- przekazywanie zespołom niezbędnych informacji
- współdziałanie z jednostkami spoza rejonu
- prowadzenie stałego nasłuchu radiowego, monitorowanie pracy jednostek
- uruchomienie koordynacji wyższych szczebli

SPOSÓB ZGŁASZANIA ZAGROŻENIA

Wyraźnie i spokojnie należy podać:

- powód wezwania
 - adres, dokładną lokalizację
 - w odpowiedzi na pytania dyspozytora znane informacje dotyczące stanu pacjenta jego przeszłości chorobowej, okoliczności zdarzenia
 - również numer telefonu, nazwisko osoby zgłaszającej
- O zakończeniu przyjmowania wezwania informuje dyspozytor. Dokonuje oceny zdarzenia, ocenia obiektywnie stan pacjenta, kto w pierwszej kolejności potrzebuje pomocy.

ZASADY PRZYJMOWANIA WEZWAŃ

Obowiązki dyspozytora

- szybka orientacja co do przyczyny zgłoszenia
- ocena stopnia pilności wyjazdu
- zebranie dokładnego adresu i charakterystyka miejsca
- wezwanie zespołu
- poinformowanie rozmówcy o fakcie wyjazdu zespołu
- wywiad chorobowy
- poinformowanie rozmówcy o czasie dojazdu

DOJAZD NA MIEJSCE ZDARZENIA

- bezpieczny

DZIAŁANIA RATUNKOWE NA MIEJSCU ZDARZENIA

- zabezpieczenie się przed zakażeniem
- zabezpieczenie miejsca akcji
- wstępna ocena liczby poszkodowanych i ich stanu
- wezwanie dodatkowej pomocy
- rozpoznanie możliwych mechanizmów urazu

TRANSPORT POSZKODOWANEGO DO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

Czynności ratunkowe zapoczątkowane na miejscu zdarzenia powinny być kontynuowane w czasie transportu pacjenta na oddział ratunkowy. ■

Anita Kornicka-Micał



Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® jest międzynarodowym standardem dla terminologii pielęgniarstwa i integralną częścią globalnej infrastruktury informacyjnej opieki zdrowotnej, praktyki i polityki zdrowotnej, a której celem jest poprawa opieki zdrowotnej na całym świecie.

ICNP® powstała i jest rozwijana jako specjalny projekt Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) - największej organizacji międzynarodowej reprezentującej interesy tej grupy, zrzeszającej 135 krajów. Pomysł klasyfikacji pielęgniarstwa ponadnarodowej pojawił się w 1989 r., gdy pielęgniarki same zdecydowały, że potrzebują uporządkować terminologię specjalistyczną, pozwalającą precyzyjnie opisywać działania/interwencje pielęgniarstwa na podstawie zgromadzonego wywiadu.

Słownik pojęć zaczęto budować w 1991 roku, jego pierwsza robocza edycja powstała w 1993 r., w 1994 r. zainicjowano tworzenie struktury terminów. Kluczowymi zmiennymi dla terminów przyjęto pojęcia - nursing phenomenon (zjawisko pielęgniarstwa), nursing actions (działania pielęgniarstwa) oraz nursing diagnosis (diagnozy pielęgniarstwa), które stały się nazwami trzech części, z których składały się wersje ICNP® Alfa i Beta. W druku słownik ukazał się w 2005 r. jako wersja ICNP® Version 1.0 (ICNP® V1), wersja ta posiadała znacząco zmienioną i uproszczoną strukturę.

Wśród przyczyn wprowadzania klasyfikacji odnoszących się do praktyki pielęgniarstwa wymienia się najczęściej:

1. standaryzację słownictwa, jakim posługują się pielęgniarki;
2. wysoki poziom wzajemnego zrozumienia między grupami pracującymi nawet w skrajnie odmiennych warunkach i kulturze;
3. poszerzenie wiedzy pielęgniarek na temat relacji między diagnozą pielęgniarstwa, działaniem a jego wynikiem;
4. rozwój baz danych i systemów informacyjnych wspomagających działalność bieżącą i zarządzanie ochroną zdrowia;
5. wspieranie nauczania i rozwoju zawodowego;
6. określanie niezbędnych nakładów na opiekę pielęgniarstwa;
7. planowanie zasobów niezbędnych w codziennej praktyce;
8. nawiązanie do innych medycznych systemów klasyfikacji. (MK, 2012)

ICNP® - definicja

Ujednolicony system języka pielęgniarstwa, terminologia stosowana w praktyce pielęgniarstwa, ułatwiająca porównywanie pojęć stosowanych w konkretnych placówkach z istniejącymi systemami terminologicznymi.

- podstawowa wersja ICNP® w języku angielskim
- następnie tłumaczenia na języki narodowe.
- możliwe jest istnienie tylko jednej wersji narodowej/językowej dla każdego państwa i języka



- terminy i definicje wymienione w słowniku ICNP® są zgodne z międzynarodową normą ISO 1087-1:2000 Vocabulary (Terminologia: zasady i koordynacja)
- definiowanie: zasada przewagi zrozumiałości nad poprawnością lingwistyczną. (MK, 2012)

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej - ICNP® jest własnością i jest chroniona prawem autorskim przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) i jest:

- rozwijana na doświadczeniach innych klasyfikacji
- program o zasięgu międzynarodowym pod auspicjami International Council of Nurses (ICN)
- referencyjna (fundamentalna) dla standardu terminologicznego ISO – wytycznych dla rozwijania wszystkich terminologii pielęgniarskich
- reprezentatywna dla środowiska pielęgniarskiego w kontekście całej opieki zdrowotnej – mapowana do SNOMED CT, ICF, włączona w struktury Rodziny Klasyfikacji WHO. (MK, 2012)

ICNP (R) jest podstawowym elementem tworzenia I-NMDS (Międzynarodowego Minimalnego Zbioru Danych o Pielęgniarstwie), który będzie zawierał podstawowe, niezbędne, minimalne dane, jakie będą gromadzone podczas świadczenia opieki pielęgniarskiej. I-NMDS to ramy dla gromadzenia informacji do opisu i badania pielęgniarstwa, praktyki pielęgniarskiej, zasobów opieki zdrowotnej i wybranych problemów związanych z pielęgniarstwem. (MK)

W 2012 r. powstała Rada ds e-zdrowia w Pielęgniarstwie, której zadaniem będzie między innymi wypracowanie wzorów dokumentacji elektronicznej.

ICNP (R) jest podstawowym elementem tworzenia I-NMDS (Międzynarodowego Minimalnego Zbioru Danych o Pielęgniarstwie), który będzie zawierał podstawowe, niezbędne, minimalne dane, jakie będą gromadzone podczas świadczenia opieki pielęgniarskiej. I-NMDS to ramy dla gromadzenia informacji do opisu i badania pielęgniarstwa, praktyki pielęgniarskiej, zasobów opieki zdrowotnej i wybranych problemów związanych z pielęgniarstwem. (M. Kisilowska)

W Polsce projekt był prowadzony od 2000 r. przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, które było odpowiedzialne za tłumaczenie wersji 1.0, 1.1, 2.0 i 3.0 wraz Akredytowanym Centrum Badania i Rozwoju ICNP®, które przejęło to zadanie w 2010 r.

Klasyfikacja w PTP prowadzona była (od 2006 r.) przez Zespół ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP (R)) przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego - uchwała [POBIERZ]. Koordynator Projektu - Dorota Kilańska, kontakt: dorota.kilanska@umed.lodz.pl

Za rozwijanie i badania Klasyfikacji na świecie odpowiadają Akredytowane Centra Badania i Rozwoju ICNP® Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Położnych (ICN), które posiadają akredytację Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i są miejscem, punktem kontaktowym z ICN.

W Polsce za wdrażanie ICNP® odpowiada:
Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi
kontakt w razie pytań/konsultacje:
Uniwersytet Medyczny, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa
90 – 136 Łódź ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58
Telefon: 48 42 678 87 53

Dyrektor Centrum dr Dorota Kilańska, mgr piel.
email: dorota.kilanska@umed.lodz.pl

Szanowni Państwo,

Przyszłe mamy mogą już korzystać z praktycznego, stworzonego przez ekspertów Instytutu Matki i Dziecka „Poradnika żywienia kobiet w ciąży” - w ubiegłym tygodniu odbyła się konferencja prasowa, podczas której zaprezentowano Poradnik. Publikacja, którą można bezpłatnie pobrać ze strony internetowej www.1000dni.pl oraz strony IMiD, w przystępny i jasny sposób opisuje najważniejsze zasady właściwej diety przyszłych mam. Poradnik jest kolejnym narzędziem edukacyjnym, przygotowanym w ramach Programu „1000 pierwszych dni dla zdrowia”.

Poradnik można bezpośrednio ściągnąć ze strony: <http://www.1000dni.pl/media/informacje-prasowe/193-talerz-przyszlej-mamy#tab>

„Poradnika żywienia kobiet w ciąży” dostępny jest na stronach: www.imid.med.pl oraz www.1000dni.pl.

Serdecznie zachęcam do zainteresowania tematem i przekazania informacji o bezpłatnym poradniku, który jest nieocenionym wsparciem dla przyszłych mam. Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące Poradnika, jestem do Państwa dyspozycji.

Z pozdrowieniami,

Katarzyna Żuk

Biurowisko Prasowe Programu

„1000 pierwszych dni dla zdrowia”

tel. kom: 502 278 035

1000dni@alertmedia.pl

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedną odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Przedłużający się stres w rodzinie z powodu pielęgnowania chorego członka rodziny NIE skutkuje:

- wyczerpaniem fizycznym, przemęczeniem,
- wzrostem aktywności, zwiększeniem kontaktów towarzyskich,
- wyczerpaniem emocjonalnym – ciągłym zdenerwowaniem, agresją,
- izolacją społeczną.

Zadanie 2.

Inicjatorką opieki hospicyjnej w skali świata jest:

- Elizabeth Hill,



- B. Florencja Nightingale,
- C. Zofia Szlenkierówna,
- D. Cecile Saunders.

Zadanie 3.

Do usług opiekuńczych NIE zalicza się usług :

- A. pielęgnacyjnych,
- B. specjalistycznych,
- C. gospodarczych,
- D. transportowych.

Zadanie 4.

Wpływ na „starzenie się” społeczeństwa mają :

- A. spadek umieralności,
- B. spadek przyrostu naturalnego,
- C. postęp naukowo-techniczny,
- D. wszystkie wymienione powyżej.

Zadanie 5.

Dobowe zapotrzebowanie na białko u osoby w wieku podeszłym, wynosi :

- A. 0,5 - 1,0 g / kg masy ciała,
- B. 0,8 - 1,1 g / kg masy ciała,
- C. 1,2 - 1,5 g / kg masy ciała,
- D. 1,7 - 2,3 g / kg masy ciała.

Zadanie 6.

Idealny opatrunek do leczenia ran przewlekłych spełnia następujący warunek :

- A. utrzymuje odpowiednią wilgotność rany,
- B. wielkość – opatrunek nie obejmuje powierzchni całej rany, zapewniając w ten sposób wentylację,
- C. struktura opatrunku – wiąże się trwale z raną,
- D. jest nieprzepuszczalny dla gazów i pary wodnej.

Zadanie 7.

Skala Norton służy do oceny :

- A. ruchomości w stawach,
- B. ryzyka powstania odleżyn,
- C. napięcia siły mięśniowej,
- D. adaptacji do warunków szpitalnych.

Zadanie 8.

Przyczyną hiperglikemii prowadzącej do śpiączki kwaszyczej jest:

- A. zbyt duża dawka insuliny,
- B. zbyt mała dawka insuliny,
- C. zbyt mała ilość pożywienia,
- D. nieoczekiwany wysiłek fizyczny.

Zadanie 9.

Dieta pacjentki z otyłością powinna być :

- A. ubogobiałkowa, ubogowęglowodanowa,
- B. bogatoenergetyczna, ubogoresztkowa,
- C. bogatowęglowodanowa, bogatobiałkowa,
- D. ubogenergetyczna, bogatoresztkowa.

Zadanie 10.

Jakie powikłania występują najczęściej po leczeniu cytostatykami :

- A. odleżyny I-ego stopnia,
- B. brak łaknienia, nudności, grzybica przewodu pokarmowego,
- C. trudności adaptacyjne z powodu długiego pobytu w szpitalu,
- D. odczyn popromienny po leczeniu uzupełniającym. ■

Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
15. Leczenie ran - odleżyny Nr 11/07

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu - zapis kardiografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa

- 5 Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylny i obrzęku limfatycznym

Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób.

UWAGA!

Zgodnie z § 2 pkt.4 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPIP w Częstochowie w przypadku ukończenia kursu podnoszącego kwalifikacje zorganizowanego przez inną jednostkę, a znajdującego się w ofercie ośrodka szkoleniowego OIPIP w Częstochowie, dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje. ■

Informacja na temat stopnia przygotowania do wdrożenia systemu informacji medycznej i rejestrów medycznych - stan obecny, zamierzenia, uwarunkowania prawne.

Głównym celem Projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (PI), jest budowa elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia umożliwiającej organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, w zakresie zgodnym z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. W Systemie PI będzie znajdowała się informacja o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski niezależnie od płatnika, a także obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski.

Realizacja Projektu P1 przyniesie poprawę jakości obsługi pacjentów wynikającą z podniesienia jakości i dostępności informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego danych medycznych oraz usprawnienia obsługi pacjenta poprzez umożliwienie realizacji elektronicznych usług związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Cele Projektu są zgodne z celami wyznaczonymi dla Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka na lata 2007-2013 - Priorytet VII Społeczeństwo Informacyjne - Budowa elektronicznej administracji "Dotacje na Innowacje" - "Inwestujemy w Waszą przyszłość". Realizacja Projektu stworzy fundament do poprawy jakości i ciągłości usług świadczonych obywatelom, bezpieczeństwa danych obywateli, zwiększenia liczby eTMusług oraz wpłynie na rozwój przedsiębiorczości i wzrost innowacyjności. Uruchomienie kolejnych usług publicznych za pośrednictwem Platformy PI stanowi kontynuację długofalowej wizji rozszerzania dostępu do usług publicznych świadczonych drogą elektroniczną.

Projekt realizowany jest na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, a zasięg terytorialny efektów prac powstałych w wyniku realizacji Projektu będzie miał charakter ogólnopolski.

Zaplanowane do wdrożenia w ramach Projektu PI rozwiązania zakładają:

- tworzenie, gromadzenie, analizowanie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów - dzięki temu dane medyczne będą dostępne dla pacjenta i upoważnionych pracowników medycznych w miejscu i czasie,

w którym są potrzebne, aby zapewnić pacjentowi możliwie najwyższy poziom opieki zdrowotnej.

- elektroniczną obsługę recept, skierowań oraz wsparcia rezerwacji na porady lekarskie - pozwoli to na usprawnienie istotnych z perspektywy pacjenta procesów administracyjnych związanych z ochroną zdrowia.
- udostępnienie podmiotom nadzorującym i kontrolującym sektor ochrony zdrowia w Polsce wiarygodnych i aktualnych informacji statystycznych pozwalających monitorować i planować działania w tej dziedzinie.
- wymianę niezbędnych danych medycznych pomiędzy różnymi systemami poszczególnych krajów Unii Europejskiej, zgodnie z założeniami polityki UE o zapewnieniu interoperacyjności systemów w zakresie ochrony zdrowia.

Cele projektu P1

W ramach Projektu zostaną uruchomione systemy informacyjne, które będą stanowić elektroniczną platformę danych medycznych. Ich realizacja będzie odzwierciedlała główny cel Projektu tj. budowę elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia umożliwiającej różnym interesariuszom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych.

Cele szczegółowe

Realizacja głównego celu Projektu przekłada się bezpośrednio na osiągnięcie sześciu, niżej wymienionych celów szczegółowych. Ponieważ najważniejszym celem budowy elektronicznej platformy z punktu widzenia priorytetu Projektu P1 jest szeroko rozumiana poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, szczególnie istotna z punktu widzenia najliczniejszej grupy użytkowników końcowych - pacjentów, hierarchia celów szczegółowych jest usystematyzowana pod kątem osiągania tego celu w pierwszej kolejności.

Poprawa jakości obsługi pacjentów

Postrzegana przede wszystkim jako wzmocnienie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez podniesienie jakości i dostępności informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego danych medycznych. Dodatkowo nastąpi również usprawnienie obsługi pacjenta poprzez umożliwienie realizacji elektronicznych usług związanych ze świadczeniem usług medycznych i ich rozliczaniem (np. elektroniczna recepta, elektroniczne skierowanie czy elektroniczne zwolnienie lekarskie) oraz telemedycyną.

1. Planowanie opieki zdrowotnej

Projekt P1 umożliwi administracji publicznej przeprowadzenie kompleksowych analiz statystycznych w sektorze ochrony zdrowia w oparciu o szeroki zakres wiarygodnych danych. Przyczyni się to do sprawnego planowania i rozwoju obszaru e-Zdrowia w Polsce. Realizacja Projektu będzie stanowić również wsparcie dla sprawowania przez administrację publiczną efektywnego monitorowania świadczeń oferowanych i realizowanych przez usługodawców.

2. Elektroniczne rozliczenia

Realizacja Projektu pozwoli na szybsze oraz łatwiejsze dokonywanie rozliczeń pomiędzy usługodawcami (w tym aptekami), a wybranym płatnikiem.

3. Zarządzanie kryzysowe

W wyniku realizacji Projektu podmioty publiczne (w tym przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Główny Inspektorat Sanitarny, NFZ oraz pozostali płatnicy)

- uzyskają możliwość pozyskiwania informacji umożliwiających bieżące monitorowanie i reagowanie na zagrożenia.
4. Zapewnienie interoperacyjności z europejskimi platformami elektronicznymi w zakresie obszaru ochrony zdrowia. Cel ten będzie realizowany zgodnie z założeniami polityki Unii Europejskiej o zapewnieniu interoperacyjności systemów w zakresie ochrony zdrowia. Elektroniczne systemy opieki zdrowotnej mają współpracować ze sobą w taki sposób, aby obywatelom UE zapewnić swobodę w przemieszczaniu się, przy jednoczesnym zachowaniu bezpiecznego dostępu do ich danych medycznych na terenie całej Wspólnoty. Realizacja tego celu będzie elementem wspierającym podjęte przez Komisję Europejską inicjatywy e-Zdrowia ułatwiające pomoc medyczną dla osób podróżujących do innych krajów i mieszkających za granicą.
 5. Zapewnienie wiarygodności danych o zdarzeniach medycznych. Realizacja Projektu ma na celu utworzenie rozwiązań informatycznych, które umożliwią gromadzenie i przetwarzanie wiarygodnych danych o zdarzeniach medycznych. Dane te będą mogły być dalej wykorzystywane do celów profilaktyki i leczenia pacjenta, jak również do celów planowania opieki zdrowotnej i zarządzania kryzysowego.

Główni odbiorcy projektu P1

Dla Projektu zostało określonych sześć grup odbiorców ostatecznych zwanych również interesariuszami. Do bezpośrednio zainteresowanych wynikami wdrożenia projektu PI możemy zaliczyć następujące grupy:

- Usługobiorcy - 38 597 tys. osób
- Pracownicy medyczni - 511 610 osób
- Usługodawcy - 126 156 podmiotów
- Apteki - 12 458 podmiotów
- Administracja publiczna - 2,9 tys. podmiotów
- Płatnicy - Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty realizujące świadczenia resortowe (m.in. MON, MSW, ABW).

Finansowanie projektu

Projekt „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007 -2013, Priorytet VII Społeczeństwo Informacyjne - Budowa elektronicznej administracji "Dotacje na Innowacje" - "Inwestujemy w Waszą przyszłość". Całkowity koszt realizacji Projektu wynosi 712 640 000,00 PLN. Dofinansowanie na realizację Projektu to 575 314 000,00 PLN, co stanowi 85% kwoty całkowitych wydatków kwalifikowanych. Pozostałe środki w wysokości 101 526 000,00 PLN (stanowiące 15% wartości) pochodzą z budżetu państwa, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Terminy możliwości uruchomienia produktów Projektu PI przedstawiają się następująco:

- maj 2014 r. - uruchomienie produkcyjne w zakresie Wydania I i II, tj. zapewnienie funkcjonalności obsługi m.in. e-Recept, e-Skierowań, e-Zleceń i udostępnienie Internetowego Konta Pacjenta,
- wrzesień 2014 r. - uruchomienie produkcyjne w zakresie Wydania III, tj. zapewnienie funkcjonalności m.in. z zakresu sprawozdawczości i monitorowania.

Umowy na wszystkie części Projektu P1 zostały podpisane, a w lipcu 2013 r. zawarto umowy na 2 ostatnie części tj.: Dostawa Infrastruktury Techniczno-Systemowej, Szyna Usług i Systemu Administracji - Integrator. Szczegółowe informacje dla poszczególnych grup odbiorców systemu będą systematycznie

publikowane na stronach Ministerstwa Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Z początkiem roku 2013 została uruchomiona „Platforma udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych” (P2). Wdrożenie przedmiotowego projektu umożliwia elektroniczną komunikację w obszarze sektora ochrony zdrowia pomiędzy przedsiębiorcami i podmiotami publicznymi oraz umożliwia elektroniczną rejestrację i aktualizację danych rejestrowych. Realizacja Projektu daje przedsiębiorcom możliwości składania drogą elektroniczną wniosków do rejestru, elektronicznego przechowywania dokumentów oraz popularyzuje wykorzystanie podpisu elektronicznego. Pomaga również w pobieraniu danych rejestrowych przez administrację publiczną. Funkcjonalność Platformy P2 umożliwia także bieżące śledzenie stanu realizacji wniosków, automatyczne uzyskiwanie potwierdzania odbioru dokumentu i wiarygodne znakowanie dokumentów elektronicznych (np. znakowanie czasem, podpisywanie elektroniczne).

Obecnie z Platformą P2 zintegrowane są rejestry Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego oraz Wojewódzkich Inspektoratów Farmaceutycznych, a także Rejestr Systemów Kodoowania. W lipcu 2013 r. na Platformie P2 uruchomiono Rejestr Medycznie Wspomaganej Prokreacji, o którym mowa w Programie Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016. W roku 2014 planowana jest integracja kolejnych rejestrów medycznych na Platformie P2, tj. System Informatyczny Rezydentur (SIR), Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą (RPWDL), Rejestr Produktów Lecniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium RP oraz Centralny Wykaz Farmaceutów. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na niezależnej od Platformy P2 infrastrukturze systemowo-technicznej, w imieniu Ministra Zdrowia, prowadzi również Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK), Centralny Rejestr Chorych z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym (CRCMPD), System Monitorowania Wypadków Konsumentów (SMWK), System Komunikacji w Ochronie Zdrowia (ZOZMAIL).

W grudniu 2013 r. na ITS CSIOZ przeniesiony zostanie Krajowy Rejestr Dawców Krwi, prowadzony obecnie na infrastrukturze Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Dopełnieniem katalogu usług dostarczonych w ramach projektu PI i P2 będą nowe e-usługi, planowane do realizacji w kolejnych projektach w ramach nowej perspektywy finansowej na lata 2014-2020, tj.:

1. e-dokumentacja medyczna usługodawców (150 mln zł)
2. Rozwój funkcjonalności elektronicznych platform obsługujących System Informacji Medycznej (100 mln zł)
3. Budowa dwóch ośrodków przetwarzania i przechowywania danych medycznych, kolokacji systemów informatycznych obszaru zdrowia oraz udostępniania usług eZdrowia dla usługobiorców i usługodawców (150 mln zł)
4. Elektroniczna platforma konsultacyjnych usług telemedycznych Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz sieci szpitali wysokospecjalistycznych (ok. 56 mln) - zmiana nazwa projektu
5. Dostosowanie ponadregionalnych podmiotów leczniczych do współpracy z Systemem Informacji Medycznej (120 mln zł)
6. Szkolenia z zakresu wykorzystania ICT w ochronie zdrowia oraz szkolenia e-learning w zakresie edukacji zdrowotnej (18 mln)
7. e-krew - informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem (100 mln zł)

Informatyzacja ochrony zdrowia jest złożonym procesem, który wymaga bardzo intensywnych prac zarówno w zakresie budowy rozwiązań teleinformatycznych jak i uregulowań prawnych.

Rejestry podmiotowe

To rejestry, które obejmują podmioty prowadzące określoną działalność związaną z ochroną zdrowia, podmioty uczestniczące w ochronie zdrowia (np. należące do określonej grupy zawodowej zarówno osoby fizyczne, jak i prawne) oraz jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, a także wybrane zdarzenia związane z ochroną zdrowia. Wśród rejestrów obecnie działających w Polsce wymienić można m. in.:

- Centralny Rejestr Lekarzy prowadzony przez Naczelną Izbę Lekarską,
- Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych prowadzony przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych,
- Rejestr Diagnostów Laboratoryjnych prowadzony przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych,
- Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą za który odpowiadają Urzędy Wojewódzkie, Ministerstwo Zdrowia, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych i Naczelna Izba Lekarska,
- Rejestr Aptek Ogólnodostępnych, Aptek Szpitalnych i Punktów Aptecznych za który odpowiadają Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne
- Rejestr Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium Rzeczypospolitej Polskiej prowadzony przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i produktów Biobójczych.

Utrzymanie poszczególnych rejestrów przez poszczególnych gestorów powodowało i powoduje ich finansowe obciążenie. Istotne koszty wiążą się m.in. z zapewnieniem odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa przetwarzanych w rejestrach danych osobowych.

Dzięki Platformie P2 powstało uniwersalne narzędzie informacyjne, służące do utrzymywania rejestrów oraz świadczenia usług elektronicznych dla świata zewnętrznego, zapewniające optymalny poziom bezpieczeństwa.

Dodatkowo, podczas integracji z Platformą P2, rejestry są przebudowywane do postaci zgodnej z architekturą referencyjną rejestru medycznego. Powoduje to, że komunikują się z Platformą P2 za pomocą webserwisów lub są osadzone w całości na Platformie P2. Platforma P2 gwarantuje wszystkim użytkownikom wysoki poziom bezpieczeństwa oraz wsparcie techniczne. Dzięki zgromadzeniu rejestrów na jednej platformie możliwe jest też pobieranie wypisów i zaświadczeń drogą elektroniczną.

Wprowadzenie wszystkich funkcjonalności Platformy Wymiany Dokumentów nie tylko umożliwia jednostkom administracji publicznej i przedsiębiorcom pobieranie danych rejestrowych, ale też dwustronną wymianę dokumentów elektronicznych pomiędzy przedsiębiorcami i organami rejestrowymi.. Można też na bieżąco śledzić stan realizacji wniosków, uzyskiwać automatyczne potwierdzanie odbioru dokumentu i wiarygodne znakowanie dokumentów elektronicznych (np. znakowanie czasem, podpisywanie elektroniczne).

Platforma P2 została tak zbudowana aby możliwe było jego powiązanie z Projektem PI. Dostarcza bowiem część Systemu Administracji związanej z uwierzytelnianiem użytkowników wspólną dla obu projektów.

W tym momencie na platformie znajdują się rejestry prowadzone przez Wojewódzkich Inspektorów Farmaceutycznych i Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz Rejestr Systemów Kodowania.

Pozostałe kluczowe rejestry podmiotowe zostaną zintegrowane z Platformą P2 w latach 2013-2014. Informacja o kolejnych dodawanych usługach publicznych publikowana będzie na bieżąco. ■

Propozycje zmian do zarządzenia Prezesa NFZ od 1 stycznia 2014 r.

- w zakresie świadczeń pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej:

Zgodnie z przyjętym założeniem zarządzenie wskazuje na dodatkowe świadczenia nad chorymi z ranami wymagającymi długotrwałego zaopatrywania, stanowiąc, iż w celu realizacji wizyt związanych z wykonywaniem u pacjentów opatrunków pielęgniarstwo zapewnia jałowy sprzęt jednorazowy, materiały opatrunkowe (gaziki, bandaże, plastry), środki dezynfekcyjne, pojemnik na odpady medyczne (w tym opatrunek zdjęty z rany) oraz środki ochrony osobistej (dodatkowo finansowane wizyta 25,00 zł)

Świadczenia z kolei udzielane w profilaktyce wieku rozwojowego u dzieci do ukończenia szóstego roku życia obejmują w szczególności wizyty patronażowe w trzecim i czwartym miesiącu życia i adekwatnie do potrzeb w dziewiątym miesiącu życia oraz testy przesiewowe adekwatne do wieku rozwojowego dziecka. (dodatkowo finansowane wizyta 28,00zł)

Projekt zakłada także, iż świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej swoim zakresem obejmują świadczenia w profilaktyce otyłości dla osób między 20 a 40 rokiem życia. Świadczenie to, wykonywane nie częściej niż 1 raz w roku kalendarzowym u osób z nadwagą lub otyłością (wartość BMI 25), obejmuje przy wizycie pierwszorazowej - przeprowadzenie wywiadu w kierunku badania otyłości, z uwzględnieniem następujących elementów, indywidualną historię otyłości pacjenta, historię otyłości w rodzinie, wywiad na temat żywienia, wywiad na temat aktywności fizycznej pacjenta oraz wywiad w kierunku choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia, cukrzycy typu II, poziomu cholesterolu, palenia papierosów a także wykonanie pomiarów koniecznych do określenia BMI, oraz wyliczenie wartości wskaźnika, u osób z BMI powyżej 25 - wykonanie pomiarów obwodu talii i bioder do określenia współczynnika WHR w celu ustalenia typu otyłości, wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz ocena wyniku pomiaru, omówienie wyników przeprowadzonych badań z pacjentem, edukację z zakresu profilaktyki otyłości wraz z informacją o potencjalnych konsekwencjach otyłości, adekwatnie do nieprawidłowości stwierdzonych u pacjenta – poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz udzielenie porad, co do ewentualnego dalszego postępowania, w tym w zakresie utrzymania aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania się i wpływu odżywiania na stan zdrowia, oraz w zakresie utrzymania właściwego ciężaru i masy ciała oraz ustalenie terminu następnej wizyty w celu monitorowania otyłości i jej wpływu na stan zdrowia pacjenta. (dodatkowo finansowane porada 12,00zł)

- w zakresie świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej

projektowane zarządzenie zakłada możliwość udziału położnej podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy poprzez wykonywanie pobrania wymazu cytologicznego do badania przesiewowego. Świadczenie to, pod warunkiem wcześniejszego wejścia w życie stosownych przepisów rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie programów zdrowotnych, wykonywane będzie u kobiet w wieku między 25. a 59. rokiem życia, które w ciągu ostatnich

3 lat nie były poddawane badaniu w programie i obejmować będzie rejestrację pacjentki w programie profilaktyki raka szyjki macicy (SIMP), pobranie cytologii i przygotowanie rozmazów do badania, wysłanie rozmazów do pracowni, która ma podpisaną umowę w programie, wydanie pacjentce wyniku badania oraz edukację w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy a także poinformowanie pacjentki o dalszym postępowaniu, w przypadku nieprawidłowego wyniku badania, o konieczności zgłoszenia się do lekarza ginekologa. Wykonanie świadczenia dokumentowane winno być w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki oraz poprzez włączenie wydruku wyniku badania do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki prowadzonej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej. (świadczenie dodatkowo finansowane porada 16,00zł)

- w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania:
- podwyższenie stawki kapitałowej na jednego ucznia do 48,00zł

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Życzenia

*Najlepsze życzenia to marzeń spełnienia.
Bo coś piękniejszego, niż własne marzenia?
Wiek emerytalny po to jest nam dany,
by realizować niespełnione plany...*

Pani

Bożenie Miara



*w związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
podziękowania za długoletnią pracę,
zaangażowanie na rzecz środowiska
pielęgniarskiego, wspieranie chorych
życzenia radości i dobrego zdrowia
na dalsze lata*

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

*„Człowiek jest wielki
nie przez to, co ma
nie przez to, kim jest,
lecz przez to, czym dzielił się z innymi”.*
Jan Paweł II

Pani

Mariannie Bodzak



*W związku z przejściem na świadczenie
przedemerytalne składamy serdeczne podziękowania
za długoletnią pracę, dziękujemy za profesjonalizm,
ciepło i uśmiech. Życzymy zdrowia oraz pomyślności
w nowym okresie życia.*

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



GRATULACJE!

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie składam serdeczne gratulacje
wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów zarówno
w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym z okazji
wyboru na stanowiska pielęgniarek oddziałowych
w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym
w Częstochowie

Paniom:

1. Elżbiecie Zatoń – Oddział Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
2. Katarzynie Mikołajczyk - Oddział Urologii
3. Grażynie Dzieża - Oddział Pediatrii:
4. Małgorzacie Kowalik - Szpitalny Oddział
Ratunkowy
5. Krystynie Warmus - Oddział Neurologii

Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



*„Cierpienie przyszło nagle, pokrzyżowało plany,
połamało marzeniom skrzydła, napęliło ból.”*

Koleżance Halinie Trejta

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

SYNA

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im.NMP w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

*„Ktoś tutaj był i był,
a potem nagle zniknął i uporczywie go nie ma.....”*

Koleżance Ilonie Górniaszek

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

SYNA

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im.NMP w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

DRUKI MEDYCZNE
ARTYKUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS



„Bliscy naszemu sercu, zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Taty
Koleżanki Anety Furmianiak

składają Położne i Pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im.NMP w Częstochowie



Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Taty
Anety Furmianiak

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



„Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia.”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy
Koleżanki Urszuli Szacho-Głuchowicz

Składają Pielęgniarki i Położne
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie.



Wyrazy współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy
Urszuli Szacho-Głuchowicz

Rodzinie zmarłej składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



„Bliscy naszemu sercu, zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”

Wyrazy współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Taty
Koleżanki Iwony Caban

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

„Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia.”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Taty
Koleżanki Iwony Caban

Składają
Pielęgniarki i Położne
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie.



*„Ci którzy nas opuścili, nie odeszli
i są nadal z nami, są wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

Koleżance Marii Szymanek i jej rodzinie

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięć się im płaci”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy
Koleżance Marii Szymanek

składają
Pielęgniarki i Położne Przychodni Lekarskiej „Księżycowa”



„Bliscy naszemu sercu, zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”

Wyrazy współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy
Pani Katarzyny Kowalik

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy
Koleżance Katarzynie Kowalik

Składają
Pielęgniarki i Ratownicy Medyczni
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie.

W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie edukacyjne dla pielęgniarek i położnych nt.: 1. Cukrzyca ciążowa, 2. Synbiotyki XXI wieku, 3. Przyjaciele w bezpiecznej, skutecznej i wygodnej pielęgnacji dziecka od pierwszych lat życia, 4. Ochrona karmienia piersią – nowe rozwiązania LOVI wspomagające laktację. Szkolenie przeprowadziła Firma Family Service "PELARGOS" w dniu 25 października 2013 roku.



W siedzibie OIPIP odbyły się warsztaty dla pielęgniarek i położnych nt.: „Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP”. Warsztaty przeprowadziła dr Dorota Kilańska Dyrektor Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w dniu 29 października 2013 roku.



Posiedzenie Zespołu ds. opieki długoterminowej i hospicyjnej działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 10 października 2013 roku.



Z życia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



Biblioteka OIPIp Anna Kęsik



Dział Księgowości Grażyna Klim



Informatyk Przemysław Baliński



**Ośrodek Szkoleniowy
Grażyna Syguda, Monika Wielgos**