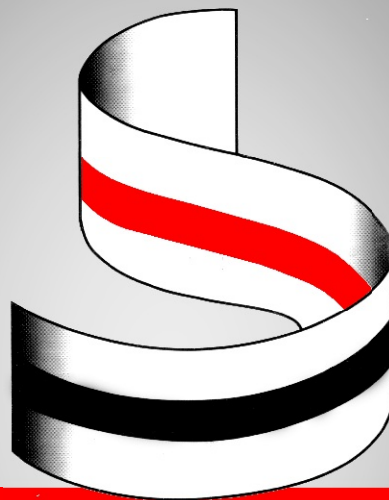


MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



UROCZYSTA INAUGURACJA ROKU AKADEMICKIEGO 2008/2009

w auli Wyższej Szkoły Zarządzania im. prof. zw. dr hab. Jerzego Dietla w Częstochowie

LISTOPAD 2008r

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38



W NUMERZE:

Podsumowanie roku	1
Prezentacja Ośrodka Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach	2
Sprawozdanie	4
Uchwały i Stanowiska ORPiP	5
Pismo w sprawie zapisu w ustawie o ZOZ-ach	6
Inauguracja roku	7
Działy w OIPiP	8
Notatka z posiedzenia Komisji Zdrowia i spotkania z Sekretarzem Stanu	9
Konferencja	12
Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską	13
Warsztaty edukacyjne	14
Prace dyplomowe	
<i>Diagnoza pielęgniarska w środowisku nauczania i wychowania</i>	15
<i>Wady cewy nerwowej. Rola kwasu foliowego w organizmie człowieka</i>	16
<i>Organizacja pomocy społecznej</i>	17
Szkolenie - Nowa Era	20
Szkoleń Medycznych	25
Ogłoszenia	25
Kalendarium	26

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie
Ul. Kopernika 38
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
www.oipip.czest.pl

BANK PKO SA II O. w Częstochowie
ul. Kopernika 17/19, 42-200 Częstochowa
nr: 02124022521111000031585147

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
Nakład 1000 szt.



SZANOWNI PAŃSTWO, DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY



25-go października 2008r. minął rok od wyborów do władz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na Kadencję. Chciałabym podsumować ten rok naszej działalności. Rozpoczęliśmy kadencję od fali strajków, protestów i niepokojów zmierzających do poprawy statusu finansowego pielęgniarek i położnych. Pracę nad reformą w ochronie zdrowia rozpoczęły obrady „Białego Szczytu”. Dokonano próby „odmedycynienia” Domów Pomocy Społecznej.

Samorząd robił wszystko aby efekt końcowy protestów, reformy w ochronie zdrowia, bezpieczeństwa zatrudnienia pielęgniarek w DPS-ach miały pozytywny finał. Niestety, nie zawsze i na wszystko mamy wpływ. Są jednak sprawy, które przede wszystkim zależą od nas samych tj. między innymi: wzmacnianie prestiżu zawodowego, integrowanie środowiska, stwarzanie warunków do doskonalenia zawodowego. Możemy zrobić / bardzo wiele dobrego, jednak zależy to od naszej świadomości, odpowiedzialności i integracji. Tym samym zapraszamy wszystkich członków Samorządu do włączenia się w pracę Izby. Każdy dobry pomysł, propozycja i aktywne zaangażowanie na pewno zapoczątkuje w przyszłości. Czego dokonaliśmy przez ten rok?

- przeprowadziliśmy 16 szkoleń dla pielęgniarek i położnych, wzięło w nich udział 420 osób,
- wsparliśmy finansowo 116 pielęgniarek i położnych podwyższających swoje kwalifikacje na łączną kwotę 67 tysięcy zł,
- udzielił pomocy finansowej 15 osobom znajdującym się w trudnej sytuacji losowej na łączną kwotę 12 tys. 400zł,
- przyznaliśmy nagrodę finansową dla „Pielęgniarki Roku 2007”,
- przeszkoliliśmy 30 osób powracających do zawodu po przerwie dłuższej niż 5 lat,,
- zorganizowaliśmy w teatrze im.A.Mickiewicza obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej,
- zakupiliśmy meble i książki a tym samym uruchomiliśmy w siedzibie OIPIP bibliotekę,
- zakupiliśmy dwa zestawy komputerowe i kolorową drukarkę,
- zmieniliśmy szatę graficzną naszego biuletynu,
- mamy nową stronę internetową, którą wciąż jeszcze modyfikujemy,
- zaprenumerowaliśmy dwa nowe czasopisma: Pielęgniarstwo XXI wieku, Położna-nauka i praktyka,
- założyliśmy lokatę bankową,
- wynajęliśmy dodatkowe pomieszczenie dla potrzeb uruchomienia środka szkoleniowego,
- wyremontowaliśmy dwa pomieszczenia poprzez pomalowanie ścian,
- zdobyliśmy sponsora na materiały biurowe,
- wystąpiliśmy do likwidatora Ś.C.Z.P o nieodpłatne przekazanie materiałów szkoleniowych, sprzętu i mebli dla ośrodka szkoleniowego,
- napisaliśmy program kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa”, który został pozytywnie zaopiniowany przez CKPPiP w Warszawie,

- wystosowaliśmy stanowisko do CKPPiP z prośbą o umieszczenie w Internecie banku pytań egzaminacyjnych ze specjalizacji,
- w celu spotkania się z pielęgniarkami i położnymi odwiedziłam: szpital w Blachowni, Miejski Szpital Zespolony, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ZOZ Kłobuck, DPS Lelów, Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach,
- spotkałam się również z: Wiceprezydentem Miasta Częstochowy Panem J. Betnarskim, Wicestarostą powiatu częstochowskiego Panem J.Krakowianem, Dyrektorem Powiatowego Urzędu Pracy Panem A. Perlińskim, Dyrektorem Państwowej Inspekcji Pracy w Katowicach Panią T.Różańską, Dyrektorami ZOZ-ów, przedstawicielami Związków Zawodowych MSZZ, pracownikami DPS-ów,
- brałam udział w pracach Komisji opiniującej kandydatury do nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy (8 pielęgniarek otrzymało nagrody 1, II i III stopnia),
- uczestniczyłam w posiedzeniach Naczelnej Rady PiP oraz Komisji Kształcenia przy NRPIP,
- brałyśmy udział w:
 - a. pracach komisji konkursowych na stanowiska pielęgniarek przełożonych, oddziałowych i ordynatorów,
 - b. posiedzeniach komisji kwalifikacyjnej do udziału w kursach kwalifikacyjnych i specjalizacjach,
 - c. egzaminach wewnętrznych na specjalizacjach
 - d. sympozjach, szkoleniach, konferencjach
- zaopiniowaliśmy wiele aktów prawnych,
- radca prawny udzielił wiele porad członkom samorządu,
- wystosowaliśmy wiele pism w tym do: senatorów, posłów, prezydentów i starostów, dyrektorów placówek, w obronie stanowisk pracy, statusu finansowego pielęgniarek i położnych, aktów prawnych gwarantujących bezpieczeństwo wszystkim pielęgniarkom i położnym a także ich podopiecznym,
- przeszliśmy łącznie 4 kontrole: urzędu skarbowego, komisji rewizyjnej, Naczelnego Rzecznika odpowiedzialności Zawodowej- wyniki kontroli były pozytywne.

Przed nami święta Bożego Narodzenia i Nowy Rok.

Korzystając z okazji pragnę złożyć wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym oraz ich bliskim najlepsze życzenia, dużo zdrowia, szczęścia, wytrwałości i satysfakcji z pracy zawodowej oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym. Życzę Wam wszystkim aby radość z Narodzin Jezusa przysłoniła wszystkie troski i kłopoty, aby stół wigilijny był pełen jadła a dom pełen radości. Aby cały przyszły rok obfitował w przyjaźnię, wyrozumiałość, miłość i serdeczność.

Licząc na Państwa przychylność, zaangażowanie i pomoc w pracy Samorządu pozostaję z wyrazami szacunku.

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
HALINA SYNAKIEWICZ

Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach

W dniu 13.10.2008r. w Ośrodku Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach odbyło się spotkanie pielęgniarek, zatrudnionych w ośrodku z Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Panią Haliną Synakiewicz.

Spotkanie odbyło się z inicjatywy Pani Przewodniczącej, zatroskanej o warunki pracy pielęgniarek w placówkach funkcjonujących z dala od wielkiego miasta.

16 osobowa grupa pielęgniarek spośród 23 tam pracujących dzieliła się swoimi trudnościami w pracy, a więc: mało satysfakcjonującym wynagrodzeniem, rozbieżnością w wynagradzaniu na korzyść innych sekcji wynikającymi z traktowania należności za pracę w godzinach nocnych oraz w niedziele i święta jako składnika pensji a nie rekompensaty za ponoszony trud, problemami z dojazdem do placówki zamiejscowej w Częstochowie, wynagradzaniem osób podnoszących swoje zawodowe kwalifikacje.

Pani Halina Synakiewicz po wysłuchaniu dokuczliwych kwestii, przyjęła na siebie rolę mediatora i zobowiązała się do rozmowy z dyrektorem w celu wypracowania kompromisu, który byłby panaceum na problemy trapiące pielęgniarki.



Dla wyciszenia emocji Pani Przewodnicząca zapoznała się z infrastrukturą i topografią ośrodka w którym każdego dnia około 120 osób próbuje prostować zawiłe drogi życia.

I choć sceptycy twierdzą, że z kiszzonego ogórka świeżego się nie robi, leczenie choroby alkoholowej, na każdym jej etapie zawsze ma sens i pozostaje alternatywą dla stanu, w którym alkohol zabija nawet instynkt życia, a skutki jego nadużywania degradują człowieka w sferze bio-psycho-społecznej.

Co nieco o nas

Parzymiechy to miejscowość położona na granicy województwa łódzkiego i śląskiego jak i opolskiego. Leży ok. 45 km od Częstochowy, należy do Gminy Lipie. Parzymiechy są otoczone takimi miejscowościami jak: Zimnowoda, Kleśniska, Grabarze, Napoleon.

Wieś posiada różne zabytki, a mianowicie: pomnik "Niobe" - który został odrestaurowany, Kościół Parafialny, w którym np. zamontowano ogrzewanie, łazienki po Hrabach Potockich z XIX w., mieszczą się w parku, grób żołnierzy poległych tutaj podczas II wojny światowej.

We wsi stał niegdyś piękny pałac, hrabiów Potockich, który po wojnie został rozebrany a na jego miejscu powstał przed 40 laty ówczesny zakład odwykowy, przekształcony później



w Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu.

Parzymiechy mają bibliotekę publiczną, ośrodek zdrowia, bank spółdzielczy, remizę strażacką, boisko sportowe, pocztę oraz sieć sklepów.

Ośrodek położony jest w parku w stylu angielskim, jego powierzchnia to 11,6 ha, rośnie w nim 19 gatunków drzew w tym wiele pomników przyrody np. Tulipanowiec Amerykański, dęby, wiąz i jesiony.

Miejsce to jest dosyć rozległe, posiada liczne aleje i ścieżki. Jest tutaj kort tenisowy, boisko do siatkówki, do piłki nożnej oraz "plac zabaw". Niestety, wspomniane boiska wymagają renowacji i nie tracimy nadziei, że po uzyskaniu odpowiednich środków będą służyć pacjentom we właściwy sposób. Znajdują się tutaj również dwa stawy noszące nazwę "Mieszko" i "Księżycowy", gdzie szukający ciszy mogą podziwiać pływające majestatycznie łabędzie i stada dzikich kaczek.

Właśnie w tym parku mieścił się pałac hrabiów Potockich, (makieta stoi w centralnym punkcie), który po II wojnie światowej został rozebrany. W tym pałacu miała siedzibę rodzina Potockich, która tutaj mieszkała. Do dzisiejszego dnia zostały zachowane zabytkowe łazienki, znajdujące się przy stawie "Księżycowym".

Ośrodek aktualnie znajduje się w trakcie ogromnej modernizacji. Zdecydowanie poprawiają się warunki bytowe pacjentów.

W marcu 2007r. oddano po gruntownej przebudowie budynek w którym mieści się Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych oraz Oddział Terapii dla kobiet i częściowo dla mężczyzn.





Do końca roku powinien być oddany, również po przebudowie budynek wielofunkcyjny w którym znajdują się: nowoczesne laboratorium analityczne, estetyczne sale terapeutyczne, przytulna stołówka, wydawnia posiłków, magazyn bielizny i kotłownia. Wszystko wykonane i urządzone zgodnie z wymogami ustawowymi dla obiektów medycznych.

Oczekujemy na przebudowę pawilonu nr 2 dla pacjentów Oddziału Terapii i liczymy na to, że przy pomocy i zaangażowaniu środków uzyskanych głównie od władz Województwa Śląskiego(chwała im za to) znikną stereotypy i ośrodek doczeka się przychylnych opinii oraz odzyska właściwą rangę dla tego typu działalności.

Aby się podnieść z nałogu niejednokrotnie trzeba upaść!

W naszym ośrodku pracownicy, mimo problemów własnych oczekują na pacjentów z otwartym sercem.

*i zostaw sobie
coś na jutro,
jakiś kamyczek
na drogę,
talizman
na szczęście,
jakiś słowo
jeszcze niewypowiedziane,
dotyk
jeszcze nieokreślony*

*i zostaw sobie
coś na jutro,
jakiś kawałek lądu
jeszcze nieodkrytego,
by na nim
uratować się
jak najlepiej*

Agata Polak

I tych którzy dobrowolnie podejmują leczenie i tych zobligowanych do leczenia Postanowieniem Sądu na mocy Ustawy o Wychowaniu w Trzeźwości, często doprowadzanych przez Policję.

Mamy świadomość, że skłonność do uzależnień tkwi w człowieku tak samo jak umiłowanie wolności.

Pomagając osobie uzależnionej staramy się pomagać jej w przewyciężeniu uczucia bezsilności, bezsensu, samowolności i izolacji. Wspólnie szukamy drogi wyjścia z kryzysu, przełamywania niechęci przed leczeniem i budowania konstruktywnej przyszłości, społecznie pożądanej.

Bo i choroba alkoholowa nie wybiera. Od alkoholu uzależniają się młode piękne kobiety, mężczyźni z pozycją społeczną i zawodową, młodzież dla której życie dopiero się zaczyna.

Na co może liczyć alkoholik, pacjent Ośrodka Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach?

OTUA w Parzymiechach mieszczący się przy ulicy Częstochowskiej 1 jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej. Nadzór nad jego działalnością sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego.

Do zadań Ośrodka należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, utożsamianych zwykle z detoksykacją, będących wstępem do właściwego leczenia choroby alkoholowej kontynuowanego w Oddziale Terapii Uzależnień.

Ponadto w placówce zamiejscowej w Częstochowie przy ul. Ogrodowej 66 udzielane są specjalistyczne świadczenia w formie ambulatoryjnej w Poradni Odwykowej oraz Oddziale Dziennym Terapii Uzależnień a także stacjonarne świadczenia w 10- łóżkowym Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.

Ośrodek realizuje programy psychoterapii uzależnień i współuzależnień oraz udziela indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu i i członkom ich rodzin.

Wszelkie świadczenia medyczne i terapeutyczne, które otrzymuje pacjent są bezpłatne, opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W ośrodku stosuje się reżim sanitarny i procedury adekwatne dla leczenia szpitalnego.

Osoby pragnące podjąć leczenie w ośrodku w Parzymiechach powinny wcześniej uzgodnić termin przyjęcia z lekarzem lub kierownikiem terapii, dzwoniąc na numer telefonu 0343189154 lub 0343681520 do ośrodka w Częstochowie.

Pielęgniarka oddziałowa
Małgorzata Ziębaczewska





SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI PRAWA I LEGISLACJI OBEJMUJĄCE OKRES od 01.01.2008r. do 30.06.2008r.

W okresie od dnia 01.01.2008r. do dnia 30.06.2008r. Komisja odbyła dziewięć posiedzeń podczas których zaopiniowano w sumie 39 aktów prawnych.

Posiedzenia Komisji odbywały się w następującej kolejności:

Styczeń - odbyło się 1 posiedzenie, na którym zaopiniowana 5 aktów prawnych

Luty - odbyło się 1 posiedzenie, na którym zaopiniowana 5 aktów prawnych

Marzec - odbyło się 2 posiedzenia, na których zaopiniowano 9 aktów prawnych

Kwiecień - odbyło się 2 posiedzenia, na których zaopiniowano 6 aktów prawnych

Maj - odbyło się 1 posiedzenie, na którym zaopiniowana 5 aktów prawnych

Czerwiec - odbyło się 2 posiedzenia, na których zaopiniowano 9 aktów prawnych

W miesiącu marcu Komisja zwróciła się do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych o zapewnienie pomocy prawnej na czas posiedzeń

Podczas majowego posiedzenia Komisja sformułowała wniosek do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych dotyczący zapewnienia dostępu do internetu w czasie spotkań członków Komisji.

Obydwa wnioski zastały rozpatrzone pozytywnie.

Członkowie Komisji opiniowali akty prawne zarówno podczas posiedzeń jak i drogą elektroniczną.

Przewodnicząca Komisji
Prawa i Legislacji
Aniela Stopa

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ZMIAN SYSTEMOWYCH W OCHRONIE ZDROWIA ZA OKRES od 01.01.2008r. do 30.06.2008r.

W okresie od dnia 01.01.2008r. do dnia 30.06.2008r. Komisja odbyła dwa posiedzenia.

Pierwsze posiedzenie odbyło się w marcu 2008 r. Podczas posiedzenia Komisja opracowała i zatwierdziła Plan pracy oraz Regulamin Komisji na okres kadencji.

Drugie posiedzenie odbyło się w miesiącu czerwcu 2008 r. Podczas posiedzenia Komisja, ze względu na brak kierowanych do Komisji spraw, sformułowała wniosek do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych o umożliwienie pracy wspólnie z Komisją Prawa i Legislacji. Wniosek został pozytywnie rozpatrzony na Posiedzeniu Okręgowej Rady w dniu 18.06.2008r.

Przewodnicząca Komisji
Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia
Beata Szczerbak

Sprawozdanie z działalności Zespołu Położnych za okres od 01.01.08 do 30.06.08

W okresie sprawozdawczym odbyły się dwa posiedzenia zespołu położnych.

Tematem posiedzenia były sprawy bieżące środowiska. Zespół Położnych przy współpracy firmy Johnson&Johnson zorganizował szkolenie na temat „Behawioralne skale oceny noworodka wg Brezeltona”

przewodnicząca
Marzena Meczyńska

Sprawozdanie z działalności Komisji ds. pomocy w trudnych sytuacjach losowych za pierwsze półrocze 2008r.

Komisja spotykała się wg ustalonego w regulaminie harmonogramu, tj. jeden raz w miesiącu.

Rozpatrzono 12 wniosków z prośbą o pomoc finansową.

Pozytywnie zostało zaopiniowanych 9 wniosków na łączną kwotę 4700 zł.

Dwa wnioski rozpatrzono negatywnie, ponieważ nie spełniały wymogów regulaminowych. Nie uwzględniono również prośby pielęgniarki z dolnośląskiej OIPIP o pomoc finansową pompę insulinową dla syna (wniosek nie był zaopiniowany przez przewodniczącą OIPIP we Wrocławiu.

Lidia Kucharska

Sprawozdanie z działalności komisji ds. szkoleń po 5 letniej przerwie w wykonywaniu zawodu

W okresie sprawozdawczym od 01.01.2008r do 30.06.2008r Komisja odbyła 2 spotkania.

Pierwsze w celu organizacji placówek w których odbyły się szkolenia, podziału pielęgniarek – położnych na grupy i poznanie z opiekunami.

Drugie spotkanie to powołanie komisji egzaminacyjnej i przeprowadzenie egzaminu.

Kurs ukończyły i zdały pomyślnie egzamin wszystkie pielęgniarki/położne.

Przewodnicząca komisji
Maria Szymanek

SPRAWOZDANIE z działalności pełnomocników OIPIP w Częstochowie za okres 1.01.2008 do 31.06.2008.

Pełnomocnicy w rejonach Wyborczych działają na podstawie uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Okręgowa Rada wskazanym przez delegatów pełnomocnikom powierzyła szereg obowiązków i uprawnień między innymi:



- negocjowanie warunków placowych pielęgniarek i położnych
- negocjowanie w pełnym zakresie warunków pracy pielęgniarek i położnych
- reprezentowanie Samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych Zgodnie z liczbą Rejonów Wyborczych powinno być 22 pełnomocników.

W Rejonach Wyborczych Nr 9, 16, 17 i 22 nie wyłoniono delegatów i te Rejony nie mają swoich przedstawicieli.

Sprawozdanie złożyło 9 pełnomocników. Pełnomocnicy z Rejonów Wyborczych Nr 1, 2, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 20, nie przedstawili swojego sprawozdania.

Ze sprawozdań, które zostały złożone przez pełnomocników wynika iż;

1. Przekazują członkom samorządu PiP wszystkie uchwały OR, rozprawiają Biuletyny Informacyjne, magazyny Pielęgniarki i Położnej oraz informacje o pracach OR.
2. Informują członków samorządu PiP o organizowanych szkoleniach, kursach, konferencjach i możliwościach korzystania z nich oraz zasadach refundacji kosztów poniesionych na kształcenie.

3. Tylko 3 pełnomocników z 9 złożonych sprawozdań zaproszono na posiedzenie Rady Społecznej w własnych zakładach pracy.

4. Jeden z pełnomocników podkreślił problemy pielęgniarek rodzinnych, które wynikają z oczekiwań pracodawcy aby pielęgniarki środowiskowe były dyspozycyjne w placówce.

W związku z powyższym pielęgniarki rodzinne mają mało czasu na realizację zadań w środowisku domowym pacjentów.

Problemy jakie, najczęściej wymieniają w swoich sprawozdaniach to:

- brak uczestnictwa w negocjacjach płac i podziale podwyżek.
- brak współpracy ze Związkami Zawodowymi Pielęgniarek i Położnych działających w zakładach pracy.
- wysokie koszty szkoleń dla pielęgniarek i położnych uniemożliwiające udział dużej liczbie osób.

Ze złożonych sprawozdań wynika, że pełnomocnicy starają się wykonywać powierzone obowiązki jak najlepiej, pomimo mnożących się trudności.

Wanda Kowalska

Uchwały i Stanowiska ORPiP



Uchwała Nr 41/V/08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Uchwała Nr 42/V/08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie wpisu do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Uchwała Nr 43/V/08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie skreślenia z rejestru i listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Uchwała Nr 44/V/08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie stwierdzenia posiadanych przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz stwierdzenia przebiegu pracy zawodowej

Uchwała Nr 45/P./V/08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu.

Uchwała Nr 46/V/08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie zakupu zestawu komputerowego oraz drukarki dla potrzeb biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 47/V/08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie zakupu szaf metalowych dla potrzeb Sądu i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 48/W08 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie upoważnienia Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do dysponowania środkami finansowymi OIPIP do 1.000 zł bez zgody Rady OIPIP w Częstochowie.

Uchwała Nr 49/W2008 z dnia 25 września 2008 roku

w sprawie odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

*za moim sercem
podążają zagłowie marzeń
o błyszczących masztach,
łopocze na wietrze nadzieja
i woła za mną w słońce
wytrzymają*

Agata Polak



STANOWISKO Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

z dnia 25.09.2008 roku
w sprawie zamieszczenia
w internecie „Banku pytań”
dla pielęgniarek i położnych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie działając zgodnie ze swymi ustawowymi uprawnieniami oraz w imieniu członków samorządu zawodowego, zwraca się do Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

znych o pilne podjęcie działań, które wpłyną na opublikowanie w formie oficjalnej banku pytań - zadań testowych, odrębnych dla poszczególnych dziedzin specjalizacji.

Uzasadnienie:

Członkowie Samorządu bardzo często zgłaszają wnioski o pilne podjęcie działań zmierzających do upublicznienia pytań z egzaminów specjalizacyjnych wraz z kluczem odpowiedzi, co znacznie ułatwi im przygotowanie się do egzaminów.

Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
mgr Halina Synakiewicz



Pismo w sprawie zapisu w ustawie o ZOZ-ach

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Częstochowie

OIPIP/103/08

Częstochowa dn. 14.10.2008r

Pani Poseł
Jadwiga Wiśniewska

Działając w imieniu i na rzecz członków samorządu pielęgniarek i położnych zrzeszonych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwracamy się o poparcie naszych działań w celu zmiany zapisu w projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Od kilku miesięcy w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej toczą się prace nad szeregiem projektów ustaw reformujących służbę zdrowia. Zapisy tych projektów ustaw pominięły bardzo ważne dla naszego zawodu kwestie, a w szczególności usunęły zapis o kierowniczych stanowiskach pielęgniarskich merytorycznie nadzorujących pracę, a także usunęły zapis o minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Brak tych zapisów traktujemy jako próbę zepchnięcia pielęgniarstwa na margines opieki zdrowotnej oraz swego rodzaju dyskryminację. Pragniemy przypomnieć iż ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi iż jest to zawód samodzielny. Jak więc budować hierarchię, szczególnie ukierunkowaną na sprawowanie nadzoru i kontroli skoro brak jest stanowisk kierowniczych? Jak zagwarantować bezpieczeństwo pacjentom gdy brak minimalnych norm zatrudnienia?

Zwracamy się więc do Pani z serdeczną prośbą o poparcie naszego stanowiska dotyczącego wprowadzenia do projektu ustawy o ZOZ-ach zapisu poniżej przedstawionego art.2a oraz art.14.

Art.2a

- 1.Zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany stosować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie opieki zdrowotnej
- 2.Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentowanych związków zawodowych, określi w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia

pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, mając na celu zapewnienia właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

- 3.Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje corocznej oceny sposobu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1 w trybie określonym w art.74 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 14

- 1.W zakładach opieki zdrowotnej tworzy się kierownicze medyczne stanowiska pracy, w szczególności:
 - 1) zastępcy kierownika zakładu do spraw medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem;
 - 2) kierownika medycznego;
 - 3) ordynatora, ordynatora-kierownika kliniki, w przypadku szpitali, oraz ordynatora-kierownika oddziału klinicznego;
 - 4) konsultanta - w przypadku szpitali, w których nie powołuje się ordynatorów;
 - 5) **zastępcy kierownika zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego do spraw medycznych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, w którym kierownik nie jest magistrem pielęgniarstwa;**
 - 6) **naczelną pielęgniarkę, w przypadku szpitali;**
 - 7) **przełożoną pielęgniarek zakładu;**
 - 8) **pielęgniarkę/położną oddziałową, w przypadku szpitali.**
- 2.Osoby zatrudnione w zakładzie opieki zdrowotnej są obowiązane posiadać kwalifikacje, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust.3.
- 3.Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, **po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych**, kwalifikacje wymagane od osób zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w zakładach opieki zdrowotnej, o których mowa w art.59, oraz w zakładach opieki zdrowotnej prowadzonych przez spółki, o których mowa w art.43 ust. 1, uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Z góry serdecznie dziękuję za poparcie naszych dążeń.

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie
mgr Halina Synankiewicz



Posel na Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej
Jadwiga Wiśniewska.
BPJW-IX-032-59/08

Myszków, 20.10.2008 r

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W nawiązaniu do pisma, które wpłynęło do mojego biura poselskiego, w sprawie zmiany zapisu w projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, że popieram przedstawione w nim stanowisko.

Nie możemy dopuścić do tego, aby pielęgniarstwo zostało zepchnięte na margines opieki zdrowotnej. Pielęgniarki i położne są filarem opieki medycznej, dlatego tak ważne jest zapewnienie odpowiedniej hierarchii, która pozwoli na właściwy nadzór i kontrolę pracy. Decyzja o usunięciu zapisu o kierowniczych stanowiskach pielęgniarskich zachwieje całym systemem opieki zdrowotnej.

Doceniając szczególną rolę pielęgniarek i położnych pragnę podkreślić, że Prawo i Sprawiedliwość zawsze było, jest i będzie przeciwnie szkodliwym zmianom w służbie zdrowia.

Z poważaniem
Jadwiga Wiśniewska

Posel na Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej
Krzysztof Matyjaszczyk

Częstochowa, dn. 31.10.2008 r.

Szanowna Pani

Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

W związku z Państwa wnioskiem z dnia 14.10.2008 r. pragnę serdecznie podziękować za uwagi do projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz poinformować, że postulaty przez Państwa zgłoszone zostały uwzględnione w pracach Klubu Poselskiego Lewicy i poparte w głosowaniach, zarówno przeze mnie osobiście, jak i członków Klubu.

Z poważaniem
POSEŁ
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Krzysztof Matyjaszczyk



Inauguracja roku

UROCZYSTA INAUGURACJA ROKU AKADEMICKIEGO 2008/2009

W dniu 17 października 2008r. w auli Wyższej Szkoły Zarządzania im. prof. zw. dr hab. Jerzego Dietla w Częstochowie odbyła się uroczysta inauguracja roku akademickiego 2008/2009.

Po oficjalnym otwarciu zabrzmiał uroczysty hymn GAUDEAMUS IGITUR.

Przemówienie inauguracyjne wygłosił Rektor dr inż. Andrzej Dziewiątkowski witając wszystkich przybyłych. Wśród zaproszonych gości była również Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych mgr Halina Synakiewicz.

W swoim przemówieniu Rektor Wyższej Szkoły Zarządzania przedstawił informację nt. kierunków kształcenia w tym również Pielęgniarstwa.

Mówił o osiągnięciach uczelni przez XIV lat działalności uczelni.

W roku 2008 bezpłatne studia podejmie 150 pielęgniarek, posiadających dyplom ukończenia liceum medycznego lub medycznej szkoły zawodowej, pragnących podnieść swoje kwalifikacje i uzyskać tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie uzyskała bowiem dofinansowanie studiów pomostowych dla pielęgniarek w zakresie projektu Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia pt. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu II Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013.

Studenci przedstawiciele różnych kierunków nauczania w tym również pielęgniarki złożyli ślubowanie, po czym Rektor Wyższej Szkoły Zarządzania wręczył im indeksy.

Serdecznie gratulujemy życzymy wszystkim studentom samych pozytywnych ocen oraz wielu satysfakcjonujących osiągnięć w dalszej edukacji.

Przewodnicząca Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
mgr Halina Synakiewicz





DZIAŁY W OIPiP

I piętro

Pokój 102

Sekretariat - St. Referent Bernarda Drożdż
tel./fax 034 24 51 12, 034 361 30 18

Zadania:

- a. Zapewnienie obsługi biurowej i administracyjnej gabinetu Przewodniczącej ORPiP
- b. Umawianie i koordynowanie spotkań Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Wiceprzewodniczących Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- c. Koordynowanie wyjazdów służbowych Przewodniczącej; rezerwowanie hotelu.
- d. Przepisywanie pism, wystąpień, referatów.
- e. Przygotowywanie korespondencji Przewodniczącej do wysyłki.
- f. Prowadzenie rejestru adresowego władz, urzędów i organów współpracujących z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych.
- g. Prowadzenie zeszytu wyjść służbowych.
- h. Planowanie i zabezpieczanie dla potrzeb sekretariatu niezbędnych materiałów i innych artykułów.
- i. Współpraca z Komisjami Problemowymi i Zespołami działającymi przy ORPiP w Częstochowie, przyjmowanie wniosków do Komisji Problemowych
- j. Powielanie materiałów dla potrzeb Przewodniczącej, Wiceprzewodniczących.
- k. Współpraca z Okręgową Komisją Rewizyjną.

Pokój 103

Sekretarz ORPiP
mgr Barbara Płaza
tel./fax 034 24 51 12, 034 361 30 18

Zadania:

- a. Planowanie, organizowanie i obsługa posiedzeń:
 1. OZPiP, ORPiP i jej Prezydium,
 2. szkoleń dla przewodniczących i sekretarzy okręgowych rad pielęgniarek i położnych,
- a. Opracowywanie i uzgadnianie projektów uchwał OZPiP, ORPiP i Prezydium, pod względem redakcyjnym i prawnym.
- b. Prace związane z nadaniem biegu i realizacją uchwał, stanowisk, apeli, i wniosków przyjętych przez OZPiP, ORPiP i Prezydium.
- c. Udzielanie informacji o pracach i działaniach OZPiP, ORPiP i Prezydium.
- d. Prowadzenie sprawozdawczości i statystyki OZPiP, ORPiP i Prezydium.
- e. Prowadzenie rejestrów aktów prawa wewnętrznego
- f. Bieżące prace związane z katalogowaniem, selekcją i zbiorów dokumentów.
- g. Prowadzenie spraw związanych z odwołaniami od uchwał ORPiP i jej Prezydium.
- h. Współpracowywanie Biuletynu Informacyjnego.
- i. Przygotowywanie i wydawanie opinii prawnych w zakresie interpretacji ustaw zasadniczych dotyczących zawodu pielęgniarki, zawodu położnej, samorządu zawodowego.
- j. **Prowadzenie rejestru i dokumentacji pełnomocnych przedstawicieli**

Pokój 104 A

Przewodnicząca ORPiP mgr Halina Synakiewicz
tel./fax 034 24 51 12, 034 361 30 18

- a. Reprezentuje okręgową izbę pielęgniarek i położnych;
- b. Kieruje pracami Okręgowej Rady i odpowiada za jej prawidłowe funkcjonowanie
- c. Przedstawia okręgowemu zjazdowi sprawozdania z działalności
- d. Jest reprezentantem pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy

III piętro

Pokój 302

Dział Prawa Wykonywania zawodu: St. Pielęgniarka
Rejestru Małgorzata Zagórska
tel./fax 034 24 51 12, 034 361 30 18

Zadania:

- a. Przyjmowanie wniosków związanych z wydawaniem prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej
- b. Przyjmowanie wniosków związanych z uznawaniem kwalifikacji zawodowych
- c. Prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych
- d. Przyjmowanie wniosków dotyczących wpisu do rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych
- e. Prowadzenie rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych

Pokój 303

Dział Księgowości: Główna Księgowa Alina Mazik
tel./fax 034 24 51 12, 034 361 30 18

Zadania:

- a. Rozliczanie funduszu integracyjnego i delegacji
- b. Prowadzenie punktu kasowego, realizacja wpłat i wypłat gotówkowych
- c. przyjmowanie wniosków dla studiujących odpłatnie pielęgniarek i położnych
- d. Składki opłacane na OIPiP

Pokój 303

Skarbnik Okręgowej Rady St. Pielęgniarka Anna Łukasik odpowiada za gospodarkę finansową Okręgowej Izby, a w szczególności:

- a. przygotowuje projekty uchwał związanych z gospodarką finansową izby i nadzoruje ich wykonanie;
- b. przygotowuje projekt budżetu okręgowej izby
- c. przygotowuje sprawozdania z wykonania budżetu i przedstawia okręgowemu zjazdowi
- d. nadzoruje rachunkowość i sprawozdawczość finansową okręgowej izby
- e. zgłasza wnioski o egzekucję wierzytelności lub ich umorzenie.
- f. Skarbnik w swojej pracy może korzystać z opinii biegłych i rzeczoznawców.

Ośrodek Informacyjny - Edukacyjny

Zadania:

- a. Udzielanie pielęgniarkom i położnym będącym obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej oraz



Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zamierzającym wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, informacji na temat uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia oraz ubezpieczeń społecznych w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

b. Korespondencja z organami właściwymi w sprawach uznawania kwalifikacji w państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Okręgowymi Izbami Pielęgniarek i Położnych oraz innymi instytucjami dotycząca:

- 1) wymagań oraz procedur związanych z uznawaniem w Polsce kwalifikacji zawodowych obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego w Polsce,
- 2) wymagań oraz procedur związanych z uznawaniem kwalifikacji zawodowych obywateli Rzeczypospolitej Polskiej w państwach członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego,
- 3) wyjaśnianie jednostkowych przypadków dotyczących kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w poszczególnych państwach Unii Europejskiej,
- 4) procedur uznawania kwalifikacji zawodowych cudzoziemców.

c. Udzielanie pielęgniarkom i położnym będącym obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej, zamierzającym wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na obszarze państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego, informacji na temat procedur uznawania kwalifikacji zawodowych.

d. Udzielanie pielęgniarkom i położnym będącym obywatelami państw innych niż państwa członkowskie Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego, informacji na temat uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia oraz ubezpieczeń społecznych w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

e. Przygotowywanie i wydawanie opinii prawnych, w szczególności dotyczących uznawania kwalifikacji oraz uznania dyplomów cudzoziemców.

f. Tłumaczenia lub zlecanie tłumaczenia z języków obcych na język polski lub odwrotnie w szczególności materiałów dotyczących uznawania kwalifikacji.

g. Współpraca z organizacjami międzynarodowymi dotycząca w szczególności spraw związanych z uznawaniem kwalifikacji oraz zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej na świecie.

h. Prowadzenie strony internetowej w części zajmującej się zagadnieniami związanymi z uznawaniem kwalifikacji.

i. Opracowanie oraz wydawanie broszur, ulotek i innych publikacji związanych z działalnością Ośrodka Informacyjno Edukacyjnego.

j. Przygotowywanie sprawozdań z działalności Ośrodka Informacyjno Edukacyjnego, zestawień danych statystycznych oraz analiz na potrzeby Ministerstwa Zdrowia i innych instytucji.

k. Monitoring stron internetowych organizacji międzynarodowych dotyczących regulacji zawodu pielęgniarki i położnej i organizacji ochrony zdrowia.

l. Przygotowywanie materiałów merytorycznych na posiedzenia Okręgowej Rady.

Notatka z posiedzenia Komisji Zdrowia i spotkania z Sekretarzem Stanu



Informacja o działaniach podjętych przez NRPIP w sprawie wprowadzenia zmian do pakietu projektów ustaw w ochronie zdrowia

W dniach 15 i 16 października 2008 r. w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP uczestniczyli Pani Elżbieta Garwacka-Czachor - Wiceprezes NRPIP oraz Pan Tomasz Niewiadomski - Sekretarz NRPIP (spotkania trwały nawet do późnych godzin nocnych - 2-giej w nocy). Na posiedzeniu rozpatrywano poprawki zgłoszone w drugim czytaniu do projektów ustaw:

- o zakładach opieki zdrowotnej,
- o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjentów oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej,
- o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia,
- o akredytacji w ochronie zdrowia,
- Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

W dniu 20 października 2008 r. odbyło się spotkanie z panem Michałem Bonim - Sekretarzem Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, którym uczestniczyli: Pani Elżbieta Buczkowska - Prezes NRPIP, Pani Elżbieta Garwacka-Czachor - Wiceprezes NRPIP, Pani Hanna Gutowska - Skarbnik NRPIP.

W dniach 23 i 24 października 2008 r. w posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu RP uczestniczyli Pani Elżbieta Buczkowska - Prezes NRPIP, Elżbieta Garwacka-Czachor - Wiceprezes NRPIP oraz Pan Tomasz Niewiadomski - Sekretarz NRPIP (spotkania trwały do późnych godzin wieczornych). Na posiedzeniach rozpatrywano ustawy:

- o zakładach opieki zdrowotnej,
- o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjentów oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej,
- o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia,
- o akredytacji w ochronie zdrowia,
- Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

W wyniku przeprowadzonych z przewodniczącymi i przedstawicielami klubów parlamentarnych spotkań i intensywnych prac przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w projekcie ww. ustaw zachowano przepisy dotyczące dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne w ramach indywidualnych praktyk.

Należy wskazać, iż w pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Druk 284 i 762) nie znalazły się zapisy, iż świadczenia zdrowotne są realizowane także przez

pielęgniarki i położne tj. świadczenia pielęgnacyjne, pielęgniarstwo i położnictwo. Natomiast dzięki działaniom NRPIP w uchwalonej przez Sejm RP ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w definicji szpitala dodano wyraz „świadczenia zdrowotne w zakresie pielęgnacji”, w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w przychodni dodano wyrazy „świadczenie pielęgniarstwa, świadczenie położnicze”.

W pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Druk 284 i 762) nie przewidywano w ogóle żadnych regulacji dotyczących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. Obecnie dzięki staraniom NRPIP w uchwalonej przez Sejm 21 października 2008 ustawie o zakładach opieki zdrowotnej znajduje się zapis art. 16. w brzmieniu:

„Art. 16

1. Zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany stosować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, określi w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, mając na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje corocznej oceny sposobu realizacji obowiązku, którym mowa w ust. 1, w trybie określonym w art. 77.”

W wyniku kilkudniowych negocjacji z Ministerstwem Zdrowia oraz rozmów z klubami parlamentarnymi Sejmu RP, na posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu RP w dniach 24 października 2008 r. została przyjęta poprawka zaproponowana przez NRPIP dotycząca utrzymania pielęgniarstwa i położnictwa stanowisk kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu:

„ 1) w art. 15 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

1. W zakładach opieki zdrowotnej tworzy się kierownicze stanowiska pracy, w szczególności:
 - 1) **zastępcy kierownika zakładu do spraw medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem albo magistrem pielęgniarstwa w przypadku stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej, których mowa w art. 21 ust. 2 pkt 2 i 3;**
 - 2) **zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa albo naczelną pielęgniarkę, w przypadku szpitali posiadających powyżej 300 łóżek;**
- 3) ordynatora, ordynatora-kierownika kliniki, w przypadku szpitali, oraz ordynatora-kierownika oddziału klinicznego;
- 4) konsultanta-w przypadku szpitali, w których nie powołuje się ordynatorów;
- 5) przełożonej pielęgniarek, w przypadku stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej posiadających od 50 do 300 łóżek albo posiadających powyżej 500 łóżek;
- 6) pielęgniarki albo położnej oddziałowej zakładu, w przypadku oddziału, którym kieruje ordynator;
- 7) kierownika do spraw opieki pielęgniarstwa, w przypadku szpitali posiadających powyżej 50 łóżek, w których powołuje się konsultanta, o którym mowa w pkt 4.”

- 8) kierownika apteki szpitalnej - w przypadku szpitali posiadających powyżej 150 łóżek.”

Dla porównania w pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Druk 284 i 762) przewidywano następujący zapis:

1. W zakładach opieki zdrowotnej tworzy się kierownicze stanowiska pracy, w szczególności:
 - 1) zastępcy kierownika zakładu do spraw medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem;
 - 2) kierownika medycznego;
 - 3) ordynatora, ordynatora - kierownika kliniki, w przypadku szpitali, oraz ordynatora - kierownika oddziału klinicznego;
 - 4) konsultanta - w przypadku szpitali, w których nie powołuje się ordynatorów

Jak więc widać dzięki staraniom przedstawicieli NRPIP zostały wprowadzone korzystne dla środowiska pielęgniarek i położnych zmiany.

Należy wskazać, iż Sejm na posiedzeniu w dniu 21 października 2008 r. w III czytaniu przyjął poprawkę do art. 15 ust. 3 w brzmieniu

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia, **po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych** kwalifikacje wymagane od osób zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w zakładach opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 57, oraz w zakładach opieki zdrowotnej prowadzonych przez spółki, o których mowa w art. 45 ust. 1, uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.” W poprzednich projektach ustawy (Druk 284 i 762) samorządy zawodowe, w tym samorząd pielęgniarek i położnych nie posiadał powyższego uprawnienia.

Mimo wielokrotnego przedstawiania dokumentów w sprawie oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych dotyczących wynagrodzeń i uprawnień związanych z wykonywanymi zawodami tj. (roczny urlop zdrowotny dla poratowania zdrowia, urlop szkoleniowy, bezpłatna profilaktyczna opieka zdrowotna dla pielęgniarek i położnych, wcześniejsze emerytury na wskazanych stanowiskach pracy, zwiększenie wymiaru urlopu wypoczynkowego o 10 dni w roku, raz na dwa lata, po pięciu latach nieprzerwanej pracy, zwrot kosztów kształcenia podyplomowego, warunkowanego wykonywanymi zadaniami, w kwocie nie mniejszej niż 50% kosztów kształcenia, zwolnienie z podatków, o kwoty wydatkowane przez pielęgniarkę i położną na kształcenie podyplomowe, nagrody za wybitne, nowatorskie osiągnięcia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa przyznawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, płatnych dni wolnych od pracy z okazji Dnia Pielęgniarki - 12 maja i Dnia Położnej - 8 maja) - ustawa o szczególnych uprawnieniach pracowników zoz w swoich zapisach nie uwzględnia naszych postulatów.

W związku z powyższym w dniu 20 października 2008 r. odbyło się spotkanie z Panem Michałem Bonim - Sekretarzem Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Na spotkaniu z całą mocą podkreślaliśmy nasze oczekiwania w sprawie realizacji zobowiązań rządowych dotyczących gwarancji płacowych i warunków pracy.

W przedmiotowej kwestii wystąpiłam o spotkanie w dniu 3 listopada 2008 r. do Pani Doroty Gardias - Przewodniczącej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych - Forum Związków Zawodowych, Pani Marii Ochman -



Przewodniczącej Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, Pani Urszuli Michalskiej - Przewodniczącej Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej - Ogólnopolskie Porozumienie OPZZ i Pana Konstantego Radziwiłła - Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

(-) Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

(-) Elżbieta Garwacka - Czachor

Warszawa, dnia 20 października 2008 r.

Pan Michał Boni
Sekretarz Stanu
Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Szanowny Panie Ministrze,

W związku ze spotkaniem w dniu dzisiejszym w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnę przedłożyć następujące wnioski:

1) Wniosek o spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panem Premierem Donaldem Tuskiem, w trakcie którego chcielibyśmy przedstawić projekt rozwiązania kluczowej i ważnej społecznie kwestii, jaką jest niewątpliwie zapewnienie obywatelom RP prawidłowej, o wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej.

Pragnę przypomnieć, iż spotkanie, o które wnosimy miało odbyć się między 18 a 24 sierpnia 2008 roku, zgodnie z pismem Pana Ministra z dnia 23 lipca 2008 roku (w załączeniu).

2) Wniosek o powołanie zespołu ds. opracowania racjonalnych rozwiązań w zakresie organizacji i finansowania opieki pielęgniarskiej realizowanej w domach pomocy społecznej. W skład zespołu powinni naszym zdaniem wejść: przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Obecna niejasna sytuacja dotycząca wyżej wymienionej kwestii powinna i może zostać rozwiązana w trybie pilnym. Pismo Pani Minister Jolanty Fedak z dnia 23 lipca 2008 roku (w załączeniu), spowodowało liczne zwolnienia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, tym samym pozbawiło mieszkańców tak potrzebnej im opieki. Toczą się dyskusje, pojawiają się co raz to nowe projekty rozwiązania powyższej kwestii, ale konkretne i ostateczne rozwiązania w tym obszarze dotychczas nie zostały podjęte.

3) Wniosek o oszacowanie przez Stronę Rządową, przy udziale Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, potrzeb kadrowych w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej w systemie opieki zdrowotnej dla okresu minimum 20- letniego i opracowanie długofalowego planu zapewniającego odpowiedni poziom zabezpieczenia zapotrzebowania na powyższą opiekę. (W załączeniu przedkładam „Analizę struktury zareje-

strowanych pielęgniarek i położnych nabywających prawo do emerytury).

4) Wniosek o odniesienie się w formie pisemnej do wniosków przedstawionych w dniu 13 lutego 2008 roku przez Zespół ds. pracowniczych i płacowych „Białego szczytu”. Spotkania „Białego szczytu” to początek bieżącego roku, mimo iż minęło tyle miesięcy, środowisko pielęgniarek i położnych nie otrzymało oczekiwanych odpowiedzi na pytanie, czy zgłaszane przez nie postulaty w trakcie obrad wyżej wymienionego gremium zostaną przez Rząd spełnione, a jeżeli nie, to jaka jest przyczyna ich niespełnienia. (W załączeniu -Wnioski z dnia 13 lutego 2008 roku Zespołu ds. pracowniczych i płacowych „Białego szczytu”).

Z poważaniem
Prezes
(-) Elżbieta Buczkowska

Notatka ze spotkania z Sekretarzem Stanu Michałem Boni w dniu 20 października 2008 roku

W spotkaniu z Panem Ministrem uczestniczyli:

Elżbieta Buczkowska

- Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

Elżbieta Garwacka-Czachor

- Wiceprezes NRPIP,

Hanna Gutowska

- Skarbnik NRPIP,

Podczas spotkania omówiono kwestie wynikające z sytuacji bieżącej, jak i wcześniejszych zobowiązań Strony Rządowej:

1. Powołanie Zespołu ds. opracowania racjonalnych rozwiązań w zakresie organizacji i finansowania opieki pielęgniarskiej realizowanej w domach pomocy społecznej.
2. Oszacowanie przez Stronę Rządową, przy współudziale Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, potrzeb kadrowych w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej w systemie opieki zdrowotnej oraz opracowanie długofalowego planu zapewniającego odpowiedni poziom zabezpieczenia zapotrzebowania na wyżej wymienioną opiekę.
3. Przesłanie do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych odpowiedzi na wnioski przedstawione przez Zespół ds. pracowniczych i płacowych „Białego szczytu”, przedstawione w dniu 13 lutego 2008 roku.
4. Poruszono kwestię projektów ustaw dotyczących ochrony zdrowia, w tym m.in. braku kierowniczych stanowisk pielęgniarskich w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

W załączeniu pismo NRPIP kierowane do Pana Ministra z przedstawionymi wnioskami do omówienia na ww. spotkaniu.

Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes NRPIP



**W DNIACH 23-25 WRZEŚNIA 2008 ODBYŁA SIĘ
W TORUNIU XI MIĘDZYNARODOWA**

**KONFERENCJA OPIEKI
DŁUGOTERMINOWEJ POD HASŁEM
„JAKOŚĆ OPIEKI-JAKOŚĆ ŻYCIA.
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA WOBEC
DYLEMATÓW EKONOMICZNYCH,
PRAWNYCH I ETYCZNYCH”.**

W skład Komitetu Naukowego Konferencji weszli prof. dr hab. Piotr Błędowski, prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorkowska-Tobis, prof. dr hab. med. Jerzy E. Kiperski, prof. dr hab. Barbara Bień, dr Marek Żak, mgr Grażyna Śmiarowska, mgr Elżbieta Szalkiewicz

Organizatorami Toruńskich Dni Opieki Długoterminowej były Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA oraz Stowarzyszenie na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej „Dom Pod Słońcem”. W spotkaniach wzięło udział blisko 800 gości, m.in. z Francji, Niemiec, Szwajcarii, Węgier, Rosji, Łotwy, Ukrainy i oczywiście z Polski.

Pierwszego dnia odbyła się uroczysta inauguracja, uczestnicy TDOD wysłuchali krótkiego wykładu wprowadzającego, wygłoszonego przez Przewodniczącego Komitetu Naukowego Konferencji - prof. Piotra Błędowskiego. W wykładzie zwrócono uwagę na obecną sytuację w polskim społeczeństwie, która to zmusza do opracowania efektywnego systemu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Na system ten składać się powinno rozpoznanie i stałe weryfikowanie faktycznych potrzeb, kształcenie kadr, zapewnienie wydolnego i uwzględniającego zmiany w długim okresie systemu finansowania świadczeń, dostarczenie dostatecznie atrakcyjnych warunków pracy, ustalenie warunków oceny jakości i weryfikacji świadczeniodawców. Zadania w tym zakresie powinny być rozdzielone pomiędzy administrację państwową, samorządową oraz instytucję odpowiedzialną za finansowanie świadczeń.

Ważną osobistością, która zabrała głos tego wieczoru był również Ambasador Indii w Warszawie, który specjalnie z okazji Konferencji przyjechał do Torunia.

chaos
jest twoim półbogiem,
siedzi na złotym tronie
i spija słodycz wina
z twoich pucharów,

pędząc
w labiryncie zdarzeń
dajesz mu siłę
jakiej nie dał mu nikt

i ty
dla niego
jesteś bogiem

Agata Polak

Podczas uroczystych przemówień szczególną uwagę poświęcono w tym roku dyskusjom na temat jakości opieki świadczonej w placówkach ochrony zdrowia oraz opieki długoterminowej.

Drugiego dnia odbyły się cztery sesje. Pierwsza pod hasłem „Między etyką a ekonomią-najważniejsze aspekty opieki długoterminowej” pod przewodnictwem prof. dr hab. Piotra Błędowskiego. Kolejnej sesji przewodniczyła prof. dr hab. med. Barbara Bień pt.: „Wymiary jakości w opiece długoterminowej”. Trzecia sesja dotyczyła problemu „Zarządzania i kadr w zakładach opieki długoterminowej” pod przewodnictwem prof. Dr hab. Katarzynę Wieczorkowską-Tobis. Wszystkie poświęcone były zagadnieniom ekonomii, zarządzania, etyki, jakości opieki oraz rehabilitacji. Rozmawiano o słabnącej funkcji opiekuńczej rodziny oraz o zanikających więziach społecznych prowadzących do konieczności zapewnienia opieki osobom niesamodzielnym przez różne instytucje.

Oprócz polskich wykładowców i praktyków swoimi doświadczeniami podzielili się również profesory z Niemiec. Zainteresowani mogli obejrzeć prezentację przedstawiającą rozwiązania stosowane w placówkach opieki długoterminowej w mieście Moenchengladbach, gdzie duży nacisk kładzie się na indywidualność każdego pacjenta, jego oczekiwania oraz satysfakcję.

Podczas ostatniej sesji tego dnia prowadzonej pod przewodnictwem prof. dr hab. med. Jerzego E. Kiwerskiego, prof. dr hab. Aleksandra Kabscha dyskutowano na temat rehabilitacji oraz jej wpływu na skuteczność i koszty opieki długoterminowej. Wskazywano na korzystne oddziaływanie odpowiednio dobranych ćwiczeń na większość układów organizmu człowieka, co w połączeniu ze starannym postępowaniem pielęgnacyjnym jest w stanie zapobiec większości niekorzystnych zmian i powikłań występujących podczas opieki nad pacjentem niepełnosprawnym.

Tego samego dnia Uczestnicy Konferencji wysłuchali również wykładu Ambasadora Indii, który omówił i zaprezentował rozwiązania prowadzące do podniesienia jakości życia, stosowane w kulturze indyjskiej. Wykład ten spotkał się z dużym zainteresowaniem wśród przybyłych gości.

Ostatniego dnia głos zabrał Senator Rzeczypospolitej Polskiej Mieczysław Augustyn - Przewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, który zachęcał wszystkie osoby związane z obszarem opieki długoterminowej do współpracy z Rządem w celu uświadomienia ogółowi społeczeństwa ogromnego znaczenia tej dziedziny oraz skutków jej niedofinansowania. Mówił on o wielu problemach, z którymi borykają się placówki świadczące opiekę osobom niesamodzielnym, wskazując jednocześnie na brak uwag i negatywnych sygnałów docierających do jego biura ze strony osób zarządzających oraz pracujących w takich ośrodkach. Zwrócił także uwagę, na fakt, iż sygnały takie ułatwiłyby przeferowanie zmian prowadzących m. in. do zwiększenia budżetu przeznaczonego na opiekę długoterminową.

Uczestnikiem Konferencji była mgr Iwona Markiewicz
kierownik specjalizacji opieki długoterminowej
w Częstochowie



CZYNNIKI WARUNKUJĄCE ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ PIELĘGNIARSKĄ

I Czynniki demograficzne

Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską jest podyktowane wieloma czynnikami, z których najbardziej istotnym jest starzenie się społeczeństwa. Proces starzenia się ma charakter indywidualny i odmienny dla każdego człowieka. Aby jednak usystematyzować okresy życia, Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła umownie wiek 65 lat za początek starości. Populację natomiast uważa się za dojrzałą, jeżeli osoby powyżej 65 roku życia stanowią 4 - 7% ogółu społeczeństwa, natomiast gdy ludzi starszych jest więcej niż 7%, populacja jest stara.

Z danych GUS wynika, że ludzi starszych jest coraz więcej. Zjawisko to dotyczy krajów europejskich w tym również Polski. W roku 2005 na ogólną liczbę 38 157 000 obywateli, ludzi w wieku 65 lat i więcej było 5 076 000 osób, co stanowi 13,3% ogólnej liczby Polaków. Dla porównania ludzie starsi w 2000 roku stanowili 12,4%, a w roku 1995 - 11,3% ogólnej liczby mieszkańców.

Szacuje się, że do roku 2020 liczba osób w wieku 65 - 90 lat zwiększy się do 21% całej populacji Unii Europejskiej przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby ludzi młodych w wieku 15-24 lata do 11% społeczeństwa. W Polsce w roku 2025 co czwarty obywatel osiągnie wiek starczy.

Rozwój medycyny, szczególnie procedur wysokospecjalistycznych, wzrost świadomości społecznej przekładającej się na prowadzenie zdrowego stylu życia, większa wykrywalność chorób we wczesnym stadium rozwoju oraz promocja zdrowia przyczyniają się do wydłużania życia. Według GUS przeciętne dalsze trwanie życia w roku 2015 wzrosło z 74,5 roku obecnie (70,4 mężczyźni i 78,8 kobiety) do 77,8 (74,6 mężczyźni i 81,1 kobiety) oraz do 80 lat w 2030 roku (77,6 mężczyźni i 83,3 kobiety).

Zjawisku temu towarzyszy spadek przyrostu naturalnego. Wykształcone kobiety poświęcają się karierze zawodowej odkładając decyzję o macierzyństwie. Poza tym trudna sytuacja ekonomiczna Polaków zmusza do podejmowania decyzji o wyjazdach w celach zarobkowych za granicę kraju, co przyczynia się do zmniejszenia liczby urodzeń. GUS podaje, iż np. w roku 1990 urodziło się 547 720 dzieci, w 2000 roku - 378 348, natomiast w roku 2005 - 364 383 dzieci. Dla celów statystycznych wprowadzono tzw. współczynnik dzietności, czyli liczbę urodzonych dzieci przypadających na 1 kobietę w wieku rozrodczym.

W roku 1990 ten współczynnik wynosił 1,99, w roku 2000 - 1,36, natomiast w 2005 roku - 1,24. Aby natomiast zapewnić zastępowalność pokoleń konieczne byłoby utrzymanie współczynnika dzietności na poziomie 2,1 - 2,15.

Starzenie się społeczeństwa obarczone jest konsekwencjami społecznymi, ekonomicznymi i politycznymi. Wraz z wiekiem obniża się zdolność człowieka do wykonywania pracy zawodowej, następuje ograniczenie sprawności psychomotorycznej. Z badań przeprowadzonych wśród aktywnych zawodowo Polaków wynika, że statystycznie obniżenie się poziomu wydolności fizycznej następuje u mężczyzn w wieku powyżej 50 roku życia, a u kobiet już w wieku powyżej 40 roku życia.

Wraz z wiekiem obniża się również koordynacja wzrokowo - słuchowa oraz szybkość reakcji motorycznej. Głównymi natomiast problemami pielęgniarskimi ludzi starszych są

zaburzenia w oddawaniu moczu, infekcje dróg moczowych, trudno gojące się rany, owrzodzenia żylakowate i niedokrwienne kończyn, zaburzenia wzroku, słuchu i urazy.

Powyższe czynniki implikują rozwój pielęgniarstwa geriatrycznego i środowiskowo - rodzinnego, które odgrywa kluczową rolę w opiece nad ludźmi starszymi w ich środowisku zamieszkania. Oprócz pielęgnowania chorego w domu, do zadań pielęgniarki należy edukowanie rodziny i opiekunów oraz zgłaszanie konsultacji lekarskich czy organizowanie wraz z lekarzem i pracownikiem socjalnym form pomocy dla samotnych i przewlekle chorych starszych ludzi. Wyjściem naprzeciw potrzebom starzejącego się społeczeństwa jest również tworzenie zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych.

Z opracowań Komisji Europejskiej wynika, iż niebawem największy popyt na rynku pracy będą miały pielęgniarki i ich usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Rośnie więc potrzeba kształcenia podyplomowego w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece długoterminowej i geriatrycznego przy jednoczesnej redukcji etatów pielęgniarskich na oddziałach noworodkowych.

II Czynniki środowiskowe

Uwarunkowania środowiskowe, a głównie zanieczyszczenie środowiska naturalnego w znacznym stopniu wpływa na zdrowie ludzi, przez to na system ochrony zdrowia i opiekę pielęgniarską. Zanieczyszczeniu ulega powietrze przez emisję gazów pochodzących ze źródeł przemysłowych, komunalnych i z silników spalinowych środków transportu drogowego. W atmosferze odnotowuje się wysokie stężenie metali ciężkich (związki ołowiu, kadmu, cynku, chromu itp.), związków smołowych, tlenków azotu i siarki.

Wody gruntowe ulegają zanieczyszczeniu biologicznemu (drobnoustroje patogenne - bakterie, wirusy, grzyby, glony, pierwotniaki) i chemicznemu (oleje, benzyna, smoły, detergenty, pestycydy, sole metali ciężkich, fenole). Stan czystości wód w Polsce ulega również pogorszeniu. Zmniejsza się długość odcinków rzek pierwszej klasy czystości, z których woda może być wykorzystywana przez przemysł spożywczy i farmaceutyczny.

Degradacji ulega także gleba. Zanieczyszczenia przemysłowe gleb spowodowane są najczęściej przez związki siarki, sodu, azotu oraz ropę naftową i jej pochodne, związki metali ciężkich i substancje radioaktywne. Zanieczyszczenia rolnicze są przede wszystkim spowodowane przez masowe stosowanie nawożenia mineralnego i chemicznych środków ochrony roślin. Niekorzystnie na stan gleby działają również pożary, susza i gwałtowne wiatry.

Zanieczyszczenie środowiska niekorzystnie wpływa na zdrowie człowieka, jest przyczyną powstania chorób, szczególnie przewlekłych prowadzących do niepełnosprawności, co znacząco pogłębia problem starzejącego się społeczeństwa. Ludzie w wieku produkcyjnym z przyczyn zdrowotnych przestają pracować i wymagają opieki.

Zanieczyszczenia środowiska przyczyniają się do powstania chorób układu oddechowego (przewlekłe choroby oskrzeli i płuc, pylice, nowotwory), nerwowego (encefalopatia ołowicza, bóle głowy), pokarmowego (nieżyt żołądka, uszkodzenie wątroby, jelit), krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, niedokrwistość), kostnego (osteoporoza, zaburzenia gospodarki wapniowo - fosforanowej), wydalinowego (uszkodzenie nerek), choroby narządów zmysłów oraz choroby alergiczne.

Czynniki środowiskowe wpływając na zdrowie społeczeństwa, wpływają także na rozwój pielęgniarstwa. Istnieje potrzeba rozszerzania profilaktyki chorób cywil-



zacyjnych. Wzrasta zapotrzebowanie na kształcenie pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego i rodzinnego oraz w ochronie zdrowia pracowników i w środowisku nauczania i wychowania.

III Czynniki polityczno - ekonomiczne

Na rozwój pielęgniarstwa wpływają również czynniki polityczne wewnątrzpaństwowe i polityka międzynarodowa. Istotne znaczenie mają postanowienia Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia. Program „Zdrowie dla wszystkich” na lata 2007 - 2013 wyznacza istotne zadania dla pielęgniarek.

Zadania profilaktyczne są ukierunkowane na profilaktykę uzależnień, promowanie zdrowego stylu życia oraz na działanie zmierzające do uświadomienia społeczeństwu, iż każdy w znacznym stopniu ponosi odpowiedzialność za własne zdrowie i zdrowie swojej rodziny. W Programie zwrócono uwagę na konieczność promowania zdrowia psychicznego i zapobieganie chorobom i urazom.

Spadek liczby zachorowań jest ważnym elementem polityki zdrowotnej państwa, pozwalającym na zmniejszenie wydatków na świadczenia zdrowotne. W obecnej rzeczywistości przy wysokich kosztach opieki zdrowotnej koniecznością staje się skracanie czasu hospitalizacji. Jest to jednak możliwe przy leczeniu bez powikłań. Dlatego dużego znaczenia nabiera profesjonalizacja pielęgniarstwa klinicznego. Z kolei krótki pobyt w szpitalu wymusza konieczność zaangażowania pielęgniarek środowiskowych oraz rozwój indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarskich w domu chorego.

IV Czynniki społeczno - kulturowe

Czynnikiem społeczno - kulturowym mającym istotny wpływ na zdrowie ludzi i tym samym na pielęgniarstwo jest styl życia, czyli indywidualne postępowanie sprzyjające wzmożeniu lub utracie zdrowia. Styl życia wpływa na zdrowie poszczególnych ludzi i zdrowie całego społeczeństwa.

W rozdziale „Czynniki warunkujące zdrowie” Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 - 2015 zawarte zostało stwierdzenie, że „styl życia w największym stopniu bezpośrednio determinuje zdrowie (...) człowiek, w przebiegającym stopniu, sam decyduje o swoim zdrowiu”. Aby każdy mógł dokonywać właściwych wyborów zdrowotnych musi posiadać wiedzę o szkodliwości antyzdrowotnych zachowań, do których należą: palenie tytoniu, siedzący tryb życia, nadużywanie alkoholu, leków czy wysokotłuszczowa dieta. Zadaniem pielęgniarki jest prowadzenie edukacji zdrowotnej, czyli dostarczanie informacji o zdrowiu, ale również kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i cudze.

Właściwie przygotowana kadra pielęgniarska do działalności edukacyjnej spełnia kluczową rolę w przekonaniu społeczeństwa do dokonywania właściwych wyborów, do których należą m.in. dbałość o kondycję fizyczną, racjonalny odpoczynek, prawidłowe odżywianie, dbanie o higienę czy umiejętność radzenia sobie ze stresem.

PIŚMIENNICTWO u autora elakrupinska@vp.pl

mgr Elżbieta Krupińska



Warsztaty edukacyjne

Warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych.

W dniu 31.10.2008r w sali konferencyjnej OIPIP odbyło się szkolenie na temat:

- Czy wystąpieniu AZS można zapobiec?
- Fizjologia i patologia błony śluzowej nosa.
- Woskowina – fizjologia czy patologia?
- Masaż noworodka.

Lekarz medyczny Urszula Łupińska przedstawiła temat związany z atopowym zapaleniem skóry u dziecka.

Problemy z nadmierną suchością skóry spowodowane są chorobami o podłożu alergicznym min. atopowym zapaleniem skóry, pokrzywkę, wypryskiem kontaktowym i innymi.

AZS nie można całkowicie wyleczyć – wielu chorych wyrasta z tej choroby, jednak ich skóra na całe życie pozostaje sucha i wrażliwa, mają tzw. skazę atopową.

Objawy AZS to:

- suchość skóry
- uporczywy swęd
- zmiany zapalne i wysiękowe
- łuszczenie się skóry, rumień, wysypka.

Dodatkowe czynniki zaostrzające to:

- stres
- nadmierna potliwość
- skłonność do suchości skóry
- czynniki drażniące np.: wełna, czynniki hormonalne i infekcyjne.

Pielęgnacja skóry powinna odbywać się środkami nawilżającymi i natłuszczającymi – emolientami a także w zależności od nasilenia objawów: sterydami, kuracją antyhistaminową, fototerapie, psychoterapie.

Kolejny temat: fizjologia i patologia błony śluzowej nosa.

Czynniki upośledzające funkcje błony śluzowej nosa: - pyły, gazy, niska wilgotność powietrza, alergen, czynniki infekcyjne, czynniki jatrogenne. Możemy wspomagać błonę śluzową nosa poprzez regularne stosowanie roztworów wody morskiej i soli fizjologicznej.

Woskowina: patologia czy fizjologia.

Powstawaniu korka woskowinowego sprzyjają:

- nadmierna higiena – częsta manipulacja w uchu
- przebywanie w warunkach silnego zapylenia
- drażnienie przewodów słuchowych, poprzez noszenie aparatów słuchowych, stoperów, etc.

Leczenie polega na rozmiękczeniu wydzieliny: parafiną, gliceryną, preparatami rozmiękczającymi.

Następnie nasza koleżanka mgr Wanda Kowalska zapoznała nas z masażem noworodka, który można stosować zarówno u niemowląt jak i dzieci dorosłych. Przedstawiamy temat cieszył się ogólnym zainteresowaniem. Na zakończenie wszyscy uczestnicy otrzymali certyfikaty uczestnictwa.

Maria Szymanek



Diagnoza pielęgniarska w środowisku nauczania i wychowania

Termin „**diagnoza**” pochodzi z języka greckiego i oznacza rozpoznanie, ściślej - rozróżnienie. Poznanie diagnostyczne opiera się na dwóch głównych elementach: na doświadczeniu i na rozumowaniu.

W ujęciu S. Ziemskiego **diagnoza** jest rozpoznawaniem badanego stanu rzeczy przez zaliczenie go do znanego typu lub gatunku, przez przyczynowe i celowościowe wyjaśnienie tego stanu, określenie jego fazy obecnej oraz przewidywanego dalszego rozwoju.

Proces pielęgnowania, jest to metoda opieki pielęgniarskiej, w której wykorzystane jest rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego i społecznego jednostki i środowiska, a także podejmowanie celowych i planowych działań, mających przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu, oraz ocenianie uzyskanych wyników.

Nauka w szkole jest obowiązkowa i z tego względu szkoła powinna zapewnić uczniom takie warunki, które nie zagrażałyby ich zdrowiu, lecz sprzyjały dobremu samopoczuciu i satysfakcji ze szkoły, budowaniu zasobów dla zdrowia. Wciąż aktualny, choć trudny do spełnienia, jest postulat wybitnego polskiego higienisty M. Kasprzaka „Uczeń powinien wyjść ze szkoły zdrowszy, niż do niej wszedł”.

Rozpoczęcie nauki szkolnej jest wielkim wydarzeniem dla całej rodziny. Każde dziecko chce iść do szkoły, pragnie się uczyć. Od stopnia gotowości dziecka do podjęcia nauki szkolnej zależy jego przyszły rozwój psychiczny i osobowy oraz otwarcie na wiedzę i potrzebę uczenia się.

Aby zrozumieć ucznia, kształcić i wychowywać go, pielęgniarka szkolna musi koniecznie znać i rozumieć nie tylko dziecko, musi znać także rodziców i środowisko, w jakim ono wzrasta. Niezbędną umiejętnością w każdej szkole jest diagnozowanie nie tylko potrzeb dziecka, ale i środowiska rodzinnego dziecka.

Podstawą aktywnej, twórczej i samodzielnej pracy pielęgniarki w nowoczesnym ujęciu jest diagnoza pielęgniarska, niezbędna dla rozwiązywania problemów pacjenta, zarówno w zakresie potęgowania, ochrony jak i przywracania zdrowia. Obiektem troski pielęgniarki w opiece opartej na założeniach procesu pielęgnowania jest człowiek przebywający w środowisku szkolnym oraz środowisko społeczne i fizyczne, w którym on żyje. Osobą kompetentną do świadczenia opieki w procesie pielęgnowania jest pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, która odpowiada przed: pacjentem, własną grupą zawodową, zespołem terapeutycznym i społeczeństwem. Pielęgnowując pacjenta pielęgniarka współpracuje z jego rodziną. Ważne jest takie osiągnięcie poziomu współpracy, aby podopieczny poczuł się współodpowiedzialny za własne zdrowie.

Diagnoza pielęgniarska w pielęgniarstwie szkolnym odnosi się do pojedynczego ucznia, z uwzględnieniem oddziaływań na jego środowisko, w którym przebywa, na co dzień lub do grupy (klasa, szkoła). Diagnoza pielęgniarska ma zastosowanie w każdej fazie zdrowia ucznia.

Z punktu widzenia stawiania diagnozy pielęgniarskiej w środowisku szkolnym, najważniejsze są pierwsze trzy fazy zdrowia ucznia, z uwagi na to, że podjęte na tym etapie działania, mogą wpłynąć na zmniejszenie problemów występujących ewentualnie w dalszych fazach. Poza tym opieka zdrowotna nad uczniem zawsze kojarzyła się z znajomością medycyną pozytywną (zapobiegawczą), w której zdrowie, znajomość nie choroba, zajmuje centralne miejsce.

Trafność diagnozy oraz zastosowanie najlepszych rozwiązań problemów pielęgnacyjnych, ma istotne znaczenie dla podnoszenia jakości opieki w środowisku nauczania i wychowania, którego liderem jest pielęgniarka szkolna oraz dla dalszych losów dzieci pozostających pod jej opieką.

Rozważając teoretyczne założenia pielęgniarstwa należy wspomnieć znajomość teorii pielęgnowania. Wśród głównych koncepcji pielęgnarskich, najbardziej przydatna w środowisku szkolnym, jest teoria Doroty Orem. Zgodnie z tą koncepcją, pielęgniarka powinna nauczyć ucznia (pacjenta):

- samooceny- uczeń powinien umieć ocenić swój stan zdrowia adekwatnie do wieku, poziomu wiedzy, środowiska, znajomość także sygnalizować w zrozumiały sposób stan swojego samopoczucia;

- samo opieki- uczeń powinien umieć wybierać zachowania prozdrowotne, a w stanach zagrożenia zdrowia podejmować właściwe decyzje;

- samo pielęgnacji- w przypadku choroby, uczeń powinien umieć szukać pomocy w placówkach medycznych, umieć rozmawiać z pracownikiem medycznym o swoich dolegliwościach, włączyć się do procesu diagnozowania i terapii.

Informacje potrzebne do diagnozy pielęgniarskiej muszą uwzględniać wszystkie obszary życia i aktywność ucznia.

Dokładna znajomość mechanizmów powstawania zjawisk wychowawczo niepożądanych pozwala na podjęcie skutecznej działalności profilaktycznej, terapeutycznej lub resocjalizacyjnej. Jednakże, aby takie działania podejmować, należy przeprowadzić dokładne zdiagnozowanie środowiska rodzinnego dziecka.

Diagnoza środowiska rodzinnego to bardzo złożony proces. Pod kątem rodziny możemy badać dziecko w wielu aspektach np. trudności dziecka w uczeniu się, kłopoty wychowawcze zdrowotne. Możemy też badać rodziców np. problem alkoholowy.

Pierwszym krokiem jest zebranie danych, ustalenie faktów, następnie zaś ustalenie diagnoz cząstkowych, po czym dochodzimy do oceny globalnej, konkluzji. W badaniach prowadzonych do zdiagnozowania rodziny posługujemy się różnymi metodami. Jedną z nich jest wywiad, czyli rozmowa kierowana, która prowadzi do uzyskania jak największej informacji o badanej osobie.

Diagnostując rodzinę staramy się pozyskać jak najwięcej informacji dotyczących warunków wzrastania dziecka w rodzinie.

I tak informacje dotyczą:

I. Grupa to pielęgnacja wzrostu dziecka

- - warunki materialne: praca i zarobki rodziców, stan zdrowia rodziców
- - warunki mieszkaniowe: ile osób zamieszkuje, podstawowy sprzęt czy dziecko ma swój pokój, swoje miejsce do zabawy czy nauki
- - umiejętność rodziców w zapobieganiu zagrożeniom, higiena zdrowotna, żywienie.

II. Grupa to kształtowanie postaw prospołecznych

- - atmosfera rodzinna
- - konflikty, awantury
- - styl wychowawczy

Tylko po dokładnym zbadaniu struktury rodziny, stosunków panujących w rodzinie, po uzyskaniu wszelkich niezbędnych danych możemy mówić o dalszych procesach diagnozy. Diagnoza jest zbieraniem informacji o dziecku, rozpoczynającym się od oceny faktycznych zachowań w relacji

do oczekiwanych. Tylko poprzez dobrze postawioną diagnozę możemy stwierdzić czy pojawiające się problemy zdrowotne mają swoje uwarunkowania genetyczne czy też są wynikiem innych zaburzeń lub procesów rozwijających się w dziecku.

Środowisko rodzinne możemy diagnozować w aspekcie potrzeb opiekuńczo-wychowawczych, czyli pod kątem niezaspokajania niezbędnych dla prawidłowego rozwoju dziecka zarówno psychicznych, jak i fizycznych potrzeb. Najczęściej przejawia się ono w głodzeniu dziecka, braku dbałości o jego higienę, ubranie, zdrowie, kształcenie.

Dziecko zaniedbywane charakteryzuje się stosunkowo niskim wzrostem i wagą, w porównaniu z rówieśnikami, apatią, biernością, ma zniszczone brudne, niedostosowane do pory roku ubranie.

Analizując tę problematykę należy pamiętać o wzajemnym przenikaniu się patologicznych form zachowań i o ich nakładaniu się. W efekcie tego zjawiska maltretowanie emocjonalne czy bierność formy przemocy fizycznej stają się niekiedy tożsame z zaniedbywaniem potrzeb psychicznych oraz fizycznych dziecka. Potrzeba, więc dokładnej diagnozy, aby podejmować odpowiednie kroki pomocy dzieciom.

Pielęgniarska diagnoza ucznia, to rozpoznanie stanu zdrowia ucznia i przewidywanie tendencji rozwojowych na podstawie aktualnych objawów (cech, parametrów, dolegliwości) opartych na znajomości prawidłowości związanych z rozwojem psychosomatycznym ucznia, jak też czynników, które mogą oddziaływać na stan jego zdrowia.

Diagnoza pielęgniarska jest istotnym elementem pracy pielęgniarki. Postawienie jej jest możliwe dzięki zgromadzeniu i przeanalizowaniu danych o uczniu i jego środowisku. Diagnoza pielęgniarska to „wnioski z danych o pacjencie, wskazujące na stan biopsychospołeczny człowieka, wymagający (lub niewymagający) pielęgowania, z uwzględnieniem genezy i prognozy tego stanu „Diagnoza pielęgniarska to ujęcie w formie słownej stanu biopsychospołecznego pacjenta. Pielęgniarka, stawiając diagnozę pielęgniarską, musi udzielić odpowiedzi na pytania:

- 1) Czy uczeń potrzebuje pomocy?
- 2) Kto ma udzielić uczniowi pomocy (pielęgniarka, lekarz, pedagog itd.)?
- 3) W jakim obszarze uczeń potrzebuje pomocy (w potęgowaniu zdrowia, w zapobieganiu chorobie, w opiece nad przewlekłym chorym, w likwidacji skutków choroby, w życiu z chorobą i/lub niepełnosprawnością)?

Przykłady diagnoz:

- nadwaga,
- częste bóle głowy,
- niedowidzenie,
- płaskostopie,
- niepełna rodzina, konflikty w rodzinie,
- nieprawidłowe odżywianie, mdłości,
- zaniedbania higieniczne, -ciąża,
- uczucie odrzucenia.

Rozwiązaniem najczęściej stosowanym w polskim pielęgniarstwie jest ujęcie i udokumentowanie diagnozy pielęgniarskiej w formie stwierdzenia, charakteryzującego określony stan (fakty, których pielęgniarka jest pewna w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie).

Takie rozwiązanie stwarza możliwość dużej dowolności w interpretacji rozpoznanego stanu, zależnie od wiedzy i umiejętności pielęgniarki, wymagań stawianych jej przez przełożonych oraz tzw. inwencji twórczej.

Nieuporządkowana wiedza z zakresu teorii pielęgowania, jak również różnorakie podejście do rozpoznawania stanu utrudnia stawianie diagnozy pielęgniarskiej, dlatego zostały

opracowane standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Celem standaryzacji było ujednolicenie procedur postępowania w medycynie szkolnej, tak aby umożliwić równy dostęp do profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieciom wszystkich typów szkół na terenie całego kraju, a także podnieść jakość opieki nad populacją w wieku szkolnym.

Katarzyna Bujak

Wady cewy nerwowej. Rola kwasu foliowego w organizmie człowieka

Dlaczego warto zainteresować się wadami cewy nerwowej? Odpowiedź na to pytanie jest prosta: wady te są nierzadkie, skutki często tragiczne, a etiologia i profilaktyka tych chorób-ciągłe słabo poznane. Na pewno dużą rolę odgrywa czynnik genetyczny, a więc części wad uniknąć się nie da. Dobrą informacją jest natomiast fakt, że podawanie kobiecie 0,4 mg kwasu foliowego na 3 miesiące przed planowaną ciążą oraz w ciągu pierwszego trymestru znacznie obniża ryzyko pojawienia się którejś z opisanych wad. Jednak nie wszystkie matki wiedzą, że zdrowie niemowlęcia należy zatroszczyć się jeszcze przed jego urodzeniem. Wiele kobiet, które nawet świadomie decydują się na macierzyństwo, nie zasięga porady personelu medycznego przed zajściem w ciążę.

W Polsce od 1997 roku prowadzony jest Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej, mający na celu upowszechnienie spożycia kwasu foliowego przez wszystkie kobiety w wieku rozrodczym. Również Narodowy Plan Zdrowia na lata 2004-2013 przewiduje zapobieganie wadom cewy nerwowej. Obowiązek wszechstronnego przygotowania młodego pokolenia do dorosłego życia, w tym do odpowiedzialnego rodzicielstwa spoczywa w znacznym stopniu na szkole-w szkole pracują specjaliści z zakresu różnych dziedzin edukacji zdrowotnej i wychowania w rodzinie (nauczyciele, pielęgniarki szkolne, pedagodzy, psycholodzy).

Czy Polski Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej zaowocuje zmniejszeniem częstości wad wrodzonych w populacji noworodków, będzie zależał od wielu czynników, w tym od zmiany wiedzy, postaw i zachowań kobiet w wieku rozrodczym oraz osób i instytucji kształtujących te zmiany. Istnieje jednak nadzieja, że dzięki działaniom, które wdraża program doprowadzi się do znacznego zmniejszenia częstości występowania wad układu nerwowego wśród polskich noworodków.

Celem głównym niniejszej pracy było przedstawienie wad cewy nerwowej, jako wad, które stanowią istotną przyczynę umieralności okołoporodowej, umieralności niemowląt oraz powodujących w różnym stopniu niepełnosprawność dziecka, a także związku kwasu foliowego z ich powstawaniem. Celem badawczym było sprawdzenie poziomu edukacji nastolatków w zakresie zdrowego rozwoju ciąży i wiedzy na temat korzyści z przyjmowania kwasu foliowego. Badania ankietowe zostały przeprowadzone wśród 100 dziewcząt szkół: gimnazjalnej, zawodowej i liceum ogólnokształcącego w Myszkowie.

Zgodę na wykonanie ankiet wyrazili Dyrektorzy wyżej wymienionych szkół: A. Okraska, A. Surma i E. Bugaj. Ankietę składała się z 26 pytań zamkniętych zaopatrzonej w załącznikach. 19 pytań z możliwością wyboru 1 odpowiedzi i 7 pytań z możliwością wielokrotnego wyboru. Na badanie wyraziło zgodę 100 uczennic w wieku 16, 17, 18 i 19 lat.

Wyniki z przeprowadzonych badań dowodzą, iż 98% dziewcząt wie, że ważne jest zdrowie zarówno kobiety jak i mężczyzny dla ich przyszłego dziecka, większość 82% zna okresy ciąży najbardziej podatne na działanie szkodliwych czynników. Dziewczęta wiedzą, iż chcąc urodzić zdrowe dziecko, trzeba zacząć się troszczyć jeszcze przed zajściem w ciążę - 84%. 85% poprawnie zaznaczyło wiek, który jest najbardziej niebezpiecznym dla przyszłej ciężarnej i jej dziecka. 73% ankietowanych potrafiło wymienić czynniki ryzyka dla ciężarnej i jej dziecka takie jak: promieniowanie jonizujące i niejonizujące, substancje chemiczne, praca zmianowa, w zapyleniu, hałasie, czy dźwiganie ciężarów, tylko 1 osoba nie potrafiła wymienić, ani jednego z czynników ryzyka. Dużym problemem dla badanych okazały się pytania z zakresu wiedzy na temat dziennego zapotrzebowania energetycznego kobiety ciężarnej, tylko 28% potrafiło podać prawidłową dzienną liczbę kalorii, a tylko 57% uznało, iż masa ciała ciężarnej ma wpływ na rozwój płodu. Dużą niewiedzą ankietowane wykazały się w znajomości czasu, kiedy kobieta, która może być w ciąży, może bezpiecznie wykonać badanie promieniami Roentgena, aż 68% nie miało wiedzy na ten temat, tylko 12 osób potrafiło prawidłowo określić ten czas. Również pytanie o znajomość drogi zakażenia toksoplazmozą pokazuje, iż należy uzupełnić wiedzę w tym temacie, 33% ankietowanych w ogóle nie słyszało o tej groźnej dla płodu chorobie. 97% nastolatek wie, iż wypalenie nawet niewielkiej ilości tytoniu ma działanie szkodliwe zarówno na zdrowie matki jak i na dziecko. Mniejszą wiedzę ankietowane mają na temat szkodliwego działania na płód alkoholu, 88% odpowiedziało, iż nie ma bezpiecznej dawki, 8% twierdziło, iż 10ml jest dawką bezpieczną, 1 osoba uznała 100ml za dawkę dopuszczalną do spożycia. Tylko nieco połowa ankietowanych dziewcząt 54% wie, iż kwas foliowy to witamina, a jako źródła wiedzy o nim podają zajęcia edukacyjne w szkole 53%. Równe 50% badanych ma wiedzę na temat czasu rozpoczęcia przyjmowania kwasu foliowego przez kobietę, 48% potrafi wymienić produkty szczególnie bogate w kwas foliowy, tylko blisko połowa 44% ma wiedzę na temat wad u dzieci wynikających z niedoboru tej witaminy, 22% nie zna żadnych korzyści z przyjmowania kwasu foliowego. Brak wiedzy badanych dziewcząt widać w znajomości czynników wpływających na bioprzyswajalność folianów z żywności, prawie połowa 46% nie miała wiedzy na ten temat oraz możliwości ryzyka przedawkowania kwasu foliowego 21% uznało, iż istnieje możliwość przedawkowania, a 36% nie wiedziało nic na ten temat.

Na podstawie przeprowadzonych przeze mnie badań można jednoznacznie stwierdzić, iż zainteresowanie młodych dziewcząt tematami dotyczącymi zdrowia kobiety i jej przyszłego dziecka jest bardzo duże 91%. Dlatego należałoby wykorzystać ten fakt i starać się rzetelnie przygotować młode osoby do poczęcia zdrowego potomka, ucząc jak zwiększyć potencjał swego zdrowia, umieć identyfikować ewentualne zagrożenia dla zdrowia przyszłego dziecka. Należałoby uzupełnić braki szczególnie w edukacji o kwasie foliowym: jego źródłach pochodzenia, czynników, które wpływają hamująco na przyswajalność z pożywienia oraz wielkich korzyści jakie daje nam ta witamina zapobiegając nie tylko wadom cewy nerwowej, ale również działaniom profilaktycznym w chorobach serca, czy niedokrwistości. Jak wykazały moje badania, tylko 3 ze 100 badanych dziewcząt przyjmuje codziennie kwas foliowy, dlatego jest bardzo ważne, aby dążyć do upowszechnienia stosowania codziennie przez kobiety w wieku przedkoniecznym 0,4 mg tej witaminy. Mając na uwadze fakt, iż młodzież obecnie wcześniej podejmuje inicjację

seksualną, a znaczny procent ciąży jest nieplanowana, należy dążyć do skutecznego realizowania tego celu.

Małgorzata Kozak

Organizacja pomocy społecznej

Pomoc społeczna

- działanie, którego zasadę stanowi „dopomaganie w rozwoju”, zakładające świadome współuczestnictwo i współpracę korzystającego z pomocy, którego nie zwalnia się z odpowiedzialności za siebie; to działanie mające charakter powszechny, nieograniczony
- swoistymi warunkami udzielania pomocy, propagujące swoje poczynania (np. poradnie rodzinne, kluby seniora, kluby pacjenta, świetlice młodzieżowe)
- świadczenia społeczne, które nie wynikają z określonych uprawnień ubezpieczeniowych ani zapomogowych, a dotyczą osób znajdujących się w sytuacji wymagającej pomocy
- katalog dóbr (zasiłki, pomoc w naturze, usługi) świadczonych przez właściwe organizacje, przede wszystkim publiczne, osobom, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej i w związku z tym potrzebują pomocy
- instytucja polityki społecznej państwa, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości

Pomoc społeczna umożliwia przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych tym, którzy nie są w stanie sami ich pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Wspiera ich w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zadaniem pomocy społecznej jest także zapobieganie trudnym sytuacjom życiowym przez podejmowanie działań zmierzających do usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej (minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, wojewodowie) i samorządowej (marszałkowie województw, starostowie na poziomie powiatów oraz wójtowie, burmistrzowie (prezydenci miast) na poziomie i gmin. Realizując zadania pomocy społecznej współpracują oni, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Prawo do świadczeń z pomocy społecznej przysługuje:

- osobom posiadającym obywatelstwo polskie, mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- cudzoziemcom mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, posiadającym zezwolenie na osiedlenie się, zgodę na pobyt tolerowany lub status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej,
- obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którzy uzyskali zezwolenie na pobyt.

Osoba lub rodzina, ubiegająca się o pomoc społeczną, może zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania (ośrodki znajdują się w każdej gminie). Decyzje o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy wymagają uprzednio przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego. Decyzje w sprawach świadczeń pomocy społecznej wydawane są w formie pisemnej. Od każdej decyzji służy prawo odwołania.

Prawo do świadczeń przysługuje osobom i rodzinom, których posiadane dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej. Od dnia 1 października 2006 r. dla osoby samotnie gospodarującej jest nim dochód nie przekraczający kwoty 477 zł, natomiast dla osoby w rodzinie - kwota 351 zł. Rada gminy, w drodze uchwały, może podwyższyć kwoty uprawniające do zasiłków okresowego i celowego.

Pomoc społeczna polega w szczególności na:

- przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń,
- pracy socjalnej,
- prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej,
- analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy.

Jednostki organizacyjne pomocy społecznej

Działania z zakresu pomocy społecznej z mocy ustawy wykonują organy administracji rządowej i samorządowej. Współpracują w tym zakresie z organizacjami społecznymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, fundacjami, stowarzyszeniami, pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Do **jednostek organizacyjnych pomocy społecznej** należą:

- regionalne ośrodki polityki społecznej
- powiatowe centra pomocy rodzinie
- ośrodki pomocy społecznej
- domy pomocy społecznej
- placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego
- placówki opiekuńczo-wychowawcze
- ośrodki adopcyjno-opiekuńcze
- ośrodki wsparcia
- ośrodki interwencji kryzysowej

Cele instytucji społecznej

Główne cele instytucji pomocy społecznej to:

- wsparcie osób i rodzin w przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej, doprowadzenie - w miarę możliwości - do ich życiowego usamodzielniania i umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka o
- zapewnienie dochodu na poziomie interwencji socjalnej - dla osób nieposiadających dochodu lub o niskich dochodach, w wieku poprodukcyjnym i osobom niepełnosprawnym
- zapewnienie dochodu do wysokości poziomu interwencji socjalnej osobom i rodzinom o niskich dochodach, które wymagają okresowego wsparcia
- zapewnienie profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym skutkami patologii społecznej, w tym przemocą w rodzinie
- integracja ze środowiskiem osób wykluczonych społecznie
- stworzenie sieci usług socjalnych adekwatnych do potrzeb w tym zakresie

Funkcje instytucji społecznej.

Pomoc społeczna realizuje funkcje jawne i funkcje ukryte.

Funkcje jawne to funkcje zamierzone, przewidujące skutki i konsekwencje, które przyczyniają się do adaptacji, modyfikacji i sprawnego funkcjonowania jednostki, grupy i systemu. Do podstawowych funkcji jawnych pomocy społecznej należą: funkcja kompensacyjna polegająca na niwelowaniu braków, luk, niedostatków i ograniczeń odnoszących się do zasobów, którymi jednostka (rodzina) dysponuje, jej sprawności fizycznej, psychicznej i intelektualnej lub zdolności/możliwości funkcjonalnych funkcja protekcyjna polegająca na ochronie, w tym ochronie praw i interesów, jednostek, rodzin i grup społecznie, ekonomicznie i politycznie najsłabszych funkcja promocyjna polegająca na umożliwianiu osiągnięcia poprawy sytuacji i pozycji społecznej, polepszeniu stopnia sprawności i zdolności funkcjonalnych, uzyskaniu awansu społecznego zarówno w wymiarze wewnątrz-, jak i międzygeneracyjnym

Ukryte funkcje pomocy społecznej tj. skutki niezamierzone i nieprzewidywalne, choć pełniące istotną rolę w życiu społecznym wiążą się z kontrolą społeczną, a więc utrzymywaniem istniejącej struktury społecznej. Instytucja pomocy społecznej, świadcząc usługi coraz szerszym kręgom odbiorców, przejmując jednocześnie nad nimi kontrolę. Jej celem będzie taka modyfikacja ich zachowań i podejmowania typów aktywności, by były zgodne z obowiązującymi normami społecznymi i funkcjonalne wobec systemu społecznego.

Personel instytucji pomocy społecznej

Personel instytucji pomocy społecznej stanowią pracownicy socjalni. W praktycznej działalności zawodowej pracownik socjalny powinien przyczyniać się do realizacji przynajmniej jednego z następujących szczegółowych celów pracy socjalnej, a mianowicie:

- 1) zapewnienia podstawowych warunków życia tym, którzy są ich pozbawieni - cel ratowniczy
- 2) zaspokajanie potrzeb, które nie mogą być realizowane samodzielnie w ramach innych instytucji cel kompensacyjny
- 3) minimalizowanie negatywnego wpływu tych czynników, które nie mogą być zmniejszone lub usunięte - cel protekcyjny
- 4) osiągnięcie bardziej satysfakcjonującego poziomu i jakości życia poprzez wspomaganie w rozwiązywaniu problemów, w pokonywaniu trudności - cel promocyjny
- 5) wzmacnianie zdolności grup i społeczności lokalnych do samodzielnego rozwoju i rozwiązywanie własnych problemów
- 6) efektywne organizowanie zróżnicowanych form pomocy, oraz zarządzania nimi

Kryteria przyznawania świadczeń

Pomocy społecznej udziela się z powodu

- ubóstwa,
- sieroctwa,
- bezdomności,
- bezrobocia,
- o niepełnosprawności,
- o długotrwałej lub ciężkiej chorobie,
- o przemocy w rodzinie,
- o potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- o bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,



- o braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówkę opiekuńczo-wychowawczą,
- o trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy,
- o trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- o alkoholizmu lub narkomanii,
- o zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- o klęski żywiołowej lub ekologicznej.

Prawo do świadczeń przysługuje osobom i rodzinom, których posiadane dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej, przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednej z w/w okoliczności. W systemie pomocy społecznej przez rodzinę rozumie się osoby spokrewnione i niespokrewnione, pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

Osobie odbywającej karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo do świadczeń z pomocy społecznej. Osobie tymczasowo aresztowanej zawieszają się prawo do świadczeń z pomocy społecznej. Za okres tymczasowego aresztowania nie udziela się świadczeń.

Zadania pomocy społecznej.

Pomoc społeczna polega przede wszystkim na:

- 1) przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń,
- 2) pracy socjalnej
- 3) prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej
- 4) analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej
- 5) realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych
- 6) rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych i potrzeb

Obowiązek zapewnienia realizacji zadań pomocy społecznej spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego oraz na organach administracji rządowej w zakresie ustalonym ustawą.

ZADANIA POMOCY SPOŁECZNEJ REALIZOWANE PRZEZ GOPS

Do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy:

1. Opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka;
2. Sporządzanie bilansu potrzeb gminy w zakresie pomocy społecznej;
3. Udzielania schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym;
4. Przyznawanie i wypłacanie zasiłków okresowych;
5. Przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego;
6. Przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia;
7. Przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowego;
8. Opłacanie składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe

za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie nie zamieszkującymi matką, ojcem, lub rodzeństwem;

9. Praca socjalna;
10. Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, w wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
11. Prowadzenie i zapewnienie miejsc w placówkach opiekuńczo - wychowawczych wsparcia dziennego lub mieszkaniach chronionych;
12. Dożywianie dzieci;
13. Sprawienie pogrzebu, w tym osobom bezdomnym;
14. Kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu;
15. Sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w wersji elektronicznej, z zastosowaniem systemu informatycznego;
16. Utworzenie i utrzymywanie ośrodka pomocy społecznej, zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników.

Do zadań własnych gminy należy:

1. Przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych;
2. Przyznawanie i wypłacanie pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze;
3. Prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki;
4. Podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznaczonych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych.

Do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminę należy:

1. Przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych;
2. Opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia;
3. Organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
4. Przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną;
5. Prowadzenie i rozwój infrastruktury środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
6. Realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia;

USŁUGI OPIEKUŃCZE

1. Świadczone są w miejscu zamieszkania osoby i obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
2. Usługi opiekuńcze świadczone są osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych uzasadnionych przyczyn wymagają pomocy innych osób.
3. Usługi opiekuńcze mogą być świadczone również osobom, które wymagają pomocy innych osób a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić.



4. Osoba wymagająca pomocy w formie usług opiekuńczych składa w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej wniosek oraz przedstawia dokumenty stwierdzające dochód a osoba zamieszkująca z rodziną również dochody wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
5. Osoby z orzeczoną I grupą inwalidzką, orzeczoną znacznym stopniem niepełnosprawności, orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji, przedstawiają orzeczenie właściwej komisji, inne osoby przedstawiają zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę udzielenia pomocy w formie usług opiekuńczych i w jakim zakresie.
6. W decyzji o przyznaniu świadczeń w formie usług opiekuńczych określa się ich zakres, okres, wysokość odpłatności, którą ponosi świadczeniobiorca, albo przysądza się te świadczenia nieodpłatnie.
7. Usługi opiekuńcze przysługują nieodpłatnie świadczeniobiorcom, których dochód na osobę i na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty określonej w art. 8 ust 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej.
8. Osoby, których dochód przekracza kwotę określoną w wyżej cytowanej ustawie ponoszą wydatki za usługi opiekuńcze zgodnie z uchwałą Rady Gminy.

KADRY POMOCY SPOŁECZNEJ

Pracownikiem socjalnym może być osoba, która posiada dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownik socjalny, dyplom wyższej szkoły zawodowej o specjalności praca socjalna, lub ukończone studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków pedagogika, politologia, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie.

Pracownik socjalny wchodzi w środowisko domowe klienta i ocenia jego sytuację życiową na podstawie informacji które gromadzi podczas wywiadu.

Po przeanalizowaniu danych uzyskanych podczas wywiadu pracownik socjalny ocenia czy klient poradzi sobie czy nie zbędna jest pomoc ośrodka.

Na podstawie zebranych informacji wydawana jest decyzja. Pracownik socjalny działa w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Przyznana pomoc ma charakter uznaniowy.

Po ogólnym opisie pomocy społecznej i zadań do niej

należących możemy mieć wrażenie że jest ona w stanie zaspokoić wszelkie potrzeby ludzi którzy znaleźli się w trudnej sytuacji. Mimo, że ustawa jest nowelizowana, kwalifikacje pracowników pomocy społecznej są ciągle podnoszone nie jest to w stanie zaspokoić potrzeb ludzkich i załagodzić trudne sytuacje życiowe. Mimo ciągle zmieniającym się przepisom i rozbudowanym polu działania pomocy społecznej widzimy duży przyrost ludzi którzy chcą, muszą korzystać z pomocy społecznej. Obecnie pomoc społeczna nie polega tylko na dawaniu świadczeń i braniu ich przez klienta, ale także na szerokiej współpracy klienta z ośrodkiem pomocy społecznej co ma na celu wyjście osoby z trudnej sytuacji życiowej w jakiej się znalazła.

Współpraca klienta z pracownikiem socjalnym jest bardzo ważna w przezwyciężeniu trudnej sytuacji. Osoba nie może tylko czekać na pomoc musi sama zaangażować się w wyjście z trudnej sytuacji.

Ośrodek pomocy i pracownik socjalny mogą pokazać:

- mocne strony osoby
- sposoby przezwyciężania trudnej sytuacji
- dać środki do usamodzielnienia się

Mimo tych wszystkich starań jeżeli osoba sama nie będzie chciała rozwiązać trudnego problemu nawet najlepsza pomoc okaże się bezowocna.

W chwili obecnej niepokojącym zjawiskiem jest leniwość osób które korzystają z pomocy społecznej. Osoby korzystające z pomocy społecznej są jak gdyby od niej uzależnione. To prowadzi do tego że nie widzą innej drogi do radzenia sobie z trudną sytuacją jak tylko korzystanie za świadczeń pomocy społecznej, osoby te często mają niską samoocenę, słabe wykształcenie lub są to osoby starsze. Osoby długo korzystające ze świadczeń pomocy społecznej przekazują swoje doświadczenia i nawyki rodzinie i tak po pewnym czasie ich dzieci również zaczynają korzystać z pomocy społecznej. Szacuje się że z pomocy społecznej może korzystać około 3 mln ludzi.

Z danych wynika że największa liczba ludzi korzystających z pomocy społecznej była w latach 1992-1993r. potem chwilowo wystąpiła stabilizacja. Dopiero po 2002r. grono osób korzystających z pomocy społecznej powiększyło się.

Dorota Macoch
Małgorzata Grzybowska



NOWA ERA SZKOLEŃ MEDYCZNYCH

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej i Paktu Północno-atlantycznego spowodowało zmianę spojrzenia na organizację systemów ratownictwa medycznego w naszym kraju. Pojawiła się konieczność dostosowania metod działania służb ratowniczych do standardów Światowych. Kluczowym elementem takiego systemu stał się jednolity sposób udzielania świadczeń zdrowotnych. Dotychczas standaryzacja była tylko zaleceniem, w chwili obecnej stała się koniecznością.

Z początkiem roku 2007 została wprowadzona w Polsce ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która zbliża nasz system opieki zdrowotnej do standardów światowych.

Warto więc przyjrzeć się, o co tak naprawdę chodzi w tym nowym porządku rzeczy i z czego on wynika, jak również, co

z tego wszystkiego wynika dla nas, jako pracowników szeroko rozumianej Służby Zdrowia.

Postępowanie w stanach zagrożenia życia to także umiejętność prowadzenia resuscytacji krążeniowo - oddechowej. Rozwój technik resuscytacyjnych opartych o badania naukowe można datować od końca lat 50- tych ubiegłego wieku. P. Safar wykazał, że najbardziej efektywną metodą wentylacji tzw. bezprzrządową, jest metoda usta – usta oraz to, że drogi oddechowe u nieprzytomnych pacjentów można udrożnić odginając głowę ku tyłowi i unosząc żuchwę. Nowoczesna resuscytacja zaczęła rozwijać się od lat 60-tych dwudziestego wieku, kiedy to W. Kouwenhoven zaprezentował technikę zewnętrznego masażu serca. Od 1961 roku P. Safar wskazał na połączenie wentylacji dodatnimi ciśnieniami z wykonywaniem uciskania klatki piersiowej. Wzajemne połączenie przywracania funkcji układu oddechowego i krążenia krwi zostało nazwane resuscytacją krążeniowo –

oddechową, w języku angielskim – cardiopulmonary resuscitation – CPR. Opracowany schemat postępowania znany powszechnie jako A – B – C (A – Airway - drogi oddechowe, B – Breathing - oddychanie, C – Circulation - krążenie) upowszechnił się na całym świecie. W 1991 roku po raz pierwszy wprowadzono pojęcie tzw. łańcucha przeżycia (chain of survival), a realizowanie poszczególnych jego ogniw miało zapewniać większą skuteczność postępowania w stanie zagrożenia życia.

Instytucje, które są odpowiedzialne za tworzenie standardów postępowania w stanach zagrożenia życia i ich ustawiczne udoskonalanie to między innymi Europejska Rada Resuscytacji (European Resuscitation Council – ERC)/w tym Polska Rada Resuscytacji – PRC, Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (American Heart Association – AHA) oraz Międzynarodowy Komitet Łącznikowy do spraw Resuscytacji (International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR).



Historia szkoleń w USA

Omawiając instytucje odpowiedzialne za tworzenie standardów należy rozpocząć od Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które już w roku 1963 powołało Committee on Cardiopulmonary Resuscitation. W roku 1966 National Academy of Sciences - National Research Council (NAS-NRC) podczas konferencji dotyczącej resuscytacji zaleciła prowadzenie szkoleń personelu medycznego w zakresie techniki zewnętrznego masażu serca zgodnej z zaleceniami AHA. Tym samym rozpoczęło się tworzenie systemów organizacyjnych zajmujących się opracowywaniem standardów postępowania resuscytacyjnego oraz szeroko rozumianą edukacją. Następną konferencją odbyła się w 1973 roku. Głównymi jej zaleceniami było upowszechnienie wśród całego społeczeństwa amerykańskiego metod prowadzenia resuscytacji krążeniowo – oddechowej, a także ustalenie, że szkolenie w zakresie resuscytacji musi być oparte o standardy AHA i tylko AHA może te standardy zmieniać (w oparciu o analizę danych naukowych i doświadczenia kliniczne). W 1979 roku, na kolejnej konferencji, oprócz zrewidowania dotychczasowych standardów i zaleceń dotyczących podstawowych i zaawansowanych metod podtrzymywania życia, zadecydowano także o tym, że wprowadzenie zmian dotyczących technik prowadzenia resuscytacji może nastąpić tylko wtedy, gdy zostaną udowodnione korzyści nowej metody. Opracowane standardy postępowania były kolejno uaktualniane w latach 1985, 1992, 1996, 1998, 2000 i 2005. Oficjalnym czasopismem AHA jest „Circulation”, Europejskiej Rady zaś „Resuscitation”. Coraz większe zainteresowanie upowszechnianiem metod postępowania w stanach zagrożenia życia wpłynęło na powstanie kursów zajmujących się tą tematyką. I tak w Stanach Zjednoczonych w 1973 wprowadzono dwa kursy: BLS (Basic Life Support) - obejmujący swoim zakresem podstawowe metody podtrzymywania życia i ACLS (Advanced Cardiac Life Support), który poszerzony został o zaawansowane metody podtrzymywania życia.

W 1978 roku został utworzony podkomitet działający pod auspicjami AHA, który opracował standardy postępowania w pediatrii dotyczące podstawowych metod podtrzymywania życia i zalecenia, co do resuscytacji noworodków (które zostały zaakceptowane na konferencji w 1979 roku). Jednak dopiero w 1988 roku wprowadzono trzy kursy: NRP (Neonatal Resuscitation Program) – dotyczący resuscytacji noworodków; PBLIS (Pediatric Basic Life Support) – dotyczący podstawowych metod podtrzymywania życia i PALS (Pediatric Advanced Life Support) – dotyczący zaawansowanych metod podtrzymywania życia. Oprócz przedstawionych wyżej kursów z zakresu resuscytacji krążeniowo – oddechowej, w Stanach Zjednoczonych w 1982 roku wprowadzono kurs BTLS (Basic Trauma Life Support) dotyczący podstawowych metod postępowania u poszkodowanego z urazem, który był oparty o wprowadzony wcześniej, w 1980 roku kurs dla lekarzy ATLS (Advanced Trauma Life Support). Celem kursu było nauczanie prowadzenia ewaluacji, technik resuscytacyjnych oraz zasad transportu poszkodowanego „urazowego”.

Historia szkoleń w Europie

W Europie organizacją zajmującą się problematyką postępowania w stanach zagrożenia życia jest Europejska Rada Resuscytacji – European Resuscitation Council (ERC). Została założona w 1989 roku jako rada interdyscyplinarna. Zadaniem ERC jest ochrona życia poprzez udoskonalanie standardów prowadzenia resuscytacji w Europie oraz koordynowanie aktywności europejskich organizacji zajmujących się tymi zagadnieniami. Oprócz tego, ERC tworzy standaryzowane programy nauczania, adresowane do społeczeństwa jak i pracowników medycznych (w tym lekarzy), koordynuje i promuje odpowiednie badania dotyczące resuscytacji, a także podnosi społeczną świadomość wymogów i ćwiczeń resuscytacyjnych w Europie.

W 1992 roku, na pierwszym naukowym kongresie w Brighton, ERC zaprezentowała „Zalecenia dla podstawowych metod podtrzymywania życia (BLS)” i „Zaawansowanych metod podtrzymywania życia (ALS)”. W 1994, na drugim kongresie w Moguncji, zostały zaprezentowane „Zalecenia dla podtrzymywania życia w pediatrii” i „Zalecenia dotyczące postępowania w zaburzeniach rytmu serca przed zatrzymaniem krążenia”.

W 1996, na trzecim kongresie w Seville, zostały zaprezentowane „Zalecenia dotyczące podstawowego i zaawansowanego postępowania dotyczącego dróg oddechowych i wentylacji podczas resuscytacji”. Zalecenia te zostały opublikowane w „Resuscitation”, które jest oficjalnym czasopismem ERC. Kolejne modyfikacje zaleceń miały miejsce w 1998, 2000 i 2005 roku. Europejska Rada Resuscytacji tworzy standaryzowane programy nauczania, które są podstawą organizowanych kursów. Kursy datuje się od 1992 roku i – tak jak w Stanach Zjednoczonych – można wyróżnić kurs BLS i ALS (Advanced Life Support). Kursy ALS początkowo odbywające się w Wielkiej Brytanii zostały rozpowszechnione w innych krajach europejskich. W 1994 roku, opracowano standardy postępowania dla dzieci, niemowląt i noworodków i następnie wprowadzono kurs pediatryczny APLS (Advanced Pediatric Life Support), którego obecna nazwa to EPLS (European Pediatric Life Support).

W 1996 roku stworzono także kurs PLS (Paediatric Life Support) adresowany głównie do lekarzy i pielęgniarek pracujących z dziećmi, a także kurs PHPLS (Pre-Hospital Paediatric Life Support) skierowany do lekarzy, pielęgniarek

oraz ratowników udzielających pomocy na etapie przedszpitalnym. Dodatkowo, pracownikom ochrony zdrowia pracujących z noworodkiem już od momentu jego narodzin, zaproponowano kurs NLS (Newborn Life Support).

W 1988 roku odbył się kurs dla lekarzy – ATLS (Advanced Trauma Life Support) – dotyczący zaawansowanych metod postępowania u poszkodowanego z urazem przejęty z USA w wersji niezmiennionej. Obecnie rozważa się wprowadzenie europejskiej wersji tego kursu. W ostatnich latach, wobec większej dostępności defibrylatorów i zasadności wczesnego wykonywania defibrylacji w przypadku migotania komór, wprowadzono kursy AED (Automated External Defibrillation), których celem jest nauczenie posługiwania się automatycznymi zewnętrznymi defibrylatorami.

Wytyczne dotyczące stosowania zewnętrznych automatycznych defibrylatorów zostały opracowane przez ERC w 1998 roku, a ostatnie zmiany pochodzą z 2005 roku. Po 2000 roku stworzono jeszcze kurs ILS (Immediate Life Support) adresowany do pracowników ochrony zdrowia, którzy dość rzadko spotykają się z pacjentem, u którego doszło do zatrzymania krążenia.

Grupa ILCOR

Międzynarodowy Komitet Łącznikowy do spraw Resuscytacji (International Liaison Committee on Resuscitation - ILCOR) powstał w 1992 roku, a w jego skład weszły następujące podmioty: ERC, AHA, Australijska Rada Resuscytacji, Rada Resuscytacji Południowej Afryki, Rada Resuscytacji Ameryki Łacińskiej. Celem powołania tej grupy było stworzenie międzynarodowych zaleceń postępowania w stanach zagrożenia życia weryfikowanych w oparciu o zmieniającą się wiedzę z tego zakresu. Pierwsze wytyczne ILCOR zostały przedstawione w 1997 roku na konferencji w Brighton i opublikowane w kwietniu tego samego roku w „Resuscitation” i „Circulation”. Kolejne zweryfikowane algorytmy zostały przedstawione w 2000 i 2005 roku.

System szkolenia w Polsce

W Polsce od marca 2002 roku działa Polska Rada Resuscytacji, która oprócz upowszechniania wiedzy dotyczącej postępowania w stanach zagrożenia życia prowadzi kursy pod auspicjami ERC. Obecnie prowadzone w Polsce kursy to: BLS/AED, ALS/ACLS, EPLS, NLS, ILS, BTLS, PHTLS.

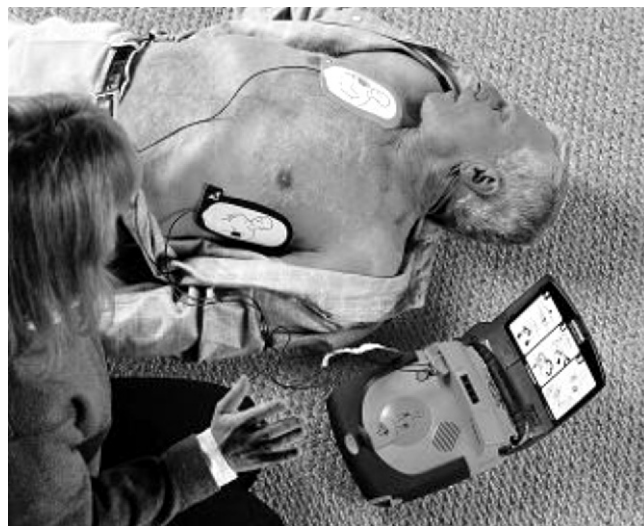
Charakterystyka kursów

Kurs BLS (Basic Life Support) - obejmuje swoim zakresem podstawowe metody podtrzymywania życia dorosłych, a jego celem jest takie wyszkolenie uczestników, aby umieli rozpoznać zatrzymanie krążenia i oddychania oraz jak najszybciej rozpocząć postępowanie, polegające na prowadzeniu ucisków



klatki piersiowej i oddechu zastępczego. Tematyka zajęć jest poszerzona o specyficzne sytuacje związane z zatrzymaniem krążenia takie jak np. podtopienie, hipotermia, porażenie prądem. Dużo miejsca poświęca się profilaktyce zatrzymania krążenia stąd szczegółowo mawiane jest postępowanie w zawale serca i zadiławieniu. Kurs realizowany jest w formie wykładów oraz ćwiczeń praktycznych.

Kurs AED (Automated External Defibrillation) jest głównie poświęcony obsłudze automatycznego defibrylatora zewnętrznego. Szkolenie w tym zakresie jest łączone z postępowaniem w stanach zagrożenia życia na poziomie podstawowym i realizowane jako kurs BLS/AED.



Kurs ILS (Immediate Life Support)

Cele kursu: Ustandaryzowanie istniejących procedur wewnątrzszpitalnego postępowania w przypadku zatrzymania krążenia; Szkolenie personelu medycznego zakresie podstawowych czynności resuscytacyjnych, przyrządowego udrażniania dróg oddechowych oraz bezpiecznego przeprowadzenia defibrylacji /zarówno manualnej jak i przy wykorzystaniu AED/; Szkolenie personelu medycznego w celu umożliwienia prawidłowego postępowania z pacjentem w stanie zatrzymania krążenia, aż do momentu przybycia zespołu resuscytacyjnego; Szkolenie członków zespołu resuscytacyjnego

Kurs ACLS (Advanced Cardiac Life Support) w USA, w Europie ALS (Advanced Life Support) koncentruje się głównie na zaawansowanych metodach podtrzymywania życia u dorosłych.

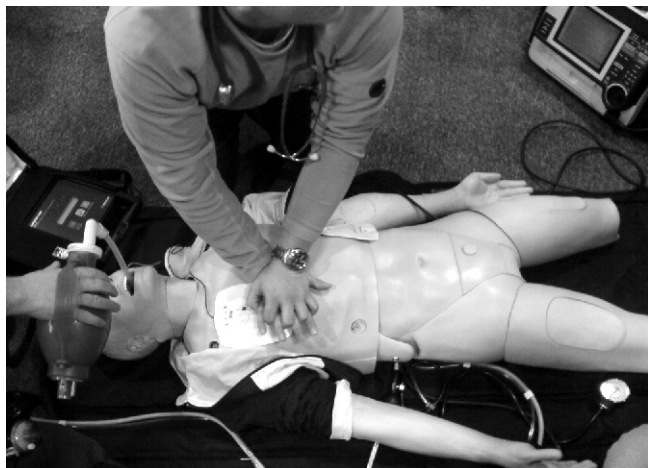
Kurs kierowany jest do grup zawodowych zajmujących się pacjentami w stanie zagrożenia życia: lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, pracujących w miejscach wzmocnionym nadzorze medycznym /OIOM, IT, Izby Przyjęć, SOR, Pogotowie Ratunkowe. Kandydaci powinni posiadać doświadczenie zawodowe oraz odpowiednie kwalifikacje medyczne.

Głównym elementem przekazywania wiedzy są ćwiczenia w małych grupach /do ośmiu osób na 2-3 instruktorów/ przy wykorzystaniu scenariuszy symulowanych na manekinach przystosowanych do wykonywania zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (dostęp dożylny, wentylacja przyrządowa, intubacja, możliwość generowania zaburzeń rytmu serca, wykonanie defibrylacji).

Ćwiczenia i warsztaty: Zaopatrzenie dróg oddechowych; Monitoring, rozpoznawanie zaburzeń rytmu – ocena dwunastoodprzewodzeniowego EKG; Defibrylacja; Zaburzenia rytmu serca – leczenie; Równowaga kwasowo-zasadowa;

Zatrzymanie krążenia – scenariusze ćwiczeniowe; Zatrzymanie krążenia w sytuacjach szczególnych /zanurzenie, podtopienie, hipotermia, ciąża, anafilaksja, zatrucie, astma, hypowolemia/

Kursanci poddawani są ocenie podczas symulowanych scenariuszy. Podlegają jej ich umiejętności w zakresie prowadzenia podstawowych czynności resuscytacyjnych, przeprowadzenia w bezpieczny sposób defibrylacji oraz znajomości algorytmów postępowania w stanach zagrożenia życia.



Kursy pediatryczne są podobne do kursów BLS i ALS. Odpowiednio na poziomie podstawowym nauczane jest postępowanie w stanie zagrożenia życia u dziecka, niemowlęcia oraz noworodka. **Kurs EPLS (European Pediatric Life Support)/PALS (Pediatric Advanced Life Support)** omawia postępowanie prowadzone u pacjentów pediatrycznych na poziomie zaawansowanym, z wykorzystaniem sprzętu resuscytacyjnego oraz leków.

Szkolenie personelu medycznego w zakresie wczesnego rozpoznawania dziecka w stanie niewydolności oddechowej lub krążeniowej. Rozszerzenie wiedzy i umiejętności praktycznych wymaganych do przeprowadzenia interwencji zapobiegających rozwinięciu się niewydolności oddechowej lub zatrzymania krążenia u pacjentów pediatrycznych.

Adresaci kursu: Personel medyczny: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni pracujący bezpośrednio z pacjentami pediatrycznymi. Powinni oni posiadać doświadczenie i odpowiednie kwalifikacje medyczne.

Wykłady: Rozpoznanie dziecka poważnie chorego; Wprowadzenie do zaopatrywania dróg oddechowych; Zaburzenie rytmu serca; Pacjent po urazie – zaopatrzenie; Resuscytacja noworodka; Opieka poresuscytacyjna.

Stacje ćwiczeniowe: Podstawowe czynności resuscytacyjne;



Algorytm postępowania w przypadku ciała obcego w drogach oddechowych; Udrażnianie dróg oddechowych; Stabilizacja kręgosłupa szyjnego – unieruchomienie; Dostęp donaczyniowy; Płynoterapia, leki; Bezpieczna defibrylacja; Zaburzenia rytmu serca.

Scenariusze: Niewydolność oddechowa; Niewydolność krążenia – urazy; Zatrzymanie krążenia; Resuscytacja noworodka.

Pokazy: Demonstracje działań przez grupę doświadczonych instruktorów mającą na celu przekazanie, na podstawie symulowanych scenariuszy, umiejętności oceny krytycznie chorego dziecka i podjęcie właściwych decyzji terapeutycznych. Odbývają się one przy wykorzystaniu elementów pozytywnej krytyki.

Kurs NLS (Newborn Life Support Course)

Celem kursu jest wprowadzenie i ujednolicenie zasad postępowania w trakcie resuscytacji noworodka bezpośrednio po urodzeniu w oparciu o wytyczne ERC 2005. Kurs szczególnie koncentruje się na umiejętnościach kontroli temperatury, praktycznego zaopatrzenia drożności dróg oddechowych a także wykonywaniu wentylacji wspomaganej. Kurs jest adresowany do wszystkich pracowników ochrony zdrowia, którzy mogą brać udział w resuscytacji noworodka. A w szczególności lekarze neonatolodzy, anestezjologowie, pediatrzy, zespoły pomocy doraźnej (szczególnie karetki N), położne, pielęgniarki oddziałów noworodkowych i położni-czych.

Kursy dotyczące postępowania w urazach podzielone zostały odpowiednio na dwa poziomy. **Kurs BTLS (Basic Trauma Life Support)** dotyczy podstawowych metod postępowania u poszkodowanego z urazem, a kurs **ATLS (Advanced Trauma Life Support)** postępowania prowadzonego na poziomie lekarskim.

Tematyka zajęć BTLS obejmuje podstawy teoretyczne powstawania urazów, prowadzenie ewaluacji oraz specyfikę ratowania pacjenta „urazowego”. Zakres tematyczny kursu ATLS jest podobny do BTLS, ale przedstawiony bardziej szczegółowo z uwzględnieniem postępowania z wykorzystaniem metod inwazyjnych. Podczas zajęć praktycznych uczestnicy mogą wykonywać np.. konikotomię, konikopunkcję, drenaż klatki piersiowej na materiale zwierzęcym.



Wszystkie zaprezentowane kursy organizowane przez ERC i AHA odbywają się na podobnej zasadzie. Każdy uczestnik, około miesiąca przed rozpoczęciem kursu, otrzymuje materiały obejmujące swym zakresem całość tematyki i na szkolenie przychodzi w pełni przygotowany. Czas trwania poszczególnych kursów nie jest jednakowy i wynosi od dwóch do trzech dni.

Zajęcia są bardzo skoncentrowane i odbywają się od rana do późnego popołudnia. Formą zajęć są wykłady i ćwiczenia praktyczne. Celem wykładów jest przypomnienie wiadomości i ewentualne wyjaśnienie powstałych wątpliwości. Najważniejszą jednak częścią szkolenia są zajęcia praktyczne prowadzone z wykorzystaniem fantomów. Fantomy służą do nauki prostych czynności np. udrażniania dróg oddechowych, jak i naśladowanie pacjenta podczas prowadzenia zaawansowanej resuscytacji. W trakcie zajęć prowadzone są symulacje różnych przypadków klinicznych, a uczestnik kursu musi zademonstrować na fantomie jak w tym konkretnym przypadku będzie ratował pacjenta. Każdy kurs kończy się egzaminem składającym się z części pisemnej (test) oraz praktycznej (rozwiązanie przypadku klinicznego połączone z demonstracją na fantomie). Uczestnik, który zdał egzamin otrzymuje certyfikat.

Metodyka prowadzenia kursów

Na kursach, podczas zajęć praktycznych stosowana jest tzw. „metoda czterech kroków” („four stage method of teaching skills”). Ta czteroetapowa metoda nauczania umiejętności praktycznych jest bardzo skuteczna i godna szerszego upowszechnienia. Polega na przeprowadzaniu wszystkich ćwiczeń według jednolitego schematu, składającego się z czterech części. W kolejności jest to „cicha demonstracja” - instruktor wykonuje nauczaną procedurę w realnym czasie, bez jakiegokolwiek komentarza, następnie odbywa się „demonstracja z komentarzem” - instruktor prezentuje nauczaną procedurę w zwolnionym tempie omawiając i objaśniając jej poszczególne elementy, kolejnym etapem jest „wykonanie procedury przez instruktora, według wskazówek uczestnika kursu” - wybrana spośród kursantów osoba omawia po kolei poszczególne etapy nauczanej czynności praktycznej, które nadal wykonuje instruktor, a ostatnim elementem jest „samodzielne wykonanie i omówienie procedury” - uczestnik kursu sam wykonuje poszczególne czynności omawiając je.

Mimo niewielkich różnic, jakie istnieją między amerykańskimi i europejskimi kursami, spełniają swoją rolę. Ich celem jest bowiem szkolenie tych wszystkich osób, którym tematyka ratownictwa jest bardzo bliska i chcą poszerzyć swoją wiedzę oraz udoskonalić umiejętności w tym zakresie.



Nadal tworzonych jest wiele nowych kursów jak np. **IMPACT (Ill Medical Patients Acute Care and Treatment)**, który powstał w Wielkiej Brytanii w 2002 roku. Celem tego kursu jest zwrócenie uwagi na zmiany w stanie klinicznym pacjentów,

które poprzedzają zatrzymanie krążenia, jak najszybsze ich rozpoznanie i leczenie. W Polsce warto rozpowszechnić kursy, które sprawdziły się w innych krajach, ale także stworzyć własne i dla zwiększenia efektywności nauczania zastosować sprawdzone metody dydaktyczne, rozpowszechnić „metodę czterech kroków”, wydłużyć czas przeznaczony na ćwiczenia praktyczne kosztem teorii oraz wprowadzić na zajęciach technikę symulacji.

European Trauma Course

Kurs trwa trzy dni. Uczestnicy kursu zapoznają się wcześniej z podręcznikiem ponad 300 stron. Kurs przygotowuje do pracy w zespole resuscytacyjnym, działającym w oddziale ratunkowym, który to zespół przejmie pacjenta urazowego po zaopatrzeniu przedszpitalnym. Główny nacisk położony jest na symultaniczne badanie i resuscytację pacjenta wg schematu ABCDE. Kurs w większości wypełniają ćwiczenia praktyczne, w małych, czteroosobowych grupach. W programie są tylko 3 wykłady oraz 2 pokazy. Podobnie jak inne kursy zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych pozwala nie tyle nabyć nowe umiejętności praktyczne, ile systematyzuje i nakreśla priorytety w oparciu o posiadane doświadczenie i wiedzę merytoryczną, również tą nabytą w wyniku lektury podręcznika.

Postępowanie z pacjentem urazowym, zarówno diagnostyczne jak i terapeutyczne bywa przedmiotem kontrowersji. Nie wypracowano obowiązujących wytycznych postępowania, nie istnieje bowiem konsensus na poziomie międzynarodowym w tym zakresie. Dlatego kurs odwołuje się w wielu miejscach do lokalnie obowiązujących protokołów postępowania.

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy.

Wiele badań, które sprawdzały wiedzę i umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo – oddechowej udowodniło, że wiedza dotycząca postępowania w stanach zagrożenia życia jest zapominana, a umiejętności

praktyczne obniżają się. Ponadto zostało zbadane działanie naszego umysłu w stresie i wyniki są jednoznaczne: w momencie stresu zostają odcięte obszary, które zajmują się myśleniem złożonym, a przechodzimy do prostych, dobrze znanych schematów, które wypracować może jedynie ćwiczenie i praktyka. Jeśli nie mamy wypracowanych tych dobrych schematów, cóż... wiemy dobrze jak wtedy wyglądają nasze działania. Wieloletnia nauka treści okazuje się nieskuteczna w sytuacjach krytycznych i wymagających podjęcia szybkich decyzji, jeśli nie jest poparta wyćwiczonymi standardami oraz praktyką. Dotyczy to nie tylko szkolenia przeddyplomowego, ale także podyplomowego. Studenci medycyny, lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni niestety zapominają i mają luki w wiedzy z zakresu resuscytacji. Ponadto system kształcenia kadr medycznych wciąż opiera się głównie o nauczanie w teorii, z której połowa jest bezużyteczna, a nabywanie umiejętności zakłada dopiero w pracy i uczymy się, często na własnych błędach. Stąd potrzeba ustawicznego szkolenia i podnoszenia umiejętności praktycznych, także wśród grupy lekarzy anestezjologów i medycyny ratunkowej.

Michał Wieczorek
Specjalista Ratownictwa Medycznego
Instruktor ERC i AHA



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koło Liderów Pielęgniarstwa przy ZG PTP

**serdecznie zapraszają do udziału
w IV Ogólnopolskim Konkursie
„Pielęgniarka Roku 2008”**

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konkursie

Liczymy na szerokie rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu;

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach do dn. 31.01.2009r.
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP dn. 7.03.2009r godz. 12.00
- III etap - prezentacja własna (szczegóły Komunikat nr 2, strona www.ptp.nal.pl)

W celu dodatkowych informacji prosimy o kontakt:
Dorota Jacyna tel. (0-22)861-02-46 kom. 0-509-759-219
e-mail: djacyna@onet.pl

Regulamin IV Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2008”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej

2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.

3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnich, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.

4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.

5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP (fax 042 29 803 67 lub adres na stronie: <http://www.ptp.nal.pl/> - PTP - Piel. Roku w terminie do dnia 31.01.2008 r.

6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do 15.02.2009r. przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.

7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.

8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, Zasad Etyki Polskiej Pielęgniarki, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.

10. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone, z przebiegu tego etapu zostanie sporządzony protokół i tego samego dnia zostanie ogłoszony zwycięzca eliminacji. Wyniki testu – liczba uzyskanych punktów nie zostaną podawane do publicznej wiadomości. Komisja Konkursowa ogłasza jedynie nazwisko zwycięzcy II etapu.

11. Do następnego etapu przechodzi osoba z największą liczbą zdobytych punktów. W przypadku większej liczby osób z tą samą liczbą punktów, wszystkie te osoby zostają zakwalifikowane do kolejnego etapu Konkursu.

12. Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.

13. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.

14. „Pielęgniarka Roku 2008” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany macierzystego ZOZ i który w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.

15. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie www.ptp.nal.pl.

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA KONKURSU

„PIELĘGNIARKA ROKU 2008”

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

1. Miejsce pracy

5. Stanowisko

6. Staż pracy w zawodzie

7. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Tak * od kiedy

Nie*

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

Tak * jaka

.....

.....

.....

Nie*

*odpowiedź zaznacz krzyżykiem

.....
podpis i pieczęć przełożonego

.....
podpis kandydata

Data



**Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Częstochowie
ul. Bialska 104/118 ogłosiła konkursy
na stanowiska Pielęgniarek
Oddziałowych:**

1. oddziału Noworodków i Wcześnieaków na
2. oddziału Nefrologii
3. oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym
4. oddziału Neurochirurgii z Pododdziałem Chirurgii
Szczakowo - Twarzowej
5. oddziału Kardiologii ze Stanowiskami Intensywnego
Nadзору
6. oddziału Chorób Płuc
7. oddziału Rehabilitacji

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

Drogiej koleżance **Krystynie Mizerskiej**
Przełożonej Pielęgniarek Przychodni
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci
Mamy

składają: Przewodnicząca i pracownicy Biura Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
oraz członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Przełożonej Pielęgniarek Przychodni
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie
Krystynie Mizerskiej
serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci
Mamy

składają pielęgniarki i położne Wojewódzkiego Szpitala
Zespołowego w Częstochowie

Koleżance
Krystynie Mizerskiej
Przełożonej Pielęgniarek Przychodni
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie
wyraży szczerego żalu i słowa otuchy
z powodu śmierci

Mamy
składają pielęgniarki i położne z Przychodni
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie

Pani
Elżbiecie Połys
Kierownikowi Centralnej Sterylizacji
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca
składają pielęgniarki oraz pracownicy Centralnej Sterylizacji
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego

KALENDARIUM

04-05 X - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Sympozjum Interdyscyplinarnym pt. „Endokrynologia a Oko”. Sympozjum odbyło się w Teatrze i mA. Mickiewicza w Częstochowie.

09 X - W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie na temat „Cukrzyca jako problem społeczny” w szkoleniu udział wzięły 22 osoby.

16 X - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu z Okręgowym Inspektorem Pracy w Katowicach Panią Teresą Różańską w sprawie nie przestrzegania przez pracodawców minimalnych norm zatrudnienia oraz w sprawie sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w Domach Pomocy Społecznej. W wyniku spotkania ustalono również termin szkolenia w zakresie „Rozwiązywania konfliktów w zakładach pracy”. Szkolenie przeprowadzi inspektor w dniu 05.11.2008 roku w godzinach od 9.00 do 14.00 w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

16 X - W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie na temat „OPIEKA NAD MATKĄ I NOWORODKIEM – NIEZBĘDNIK LAKTACYJNY” Prowadząca: mgr Katarzyna Asztabska, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC), członek zarządu Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. W szkoleniu udział wzięły 34 osoby.

16 X - W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

21 X - W związku ze strajkiem pielęgniarek i położnych Przewodnicząca ORPiP odwiedziła Miejski Szpital Zespołowy przy ul. Mirowskiej 15.

22 X - W siedzibie OIPIP Przewodnicząca oraz Radca Prawny spotkali się z Pielęgniarkami, zatrudnionymi w Domach Pomocy Społecznej. Tematem spotkania była próba odmedycznienia Domów Pomocy Społecznej.

28 X - W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Zmian Systemowych, zaopiniowano następujące projekty aktów prawnych:

- a) Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych, - po naniesieniu uwag projekt przesłano do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych KPL/60/08
- b) Projekt Ustawy o zmianie ustawy w ochronie zdrowia psychicznego - po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono KPL/61/08
- c) Projekt Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych - po przeprowadzeniu analizy dokumentacji nie naniesiono uwag KPL/62/08
- d) Projekt Ustawy o zmianie ustawy o ustawy o Krajowym Rejestrze Karnym o zmianie niektórych innych ustaw po przeprowadzeniu analizy dokumentacji, uwag nie naniesiono KPL/63/08
- e) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania o uznanie kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych po przeprowadzeniu analizy dokumentacji, uwag nie naniesiono KPL/64/08
- f) Projekt Ustawy o negocjacyjnym systemie ustalenia przyrostu wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw - projekt w trakcie przeprowadzenia analizy dokumentacji KPL/65/08



29 X - W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad następującymi sprawami: - rozpatrzone 24 wnioski o dofinansowanie na łączną kwotę 9810.00 zł - rozpatrzone wnioski o zakwalifikowanie na kształcenie dla 27 osób.

30 X - W siedzibie OIPiP firma Pelargos przeprowadziła szkolenie na temat „ Czy wystąpieniu AZS można zapobiec? Masaż noworodka. Fizjologia i patologia błony śluzowej nosa. Woskowina – fizjologia czy patologia?“, w szkoleniu udział wzięły 34 osoby.

31 X - W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – podjęto siedem uchwał. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:

- dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 24 pielęgniarek zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego,
- udzielić pomocy finansowej dla jednej pielęgniarki

05 XI - W siedzibie OIPiP odbyło się szkolenie na temat „Konflikty, mediacje negocjacje“, prowadzący: Inspektor Państwowej Inspekcji Pracy w Katowicach Pan Matusz Warchał. W szkoleniu udział wzięły 24 osoby.

05 XI - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w Warszawie

06 XI - W siedzibie OIPiP odbyło się szkolenie na temat „Prawo a wykonywanie zawodu“, uczestniczyły w nim 34 pielęgniarki i położne.

06 XI - W siedzibie OIPiP przeprowadzona została kontrola Komisji Rewizyjnej.

07 XI - W siedzibie OIPiP odbyło się szkolenie na temat „Cukrzyca jako problem społeczny“ w szkoleniu udział wzięło 30 osób.

07 XI - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu w Katowicach w sprawie zatrudniania Pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej.

GODZINY PRACY BIURA OIPiP

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-pt 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 18.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.00 - 9.00 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
ŚRODA dyżur do godziny 17.00

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

25 styczeń 2008r godz. 12.30
22 luty 2008r godz. 12.30
28 marzec 2008r godz. 12.30
25 kwiecień 2008r godz. 12.30
21 maj 2008r godz. 12.30
27 czerwiec 2008r godz. 12.30

25 lipiec 2008r godz. 12.30
29 sierpień 2008r godz. 12.30
11 wrzesień 2008r godz. 12.30
31 październik 2008 godz. 12.30
21 listopad 2008r godz. 12.30
19 grudzień 2008r godz. 12.30

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

6 marzec 2008r godz. 12.30
18 czerwiec 2008r godz. 12.30
25 wrzesień 2008r godz. 12.30
11 grudzień 2008r godz. 12.30



Łatwy dostęp do pieniędzy.

Sprawdź już teraz!

Oferta pożyczki gotówkowej dla pielęgniarek i położnych

- ▶ Złożenie wniosku bez konieczności wizyty w banku - drogą telefoniczną!
- ▶ Minimum formalności - bez poręczycieli i zabezpieczeń.
- ▶ Stałe oprocentowanie - niezależne od kwoty pożyczki.
- ▶ Dostępna opcja ubezpieczenia spłaty pożyczki.
- ▶ Wymagane dokumenty: kserokopia dowodu osobistego oraz zaświadczenie o wysokości dochodów.

kod promocji: 35 198

**Zadzwoń by złożyć wniosek:
0 801 88 99 77 lub 022 314 01 50***

Podane raty zawierają całkowite miesięczne koszty pożyczki (Kapitał, Prowizję i Odsetki)

kwota pożyczki	3 000 PLN	10 000 PLN	15 000 PLN	30 000 PLN
18 miesięcy	192,67	642,26	963,39	1926,78
36 miesięcy	108,16	360,54	540,81	1081,62
48 miesięcy	87,38	291,28	436,93	873,86
60 miesięcy	75,14	250,47	375,71	751,42

Roczna rzeczywista stopa procentowa wyliczona dla całkowitego kosztu pożyczki w kwocie 30 000 PLN na 60 miesięcy wynosi 18,86%. Nominalne oprocentowanie wynosi 16,56% p.a. Całkowity koszt pożyczki w skali roku zawarty jest w racie. Oferta pożyczki gotówkowej dostępna przez infolinię.

HSBC Credit
The world's local bank

* Dzwoniąc pod numer infolinii proszę przygotować dowód osobisty oraz kod promocji. Infolinia czynna od poniedziałku do soboty w godzinach 9-21, w niedzielę w godzinach 10-21. Koszt połączenia jest równy cenie jednego impulsu za połączenie lokalne. Koszt połączenia na numer stacjonarny - według stawek operatora.

**W ostatnim numerze Biuletynu wkradł się błąd do poniższego wiersza.
Za pomyłkę przepraszamy Autora i Czytelników**

wydawca
firma BIRAKO

Najtrudniej

bo najtrudniej umierać
czekając długą nadzieją

bo najdalej do nieba
gdy rozpacz wgniata w ziemię

bo najbardziej kochać
chciałoby się
gdy nie ma
już nikogo

bo idziesz sam
boso
gdy rozżarzone
palą wszystkie ziarnka na pustyni
a w rzekach zabrakło wód

czy można inaczej
bo jest mniej
coraz mniej...

Agata Polak

PIEŁĘGNIARKA

SPECJALIZACJA: ANESTEZJOLOG, ASYSTENT OPERACJI

Opis stanowiska:

- praca na stanowisku pielęgniarki, jako pracownik anestezjologii oraz asystent operacji
- minimalna liczba godzin: 8
- stawka: 13,94 € /h – 22,12 € /h brutto w zależności od doświadczenia

Wymagania:

- wykształcenie pomaturalne lub wyższe z zakresu pielęgniarstwa
- dyplom potwierdzający specjalizację
- znajomość języka angielskiego lub niemieckiego
- doświadczenie pracy w zawodzie
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki ważne na terenie Polski
- dobry stan zdrowia
- odporność na stres

Zapewniamy:

- 100 % solidności ,pewną pracę
- zakwaterowanie
- ubezpieczenie zdrowotne
- opiekę polskich przedstawicieli
- bezpłatny przejazd z miejsca zakwaterowania do miejsca pracy



Posiadamy certyfikaty MGIP
Nr 1223/1b, 1223/3

PRAN[®]

POLISH RECRUITMENT AGENCY NETHERLANDS
recruiter for randstad

www.pran.eu

WWW.PRAN.EU

Opole: 077 40 22 060-62

Gliwice: tel. 032 335 40 90, 230 71 34

Gdańsk: tel. 058 301 88 33, 305 71 91

Szczecin: tel. 091 488 45 33, 488 45 34

anna.franciszkow@pran.org.pl



Promedica24 jest polską firmą, która powstała w 2004 roku w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie pracowników sektora medycznego migracjami zarobkowymi. Zatrudniamy pielęgniarki oraz opiekunki z Polski i Rumunii. Pomagamy znaleźć pracę w Europie Zachodniej lekarzom różnych specjalności oraz farmaceutom. Wyróżnia nas profesjonalizm gwarantujący bezpieczeństwo, atrakcyjne formy zatrudnienia oraz elastyczność oferowanych kontraktów. Zaufaj nam i podejmij wyzwanie.



NOWE OFERTY PRACY! PIELĘGNIARKA

– INSTYTUCJE SEKTORA MEDYCZNEGO

Niemcy



Gwarantujemy:

- zarobki **1500 – 3000 euro**
- zakwaterowanie i koszty podróży
- opiekę rezydenta na miejscu

Oczekujemy:

Cenimy polskie pielęgniarki za ich wiedzę i fachowość
– wymagamy tylko dobrej znajomości języka niemieckiego

Hiszpania



Gwarantujemy:

- pracę na cały etat w państwowych i prywatnych szpitalach
- atrakcyjne wynagrodzenie (uzależnione od oferty)
- pomoc w przygotowaniu formalności i wyjazdu
- KURS JĘZYKA HISPANIEGO przed wyjazdem

Oczekujemy:

- dyplomu pielęgniarki oraz min. 3-letniego doświadczenia w pracy
- gotowości do wyjazdu na minimum 1 rok

Wielka Brytania



Gwarantujemy:

- pracę na oddziałach ogólnych/chirurgicznych w państwowych szpitalach w południowej, nadmorskiej części Wielkiej Brytanii
- legalne zatrudnienie na cały etat na okres 9-u miesięcy z brytyjskim pracodawcą
- min. wynagrodzenie brutto w wysokości 13,24 GBP za godzinę pracy
- pomoc w przygotowaniu formalności i wyjazdu

Oczekujemy:

- rejestracji w NMC
- min. rocznego doświadczenia na równorzędnym stanowisku
- bardzo dobrej znajomości języka angielskiego

Rekrutacja na terenie całej Polski w naszych biurach w:
Bydgoszcz, Katowice, Opole, Poznań, Szczecin, Wrocław, Warszawa

Szczegóły na www.promedica24.pl
Skontaktuj się z nami telefonicznie **(022) 44 87 222**
mailowo praca@promedica24.pl lub wyślij sms **666 096 760**