

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



LISTOPAD 2009r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38



„Pokochaj jesień z niesamowitymi urokami”

Ja też namawiam do pokochania jesieni, to bardzo piękny i kolorowy czas. Dookoła widzimy czerwień winorośli i owoców dzikiej róży, drzewa w odcieniu mosiądzu i miedzi a opadające liście mienia się kolorami bursztynu i złota. W przydomowych ogródkach pozostały już tylko kolorowe astry i chryzantemy – kwiaty jesieni.

Okres jesienny zawsze sprzyja zadumie, refleksji i melancholii. Zdajemy sobie sprawę, że piękno lata odeszło już do lamusa a czas wakacji i odpoczynku minął.

Mimo, że słońce jest teraz bardziej urokliwe i pożądane, jest go coraz mniej, a długie wieczory sprawiają, że zaczynamy myśleć o upływającym czasie – o przemijaniu.

Niestety czas płynie bardzo szybko, wykorzystajmy więc każdą chwilę na pozytywne myślenie. Pomyślmy o tym, że już niedługo będzie Mikołaj – czas prezentów, później święta – czas radosnych spotkań przy stole Wigilijnym, a po zabawie sylwestrowej przyjdzie czas na narty i figle na śniegu. Po Nowym Roku dzień będzie już coraz dłuższy i piękniejszy, słońeczko zaświeci mocniej i wszystko dookoła Nas znów będzie kolorowe.

Starajmy się myśleć pozytywnie!

Tego sobie i Wam życzę!

*Pozdrawiam
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca OIPIP
w Częstochowie.*

W NUMERZE:

Sprawy samorządu	1
Kalendarium	4
Stanowiska / Pisma NRPiP	4
Konsultant krajowy	6
Radca prawny informuje	7
Konferencje	8
Stanowisko PTP	10
Prace autorskie:	
<i>Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)</i>	11
<i>Czym jest idea opieki paliatywno/hospicyjnej?</i>	13
<i>Wybrane metody pracy terapeutycznej z osobami przewlekle chorymi</i>	15
<i>Opieka nad chorem ze skazą krwotoczną</i>	16
Informacje	19
Kondolencje	20
Biblioteka	21
Ośrodek Kształcenia	24

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
0-503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora

Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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

**Oczekujemy Waszych opinii
i uwag dotyczących strony internetowej
oraz Biuletynu informacyjnego.
Dokładamy wszelkich starań, aby treści były
zawsze aktualne i wyczerpujące.**

**Nasza strona internetowa
www.oipip.czest.pl**

Zapraszamy!

**Napisz:
podziękowania,
gratulacje i inne artykuły,
a my wydrukujemy.**



Wyciąg z protokołu z posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku.

Podjęte uchwały:

Uchwała Nr 74/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 rok **w sprawie zmiany regulaminu komisji problemowych Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przyjętego Uchwałą Nr 33/V/2008 z dnia 06.03.2008 roku.**

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 74/V/2009 z dnia 23.09.2009 roku.

Regulamin Działania Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych

Podstawa prawna:

art. 4 ust 1 pkt. 13 Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19.04.1991 r. (Dz. U. Nr 41 póź. 178).

Rozdział I

PRZEPISY OGÓLNE

1. Fundusz ratujący życie tworzy się z odpisu składek członkowskich ujętych w planie finansowym oraz uchwalonym przez Zjazd budżecie.
2. Z funduszu mogą korzystać członkowie samorządu opłacający regularnie składkę członkowską przez co najmniej sześć miesięcy.
3. Decyzje o przyznaniu zapomogi podejmuje Komisja ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych bezwzględną większością głosów. Decyzję Komisji zatwierdza Prezydium Okręgowej Rady.
4. Komisja po rozpatrzeniu wniosku może odmówić udzielenia pomocy finansowej z pisemnym uzasadnieniem.
5. Wnioski niekompletne będą odsyłane do uzupełnienia w terminie 1 miesiąca, jeżeli nie będą spełniać wymogów formalnych zostaną załatwione odmownie.
6. Posiedzenia Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych odbywają się w trzeci czwartek miesiąca o godzinie 14:00.
7. Informacje o udzieleniu zapomogi można uzyskać następnego dnia po posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady (informacje o terminach posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady będą zamieszczone na stronie internetowej).
8. Komisja ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych prowadzi rejestr rozpatrywanych spraw oraz podjętych decyzji.
9. Przewodniczący Komisji składa sprawozdanie z jej działalności na posiedzeniach Okręgowej Rady.

Rozdział II

PRYZNAWANIE POMOCY FINANSOWEJ

1. Wnioski o udzielenie pomocy finansowej przyjmuje Sekretariat OIPIP w godzinach 8:00-15:00.
2. Zapomogi są bezzwrotne.
3. **Decyzje o wysokości zapomogi podejmuje Komisja ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Zapomoga wynosi nie więcej niż 2.000,00 zł, jeżeli jest przyznawana z uwagi na sytuację członka samorządu oraz nie więcej niż 700,00 zł, jeżeli jest przyznawane z uwagi na sytuację członka najbliższej rodziny członka samorządu.**
4. O pomoc finansową członek samorządu może ubiegać się jeden raz w roku.
5. Zapomoga jest przyznawana na wniosek:

- osoby zainteresowanej
 - członka rodziny
 - delegatów regionu wyborczego
6. Komisja podejmuje decyzję na podstawie wniosku o przyznanie zapomogi. Wniosek musi być zaopiniowany przez pełnomocnika i delegatów z danego rejonu wyborczego. W sytuacji braku pełnomocnika decyzję podejmuje Okręgowa Rada. Do wniosku należy dołączyć kserokopie dokumentów medycznych, zaświadczenia potwierdzające trudną sytuację losową oraz dokumenty potwierdzające poniesione koszty.
 7. Komisja ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych udziela bezzwrotnej zapomogi w przypadkach losowych takich jak:
 - ciężka i/lub długotrwała choroba członka samorządu, współmałżonka oraz dziecka pozostającego na utrzymaniu rodziców do 18 roku życia lub uczącego się do 25 roku życia i pozostającego na utrzymaniu rodziców oraz bez względu na wiek dziecka z trwałym kalectwem (niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa),
 - klęski żywiołowe (pożar, powódź itp.)
 8. Jeżeli zapomoga została przyznana na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub fałszywych dowodów, będzie podlegała natychmiastowemu zwrotowi.
 9. Od decyzji Komisji przysługuje odwołanie do Okręgowej Rady w terminie 14 dni od zatwierdzenia przez Prezydium Okręgowej Rady.
 10. Zastrzega się możliwość dokonywania zmian w niniejszym regulaminie.

Uchwała Nr 75/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku **w sprawie udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych.**

Uchwała Nr 76/V/2009 Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku **w sprawie dofinansowania kształcenia podyplomowego członków samorządu.**

Uchwała Nr 77/V/2009 Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku **w sprawie rozpoznania odwołania od decyzji Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.**

Uchwała Nr 78/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 rok **w sprawie zmiany do Uchwały Nr 69/V/2009 z dnia 03 marca 2009 roku w sprawie zmiany regulaminu komisji problemowych Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.**
Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 78/V/2009 z dnia 23.09.2009 roku.

**Regulamin
dofinansowania kosztów kształcenia
podyplomowego ponoszonych
przez członków OIPIP w Częstochowie
§1**

1. Fundusz Komisji Kształcenia tworzy się z odpisu składek członkowskich ujętych w planie finansowym określonym Uchwałą Okręgowego Zjazdu PiP w Częstochowie.
2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w uchwale budżetowej.



3. Niewykorzystane fundusze w danym roku są środkami niewygasającymi i podlegają wykorzystaniu w latach kolejnych.

§2

1. O dofinansowanie kształcenia podyplomowego może ubiegać się pielęgniarka, położna będąca członkiem OIPIP w Częstochowie opłacająca składki członkowskie co najmniej przez okres 2 lat i nie posiadająca zaległości z tytułu opłacania składek w stosunku do OIPIP w Częstochowie.
2. Członkowie samorządu posiadający zaległość w stosunku do OIPIP w Częstochowie mogą ubiegać się o dofinansowanie kształcenia podyplomowego, po uregulowaniu zaległych składek członkowskich.
3. Dofinansowanie kształcenia podyplomowego przysługuje aktywnym zawodowo członkom OIPIP w Częstochowie będącym:
 - a) słuchaczami studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo (zwanych dalej łącznie studiami zawodowymi),
 - b) uczestnikami kursów specjalizacyjnych organizowanych przez instytucje posiadające zezwolenie wydane przez CKPPIP,
 - c) uczestnikami kursów:
 - kwalifikacyjnych,
 - specjalistycznych, organizowanych przez instytucje posiadające zezwolenie wydane przez CKPPIP
 - i innych organizowanych przez instytucje posiadające zezwolenie wydane przez ORPIP w Częstochowie.
 - d) uczestnikami konferencji, sympozjów naukowych i in. organizowanych przez NR, OR, Towarzystwa Naukowe i in. (zwanych dalej łącznie konferencjami)
4. Dofinansowanie kształcenia podyplomowego przysługuje wyłącznie w przypadku, gdy szkolenie podnoszące kwalifikacje jest zgodne z zadaniami pielęgniarek i położnych określonymi przez:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 28 października 2005 r., nr 214, poz. 1816), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z dnia 14 listopada 2007 r., nr 210, poz. 1540), Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez pielęgniarki wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji oraz rodzajów dokumentów potwierdzających ich posiadanie (Dz. U. z dnia 13 października 1997 r., nr 124, poz. 796) lub inny akt normatywny określający zakres i rodzaj czynności wykonywanych przez pielęgniarki i położne.
5. **Dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje w przypadku, gdy szkolenie podnoszące kwalifikacje jest organizowane przez OIPIP w Częstochowie.**

§3

1. Przed rozpoczęciem kształcenia podyplomowego członek OIPIP w Częstochowie zobowiązany jest zwrócić się do OIPIP w Częstochowie z wnioskiem o zakwalifikowanie na dofinansowanie kształcenia podyplomowego (wniosek

o zakwalifikowanie).

2. Wniosek o zakwalifikowanie musi zostać złożony przed rozpoczęciem każdej formy kształcenia.
3. Wzór wniosku o zakwalifikowanie stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
4. Decyzję o zakwalifikowaniu na dofinansowanie kształcenia lub odmowie zakwalifikowania podejmuje komisja do spraw kształcenia w obecności co najmniej połowy członków oraz w obecności przewodniczącej lub wiceprzewodniczącej tej komisji. W przypadku odmowy zakwalifikowania decyzja winna zawierać uzasadnienie.
5. Wydając decyzję o zakwalifikowaniu na dofinansowanie kształcenia lub odmowie zakwalifikowania komisja bada wyłącznie przesłania określone w § 2 oraz w § 3 ust. 2.
6. O wydanej decyzji odmownej niezwłocznie powiadamia się wnioskodawcę.
7. W przypadku wydania decyzji w całości uwzględniającej wniosek dopuszczalne jest powiadomienie telefoniczne.
8. Od decyzji komisji przysługuje wnioskodawcy odwołanie do ORPIP w Częstochowie w terminie 14 dni licząc od dnia otrzymania decyzji.

§4

1. Osoby zakwalifikowane na dofinansowanie kształcenia mogą ubiegać się o dofinansowanie kosztów kształcenia raz na dwa lata z zastrzeżeniem § 5.
2. Wzór wniosku na dofinansowanie stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
3. Dofinansowaniu podlegają wyłącznie koszty kształcenia ponoszone przez uczestnika szkolenia. Izba nie ponosi kosztów podróży, zakwaterowania, diet i innych kosztów, które nie stanowią bezpośredniego kosztu podnoszenia kwalifikacji zawodowych.
4. Osoby zakwalifikowane na dofinansowanie kształcenia po pozytywnym zakończeniu kształcenia (w przypadku studiów zawodowych: po każdym zakończonym roku akademickim; w przypadku kursów specjalizacyjnych: po upływie 12 miesięcy od daty rozpoczęcia kursu oraz po złożeniu końcowego egzaminu państwowego) składają do komisji do spraw kształcenia poprawnie i czytelnie wypełniony wniosek o dofinansowanie załączając do niego wymagane dokumenty. Wzór wniosku o dofinansowanie zawierający wykaz wymaganych dokumentów stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
5. Wnioski nie spełniające wymagań określonych w ust. 4 nie są rozpoznawane.

§5

Zasady dofinansowania studiów zawodowych (§ 2 ust. 3 ppkt a) i kursów specjalizacyjnych (§ 2 ust. 3 ppkt b).

1. Dofinansowanie przysługuje w całym okresie trwania studiów i specjalizacji.
2. Dofinansowanie studiów może być przyznane wyłącznie jeden raz w roku akademickim, po pomyślnym zaliczeniu danego roku (udokumentowane wpisem do indeksu lub zaświadczeniem z Dziekanatu o zaliczeniu roku).
3. Dofinansowanie kursów specjalizacyjnych może być przyznane po upływie 12 miesięcy od daty rozpoczęcia kursu, a nadto po złożeniu końcowego egzaminu państwowego.
4. Wniosek o dofinansowanie studiów należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 3 miesięcy licząc od daty zaliczenia roku akademickiego. W przypadku kursów specjalizacyjnych wnioski o dofinansowanie pierwszych 12 miesięcy kursu należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 15 miesięcy licząc od daty rozpoczęcia kursu, a wniosek o dofinansowanie pozostałej części kursu -

w nieprzekraczalnym terminie 3 miesięcy licząc od daty złożenia końcowego egzaminu państwowego.

5. Dofinansowanie studiów zawodowych i kursów specjalizacyjnych wynosi 30% poniesionych kosztów, nie więcej niż 600,00 zł.
6. Prawo do dofinansowania studiów zawodowych przysługuje każdemu członkowi wyłącznie jeden raz w ciągu pracy zawodowej. Prawo do dofinansowania kursu specjalizacyjnego przysługuje każdemu członkowi wyłącznie jeden raz w ciągu pracy zawodowej.
7. O dofinansowanie innej niż studia zawodowe i kursy specjalizacyjne formy kształcenia określonej w § 2 ust. 3, z zastrzeżeniem § 7 ust. 6 członek może ubiegać się po upływie dwóch lat kalendarzowych licząc od dnia przyznania dofinansowania studiów zawodowych lub kursu specjalizacyjnego.

§6

Zasady dofinansowania kursów (§ 2 ust. 3 ppkt c)

1. Dofinansowanie kursów przysługuje członkowi raz na 2 lata.
2. Dofinansowanie może być przyznane wyłącznie jeden raz, po pomyślnym ukończeniu kursu i przedłożeniu wymaganych dokumentów.
3. Wniosek o dofinansowanie należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 3 tygodni licząc od daty ukończenia kursu.
4. Dofinansowanie kursów wynosi 30% poniesionych przez uczestnika kosztów, nie więcej niż 500,00 zł.
5. Dofinansowanie innej formy kształcenia określonej w § 2 ust. 3 ppkt c, z zastrzeżeniem § 7 ust. 6 członek może ubiegać się po upływie dwóch lat kalendarzowych licząc od dnia przyznania dofinansowania kursu.

§7

Zasady dofinansowania uczestnictwa w konferencjach (§ 2 ust. 3 ppkt d)

1. Dofinansowanie uczestnictwa w konferencjach przysługuje członkowi raz na 2 lata.
2. Dofinansowanie przysługuje członkowi wyłącznie w sytuacji, gdy dziedzina konferencji jest zgodna z charakterem świadczeń wykonywanych przez niego w miejscu aktualnego zatrudnienia.
3. Dofinansowanie może być przyznane po ukończeniu konferencji i przedłożeniu wymaganych dokumentów.
4. Wniosek o dofinansowanie należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 3 tygodni licząc od daty ukończenia konferencji.
5. Dofinansowanie konferencji wynosi 40% poniesionych kosztów, nie więcej niż 300,00 zł.
6. W przypadku skierowania przez OIPIP w Częstochowie członka lub osoby trzeciej na konferencję, koszty konferencji jak również koszty bezpośrednio związane z uczestnictwem w niej ponosi w całości OIPIP w Częstochowie.

§8

1. Przyznanie dofinansowania następuje po przedstawieniu przez wnioskodawcę:
 - a. oryginałów dokumentów potwierdzających uczestnictwo w danej formie kształcenia i ukończenia jej z wynikiem pozytywnym, a w przypadku kursów specjalizacyjnych potwierdzających uczestnictwo w danej formie kształcenia i złożenia końcowego egzaminu państwowego,
 - b. oryginałów dokumentów potwierdzających poniesione

przez uczestnika koszty kształcenia (wymagany jest rachunek imienny sporządzony zgodnie z obowiązującym prawem),

2. Warunkiem przyznania dofinansowania jest przedstawienie pisemnej pracy dotyczącej problematyki kształcenia. Praca ta powinna być napisana pismem maszynowym na papierze w formacie A4, o objętości około 4 strony, czcionką w rozmiarze 12. Praca winna zawierać bibliografię. Praca może zostać przesłana drogą elektroniczną na adres OIPIP w Częstochowie. Autor pracy składając wniosek o dofinansowanie zobowiązany jest wyrazić zgodę na jej opublikowanie w Biuletynie Informacyjnym wydawanym przez OIPIP w Częstochowie. Brak zgody stanowi brak formalny wniosku, postanowienia § 4 ust. 5 stosuje się odpowiednio.
3. Postanowienia § 3 ust. 4-8 stosuje się odpowiednio.
4. Niespełnienie któregośkolwiek z warunków określonych w § 5, § 6, § 7 lub 8 ust. 2 skutkuje odmową przyznania dofinansowania.
5. Wpłaty dofinansowania będą dokonywane w miarę posiadanych środków i kolejności złożonych wniosków do wysokości funduszu określonego w § 1 ust. 1.
6. W przypadku nieodebrania środków stanowiących dofinansowanie w terminie miesiąca licząc od dnia powiadomienia o przyznaniu dofinansowania środki te nie będą wypłacone. Środki wracają do funduszu określonego w § 1 ust. 1.

§9

Jeżeli dofinansowanie zostało przyznane na podstawie nieprawdziwych lub fałszywych danych lub/i dowodów osoba, która otrzymała dofinansowanie zobowiązana jest do jego natychmiastowego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wypłacenia wnioskodawcy dofinansowania.

§10

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzje podejmuje ORPiP w Częstochowie.
2. Komisja prowadzi rejestr rozpatrywanych spraw i wydanych decyzji, a sprawozdanie przedkłada okresowo OR oraz na Okręgowym Zjeździe PiP.

Wzór wniosków określają załączniki:

1. Wniosek o zakwalifikowanie na dofinansowanie kształcenia.
2. Wniosek o dofinansowanie kształcenia.

Uchwała Nr 79/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku **w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie**

Uchwała Nr 80/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku **w sprawie wpisu do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.**

Uchwała Nr 81/V/2009 Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku **w sprawie skreślenia z rejestru i listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.**

Uchwała Nr 82/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 23 września 2009 roku **w sprawie udzielenia upoważnień Przewodniczącej ORPiP w Częstochowie oraz Prezydium ORPiP w Częstochowie.** ■



01.10.2009 W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Postępowanie pielęgniarskie z pacjentem w opiece paliatywnej” w szkoleniu uczestniczyło 28 osób.

08.10.2009 Przewodnicząca uczestniczyła w konkursie na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie przy ul. Kilińskiego 10. Konkurs nie wyłonił kandydata.

10.10.2009 Przewodnicząca uczestniczyła w IX Sympozjum Interdyscyplinarnym „Problemy neurologiczne i psychiatryczne w okulistyce”.

20.10.2009 W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Pierwsza pomoc w stanach zagrożeniach życia”, w szkoleniu uczestniczyły 24 osoby.

19-20.10.2009 Przewodnicząca ORPiP wraz z Kierownikiem Ośrodka Szkoleniowego OIPIP uczestniczyły w szkoleniu nt. „Procedury kontroli kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych”, które przeprowadzone zostało w Warszawie.

21.10.2009 W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Konflikty, mediacje negocjacje”, prowadzący: Pan Michał Galbarczyk Inspektor Państwowej Inspekcji Pracy w Katowicach. W szkoleniu udział wzięło 27 osób.

21.10.2009 W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

22.09.2009 Przewodnicząca ORPiP wraz z Kierownikiem Ośrodka Szkoleniowego przy OIPIP uczestniczyły w koleżeńskim spotkaniu w siedzibie MOIPIP w Krakowie.

26.10.2009 Kierownik Ośrodka Szkoleniowego przy OIPIP wraz z Sekretarzem ORPiP uczestniczyły w Uroczystej Inauguracji roku Akademickiego 2009/2010 w Wyższej Szkole Zarządzania im. prof. zw. dr. hab. Jerzego Dietla przy ul. 1 Maja 40 w Częstochowie.

27.10.2009 W siedzibie OIPIP odbył się kolejny Cykl Warsztatów Edukacyjnych dla Położnych i Pielęgniarek zorganizowany przez Firmę Family Service "PELARGOS" tematem szkolenia była "Prawidłowa obserwacja i ocena rozwoju psycho-ruchowego noworodka". W szkoleniu udział wzięło 31 osób.

28.10.2009 Sekretarz ORPiP wraz z Pielęgniarką Rejestru OIPIP uczestniczyły w szkoleniu z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) oraz Systemu Wymiany Informacji Wewnętrznych (IMI), które przeprowadzone zostało w Warszawie.

28.10.2009 W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia i Współpracy z NFZ wraz z Zespołem ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Paliatywnej.

29.10.2009 W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■



Stanowiska / Pisma NRPiP

Stanowisko nr 28

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 września 2009 r.

dotyczące nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, reprezentując środowisko pielęgniarek i położnych oraz stojąc w obronie świadczeniobiorców - pacjentów obłożnie chorych, sprzeciwia się ograniczeniu dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej dla pacjentów, którym dotychczas gwarantowano opiekę pielęgniarską w ramach opieki pielęgniarki poz w formie zadaniowej.

Wprowadzenie powyższego rozporządzenia znacznie ograniczy od roku 2010 dostęp do opieki pielęgniarskiej pacjentom, którym zapewniono pielęgniarską opiekę domową w latach 2008-09.

Działania takie naruszają konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w stosunku do osób potrzebujących szczególnej opieki. Zastosowanie nowego kryterium kwalifikacji do objęcia opieką - do 40 punktów lub poniżej w skali Barthel oraz dodatkowych ograniczeń w postaci wymogu realizacji, przez okres powyżej 14 dni, co najmniej jednego z następujących świadczeń pielęgniarskich: kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia, wykonywania

opatrunków, karmienia przez zgłębnik lub przez przetokę, pielęgnacji przetoki, założenia i usunięcia cewnika jako stałe zlecenie lekarskie, płukania pęcherza moczowego, pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną - spowoduje, że tą opieką zostanie objętych tylko około 30% pacjentów, spośród tych, którym obecnie gwarantuje się taką opiekę.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o pilną nowelizację przedmiotowego rozporządzenia, która będzie gwarantowała obecny dostęp do tego zakresu usług. ■

Stanowisko nr 29

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 września 2009 r.

dotyczące rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest w sprawie procedury konsultacji społecznych projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z uchwałą nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. - Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221 ze zm.), Minister Zdrowia powinien przekazać Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych projekty wskazanych rozporządzeń w terminie umożliwiającym wydanie opinii, w terminie nieprzekraczającym 30 dni, a w szczególnie uzasadnionych przypa-



dkach, krótszym niż 7 dni. Ustalając ten termin, organ wnioskujący o przedstawienie opinii powinien brać pod uwagę nie tylko pilność sprawy, ale także rodzaj i przedmiot opinionowanego dokumentu. Ponadto, w celu właściwego przygotowania projektu aktu prawnego, w przypadku zgłoszenia licznych uwag o charakterze merytorycznym, zgodnie z § 14 ust. 2 wyżej wymienionej uchwały, Minister Zdrowia obowiązany był przeprowadzić konferencję uzgodnieniową. Czterodniowy termin, wyznaczony na zaopiniowanie 13 obszernych projektów, które wprowadzają podstawowe regulacje prawne w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, czyni z konsultacji społeczną fikcją. Jednak, pomimo tak krótkiego terminu i przekazania przez NRPIP propozycji rozwiązań mających na celu wyeliminowanie błędnych regulacji przeniesionych z zarządzeń Prezesa NFZ w tym zakresie, stanowisko NRPIP zostało w całości pominięte. Tworzenie prawa z pogwałceniem zasady prawidłowej legislacji, za jaką należy uznać właściwe przeprowadzenie konsultacji społecznych i brak konferencji uzgodnieniowej, ujemnie rzutuje na jakość projektowanego prawa w obszarze ochrony zdrowia. Wnosimy o pilną nowelizację rozporządzeń MZ do tzw. ustawy koszykowej w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej i uwzględnienia proponowanych uwag. ■

Stanowisko nr 30

**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 września 2009 r.**

**w sprawie wykonywania zawodu pielęgniarki
przez położną oraz zawodu położnej przez
pielęgniarkę**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, uwzględniając treść art. 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.), który stanowi, że zawody pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi, podtrzymuje w dalszym ciągu stanowisko, iż położna nie może wykonywać zawodu pielęgniarki.

Art. 4 ust. 1 powyższej ustawy jednoznacznie wskazuje, iż wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

Natomiast art. 5 ust. 1 ww. ustawy, uprawniając do wykonywania zawodu położnej wyłącznie te osoby, które posiadają wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, umożliwia położnym wykonywanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, jedynie w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem.

Wymagane kwalifikacje odpowiednio dla zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, określa art. 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, odrębnie dla zawodu pielęgniarki (ustęp 2, wskazując na szkołę pielęgniarską) oraz dla zawodu położnej (ust. 3 - szkołę położnych).

Dalszą konsekwencją rozdzielenia obu zawodów jest określenie standardów kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo

i kierunku położnictwo wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz. U. Nr 164, poz. 1166). ■

Stanowisko nr 31

**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 września 2009 r.**

**w sprawie wykreślenia zawodu położnej
z rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji
profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi
i młodzieżą**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o wykreślenie zawodu położnej z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Umieszczenie położnej wśród podmiotów uprawnionych do sprawowania opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą jest niezgodne z ustawowym zakresem świadczeń położnej, określonym w art. 5 ustawy o z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 - zmiany Dz. U. z 2001 r. Nr 89, poz. 969; z 2003 r. Nr 109, poz. 1029; z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 92, poz. 885 i Nr 173, poz. 1808 oraz z 2005 r. Nr 175, poz. 1461, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Dz. U. z 2009 r. Nr 76 poz. 641), standardem kształcenia położnej oraz systemem i dziedzinami kształcenia podyplomowego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych mając na względzie szczególne okoliczności wnioskuje o wprowadzenie przepisów przejściowych w przedmiotowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia, poprzez dodanie odrębnego przepisu w brzmieniu: „opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania może być realizowana przez położne, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia sprawują opieką profilaktyczną nad dziećmi i młodzieżą co najmniej 10 lat”. ■

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP/NRPIP/DM/0055/297/09

Warszawa, 1 września 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister,
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o podjęcie działań mających na celu nowelizację przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. 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 (Dz. U. Nr 56, poz. 397). Poniżej przedstawiamy propozycje zmian do powyższego rozporządzenia.

W § 3 proponuję wykreślić obecnie obowiązujący ust. 3 i wprowadzić ust. 3 w brzmieniu: „ 3. Pomieszczenia, w których jest wykonywana praktyka pielęgniarek i położnych, powinny mieć powierzchnię umożliwiającą takie rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń i sprzętu, które zapewni właściwe udzielanie świadczeń zdrowotnych.”.

W § 9 ust. 1 proponuję zastąpić wyrazy w brzmieniu: „...w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu pacjenta..” na wyrazy w brzmieniu: „... wyłącznie w miejscu wezwania...”

W § 10 ust. 1 proponuję zastąpić wyrazy w brzmieniu: „ ..w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu pacjenta..” na wyrazy w brzmieniu: „... wyłącznie w miejscu wezwania..”.

W § 13 proponuję wyłączenie okresu dostosowawczego do wymagań określonych w przedmiotowym rozporządzeniu do dnia 31 grudnia 2015 r. ■

Z poważaniem
Elżbieta Buczkowska

Do wiadomości:
Andrzej Wojtyła - Główny Inspektor Sanitarny
Beata Cholewka - Dyrektor Departamentu



Konsultant krajowy

OKRĘGOWA Izba Pielęgniarek i Położnych
42-200 Częstochowa, ul. Kopernika 38
Częstochowa, 2 września 2009 r.
OIPiP/128/09

Sz.P. dr hab. Danuta Dyk
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego
i Intensywnej Opieki
AM im. Karola Marcinkowskiego
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

Działając w imieniu i na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w związku z pytaniami kierowanymi do Naszej Izby zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie wyjaśnień w następującej kwestii.

Czy pielęgniarka będąca pracownikiem OIOMiA, która nie odbyła kursu specjalistycznego podstawy dializoterapii może w ramach swoich obowiązków pracowniczych wykonywać na zlecenie lekarza zabiegi hemodializy lub/i hemofiltracji, czy też nie posiadając ww. kursu winna odmówić wykonania zlecenia lekarza.

Oczekując na wyjaśnienia w powyższej kwestii pozostaję z poważaniem ■

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
mgr Halina Synakiewicz

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa Anestezjologicznego i intensywnej opieki
dr hab. Danuta Pyk
UM-ZPAiO/69/2009

Poznań, dn. 19.10.2009r

Sz. Pani
mgr Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Kopernika 38
42-200 Częstochowa

W odpowiedzi na pismo OIPiP/128/09 z dnia 2.09.2009r. uprzejmie informuję, iż Ustawa o zawodach pielęgniarki i położ-

nej, art.4.1, określa, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami świadczeń zdrowotnych ... (Dz.U. Nr 57, poz.602 z 200Ir., z późniejszymi zmianami).

Zatem w przedmiotowej sprawie pielęgniarska nie powinna wykonywać świadczeń zdrowotnych do których nie posiada odpowiednich kwalifikacji.

Jednocześnie informuję, że w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych jest opracowany program ramowy kursu specjalistycznego - Techniki ciągłe pozaustrojowe oczyszczania krwi, który w znacznym stopniu przyczyni się do rozwiązania problemu związanego z brakiem odpowiednich kwalifikacji pielęgniarek opiekujących się pacjentami leczonymi technikami pozaustrojowego oczyszczania krwi. ■

Z poważaniem
Danuta Dyk
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

Opinia dotycząca wykonywania ekg w warunkach lecznictwa stacjonarnego

**Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
dr n. biol. Grażyna Kruk- Kupiec
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital
Chirurgii Urazowej , Piekary Śląskie ,
41-940 ul. Bytomska 62, Tel. 032 3934 – 299**

14.05.2009r.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego; pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego świadczeń diagnosty-



cznych obejmujących wykonywanie EKG pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

Realizacja przedmiotowego kursu powinna być prowadzona na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923). Po ukończeniu przedmiotowego kursu pielęgniarka, uzyskuje kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych, w tym przypadku do samodzielnego wykonania EKG.

Mając na uwadze wymogi NFZ w sprawie wyposażenia oddziałów szpitalnych w kardiomonitory jak również obowiązków postępowania pielęgniarki podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem

na zdrowiu pacjenta; zalecane jest aby w szpitalach gdzie pielęgniarki wykonują w oddziałach EKG, kadra kierownicza odpowiedzialna za organizowanie i nadzorowanie pracy pielęgniarek położnych, opracowała szczegółowy program szkoleń wewnątrzszpitalnych. Ukończenie szkolenia wewnątrzszpitalnego nie daje pielęgniarcie uprawnień wynikających z rozporządzenia o samodzielnymi czynnościach.

Niezależnie od warunków wykonywania świadczenia należy dążyć do stopniowego przeszkolenia pielęgniarek w ramach kursów specjalistycznych, jest to zadanie szeroko rozumianej kadry kierowniczej zarządzającej obszarem pracy zawodowej pielęgniarek i położnych. ■

Z poważaniem
Grażyna Kruk- Kupiec
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa



Radca prawny informuje

Prawo wykonywania zawodu

informacja w sprawie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej po roku 2010.

aktualizowano: 18 czerwca 2009r.

Nie istnieją regulacje prawne, które stanowiłyby, że pielęgniarka/położna, absolwentka liceum medycznego, medycznej szkoły zawodowej, która nie ukończy studiów pomostowych do roku 2010, zostanie pozbawiona prawa wykonywania zawodu i stanie się asystentką/ pomocą pielęgniarską. Jedynym celem utworzenia studiów pomostowych było umożliwienie absolwentom liceów medycznych, medycznych szkół zawodowych, pragnącym wykonywać zawód w innych krajach Unii Europejskiej, uzyskanie kwalifikacji zawodowych koniecznych do podjęcia pracy na terenie Wspólnoty, co znalazło potwierdzenie w zapisach dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, która winna być implementowana do prawa krajowego państw członkowskich UE w terminie dwóch lat od dnia jej wejścia.

Kwalifikacje zawodowe uzyskane przez absolwentów liceów medycznych pominięto w dyrektywie sektorowej 77/452/EWG. Jedną z dróg prowadzących do uznania kwalifikacji zawodowych w krajach Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego, osób posiadających dyplomy ukończenia pięcioletnich liceów medycznych są tzw. studia pomostowe. Ramy prawne dla tego rodzaju kształcenia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 roku w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 110 poz. 1170). Są to studia zawodowe, po ukończeniu których pielęgniarka lub położna uzyskuje tytuł licencjata pielęgniarstwa. Powyższe skutkuje tym, że pielęgniarka spełnia przesłanki uznania kwalifikacji wskazane w dyrektywach sektorowych. W takim przypadku jej kwalifikacje zawodowe są uznawane automatycznie przez właściwe władze państw członkowskich UE. Zgodnie z art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2004 Nr 92, poz. 885) ostatnia

rekrutacja na wspomniane studia, zostanie przeprowadzona na rok akademicki 2010/2011. Strona Polska wystąpiła z inicjatywą związaną z przedłużeniem możliwości rekrutacji na studia pomostowe. Inicjatywa ta została zgłoszona na posiedzeniach Komitetu do spraw implementacji dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, które odbyły się 30 kwietnia i 29 czerwca 2007 r. Państwa członkowskie wyraziły zgodę na takie przedłużenie, co zostało potwierdzone w protokole ze spotkania (MARKT/D/11594/2007-EN). Wiążącą odpowiedź w powyższej kwestii Ministerstwo Zdrowia uzyskało pismem z dnia 3 grudnia 2007r. (znak: MARKT/D3/KM/rhD/2007/ 17264). Powyższe oznacza, iż prowadzenie studiów pomostowych ponad rok 2010 będzie kontynuowane. ■

Sporządził:
mgr Marek Martyna
Zatwierdził:
Iwona Choromańska
Radca prawny NRPIP

Informacja w sprawie terminu ważności wydanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach

Warszawa, dnia 24 listopada 2004r.

Przepisy ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2001r. Nr 57, poz. 602 ze zm.) w rozdziale 2a regulują zasady funkcjonowania systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Zarówno wyżej powołane przepisy ustawy, jak też rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) nie zawierają postanowień odnośnie terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach. Oznacza to, że zaświadczenia wydawane są bezterminowo. Kwestia oceny, czy pielęgniarka położna legitymuje się odpowiednimi



kwalifikacjami zawodowymi należy już do przełożonych. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, iż w myśl art. 106 ust. 1 ustawy o zawodach na wszystkich pielęgniarkach i położnych ciąży ustawowy obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. ■

Radca prawny NRPIP
Iwona Choromańska

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 82 (601) z dnia 12.10.2009r

Praca na zwolnieniu lekarskim przyczyną rozwiązania umowy

Pracownik dostarczył zwolnienie lekarskie na okres dwóch tygodni, W tym czasie pracodawca stwierdził, że wykonuje on inną pracę: Czy w takim przypadku można rozwiązać z pracownikiem umowę bez wypowiedzenia z jego winy?

Rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika może nastąpić m.in. z powodu ciężkiego naruszenia przez niego podstawowych obowiązków pracowniczych. Tak stanowi art. 52 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy (Dz. U z 1998 r. nr 21, poz. 94 ze zm.). Do naruszenia tych obowiązków może dojść, jeżeli pracownik w trakcie zwolnienia lekarskiego zamiast leczyć się, będzie wykonywał pracę. Takie postępowanie może być wówczas przyczyną rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia. Podobnie wynika z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 2003 r., sygn. akt IPK

208/02, w którym Sąd uznał, że: „Wykonywanie pracy (prowadzenie innej działalności) w czasie zwolnienia lekarskiego może być kwalifikowane jako naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych wówczas, gdy pracownik swoim zachowaniem przekreśla cele zwolnienia lekarskiego - jak najszybszy powrót do zdrowia i odzyskanie zdolności do wykonywania pracy, przez co narusza interes pracodawcy polegający na gotowości pracownika do świadczenia pracy (na możliwości korzystania z pracy w pełni sprawnego fizycznie i psychicznie pracownika)”

Jednak nie zawsze wykonywanie pracy na zwolnieniu lekarskim (lub innych czynności niezgodnych z jego celem) można uznać za ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych, pozwalające na rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia. Przykładem jest tu wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2000 r sygn. akt IPKN 757/99, w którym Sąd stwierdził: „Ustalenie, że pracownik w czasie zwolnienia lekarskiego uczestniczył w grze sportowej nie wystarcza do przypisania mu ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych stanowiącego podstawę do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika (art. 52 § 1 pkt 1 KP)”

Zatem wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego niezgodnie z jego przeznaczeniem może naruszać podstawowe obowiązki pracownicze i uzasadniać rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia tylko wtedy, gdy pracownik dopuści się rażącego niedbalstwa. Przykładowo, pracownik ciężko naruszy swoje obowiązki, jeżeli wbrew wyraźnym zaleceniom lekarskim podejmie pracę, która ewidentnie wydłuży jego powrót do zdrowia lub może spowodować powrót choroby. ■

Ewa Madejek



Konferencje

Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji „Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej jako narzędzie profesjonalnej opieki”

W dniach 29-30.09.2009 roku w Warszawie odbyła się Międzynarodowa Konferencja „Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej jako narzędzie profesjonalnej opieki”. Organizatorem konferencji było Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie oraz Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych i inne organizacje pielęgniarskie.

Gośćmi zaproszonymi z ramienia ICNP były m.in. dr Amy Coenen i dr Claudia Bartz.

Konferencja skierowana była głównie do pielęgniarek zarządzających w pielęgniarstwie, naukowców, nauczycieli akademickich, których zadaniem jest przygotowanie kadry pielęgniarskiej do pracy z wykorzystaniem narzędzia jakim jest ICNP. ICNP (International Classification for Nursing Practice - ICNP) jest narzędziem służącym do ujednoczenia terminologii w pielęgniarstwie jest też odpowiednikiem lekarskiej ICD.

Postanowienie stworzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP podjęto w wyniku dostrzeżenia

potrzeby opisu zjawisk opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Wspólna terminologia używana do opisu elementów praktyki pielęgniarskiej (czyli czynności wykonywanych przez pielęgniarki, w odniesieniu do szczególnych potrzeb człowieka lub stanu pacjenta, w celu osiągnięcia pożądanego rezultatu) pozwala na określenie praktyki pielęgniarskiej w sposób pozwalający na jej porównanie w czasie, między ośrodkami medycznymi, populacjami pacjentów i obszarami geograficznymi.

ICNP jest integralną częścią globalnej informacji infrastruktury praktyki zdrowotnej i polityki poprawiającej opiekę nad pacjentem na całym świecie. Wspólna terminologia pozwala również na identyfikację szczególnego wkładu pielęgniarki w pracę multidyscyplinarnego zespołu opieki zdrowotnej. ICNP gromadzi profesjonalistów z dziedzin pielęgniarstwa i informatyki.

ICNP umożliwia pielęgniarkom na całym świecie systematyczną dokumentację ich pracy z klientami indywidualnymi, rodzinami i społecznościami poprzez zastosowanie standardowych opisów diagnoz, interwencji i wyników pielęgniarskich.

ICNP stworzona została jako system jednolitego języka pielęgniarskiego, pozwala ona na porównywanie lokalnych, regionalnych i krajowych systemów klasyfikacji w ramach jednej klasyfikacji - ICNP.



Ujednolicenie terminologii jest ogromnym wyzwaniem dla pielęgniarstwa, a sprostanie temu wymaga dobrego przygotowania do zmian.

Celem Konferencji było zapoznanie jej uczestników z istotą, celem i znaczeniem ICNP, przedstawienie polskiego zespołu ICNP oraz przedstawienie praktycznego zastosowania ICNP w wybranych krajach. Przedstawiono wdrożenie systemu ICNP w Austrii (prezentowała Franziska Perhab) i Portugalii (prezentował Raul Cordeiro).

Konferencja służyła również przygotowaniu naszego środowiska do wdrożenia ICNP w Polsce.

W ramach konferencji odbyły się również warsztaty nt. „Diagnoza pielęgniarska w oparciu o narzędzie ICNP”, „Tworzenie i rozwój Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju ICNP w Polsce” i „Praca z narzędziem BaT Tool w zakresie rozwoju ICNP”.

Z ramienia OIPIP w Częstochowie udział w konferencji wzięła Wioletta Skowron.

Wioletta Skowron

XVI KONFERENCJA CZŁOWIEK ŻYJĄCY Z HIV W RODZINIE I SPOŁECZEŃSTWIE

30 LISTOPADA - 1 GRUDNIA 2009 WARSZAWA,
HOTEL MARRIOTT
Warszawa, 6 października 2009 r.

Szanowni Państwo,

Od wielu lat spotykamy się w okolicach 1 grudnia - Świątowego Dnia AIDS w gronie osób, którym problematyka HIV/AIDS nie jest obojętna na corocznych konferencjach pod stałym hasłem „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. Fundacja „Res Humanae” wystąpiła po raz pierwszy z inicjatywą zorganizowania spotkania wszystkich osób związanych z problematyką HIV/AIDS w 1994 roku.

Tegoroczna Konferencja będzie już szesnastą edycją. Oznacza to, że przez kolejne lata konsekwentnie, przy zaangażowaniu wielu środowisk związanych z AIDS w Polsce, instytucji rządowych i samorządowych, firm i osób prywatnych udaje się te spotkania realizować. Jak przekonał się, to konferencyjne forum stwarza wszystkim uczestnikom okazję do wymiany doświadczeń, pogłębienie i poszerzenia wiedzy o najnowsze osiągnięcia w medycynie i profilaktyce. Umożliwia również skonfrontowanie oczekiwań i potrzeb osób żyjących z HIV/AIDS, a także omówienie zagadnień związanych z narkomanią.

Serdecznie zapraszamy do udziału w obradach, które odbywać się będą w dniach **30 listopada i 1 grudnia 2009 r.** w Warszawie. W tym roku konferencja odbędzie się przede wszystkim dzięki szczególnej życzliwości Sponsorów i Hotelu Marriott.

Serdecznie zapraszamy do udziału. Prosimy również o rozpowszechnienie informacji o Konferencji wśród współpracujących ze Stacją instytucji i osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS.

Mateusz Liwski
Prezes Zarządu Fundacji „Res Humanae”

XVI KONFERENCJA Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie

30 LISTOPADA - 1 GRUDNIA 2009 r.

Warszawa, Hotel Marriott

INFORMACJE ORGANIZACYJNE Planowany przebieg konferencji:

Poniedziałek, 30 listopada 2009r.

- * Rejestracja uczestnictwa w Recepcji Konferencji w foyer Wielkiej Sali Balowej Hotelu Marriott (I piętro) w godz. 9:00 - 18:00
- * Obrady konferencji (sesje plenarne i problemowe, warsztaty): godz. 11:00 - 16:00, (sale konferencyjne Hotelu Marriott)
- * Uroczysta sesja z okazji Świątowego Dnia AIDS: godz. 18:00- 20:00, (Grand Ballroom Hotelu Marriott)

Wtorek, 1 grudnia 2009r. (godz. 9:30 - 14:30)

- * Kontynuacja prac sesji problemowych, zamknięcie obrad Konferencji (sale konferencyjne C,D i EF Grand Ballroom Hotelu Marriott - I piętro)

Biuro Organizacyjne Konferencji:

- * W dniach poprzedzających obrady - w siedzibie Polskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej "Res Humanae"
- * w dniach obrad: 30 listopada - 1 grudnia 2009r. w sali A (I piętro Hotelu Marriott)

Recepcja Konferencji:

Foyer Wielkiej Sali Balowej Hotelu Marriott (I piętro vis a vis schodów ruchomych)

- * 30 listopada 2009r. w godz. 9:00 - 18:00
- * 1 grudnia 2009r. od godz. 9:00 do zakończenia obrad konferencji

Opłaty Konferencyjne:

- * Opłata konferencyjna wynosi 280 zł
- * Opłaty prosimy wnosić na konto:

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej "Res Humanae"
00-672 Warszawa, ul. Piękna 64 A
IX Oddział PKO BP S.A. Warszawa

NR: 42 1020 1097 0000 7402 0103 5096

- * Koszty noclegów i podróży uczestnik pokrywa we własnym zakresie

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

w sprawie zapotrzebowania na umiejętności i kompetencje poszczególnych profesjonalistów ochrony zdrowia

W wszystkich krajach UE odnotowano znaczący postęp w przekazywaniu umiejętności do innych profesjonalistów ochrony zdrowia. Oczekiwania społeczeństwa wobec ochrony zdrowia zmieniają się i dlatego profesja pielęgniarska musi rozwijać nowe kompetencje, podejmować nowe role i odpowiedzialność za samodzielne działania. W ostatnim okresie odnotowano także w UE przesunięcie zadań między lekarzami i pielęgniarkami, między pielęgniarkami i zawodami pielęgniarskimi (asystenci pielęgniarek, opiekunowie medyczny itp.) oraz innymi profesjami, które wzmacniają pielęgniarstwo i wspierają wykonywanie zadań przez pielęgniarki.

Rozwój oczekiwań społeczeństwa tworzy nowe wymagania, wyzwania, a jednocześnie stwarza nowe możliwości dla pielęgniarek i pielęgniarstwa. System ochrony zdrowia musi więc zostać przededefiniowany, celem dookreślenia kwalifikacji zawodowych, ról i odpowiedzialności. Rząd i decydenci muszą dostosować legislację tak, aby wesprzeć zachodzące zmiany. Obecna sytuacja jest momentem krytycznym, gdyż pielęgniarki nie tylko aktywnie uczestniczą w rozwoju pielęgniarstwa, ale i ustawicznym podnoszeniu swoich kwalifikacji - kształceniu na wielu poziomach nauczania. Sytuacja ta wymaga zdefiniowania kompetencji wynikających z kierunków kształcenia m.in. na studiach drugiego stopnia w innych specjalnościach niż pielęgniarstwo.

Konieczność zmian w zakresie umiejętności i ich wielość wynikają z:

- wzrastającego popytu na wysoką jakość usług w ochronie zdrowia, w opiece szpitalnej - efekt przekazania zapewnienia zwiększonej opieki w środowisku bytowania (POZ) i opiece długoterminowej;
- wzrastającej potrzeby minimalizowania kosztów i zwiększenia efektywności ich wykorzystania, z uwagi na sytuację związaną z kryzysem i małą liczbą zasobów wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarek w ochronie zdrowia;
- wzrastającego zapotrzebowania na rozwój zawodowy, określania ścieżek kariery przez pielęgniarki i innych profesjonalistów w ochronie zdrowia;
- rozwoju nowych technologii, wymagających wysokiego poziomu elastyczności i umiejętności do ich wykorzystania;
- rosnącej liczby osób przewlekle chorych i zwiększających się oczekiwań społeczeństwa w zakresie usług umożliwiających zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i edukacji zdrowotnej.

Profesja pielęgniarska to zawód, którego przedstawiciele posiadają coraz szerszy zakres wiedzy wynikającej ze wzrostu wymagań dla kwalifikacji i umiejętności technicznych.

Pielęgniarki posiadają szeroki zakres umiejętności ogólnych, technicznych. Praca pielęgniarki stała się coraz bardziej dynamiczna, wymagająca elastyczności, ciągłej nauki i podejmowania indywidualnej decyzji co do oceny opieki.

Badania wykazują jasną zależność między zasobami wykwalifikowanych pielęgniarek i pozytywnymi wynikami leczenia.

Dlatego też istnieje ekonomiczne i jakościowe uzasadnienie, aby stworzyć optymalne poziomy zróżnicowanych umiejętności dla personelu pielęgniarskiego.

Spółczesność wymaga, aby tak pielęgniarki jak i inny personel ochrony zdrowia zapewniał wysoką jakość usług.

Pielęgniarki, w przeciwieństwie do większości innych profesji, zapewniają opiekę przez 24 godziny na dobę. Ponadto oczekuje się, że pielęgniarki będą koordynować opiekę nad pacjentem. Rozwijają się więc możliwości pełnienia roli rzecznika dla pacjenta w różnych sytuacjach jego kontaktu z opieką zdrowotną.

Jak zostało zapisane w 2000 r. w Deklaracji Monachijskiej, podczas drugiej Konferencji WHO ministrów zdrowia, dotyczącej pielęgniarstwa i położnictwa, pielęgniarki mają znaczący wpływ na wzrost efektywności w ochronie zdrowia. W oparciu o wiedzę i doświadczenie, pielęgniarki szacują zapotrzebowanie na opiekę, zapewniają i dostarczają opiekę, w oparciu o ocenę kosztów i wydajność pracy.

W wielu europejskich krajach zachodnich pielęgniarki z sukcesami tworzą centra opieki dla pacjentów z chorobami niezakaźnymi i przodują w dostarczaniu opieki w nowych miejscach i blisko domów pacjentów.

Skoncentrowanie opieki pielęgniarskiej na pacjencie przyczyniło się także do pozytywnych efektów jak:

- holistycznego podejścia do zarządzania opieką nad pacjentem,
- poszerzenia kompetencji pielęgniarek do wczesnego identyfikowania pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i doprowadzenia do wdrożenia odpowiednich działań (badanie fizykalne),
- systematycznego i ciągłego wzrostu wspierania ekonomicznego opieki nad pacjentem,
- optymalizacji opieki nad pacjentem, dzięki ustawicznemu rozwijaniu ról i umiejętności pielęgniarek, by dopasować ich kompetencje do potrzeb klienta/pacjenta,
- legislacji i regulacji przygotowywanych w większości krajów europejskich. Zapisy prawne muszą zostać dostosowane do nowych form dostarczania usług w ochronie zdrowia. Muszą także wyraźnie zostać zdefiniowane: pozycja i odpowiedzialność pielęgniarek w stosunku do innych zawodów ochrony zdrowia, jako część efektywnego multidyscyplinarnego zespołowego działania.

Każdy rząd razem z profesjonalistami - członkami systemu ochrony zdrowia musi zdefiniować i wspierać warunki i zmiany kulturowe, które wiążą się nowymi rolami i odpowiedzialnością oraz innowacyjnością w opiece, aby zwiększać dostępność do usług. Rządy powinny popierać modele dobrej praktyki, która jest stosowana w innych europejskich krajach, gromadzić informacje i udostępniać podmiotom w ich krajach.

Aby zoptymalizować opiekę nad pacjentem, muszą zostać zdefiniowane i wydzielone zadania i odpowiedzialność dla poszczególnych grup profesjonalistów ochrony zdrowia zgodnie z ich edukacyjnymi kwalifikacjami i kompetencjami - bez zagrożenia dla jakości opieki.

Aby wyeliminować znaczny niedobór kadry pielęgniarskiej, rząd musi zainicjować strategię planowania zasobów w pielęgniarstwie jako element strategii dla pielęgniarstwa w ramach strategii dla zdrowia.

Musi być uruchomione znaczące inwestowanie w edukację w pielęgniarstwie, by zapewnić odpowiednie nauczanie, kształcenie ustawiczne i ciągły profesjonalny rozwój, dla wspierania pielęgniarstwa i pielęgniarek, aby profesjonalści ochrony zdrowia mogli osiągnąć wysokie równoważne kwalifikacje i kompetencje, które będą odpowiedzią na zmieniające się potrzeby ochrony zdrowia.

Zawód pielęgniarski powinien zostać zakwalifikowany do grupy kierunków zamawianych przez polski rząd, aby zapewnić optymalną liczbę kadr do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom teraz i w przyszłości.

Należy doprowadzić do powstania wielu ścieżek kariery



pielęgniarek i szerokiej drabiny ich kompetencji dla pomyślnego wprowadzenia nowych umiejętności w zależności od zidentyfikowanych potrzeb klienta/pacjenta.

Bardzo ważne jest, aby edukacja w zawodzie odbywała się w obszarze klinicznym przy włączeniu kompetentnych profesjonalistów - praktyków pracujących na co dzień z pacjentem, którzy przyczynią się do rozwoju wiedzy i poprawy umiejętności pielęgniarek.

Rozszerzenie i wzrost odpowiedzialności albo przekazywanie umiejętności powinny zostać jednocześnie odpowiednio wynagradzane, proporcjonalnie do wszystkich profesjonalnych grup pracowników ochrony zdrowia.

Zmiana w zróżnicowaniu umiejętności nie może prowadzić do wzrostu administracyjnego obciążenia pielęgniarek.

Decyzje różnicowania umiejętności powinny być specyficzne i uwzględniające: miejscowe potrzeby w zakresie dostarczania opieki, jakość dostępnych usług i skuteczność, wydajność, posiadane zasoby oraz dostępne usługi z zakresu ochrony zdrowia, jak również kształcenie i nauczanie oraz udział profesji zaangażowanych w ochronę zdrowia w podejmowaniu decyzji.

Twórcze i efektywne przywództwo w pielęgniarstwie jest bardzo ważnym elementem w osiąganiu celów dla rozwoju profesji i różnicowania zapotrzebowania na kompetencje personelu medycznego. ■

Warszawa 28.09. 2009

Prace autorskie



Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) charakteryzuje się słabo odwracalnym, postępującym zmniejszeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które rozwija się u osób mających zwykle objawy kliniczne przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) lub rozedmy płuc. Zmniejszenie przepływu powietrza związane jest ze zmianami zapalnymi, głównie w obrębie obwodowych dróg oddechowych, które powodują ich zwężenie i są przyczyną patologicznej przebudowy płuc. Zmiany te są wynikiem reakcji płuc na dym tytoniowy, pyły i gazy. POChP jest niezwykle niebezpieczna, gdyż przez wiele lat rozwija się bezobjawowo. Gdy chory zgłasza się do lekarza z uczuciem duszności, zazwyczaj jest już bardzo zaawansowana, płucem brakuje już wtedy ponad połowy rezerwy oddechowych (to część płuc, z której przy normalnym oddychaniu nie korzystamy). POChP jest chorobą bardzo częstą i bardzo groźną a także jedną z najczęstszych przyczyn zgonu na świecie.

Objawy choroby:

- kaszel, występujący zwykle w godzinach rannych, w bardziej zaawansowanych okresach choroby kaszel występuje w czasie całego dnia a nawet w nocy
- przewlekłe odkasztuszanie wydzieliny - o zabarwieniu białawym a w okresie zakażeń zielono - żółtym
- duszność - pogłębiająca się z czasem, występująca codziennie, nasilająca się podczas wysiłku fizycznego oraz w okresie zakażeń układu oddechowego

Infekcje górnych dróg oddechowych są częstsze niż u ludzi zdrowych.

W zaawansowanych okresach choroby pojawiają się powikłania:

- niewydolność oddechowa
- niewydolność serca (serce płucne)

W badaniu przedmiotowym głównymi objawami są:

- cechy rozdęcia płuc
- beczkowa klatka piersiowa
- ściszenie szmerów oddechowych
- świsty i furczenia

W późniejszym okresie:

- sinica centralna
- obrzęki

Przyczyny choroby:

- palenie papierosów - które powoduje uszkodzenie transportu rzęskowego, osłabia czynność makrofagów, powoduje hipertrofię i hiperplazję gruczołów śluzowych, uszkadza budowę pęcherzyków płucnych, blokuje naturalny obronny system antyproteolityczny, pobudza granulocyty obojętnośćonne do uwalniania enzymów proteolitycznych oraz wolnych rodników tlenowych
- zaburzenia genetyczne - wrodzony niedobór antytrypsyny (AAT), substancji neutralizującej niektóre szkodliwe dla tkanki płuc enzymy
- geny determinujące wydzielanie substancji grupowych układu ABO
- czynniki okołorozwojowe: zaburzenia dojrzewania płuc płodu, niska masa urodzeniowa, przebyte w dzieciństwie zakażenia układu oddechowego (zwłaszcza spowodowane wirusami).
- zanieczyszczenie powietrza - dwutlenek siarki, dwutlenek azotu
- ekspozycja zawodowa - pracownicy zakładów wytwarzających tworzywa sztuczne na bazie dwucyjanów
- czynniki rodzinne - dzieci palących rodziców, narażone na palenie bierne, mają większą szansę wystąpienia tej jednostki chorobowej

Badania wykonywane u chorych z podejrzeniem POChP:

- spirometria (pomiar prędkości przepływu powietrza w drogach oddechowych oraz objętości powietrza wdychanego i wydychanego)
- pletyzmografia - umożliwia dokładne zmierzenie objętości powietrza w klatce piersiowej -tomografia piersiowa klatki piersiowej - HRCT- do oceny nasilenia rozedmy
- bronchofiberoskopia-, aby wyplukać wydzielinę i zidentyfikować drobnoustroje odpowiedzialne za zakażenie
- zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej
- gazometria krwi tętnicznej

Początkowo u chorych z POChP nie można wykazać cech wzrostu oporów przepływu. Natomiast z chwilą pojawienia się duszności obturacja jest zawsze obecna. Ponadto u tych chorych występuje utrata elastyczności tkanki płucnej, która staje się bardziej sztywna, przyczyniając się do dalszego zmniejszenia przekroju średnicy oskrzeli. POChP jest chorobą, której można zapobiegać i którą można skutecznie leczyć. Jest to jedyna choroba odtytoniowa, w której zaprzestanie palenia zahamowuje dalszy postęp choroby. Choroba zatrzymuje się na tym stopniu rozwoju, na którym nastąpiło zaprzestanie palenia.



Leczenie:

- zaprzestanie palenia papierosów - stosowanie preparatów łagodzących objawy zespołu „głodu” tytoniowego np. Zyban
- stosowanie kortykosteroidów wziewnych np. flutikazon-Flixotide- zmniejsza częstość zaostrzeń POChP
- stosowanie salmeterolu (Sereventu) - preparat rozszerzający oskrzela
- stosowanie postaci skojarzonej tych dwóch leków Seretide
 - mają korzystny wpływ na objawy kliniczne choroby oraz na czynność płuc.
- substancje rozszerzające oskrzela
- sterydy kory nadnerczy - tłumiące stan zapalny
- teofilina

Leki w POChP podaje się przede wszystkim drogą inhalacyjną a także doustnie i dożylnie. W leczeniu POChP niezwykle istotne jest zapobieganie zaostrzeniom, których najczęstszą przyczyną są zakażenia. Dlatego też chorzy powinni unikać sytuacji sprzyjających infekcjom, powinni się także regularnie szczepić (przede wszystkim przeciwko grypie). Jeśli dojdzie do zakażenia, chorzy na POChP zazwyczaj wymagają leczenia antybiotykami. W przypadku, gdy występuje znaczna ilość gęstej wydzieliny przydatne mogą być leki zmniejszające gęstość śluzu. Chorzy z POChP wymagają długotrwałego oddychania tlenem (co najmniej 15 godzin na dobę - leczenie to zapobiega niedotlenieniu narządów i ciężkiemu uszkodzeniu serca). Bardzo ważne jest unikanie czynników ryzyka, a więc długiego przebywania w zadymionych i źle przewietrzonych pomieszczeniach, właściwe zabezpieczenie miejsca pracy i dróg oddechowych (maski), ograniczanie zanieczyszczenia środowiska.

Przewlekła tlenoterapia.

Przewlekła tlenoterapia przedłuża życie hipoksemicznym pacjentom z POChP. Do innych korzystnych efektów stosowania przewlekłej tlenoterapii należą:

- redukcja wtórnej policytemii
- obniżenie i stabilizacja nadciśnienia płucnego
- poprawa pracy serca - polepszenie tolerancji wysiłku

Tlen może być dostarczany pacjentowi przez cewnik donosowy, maskę typu Venturiego bądź przez tchawiczo. Tlenoterapię należy stosować codziennie, przez co najmniej 15 godzin na dobę, w tym przez cały okres snu. Istnieją trzy główne typy urządzeń dostarczających tlen:

- koncentratory
- butle ze sprężonym powietrzem
- pojemniki z płynnym tlenem

Najczęściej stosowane są koncentratory, które za pomocą energii elektrycznej oddzielają tlen od powietrza. Butle ze sprężonym powietrzem są zbyt drogie i uciążliwe, aby stosować je w warunkach domowych. Ciekły tlen jest najdroższy, ale niewielkie rozmiary pojemnika umożliwiają dostarczenie tlenu także podczas podróży lub w czasie wysiłku poza domem

Pielęgnowanie pacjenta z elementami rehabilitacji.

Głównym celem rehabilitacji jest zmniejszenie objawów choroby, poprawa jakości życia oraz zwiększenie fizycznego i emocjonalnego uczestnictwa w codziennym życiu. Celami poza medycznymi w rehabilitacji są:

- poprawa sprawności i kondycji fizycznej
- walka ze społeczną izolacją
- zapobieganie depresji
- edukacja chorego i jego rodziny

Duży wpływ na polepszenie stanu zdrowia pacjentów POChP mają ćwiczenia fizyczne, które polepszają tolerancję wysiłku, zmniejszają objawy duszności i zmęczenia. Trening fizyczny

powinien trwać 6-8 tygodni, korzyści utrzymują się do roku po zakończeniu jednorazowego programu rehabilitacyjnego. Rehabilitacja powinna być prowadzona na każdym etapie zaawansowania choroby. Należy przekonać pacjenta o konieczności zaprzestania palenia tytoniu.

Podstawowymi elementami programu rehabilitacji oddechowej są:

- rehabilitacja ruchowa i trening fizyczny
- trening mięśni oddechowych
- ćwiczenia oddechowe
- prawidłowe odżywianie
- psychoterapia
- edukacja pacjenta i jego rodziny
- wsparcie psychospołeczne

Chory powinien być aktywnym uczestnikiem leczenia przez zapoznanie go z informacjami o chorobie, sposobach leczenia, co daje mu poczucie bezpieczeństwa. Gdy pojawia się duszność należy pacjenta zachęcać do kontynuowania wysiłku fizycznego, aby nie dopuścić do wystąpienia błędnego koła następstw:

- duszność
- niechęć do wysiłku
- zanik mięśni i upośledzenie wykorzystania przez nie tlenu
- wzmożone zapotrzebowanie na tlen
- zwiększony wysiłek oddechowy
- większa duszność

W czasie zaostrzenia choroby lub po opanowaniu zaostrzenia pacjent przebywa w łóżku, w 2-3 dobie należy rozpocząć rehabilitację oddechową. Konieczne jest poprowadzenie intensywnego kilkutygodniowego programu poprawy sprawności fizycznej. Prosty sposób przywrócenia sprawności są 30 minutowe spacerki przez 5 dni w tygodniu lub dwudziesto - trzydziestominutowe ćwiczenia na stacjonarnym cykloergometrze. Uczucie duszności łagodzi też nauka odpowiedniej techniki oddychania.

Bardzo ważne u tych pacjentów jest zapobieganie infekcjom. Związku z tym powinni oni każdej jesieni szczepić się przeciwko grypie, a także przeciw pneumokokom. Elementem dodatkowym są turnusy rehabilitacyjne w uzdrowiskach, pozwalające polepszyć stan zdrowia, poznać nowych ludzi i nauczyć się żyć z chorobą.

Istotną rzeczą w POChP jest dieta. Około 25% chorych na POChP może być niedożywionych, odsetek ten wzrasta znacznie wśród chorych hospitalizowanych może sięgać nawet 50%. Utrata wagi ciała wiąże się ze słabością wdechowych mięśni oddechowych. Należy dążyć do utrzymania u chorych wagi należytej. Dieta powinna być niskowęglowodanowa i wysokotłuszczowa, gdyż nadmiar cukrów mógłby sprzyjać retencji CO₂. Posiłki powinny być podzielone na 6 mniejszych porcji, aby zmniejszyć wysiłek związany ze spożywaniem posiłku. Mniejsze porcje nie przeszkadzają w pracy przepony. Należy unikać potraw wzdymających, ostatni posiłek wieczorny powinien być lekki i spożyty na 3 godziny przed położeniem się spać. Otyli chorzy powinni starać się schudnąć do prawidłowej masy ciała. Otyłość utrudnia oddychanie. Chorzy wychudzeni powinni jeść pokarmy wysokokaloryczne, zawierające tłuszcze np. ryby i tłuszcze roślinne. Gdy chory jest wychudzony, jego mięśnie, wśród nich przepona są słabe.

Przewlekła, obturacyjna choroba płuc jest częstą przyczyną poważnego i trwałego ograniczenia sprawności, a jej główną przyczyną jest palenie tytoniu. ■

Anna Kluba



Czym jest idea opieki paliatywno/hospicyjnej?

Ruch paliatywno/hospicyjny jest pewnego rodzaju filozofią sposobem podejścia i postrzegania potrzeb chorego umierającego i jego rodziny. Sama idea opieki nad chorymi i umierającymi związana jest z początkiem istnienia ludzkości; kiedy pojawił się człowiek, pojawiły się także choroby. Początkowo były to przytulki, przeznaczone dla biednych, chorych i umierających, które pełniły rolę dzisiejszych hospicjów. Pierwsze schronisko dla chorych umierających powstało w Lyonie w 1842r założone przez Jeanne Garnie, kolejne prowadzone przez Siostry Miłosierdzia na przełomie XIX i XX wieku w Dublinie i Londynie. Instytucje te były ściśle związane z opieką nad chorymi z zaawansowanymi, nieuleczalnymi chorobami, jednak właściwe leczenie przeciwbólowe i leczenie innych objawów było utrudnione z powodu braków efektywnych leków.

Znaczącym przełomem w opiece paliatywno/hospicyjnej było profesjonalne podejście do problemu śmierci i umierania przez dr Cicely Saunders, z którą związana jest współczesna idea opieki hospicyjnej. Pani Saunders rozpoznała trudną sytuację osób umierających i ich bliskich i odpowiedziała na deficyt w zakresie zaspokajania potrzeb osób umierających i ich rodzin. Skupiła się na specyficznych i wyjątkowych potrzebach każdego chorego i jego rodziny, nauczyła całościowej opieki nad chorym, opieki nad rodziną opieki w okresie osierocenia oraz potrzeby prawdziwej, zespołowej pracy interdyscyplinarnej. Doprowadziła do transformacji tego obszaru opieki zdrowotnej i sprostała wyzwaniu przeciwstawienia się utrwalonym negatywnym postawom i uprzedzeniom. Hospicjum św. Krzysztofa w którym pracowała jest obecnie uważane za wzorcową placówkę tego typu. Pełni rolę światowego centrum szkoleniowego. Cicely Saunders zapaliła iskrę, która wkrótce objęła wiele innych krajów, w tym również Polskę. Inicjatywa Cicely Saunders okazała się niezwykle cenna i potrzebna w sytuacji, gdy wielu ludzi umierało w trudnych warunkach, bez właściwej opieki - zarówno medycznej, jak i ludzkiej. W Polsce prekursorką w zakresie opieki domowej była pielęgniarka Hanna Chrzanowska. Po ukończeniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej uzupełniała wiedzę z zakresu pielęgniarstwa społecznego za granicą: we Francji, w Belgii i Stanach Zjednoczonych. Poza działalnością wydawniczą i edukacyjną interesowała ją rozpowszechnianie idei pielęgniarstwa społecznego. Wyrazem tego stała się - podjęta przez nią w latach pięćdziesiątych XX wieku - inicjatywa domowej opieki pielęgniarskiej. Miała ona na celu objęcie opieką we własnych domach osób przewlekle chorych i umierających, z uwzględnieniem ich potrzeb zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych oraz duchowych. Z jej inicjatyw w 1981 r. powstało w Krakowie Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum", które przystąpiło do budowy pierwszego w Polsce - czerpiące doświadczenia z hospicjum św. Krzysztofa - hospicjum św. Łazarza w Krakowie.

Jakie są cele opieki paliatywno/hospicyjnej?

1. Zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin.

Temu celowi podporządkowana jest opieka i wszystkie formy leczenia. Uznaje zasadę troski o dobrą jakość życia chorego za priorytetową oraz zaspakaja zindywidualizowane, głównie

potrzeby chorego. Ocena jakości życia pacjenta wynika z różnicy pomiędzy sytuacją upragnioną przez pacjenta, na sytuacją realnie istniejącą którą dokonuje się przez poprawę warunków aktualnej sytuacji chorego, bądź przez zmianę wyidealizowanej sytuacji. Poprawa realnej sytuacji, to tolerowanie zwyczajów i trybu życia chorego, które byłyby dla nas nie do przyjęcia (np: palenie papierosów, picie alkoholu, jeśli nie nasilają dolegliwości chorego). Uzyskaniu dobrej jakości życia, służy także unikanie agresywnych i przykrych metod leczenia, jednocześnie kontrolowanie objawów somatycznych i zwalczanie objawów zgodnie z opracowanymi wytycznymi, np; leczenia bólu.

Ograniczana jest liczba stosowanych leków, podaje się tylko te, które zwalczają objawy uciążliwe dla pacjenta. Preferowana droga podawania leków to droga doustna, iniekcje podawane przez igły typu motylek umieszczone są na kilka dni. W przypadku chorych w starszym wieku, bądź z uszkodzoną wątrobą stosuje się szczególną ostrożność i zgodnie z zasadą „start low - go slow”, zaczynamy od małej dawki i powoli ją podnosimy. Oddziaływania psychologiczne zespołu opiekującego się chorym i przeniesienie akcentu niepewności przyszłości na teraźniejszość na dobre przeżywanie i „smakowanie” obecnej chwili poprawia subiektywnie odczuwany przez chorego komfort. Bardzo ważnym elementem poprawy jakości życia są wszelkiego rodzaju działania nastawione na psychiczną i ruchową aktywizację chorych. Dostarczanie książek, czasopism, udział w różnych uroczystościach, odwiedziny bliskich i znajomych, pozwalają chorym cieszyć się każdym nowym dniem.

2. Opieka paliatywna jest opieką całościową (holistyczną).

Objemuje wszystkie ważne sfery życia człowieka: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. W praktyce oznacza to staranie o zaspokojenie wszystkich indywidualnie przez chorego postrzeganych i wartościowanych potrzeb związanych z tymi sferami życia.

3. Opieka paliatywna sprawowana jest zespołowo.

Ze względu na wieloaspektowy charakter opieki w skład zespołu wchodzi zawsze lekarz, pielęgniarka oraz rehabilitant, pracownik socjalny, psycholog, duchowny, wolontariusz niemedyyczny. Istotą pracy zespołu jest współpraca wszystkich jej członków oraz ścisła współpraca z rodziną chorego. W opiece ważną rolę pełni pielęgniarka, która jest koordynatorką działań zespołu. Właściwa organizacja pracy zespołu, dobra komunikacja, właściwy rozkład ról, zadań oraz odpowiedzialności pozwala zespołowi pozyskać zaufanie chorego i jego rodziny. Dzięki temu jest dla nich oparciem w tym trudnym czasie życia.

4. Akceptacja nieuchronności śmierci.

Przyjęcie tej zasady oznacza rewolucje w sposobie myślenia o życiu, a jednocześnie pozwala pogodzić się z faktem umierania bliskiej osoby. Powszechnie uznawaną wartością jest życie. Lekarz, pielęgniarka walczą o zachowanie lub przywrócenie życia chorego w sytuacji jego zagrożenia. Oczekiwania rodziny sprowadzają się do domagania się od personelu medycznego podawania kroplówek oraz innych środków, aby walczyć do końca i za wszelką cenę. Uznanie śmierci za proces naturalny pozwala powstrzymać się od „przywracania” życia na siłę. Działania takie mogą okazać się szkodliwe, przedłu-



zając agonię, a nie życie. Podawanie kroplówek, leków nasercowych itp. mogą pogorszyć stan chorego, zwiększając jego dolegliwości (zwiększenie wydzieliny w drzewie oskrzelowym, pogłębienie niewydolności krążenia). Przyczyniają się bardziej do przedłużenia umierania i związanych z nim cierpień, niż przedłużania życia.

5. Akceptacja nieuchronności cierpienia.

Podejmując wszelkie możliwe starania, aby złagodzić dolegliwości chorego i zaspokoić wszystkie jego potrzeby, dochodzimy do ograniczeń, których nie jesteśmy w stanie pokonać, nie jesteśmy w stanie sprawić, aby chory nie odczuwał żadnych przykrości. Musimy uznać, że cierpienie, żal i lęk są odczuciami ludzkimi, naturalnymi i że mogą odegrać pozytywną rolę w życiu. Przyjęcie tej zasady sprawia, że pomoc i opieka zespołu opiekującego się chorym stają się bardziej efektywne.

6. Akceptacja właściwej pory śmierci.

Oznacza powstrzymanie się od działań mających na celu przyspieszenie śmierci. Opieka paliatywna jest skutecznym sposobem przeciwdziałania eutanazji, nie jest również alternatywą dla eutanazji. Jest natomiast efektywną formą pomocy osobom umierającym, które pragną zwykle przeżywać swoje życie do końca.

7. Opieka paliatywna obejmuje nie tylko chorego, lecz również jego rodzinę.

Członkowie rodziny znajdują się zwykle w stanie dużego stresu zarówno podczas choroby, jak i po śmierci bliskiej osoby. Opieka paliatywna niesie pomoc rodzinie podczas trwania choroby i w okresie żałoby.

Jakie formy opieki paliatywno/hospicyjnej są dostępne w Polsce?

Przez wiele lat opieka paliatywna w Polsce rozwijała się spontanicznie. Sprawowana była przez niewielką grupę ludzi i wobec nielicznej grupy pacjentów. Z chwilą włączenia jej do działań powszechnego systemu ochrony zdrowia sytuacja się zmieniła. Opieka paliatywna jest formą usług zdrowotnych kontraktowanych do niedawna przez Kasy Chorych, obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- opieka stacjonarna jest sprawowana w hospicjach lub na oddziałach opieki paliatywnej. Zapewnia możliwość kontroli objawów trudnych do opanowania w warunkach domowych, możliwość wykonania badań oraz zabiegów, a także warunki godnej śmierci chorym samotnym oraz sprawuje opiekę wyręczającą rodzinę.
- opieka dzienna dla chorych przebywających we własnych domach, ale zdolnych do ich okresowego opuszczania. Pacjenci w ciągu dnia przebywają na oddziale korzystając z zabiegów np.; fizykoterapii, muzykoterapii, wsparcia psychologicznego bez konieczności hospitalizacji.
- opieka domowa dla chorych przebywających w swoich domach, gdzie są pielęgnowani i leczeni objawowo przez zespoły domowej opieki paliatywnej lub hospicyjnej. Pacjent w zaawansowanym stadium choroby nieuchronnie prowadzącej do śmierci i w okresie umierania prowadzony jest przez profesjonalnie przygotowany zespół specjalistów. Zespół składa się z lekarza, pielęgniarki, psychologa,

rehabilitanta, pracownika socjalnego, osoby duchownej oraz wolontariusza. Towarzyszy choremu i jego rodzinie w momencie umierania i po jego śmierci w tzw. okresie osierocenia.

- opieka ambulatoryjna sprawowana w poradniach opieki paliatywnej i przeznaczona jest dla chorych, którzy są zdolni zgłaszać się do tych jednostek samodzielnie. Poradnia sprawuje opiekę nad chorymi u których rozpoznano chorobę nowotworową i kontynuowane jest leczenie przyczynowe.
- zespoły wspierające działają na terenie szpitali i zakładów opiekuńczo -leczniczych i opiekują się umierającymi pacjentami danej placówki. Pacjent prowadzony jest przez lekarza danej placówki natomiast zespół wspierający pełni rolę doradczą i wspierającą leczenie trudnych do opanowania objawów.
- zespoły poradnictwa rodzinnego udzielają wsparcia rodzinom, opiekunom i osobom osieroconym. Powstają przy ośrodkach opieki paliatywno/hospicyjnej i służą pomocą osobom w okresie osierocenia i żałoby.

Cele działalności jednostek opieki paliatywnej:

- łagodzenie objawów somatycznych
- wsparcie psychiczne
- wsparcie socjalne
- wsparcie duchowe
- opieka nad rodziną lub opiekunami podczas jego choroby i po śmierci

Jakie objawy świadczą o ostatnim etapie ludzkiego życia?

Objawy świadczące o zbliżającej się śmierci

- 2 Trudności w poruszaniu się, nawet aktywni i sprawni fizycznie do tej pory pacjenci nie mają już sił i energii do tego, by „ruszyć” się z łóżka.
- 3 Zmęczenie, objawiające się pobudzeniem i potrzebą ciągłego, nerwowego przemieszczania się w łóżku.
- 6 Zakończenie ulubionych aktywności życiowych. Osoba, którą się opiekujemy, nie chce już uczestniczyć w ulubionych formach spędzania czasu, które do tej pory sprawiały jej przyjemność (rozmowy, czytanie książek na głos, słuchanie muzyki, oglądanie TV itp.).
- 7 Rosnące zapotrzebowanie na sen. Chory śpi coraz więcej przysypiając nawet w czasie rozmowy z bliskimi.
- 8 Brak apetytu. Naturalną reakcją osoby umierającej jest ograniczanie ilości posiłków i napojów. Nawet jeśli prosi o posiłek na który ma ochotę nie zjada go. Jedzenie lub niejedzenie na tym etapie nie zatrzyma procesu umierania.
- 10 Dłuższe lub krótsze okresy bezdechu. Zaczynają pojawiać się w czasie snu jak również podczas czuwania
- 11 Sinienie . Oznaki sinienia pojawiają się na rękach, nogach, a także innych częściach ciała.
- 13 Widzenie osób zmarłych. Osoba umierająca może mówić o widzeniu czy odczuwaniu obecności bliskich, którzy zmarli.
- 15 Załatwianie spraw ważnych. Może to być telefon do osób bliskich, prośba o spotkanie, które było odkładane w czasie.

Umieranie jest podróżą, którą każdy z żyjących odbywa sam, czasem w otoczeniu bliskich, czasem samotnie. W ostatnich dniach i godzinach komunikacja z chorym odbywa się za



pomocą przekazu niewerbalnego. Są to grymasy, jęki, płacz, ruchy głowy, warg, gałek ocznych, mruganie i inne. Czuwanie przy chorym pozwala nam na rozpoznanie sygnałów i właściwe ich interpretowanie. Czasem chory uściskiem dłoni przekazuje odpowiedź na zadawane pytanie np. o ból.

Jakie są najważniejsze życzenia chorego?

Cicely Saunders sformułowała trzy życzenia umierających;

1. Pomóż mi,
2. Wysłuchaj mnie,
3. Zostań ze mną.

Zgodnie z tymi zasadami najważniejszą osobą jest chory umierający, któremu pomagamy przez zmniejszenie lub eliminację bólu, poprawę oddychania przez podanie tlenu (chory boi się śmierci przez uduszenie). Słuchanie chorego, spełnianie próśb oraz czuwanie przez bycie przy chorym, obecność przy łóżku chorego.

Motto, które prowadzi zespoły interdyscyplinarne opieki paliatywno/hospicyjnej

*Jesteś ważny bo to Ty
Jesteś ważny do ostatniej chwili swojego życia
I zrobimy wszystko co w naszej mocy
Nie tylko aby Ci pomóc spokojnie odejść
Ale abyś żył w pełni, aż do końca.*

Cicely Saunders

■
opracowała
Aneta Kura

WYBRANE METODY PRACY TERAPEUTYCZNEJ Z OSOBAMI PRZEWLEKLE CHORYMI

Ważną metodą leczenia w hospicjum jest terapia zajęciowa. Obejmuje ona pacjentów objętych opieką domową oraz osoby osierocone i samotne. Terapię zajęciową prowadzi właściwie przeszkolony terapeuta, który wspomagany jest przez personel medyczny i niemedyyczny hospicjum. Struktura działalności zespołu sprawiającego opiekę nad pacjentami wymaga często kontaktowania się, dlatego grupa prowadząca terapię zajęciową często kontaktuje się z lekarzami, pielęgniarkami, rehabilitantami, psychologami, pracownikami socjalnymi, pedagogiem, wolontariuszami, a także duchownym. Ma to duże znaczenie terapeutyczne, gdyż pozwala dokładniej poznać pacjentów oraz ich problemy i wybrać najdogodniejsze formy pomocy.

Większość chorych zdaje sobie sprawę, że zbliża się śmierć. Problem niesienia pomocy psychicznej, fizycznej i duchowej w tym okresie jest niezwykle złożony, dlatego istotne jest jego rozwiązanie.

C. Saunders wyjaśnia: „Obawa, lęk, strach przed śmiercią są zrozumiałe. Śmierć, jest rzeczywiście tajemnicą. Ale my umiemy obchodzić się ze strachem przed odosobnieniem”.

Cały zespół doskonale sobie zdaje sprawę, że każdy pacjent jest inny, a co za tym idzie, każdy wymaga właściwej diagnozy i pomocy, która spowoduje zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie cierpienia fizycznego, psychicznego czy też duchowego.

Na zajęciach terapii zajęciowej panuje atmosfera psychiczna pozbawiona jakiegokolwiek formy litości, sentymentalizmu, czy użalania się nad chorym. Przeciwnie, dąży się do wytworzenia atmosfery psychicznej pełnej życzliwości, optymizmu, wiary w przyszłość, nadziei, spokoju, chęci niesienia pomocy różnego rodzaju, atmosfery współodczuwania i pomocy. Osoby prowadzące terapię zajęciową same w niej uczestniczą a pacjenci wykonują takie zajęcia, które są zgodne z ich zainteresowaniami i zamiłowaniami.

Terapia zajęciowa obejmuje różne formy :

- Terapia przez sztuki plastyczne (malowanie, rysowanie, rzeźbienie, projektowanie, spotkania z twórcami i ich sztuką);
- Muzykoterapia (gra na instrumentach, słuchanie nagrań muzycznych, uczestnictwo w koncertach muzyków);
- Roboty ręczne (roboty na drutach, szydełkowanie, wyszywanie, szycie, ubieranie modeli, roboty stolarskie)
- Gry towarzyskie - zręcznościowe (gry popularno - intelektualne : szachy, warcaby)
- Prace w ogrodzie (uprawianie przez pacjentów małych plantacji warzyw, pielęgnowanie kwiatów, układanie kwiatów w bukiety);
- Czytanie książek cicho i na głos np. sztuk teatralnych na role, poezji, uczestnictwo w przedstawieniach zaproszonych zespołów aktorskich, spotkania z literatami, poetami);
- Własna twórczość literacka (pisanie poezji, wspomnień, listów, odczytywanie utworów pacjentów);
- Zajęcia kulinarne i gospodarcze (przyrządzanie potraw);
- Zabawy ze zwierzętami;
- Wspólne oglądanie programów telewizyjnych, filmów, zawodów sportowych, słuchanie programów radiowych;
- Zajęcia indywidualne pacjentów.

Często w oddziale terapii zajęciowej personel wraz z pacjentami odkrywa utajone dotąd zainteresowania i zdolności pacjentów. Zajęcia pacjentów, ich dyskusje i wspólnie spędzany czas powoduje częste zawiązania się przyjaźni i sympatii.

Jedną z form terapii zajęciowej jest muzykoterapia. Jest ona systematycznym i metodycznym zastosowaniem muzyki, opartej na podstawach naukowych. Oznacza ona formę psychoterapii i reedukacji, posługującej się muzyką i jej elementami, jako środkami stymulacji, strukturalizacji oraz ekspresji emocjonalnej i komunikacji niewerbalnej w procesie diagnozy , leczenia i rozwoju osobowości pacjenta. Muzyka stanowi ogniwo pośredniczące w relacji terapeutycznej, rozumianej jako interakcja między pacjentem, a terapeutą, a otoczeniem. Użycie muzyki w wymiarze psychoterapeutycznym oznacza wykorzystanie jej działania w płaszczyźnie psychologicznej, nie tylko w celu usunięcia objawów chorobowych, lecz i spowodowania zmian w sposobie funkcjonowania pacjenta, prowadzących do jego rozwoju i poprawy kontaktu z otoczeniem.

Muzykoterapia obejmuje dwie formy aktywności pacjenta :

1. W sferze odbiorczej
2. W sferze wykonawczej. Chodzi tu o wszelkie ekspresje dźwiękowe pacjenta, przede wszystkim z pomocą instrumentów muzycznych, a ponadto z użyciem głosu ludzkiego (terapia śpiewem) i ruchu ciała do muzyki (ćwiczenia muzyczno - ruchowe, rytmika)

W procesie diagnozy i leczenia uwzględnia się wpływ muzyki na:

- emocje
- proces myślenia
- psychomotorykę
- układ wegetatywny

Muzykoterapia stosowana jest obecnie w świecie prawie we



wszystkich zakresach medycyny, zwykle jako jedna z metod tzw. terapii kompleksowej.

Współczesna literatura i badania naukowe udowadniają że muzyką można pomóc pacjentowi w samopoznaniu, zwalczaniu wewnętrznych oporów i zahamowań oraz ułatwić samo zwalczanie stanów chorobowych.

Obok działania antydepresyjnego muzyka zmniejsza napięcie psychiczne, reguluje ciśnienie krwi, wpływa na wydzielanie hormonów, a nawet znieczula.

Jedną z możliwości wspomagania organizmu w chorobie, lecz również profilaktycznie jest oddziaływanie na organizm harmonijnymi dźwiękami w połączeniu z drganiami i ruchem.

Całe ciało zostaje poddane wibracjom i ruchowi, a każda pojedyncza komórka zaczyna tańczyć. Wszystkie procesy w organizmie dążą do harmonii. Łączenie tych procesów pomaga doskonalić stan zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego oraz równowagę między tymi poziomami.

Jedną z możliwości wykorzystania drgań może być na przykład masaż dźwiękiem z wykorzystaniem wzbudników drgań, czy specjalnych mis tybetańskich do terapii. Misa taka zawiera wszystkie dźwięki, które potrzebuje ciało, psyche i duch, przy czym każda ma swą cechę charakterystyczną - specyficzny zbiór wielotonów możliwych do wybicia.

Masaż dźwiękiem pozwala niwelować blokady, odprężyć mięśnie, równoważyć pracę różnych układów, organów. Zostawia swój ślad w wyrazie twarzy, figurze, daje wspaniałe doświadczenie i siłę na płaszczyźnie psychicznej i duchowej.

Wzbudniki drgań podobnie jak i masaż dźwiękami oferuje również możliwość pokonania lęków, dotarcia do głębi własnego wnętrza w stanie odprężenia. Pomaga rozpoznawać i rozwiązywać problemy, daje możliwość łagodzenia napięć i bólów wewnętrznych, zaburzeń w zasypianiu, wzmocnienia energetycznego, zmiany pewnych zachowań, a w ostatnim etapie życia stan głębokiego relaksu i odprężenia wewnętrznego, zrozumienia, lekkości i łatwiejszego w większym komforcie przejścia do etapu kolejnego.

Inną metodą pracy terapeutycznej z ludźmi przewlekłe choremi może być **psychoterapia**. Psychoterapia jest metodą leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami rozwojowymi i zaburzeniami osobowości. Jest metodą pomocniczą w leczeniu pacjentów z innymi zaburzeniami, m.in. uzależnionych, chorych na psychozy, chorych somatycznie. Głównym celem psychoterapii jest usuwanie przyczyn warunkujących powstawanie czynnościowych zaburzeń psychicznych i w efekcie samych zaburzeń.

Podstawową zmianą do której dąży się w psychoanalizie jest uświadomienie sobie przez pacjenta nieświadomych pragnień i emocji. Służą temu następujące techniki psycho-terapeutyczne:

- swobodne skojarzenia - to podstawowa technika ujawniania potrzeb i pragnień instynktowych.
- klasyfikacje i konfrontacje - techniki, które pozwalają pacjentowi stawać się świadomym jego doświadczeń przeżywanych aktualnie w psychoanalizie.
- interpretacje - podstawowa technika pomagająca pacjentowi uświadomić sobie to, co było w nim nieświadomiane. Interpretacje służą zrozumieniu przyczyn aktualnego zachowania pacjenta, pozwalają zrozumieć, jakie nieświadome procesy powodują świadome przeżycia pacjenta, jakie wydarzenia i doświadczenia z przeszłości warunkują jego zachowanie jako człowieka dorosłego.
- przepracowanie - treść interpretacji, podobnie jak uwalnianie nieświadomych uczuć i pragnień, budzi poczucie zagrożenia i nasila działanie mechanizmów obronnych pacjenta. Stąd potrzeba wielokrotnego wracania do omawiania problemów pacjenta, powtarzania interpretacji, ponownych klasyfikacji i konfrontacji.

Psychoterapia jest taką metodą leczenia, dzięki której pacjenci mogą odzyskać zdolność do rozwiązywania problemów i konfliktów. Problemy i konflikty są zjawiskiem naturalnym.

Psychoterapia więc nie prowadzi do zabezpieczenia pacjenta przed konfliktami i problemami życiowymi i są one wpisane w naturę istnienia człowieka. Psychoterapia pozwala pacjentowi odzyskać utraconą zdolność do rozwiązywania tych trudności albo nauczyć go takich umiejętności, jeżeli ich dotychczas nie posiadał.

Psychoterapia jest metodą, która służy do usunięcia cierpienia pacjenta, wynikającego z objawów i przykrych stanów emocjonalnych, wynikającego z niemożności wpływu na swoje życie. Psychoterapia jest procesem, w którym stosowane przez terapeutę oddziaływania prowadzą do wywołania w pacjencie takich stanów, które pozwalają mu odzyskać zrozumienie własnych przeżyć i uwolnienie się od nich, a także pozwalają mu zrozumieć przyczyny własnych nieskutecznych zachowań i nauczyć się kontroli nad własnym życiem.

Zmiany zachodzące w wyniku psychoterapii są to zmiany przywracające pacjentowi zdolność do stawiania sobie pytań i udzielania sobie odpowiedzi o sens własnego życia. Zmiana jako wynik psychoterapii to przywracanie pacjentowi zdolności do kierowania swoim życiem, formułowania planów życiowych, dostosowanych do własnych pragnień własnych możliwości otoczenia. To przywracanie pacjentowi umiejętności dostrzegania konsekwencji własnych działań i ponoszenia odpowiedzialności za skutki tych działań.

Metoda psychoterapeutyczna powinna być dopasowana do rozwoju problemów pacjenta, do jego indywidualnych potrzeb i możliwości. Należy zdecydować, czy ma to być psychoterapia indywidualna, grupowa, terapia rodziny, terapia małżeńska, czy też więcej niż jedna z tych form. W jakim miejscu ma odbyć się psychoterapia: ambulatoryjnie, czy na oddziale całodobowym, a może na oddziale dziennym. Jaki będzie jej czas trwania i częstotliwość sesji psychoterapeutycznych.

Psychoterapia stosowana u chorych w terminalnym okresie choroby oznacza zastosowanie środków psychologicznych dla zmniejszenia lub usunięcia dolegliwości. Jest to więc rodzaj psychoterapii objawowej. Rodzaj i sposób jej prowadzenia zależy od stanu ogólnego chorego. Praktycznie prowadzi się je w trakcie luźnej rozmowy przez różnie długi czas. Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być każdorazowo ukierunkowane na konkretne objawy i dostosowane do ogólnej sytuacji chorego. ■

mgr Marzena Morawska

OPIEKA NAD CHORYM ZE SKAZĄ KRWOTOCZNĄ

Definicja skazy krwotocznej:

- Patologiczna skłonność do krwawień długotrwałych, obfitych, występujących bez wyraźnego powodu.
- Stan, w którym różne defekty hemostazy - krzepnięcia krwi zaburzają utrzymanie krwi w naczyniach krwionośnych.
- Dwa procesy hemostaza i fibrynoliza przestają być w równowadze.

Podział skaz krwotocznych ze względu na przyczyny ich powstawania:

- Skazy krwotoczne płytkowe (małopłytkowość, trombocytopenia) - jako efekt zaburzeń czynności płytek krwi - stanowią 70% skaz.



- Skazy osoczowe (koagulopatie) - jako efekt niedoboru osoczowych czynników krzepnięcia - stanowią 20% skaz.
- Skazy krwotoczne naczyniowe - jako efekt zaburzeń czynności w tym szczelności ścian naczyń - stanowią 10% skaz.

Epidemiologia:

- Skazy nabyte - stanowią ok. 90% zachorowań, najczęściej są to skazy wywołane lekami oraz skazy małopłytkowe.
- Skazy wrodzone - stanowią ok. 10% zachorowań, przykładem jest choroba von Willenbranda, hemofilia.

Objawy kliniczne skaz:

- Skazy krwotoczne płytkowe lub naczyniowe:
 - a. małe, płaskie krwawienia punktowe na skórze tworzące wybroczyny,
 - b. wysypka spowodowana licznymi wybroczynami, czyli plamica,
 - c. krwawienia z błon śluzowych (nosa i dziąseł),
 - d. nie ma wylewów do mięśni i stawów,
 - e. czas krwawienia wydłużony powyżej 5 min,
 - f. dodatni objaw Rumpela-Leedegego w skazie naczyniowej - po 10-15 min. max. zastoju żylnego za pomocą mankietu ciśnieniomierza obserwuje się punktowe wybroczyny w zgięciu łokciowym.
- Skazy płytkowe osoczowe - koagulopatie:
 - a. krwawienia o dużej powierzchni z ostro ograniczonymi brzegami, nie ma wybroczyn,
 - b. krwawienia do mięśni i stawów, szczególnie do stawów kolanowych,
 - c. czas krwawienia prawidłowy, czas krzepnięcia wydłużony (brak czynnika potrzebnego do stworzenia skrzepu),
 - d. krwawienia po operacjach, z ust po wyrwaniu zęba, z dróg rodnych.

Charakterystyka krwawień:

- krwawienie może pojawić się w każdym miejscu ciała, czasem jest ono widoczne na zewnątrz, a czasem nie,
- krwawienie może powstać w wyniku urazu lub zabiegu chirurgicznego.
- czasami dochodzi do niego bez wyraźnej przyczyny, takie krwawienie nazywamy spontanicznym,
- krwawienia są raczej dość rzadkie u małych dzieci, kiedy dzieci chore zaczynają chodzić, łatwo ulegają urazom, zazwyczaj krwawią też dłużej po urazie, szczególnie z bzu i języka,
- u starszych dzieci dochodzi znacznie częściej do krwawień spontanicznych, zwykle są one zlokalizowane w mięśniach i stawach.

Krwawienia do stawów - charakterystyka:

- na skutek uszkodzenia kapilar w błonie maziowej dochodzi do krwawienia,
- osoba chora na hemofilię czuje, kiedy rozpoczyna się wylew, w miejscu, w którym dochodzi do krwawienia, chory odczuwa wówczas mrowienie i ciepło,
- krew wypełnia torebkę stawową, pojawia się obrzęk i ból oraz kłopoty z poruszaniem,
- najczęściej dochodzi do wylewów do stawów skokowych, kolanowych i łokciowych
- mogą zdarzać się wylewy do innych stawów np. do palców stóp, bioder oraz barków rzadko dochodzi do wylewów w stawach ręki (są najczęściej miejscem wylewów po urazie),
- skutki wylewów dostawowych:
 - a. powtarzanie się krwawień powoduje, że błona maziowa staje się nabrzmiąta i krwawi bardzo łatwo, przestaje wytwarzać płyn stawowy, umożliwiając

łagodny ruch stawu,

- b. proces ten powoduje uszkodzenia gładkiej powierzchni chrząstki stawowej, staw powoli staje się sztywny, podczas ruchu pojawia się ból,
- c. gdy mięśnie otaczające staw stają się słabe, przestaje on być stabilny,
- d. po pewnym czasie chrząstka ulega poważnemu uszkodzeniu i kości zaczynają się ścierać, w niektórych przypadkach dochodzi do unieruchomienia stawu, proces ten nazywamy artropatią hemofilową.

Krwawienia domięśniowe - charakterystyka:

- do krwawień domięśniowych dochodzi, kiedy uszkodzeniu ulegają naczynia kapilarne w mięśniach,
- krwawienie może być spowodowane konkretnym urazem lub pojawić się bez wyraźnej przyczyny
- podczas krwawienia mięsień staje się sztywny, pojawia się też ból,
- dotknięcie opuchniętego miejsca powoduje ból,
- wyczuwa się też miejscowe zwiększenie ciepłoty ciała,
- w przypadku niektórych głębszych krwawień domięśniowych może dojść do ucisku nerwu albo tętnicy, skutkiem czego jest drętwienie i mrowienie oraz trwałe uszkodzenie nerwów i tętnic,
- w reakcji obronnej mięsień napina się, co określamy jako skurcz mięśniowy,
- skutkiem wylewu do mięśnia jest utrata prawidłowego zakresu ruchomości,
- najczęściej wylewy domięśniowe zdarzają się w obrębie łydki, uda i mięśnia dwugłowego, do krwawień może dochodzić również w obrębie mięśnia biodrowo-łędźwiowego na przedniej stronie biodra oraz mięśni przedramienia,
- skutki krwawień domięśniowych:
 - a. w wyniku powtarzających się wylewów domięśniowych mięśnie stają się słabe, ulegają zbliznowaceniu i skróceniu (czasem ma to charakter stały), przestają też chronić stawy przed urazami,
 - b. okoliczne mięśnie przestają poruszać się prawidłowo, staje się to przyczyną częstszych krwawień,
 - c. jeśli w wyniku krwawień dojdzie do uszkodzenia nerwów, mięśnie mogą poruszać się nieprawidłowo, może dojść do utraty czucia i paraliżu mięśnia.

Umiejscowienie krwawień zagrażających życiu:

- krwawienie w obrębie głowy:
 - a. krwawienie w obrębie głowy szczególnie u dzieci (na ogół w wyniku urazu) jest główną przyczyną śmierci chorych na hemofilię.
 - b. krwawienia w obrębie głowy mogą powodować ból głowy, mdłości, wymioty, śpiączkę, poczucie dezorientacji, trudności z koordynacją ruchów, osłabienie i utratę przytomności.
- krwawienia w przełyku:
 - a. do krwawienia w przełyku może dojść w wyniku infekcji, urazu, zastrzyku wykonanego przez dentystę albo operacji,
 - b. w wyniku krwawienia do przełyku pojawia się obrzęk oraz trudności w przełykaniu i oddychaniu.

Pierwsza pomoc w przypadku krwawienia:

- pierwszej pomocy należy udzielić tak szybko jak to możliwe, aby zmniejszyć ilość utraconej krwi i zminimalizować powstałe uszkodzenia.
- OPOCZYNEK: ramię lub noga powinny odpoczywać na poduszce albo znaleźć się na temblaku, lub należy założyć bandaż, chory nie powinien poruszać stawem, w którym doszło do krwawienia, ani wykorzystywać go podczas chodzenia.

- **LÓD:** miejsce wylewu należy obłożyć pojemnikiem z lodem, pojemnik powinien znaleźć się na wilgotnym ręczniku, który przylega do stawu, po 5 minutach należy zabrać pojemnik z lodem przynajmniej na 10 minut, aż do momentu, gdy pacjent odczuje, że staw jest ciepły, może to pomóc w złagodzeniu bólu i ograniczyć krwawienie.
- **UCISK:** miejsce wylewu powinno zostać owinięte elastycznym bandażem albo elastycznym rękawem, łagodny nacisk może ograniczać krwawienie i wspomagać staw.
- **UNIESIENIE WYŻEJ:** unieść obszar krwawienia powyżej serca, może to spowodować mniejszy napływ krwi, związany ze spadkiem ciśnienia, podanie na zlecenie lekarza leków przeciwbólowych oraz przeciwzapalnych w celu zmniejszenia obrzęku.

Ochrona przed urazami:

- luźne ubranie,
- łóżko wygodne bez metalowych kantów,
- usunięcie szafek, krzeseł, o które pacjent może się potknąć lub zahaczyć przy nieostrożnym ruchu,
- zakaz samodzielnego wychodzenia do toalety w godzinach nocnych.

HUMOR

Pewien facet, trochę już starszy, zaczynał mieć zaniki pamięci. Kiedyś na spotkaniu z przyjaciółmi u niego w domu zaczął opowiadać, że teraz leczy się u takiego dobrego lekarza, na to goście, że też by chcieli i jak się ten lekarz nazywa:

- no właśnie miałem na końcu języka... pamiętacie może, był taki grecki poeta, w starożytności, taki ślepy...
- No był, Homer. To co, ten lekarz ma na nazwisko Homer?
- Nie, nie! On napisał taką epopeję, o tym jak Grecy się tłukli pod takim miastem w starożytności, które próbowali zdobyć...
- no tak, zdobywali Troje, To co, ten lekarz się jakoś podobnie nazywa? Albo mieszka na takiej ulicy?
- nie, nie, nie! Tam był taki wódz, tych, no, Greków, taki główny...
- Agamemnon?
- O o o! No i on miał brata...
- Menelaosa. Ale co to ma wspólnego z lekarzem??!!?
- Zaraz mówię. I tam był taki wódz trojański, który temu Mene... jak mu tam, uprowadził żonę.
- Aaaa, Parys! Ten lekarz nazywa się Parys?
- Niiieeee! Nie! Ta żona, co on ja uprowadził, to jak. miała na imię? -Helena.
- No właśnie, Helena! Helenkaaaaaaaa - woła do żony w kuchni - jak się nazywa ten mój lekarz????

Odpowiednia opieka dentystyczna:

- zdrowe dziąsła i zęby zmniejszają częstość leczenia przeciwkrwotocznego,
- regularne wizyty u dentysty ograniczają częstość zastrzyków i zabiegów stomatologicznych,
- profilaktyka dentystyczna obejmuje szczotkowanie, czyszczenie zębów i wizyty kontrolne u dentysty.

Pielęgnacja jamy ustnej:

- delikatne mycie zębów szczoteczką z miękkiego włosia,
- częściej płukanie ust płynami dezynfekcyjnymi,
- przecieranie dziąseł i zębów miękkimi wacikami,
- smarowanie suchych i krwawiących warg kremami nawilżającymi,
- letnia temperatura pokarmów,
- jedzenie posiłków o konsystencji papkowej lub płynnej (twarde, suche kęsy powodują urazy jamy ustnej).

Pielęgnacja nosa:

- nawilżanie nosa małymi gazikami nasączonymi olejem,
- wkraplanie kropli nawilżających.

Zdrowie emocjonalne:

- życie z przewlekłą chorobą powoduje czasem stres chorego i członków rodziny, aby dbać o zdrowie emocjonalne należy:
 - a. dowiedzieć się jak najwięcej o chorobie, wiedza daje poczucie pewności,
 - b. spotykać się z innymi chorymi, dzielenie się wiedzą może zmniejszać stres,
 - c. zapisać się do Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię.

W przypadku konieczności operacji:

- przed operacją, zabiegiem dentystycznym lub zastrzykiem wykonanym u dentysty należy:
 - a. zebrać odpowiednią ilość czynnika na zabieg i okres rekonwalescencji,
 - b. przeprowadzić badanie na obecność inhibitora czynników krzepnięcia.

W przypadku szczepień lub przyjmowania leków:

- zakaz przyjmowania aspiryny pod każdą postacią,
- zakaz przyjmowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) bez konsultacji z lekarzem,
- zakaz przyjmowania zastrzyków domięśniowych,
- jeżeli konieczne jest szczepienie, powinno być wykonane podskórnie.

Osoba chora na skazę krwotoczną powinna:

- nosić przy sobie informacje o stanie zdrowia (rodzaj skazy krwotocznej, zalecane leczenie i informacje o alergiach),
- uprawiać ćwiczenia gimnastyczne i dbać o kondycję fizyczną, ćwiczenia zwiększające zakres ruchomości w stawach (ruch obrotowy ramion, podnoszenie ramion, podnoszenie i opuszczanie nóg, koliste ruchy stóp)
- ćwiczenia izometryczne mięśni (napinanie mięśni bez poruszania stawami jeśli są obolałe),
- ćwiczenia ogólnokondycyjne (chodzenie nie bieganie co nie obciąża stawów, częste spacerowanie, pływanie),
- zakładać ochraniacze podczas aktywności sportowej,
- poddać się wszelkim zalecanym szczepieniom,
- utrzymywać prawidłową wagę ciała, chorzy na hemofilię powinni kontrolować wagę, aby nie nakładać dodatkowego obciążenia na stawy i mięśnie, szczególnie, gdy dotknęła je artropatia hemofilowa. ■

Renata Strzelecka



Bp Stefan Regmunt biskup zielonogórsko-gorzowski

Zielona Góra, 18 października 2009r.

Szanowna Pani
Halina SYNAKIEWICZ
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
ul. Kopernika 38
42-200 CZĘSTOCHOWA

Szanowna Pani Przewodnicząca, wspomnienie św. Łukasza Ewangelisty - patrona pracowników Służby Zdrowia, jest okazją dla wyrażenia wdzięczności wszystkim tym, którzy służą ludzkiemu zdrowiu. Dziś jest to służba zarówno lekarska, pielęgniarska, jak i farmaceutyczna, ratownicza, profilaktyczna i prewencyjna, a także terapeutyczna i laboratoryjna, wspierana trudem zarządzania i administracji.

Drodzy pracownicy Służby Zdrowia, życzę Państwu, abyście na wzór św. Łukasza z miłością pochylali się nad człowiekiem, nieśli ulgę chorym, cierpiącym, i okazywali chrześcijańskie miłosierdzie tym, którzy z ufnością się Wam powierzają. Podzielając troskę o lepszy dostęp pacjentów do ośrodków i placówek oraz o godziwe warunki pracy personelu, wyrażam nadzieję na ich spełnienie oraz zapewniam o modlitwie w tej intencji. Dziś bowiem, bardziej niż wczoraj, jest czas, aby dziesiątki lat wstydlivego zapóźnienia w tym zakresie, znalazły wreszcie swój sprawiedliwy kres. Słuszne żądania, nie mogą nam jednak nigdy przesłonić bezcennej wartości życia człowieka i służby najślabszym, ani też czynić z cierpiących jedynie „klientów usług medycznych”.

Święto, które przeżywamy, jest też dobrą okolicznością, aby przekazać Państwu wyrazy najgłębszego szacunku i złożyć najlepsze życzenia. Niech modlitwa zanoszona za Was w świątyniach, wyprosi u Boga potrzebne dary na piękne realizowanie tego szczególnego powołania, pomnoży satysfakcję z pomocy niesionej człowiekowi i napełni prawdziwą radością. ■

+ Stefan Regmunt
Przewodniczący Zespołu KEP d/s Duszpasterstwa Służby Zdrowia

CZŁONKOWIE OKRĘGOWEJ RADY / PEŁNOMOCNICZY OIPIP W CZĘSTOCHOWIE INFORMACJA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE ZOSTAJE PRZESUNIĘTE Z WTORKU 15 GRUDNIA 2009 ROKU NA CZWARTEK 10 GRUDNIA 2009 ROKU GODZINA 12:30, ŚWIETLICA OIPIP UL. KOPERNIKA 38.

Z WYRAZAMI SZACUNKU
PRZEWODNICZĄCA ORPIP
HALINA SYNAKIEWICZ

Zmiana zasad postępowania wobec osób zgłaszających się z objawami grypopodobnymi do lekarza

Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii krajowych konsultantów ds. Chorób Zakaźnych oraz ds. Epidemiologii rekomenduje zmianę zasad postępowania wobec osób zgłaszających się z objawami grypopodobnymi do lekarza na następujące:

1. Osoba, u której wystąpią objawy grypowe¹, zgłasza się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli nie ma możliwości niezwłocznego przyjęcia pacjenta z objawami grypopodobnymi, w oczekiwaniu na badanie pacjent powinien być oddzielony od innych pacjentów oczekujących w izbie przyjęć (poczekalni) lub nosić maseczkę. Osoba, która ma jeden lub więcej objawów grypy, powinna, w miarę możliwości, ograniczyć bliskie, w tym intymne, kontakty z innymi osobami i niezwłocznie powinna się zgłosić do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Lekarz przeprowadza wywiad w którym ustala, czy pacjent w okresie ostatnich 7 dni odbył podróż zagraniczną, do jednego z krajów, w których nowa grypa szerzy się w populacji albo, czy pozostawał w kontakcie bezpośrednim w tym samym okresie z osobą lub osobami, podejrzany o zachorowanie na nową grypę A/H1N1.
3. Po zebraniu wywiadu i zbadaniu pacjenta lekarz, jeżeli podejrzewa zakażenie wirusem nowej grypy A/H1N1 podejmuje decyzję o leczeniu w warunkach domowych lub hospitalizacji, biorąc pod uwagę stan kliniczny pacjenta.
4. Rekomenduje się leczenie w warunkach domowych, jeżeli wskazania lekarskie nie wskazują na konieczność leczenia w warunkach szpitala zakaźnego. Leczenie w warunkach szpitala zakaźnego powinno dotyczyć w pierwszej kolejności ciężkich przypadków zachorowań.
5. Jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej podejmie decyzję o leczeniu w warunkach domowych, wdraża leczenie metodami skutecznymi dla grypy sezonowej oraz przekazuje choremu lub jego opiekunom (domownikom) zalecenia dotyczące opieki nad chorym na grypę w warunkach domowych, w tym o podstawowych środkach ograniczających szerzenie się zakażeń (częste mycie rąk, unikanie kontaktu twarzą w twarz, higiena kaszlu itd). Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej informuje pacjenta, iż, w przypadku wystąpienia objawów grypowych u innych domowników -niezwłocznie powinni zgłosić się do lekarza.
6. Jeżeli lekarz podejmie decyzję o konieczności hospitalizacji, wówczas kieruje chorego do najbliższego szpitala zakaźnego (oddziału zakaźnego). W szpitalu przeprowadza się diagnostykę w kierunku wykrycia wirusa grypy pobierając od pacjenta materiał do badania metodą biologii molekularnej (RT PCR), zgodnie z instrukcją Krajowego Ośrodka ds. Grypy (w załączeniu) i przesyła do jednego z laboratoriów wykonujących takie badanie (listę takich laboratoriów prowadzi Główny Inspektorat Sanitarny). W szpitalu zakaź-

1 Objawy nowej grypy A(H1N1) są podobne jak grypy sezonowej:

- gorączka
- kaszel
- ból gardła
- katar z płynną wydzieliną lub zatkanym nosem
- bóle mięśniowe i stawowe
- ból głowy
- dreszcze

W około 25-30% przypadków nowej grypy mogą występować wymioty i biegunka

nym obowiązują procedury określone przez Konsultanta Krajowego do spraw Chorób Zakaźnych.

7. Transport osoby, u której wystąpią objawy grypowe nie powinien odbywać się środkami transportu zbiorowego. Środki transportu użyte do przewozu chorego lub podejrzanego o zachorowanie na grypę powinny podlegać właściwym zabiegom sanitarno-higienicznym (zmywanie powierzchni z użyciem detergentów itp.). ■

Warszawa, dnia 3 sierpnia 2009 r.

Minister Zdrowia
Ewa Kopacz

Krajowy Konsultant ds. Epidemiologii
prof. dr hab. n. med. Andrzej Zieliński

Krajowy Konsultant do Spraw Chorób Zakaźnych dr hab. n. med. Andrzej Horban

Inauguracja Roku Akademickiego 2009/2010

W dniu 26 października 2009 odbyła się uroczysta XV Inauguracja Roku Akademickiego w Wyższej Szkole Zarządzania w Częstochowie. W uroczystości wzięło udział wielu znamienitych gości z kraju i zagranicy.

Jak co roku najbardziej zasłużone dla Uczelni osoby otrzymały pamiątkową szablę z rąk Rektora dr. inż. Andrzeja Dziewiątkowskiego.

W tym roku szablę otrzymali:

- Andrzej Czuma, założyciel Ruchu Praw Człowieka i Obywatela, Przewodniczący Parlamentarnej Komisji Śledczej, Minister Sprawiedliwości, znany działacz opozycyjny i więzień polityczny w czasach PRL
- prof. Giuseppe Calzoni, Rektor współpracującego od wielu lat z Uczelnią Uniwersytetu w Perugii.

Dziękując pracownikom administracyjnym i naukowym Rektor wspominał ubiegłoroczne osiągnięcia Uczelni oraz nakreślił plany dotyczące realizacji działań w bieżącym Roku Akademickim.

Dzięki efektywnemu wykorzystaniu środków pozyskanych z Europejskiego Funduszu Społecznego oprócz realizowanych studiów licencjackich, inżynierskich i magisterskich możliwe jest także zdobywanie wiedzy na studiach podyplomowych w ramach Projektu „Nauczyciel Przedmiotów Zawodowych”.

Kontynuowany jest także Projekt „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”. Studia na tych dwóch kierunkach są bezpłatne, finansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

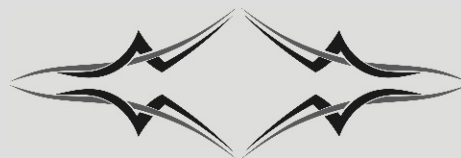
Środki finansowe Funduszu umożliwiają również zdobycie dodatkowych kwalifikacji w ramach realizacji Projektu „Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek i położnych”. ■

*Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim,
Najdroższym, pozostaje ból i pamięć...*

Łącząc się w smutku i żalu z Koleżanką
Małgorzatą Gruca
z powodu Śmierci

Meża

Wyrazy głębokiego współczucia składają
Pielęgniarki Oddziału Dziecięcego Szpitala
Rejonowego w Kłobucku

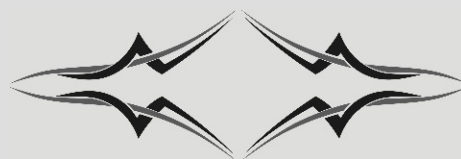


*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy współczucia, żalu i smutku
Drogiej Koleżance Małgorzacie Gruca
Z powodu śmierci

Meża

Składają Przewodnicząca, Sekretarz
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie



Żyje ten, kto pozostaje w sercach bliskich...

Pani Małgorzacie Gruca
Pielęgniarki Oddziału Dziecięcego Szpitala
Rejonowego w Kłobucku

Wyrazy współczucia z powodu śmierci

Meża

Składają Przełożona Pielęgniarek oraz
Pielęgniarki pracujące w Zespole
Opieki Zdrowotnej w Kłobucku



Wyrazy szczerzego współczucia
Z powodu śmierci

Meża

Pielęgniarki Oddziału Dziecięcego Szpitala
Rejonowego w Kłobucku
Pani Małgorzacie Gruca
Składa Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Kłobucku



L.P.	Tytuł	AUTOR	Nr. Inwentarzowy
1.	Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Tom I	Wiesława Ciechaniewicz	1,17
2.	Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Tom II	Wiesława Ciechaniewicz	2,17
3.	Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo.	Laura Wołowicka, Danuta Dyk	3,4
4.	Badania Laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek	Bonita Morrow Cavanaugh	5
5.	Wielki Poradnik Medyczny	Robert Somerville (red)	6
6.	Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii.	Celina Łepecka-Klusek	7,15
7.	Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek.	Elżbieta Krajeńska-Kułak	8
8.	Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych.	Elżbieta Rutkowska	9
9.	Higiena.	Jan Kazimierz Karczewski	10
10.	Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych.	Kazimiera Adamczyk	11
11.	Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku.	Kornelia Kędzior-Kornatowska, Marta Muszalik	12
12.	Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne.	Mary E. Muscari, Krystyna Bernat	13
13.	Pielęgniarstwo w chirurgii.	Wojciech Kapała	14
14.	Filozofia i teoria pielęgniarstwa.	Jolanta Górajek-Jóźwik	15
15.	Pielęgniarstwo neurologiczne.	Kazimiera Adamczyk	16
16.	Farmakologia.	Grażyna Rajtar-Cynke	17
17.	Zarządzanie w pielęgniarstwie	Anna Ksykiewicz-Doroty	18
18.	Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych.	Leon Jabłoński, Irena Dorota Karwat	19, 109, 110
19.	Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarstwej.	Jolanta Górajek-Jóźwik	20
20.	Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylnie.	Wiesława Ciechaniewicz, Elżbieta Grochans, Ewa Łoś	21
21.	Rodzina – Zdrowie – Choroba koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego	Zofia Kawczyńska-Butrym	22
22.	Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową.	Anna Koper, Irena Wrońska	23
23.	Praktyczny angielski dla pielęgniarek	Ewa Orawczak	24
24.	Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurologicznym	Robert Ślusarz	25
25.	Bandażowanie	Anna Chrzęszczewska	26
26.	Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej	Krystyna de Walden-Gałusko, Anna Kaptacz	27
27.	Stany zagrożenia życia.	Maria Kózka	28
28.	Pielęgniarstwo operacyjne.	Maria Ciuruś	29
29.	Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym	Danuta Grochowska, Mirosława Twardowska	30
30.	Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie.	Anna Kwiatkowska, Elżbieta Krajeńska-Kułak, Wenecjusz Panka	31
31.	Zarys chorób wewnętrznych.	Jadwiga Daniluk, Grażyna Jurkowska	32
32.	Etyka w pracy pielęgniarstwej	Irena Wrońska, Janusz Marjański	33
33.	Położnictwo i ginekologia	Misha Datta, Louise Randall, Noemi Holmes, Natasza Karunaharan	34
34.	Pediatria błyskawicznie	Helen Brough, Rola Alkurdi, Ram Ajenthan Surendranathan	35
35.	Diagnozy i interwencje pielęgniarstwe.	Maria Kózka, Lucyna Płaszewska-Żywko	36
36.	Onkologia	Arkadiusz Jeziorski	37
37.	Podstawy neonatologii.	Jerzy Szczapa	38
38.	Psychiatria.	Janusz Heitzman	39
39.	Psychologia w praktyce medycznej.	Anna Jakubowska-Winecka, Dorota Włodarczyk	40
40.	Pielęgniarstwo	Kazimiera Zahradniczek	41
41.	Choroby wewnętrzne	Leszek Pączek, Krzysztof Mucha, Bartosz Fronciewicz	42
42.	Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego.	Elżbieta Walewska	43
43.	Położnictwo i ginekologia	Errol Norwitz, Jon Schorge	44
44.	Podręczny słownik medyczny łańsńsko-polski i polsko-łańsńsko	Barbara Dąbrowska	45
45.	Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Tom I	Dorota Kilańska	46
46.	Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Tom II	Beata Brosowska, Elżbieta Mielczanek-Pankiewicz	47
47.	Geriatra i pielęgniarstwo geriatryczne	Katarzyna Wieczorkowska-Tobis, Dorota Talarska	48, 83, 169
48.	Interpretacja EKG	Dale Dubin	49
49.	Choroby zakaźne i pasożytnicze	Janusz Cieniar, Jacek Juszczyk	50
50.	Podstawy pielęgniarstwa Tom I	Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Kazimiera Zahradniczek	51,11



51.	Podstawy pielęgniarstwa Tom II	Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Kazimiera Zahradniczek	52, 112
52.	Medycyna ratunkowa	Scott H. Plantz, E. Jon Wipfler	53
53.	Zdrowie publiczne	Bernadetta Kulik, Maciej Latalski	54
54.	Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa	Anna Ksykiewicz-Doroty	55
55.	Promocja zdrowia. Tom I	Anna Andrusiewicz, Mariola Banaszkiwicz	56
56.	Komunikowanie się z chorym psychicznie.	Ewa Wilczek-Rużyczka	57
57.	Stopa Cukrzycowa	Waldemar Karnafel	58
58.	Cukrzyca typu 1	Ewa Janeczko-Sosnowska	59
59.	Wytyczne 2005r. Resuscytacji krążeniowo -oddechowej	Polska Rada Resuscytacji	60, 78
60.	Kardiologia	Tadeusz Mandrecki	61
61.	Neurologia	Wojciech Kozubski, Paweł P. Liberski	62
62.	Patologia	Stefan Kruś	63
63.	Medycyna ratunkowa i katastrof	Andrzej Zawadzki	64
64.	Mikrobiologia	Piotr B. Heczko	65
65.	Stany nagłe w okresie okołoporodowym	Grażyna Iwanowicz-Palus, Maureen Boyle	66, 82, 148
66.	Choroby reumatyczne	Irena Zimmermann-Górska	67
67.	Nadciśnienie tętnicze	Włodzimierz Januskiewicz, Marek Sznajderman	68
68.	EKG w praktyce	Jon R. Hampton	69, 118
69.	Dawkowanie leków u Noworodków, dzieci i młodzieży	Krystyna Bożkova, Henryka Siwińska-Gołębiowska, Jadwiga Prokopczyk, Ewa Kamińska	70
70.	Specjalistyczne zabiegi resuscytacyjne		71, 102
71.	Pielęgniarstwo w pediatrii	Monika Biercewicz, Maria T. Szewczyk, Robert Ślusarz	72, 101
72.	Pielęgniarstwo w geriatric	Monika Biercewicz, Maria T. Szewczyk, Robert Ślusarz	73, 146
73.	Pielęgniarstwo w neurochirurgii.	Monika Biercewicz, Maria T. Szewczyk, Robert Ślusarz	74, 99
74.	Pielęgniarstwo w chirurgii	Monika Biercewicz, Maria T. Szewczyk, Robert Ślusarz	75, 98
75.	Gastroenterologia Dziecięca	Franciszek Iwańczak	76
76.	Zawód Pielęgniarki na Ziemiach Polskich w XIX i XX wieku.	Bożena Urbanek	77, 103
77.	Ginekologia	Tomasz Opala	79
78.	Dietetyka	Helena Ciborowska, Anna Rudnicka	80
79.	Chemioterapia i radioterapia	Zbigniew Wronkowski, Szymon Brużewicz	81
80.	Leczenie odleżyn i ran przewlekłych	G. Krakowski, M. Kruk	84, 123, 124
81.	Biegunki i zaparcia	Józef Ryżko	85
82.	Filozofia i teoria pielęgniarstwa	Jolanta Górajek-Jóźwik	86
83.	Jak pielęgnować dziecko z chorobą zakaźną.	Małgorzata Szczepańska-Putz	87
84.	Podręcznik Elektrokardiografii.	Barbara Dąbrowska, Andrzej Dąbrowski	88
85.	Kardiologia dziecięca. Tom I	Krystyna Kubika, Wanda Kawalec	89
86.	Kardiologia dziecięca Tom II	Krystyna Kubika, Wanda Kawalec	90
87.	Pielęgniarstwo internistyczne	Dorota Talarska, Dorota Zozulińska -Żółkiewicz	91, 92
88.	Anatomia człowieka Tom I	Adam Bochenek, Michał Reicher	93
89.	Anatomia człowieka Tom II	Adam Bochenek, Michał Reicher	94
90.	Anatomia człowieka Tom III	Adam Bochenek, Michał Reicher	95
91.	Anatomia człowieka Tom IV	Adam Bochenek, Michał Reicher	96
92.	Anatomia człowieka Tom V	Adam Bochenek, Michał Reicher	97
93.	Karmienie piersią	M. Nething-Gugulskiej, M. Łukowskiej-Rubik	100
94.	Podstawowe zabiegi resuscytacyjne i automatyczna defibrylacja zewnętrzna	Polska Rada Resuscytacji	104, 105, 106, 107
95.	Państwowy egzamin specjalizacyjny dla pielęgniarek i położnych	Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych	108
96.	Badanie fizyczne w praktyce pielęgniarek i położnych	Elżbieta Kujawska-Kułał, Marek Szczepański	113,114
97.	Zarys mikrobiologii	Elżbieta Kujawska-Kułał,	115
98.	Nadciśnienie tętnicze	Dorota Koper, Grzegorz Senatorski	116, 117
99.	Trecheotomia	Stanisław Iwankiewicz	119
100.	Procedury Pielęgniarskie	Maria Kózka, Lucyna Płaszewska-Żywko	120, 138



101.	Diagnozy i interwencje pielęgniarские	Maria Kózka, Lucyna Płaszewska-Żywko	121
102.	Anestezjologia dziecięca	Tadeusz Szreter	122
103.	Żywnienie chorych ze stomią	Mirosław Jarosz	125
104.	Onkologia w praktyce klinicznej	Kwartalnik	126
105.	Ból	Kwartalnik PTBB z 2006r	127, 131
106.	Onkologia kliniczna	Maciej Krzakowski	128
107.	Ból nowotworowy u dorosłych. Zalecenie postępowania.	NCCN	129
108.	Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2009	Maciej Krakowski i red.	130
109.	Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej	Instytut Matki i Dziecka	132
110.	Leczenie Bólu	Jerzy Wordliczek i red.	133
111.	Gastroenterologia i hepatologia	S. Konturka	134
112.	Bóle głowy	A. Stępień	135
113.	Podręcznik medycyny rodzinnej	J. Saultz	136
114.	Alergia	D. Czelej	137
115.	Zakażenia szpitalne	Piotr B. Heczko	139
116.	Opieka przedkoncepcyjna	Grażyna Stadnicka	140
117.	Szczepienia ochronne dzieci i dorosłych	A. Mamoń	141
118.	Choroby wewnętrzne Tom I	A. Wojtczak	142
119.	Choroby wewnętrzne Tom II	A. Wojtczak	143
120.	Choroby wewnętrzne Tom III	A. Wojtczak	144
121.	Biuletyn. – Proces pielęgnowania w dokumentacji pielęgniarki i położnej	Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi	147
122.	W drodze do brzegu życia Tom III	Elżbieta Krajeńska-Kuśak, W. Nykiewicz, C. Łukaszuk	149
123.	Kalendarium Pielęgniarstwa Polskiego	J. Górajek-Jóźwik	150, 151
124.	Współczesne problemy i wyzwania pielęgniarek i higienistek szkolnych.	W. Ostrega	152
125.	Wybrane standardy i procedury w Pielęgniarstwie neurochirurgicznym.	Robert Ślusarz	153
126.	Wizerunek Pielęgniarki i Położnej na tle nowych wyzwań w Pielęgniarstwie polskim i europejskim.	Grażyna Rogala-Pawelczyk, Jolanta Kubajka-Piotrowska	154
127.	Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii	Anna Obuchowicz	157
128.	Pedagogika	Wiesława Ciechaniewicz	158
129.	Pielęgniarstwo pediatryczne	Bogusław Płaszczyk	159
130.	Zarys pediatrii.	Bogusław Pawlaczyk	161
131.	Opieka nad noworodkiem	Agnieszka Bołonda	164, 165
132.	Psychologia w położnictwie i ginekologii	Marta Makara-Studzińska, Grażyna Iwanowicz-Palus	162, 163
133.	Opieka nad kobietą ciężarną	Agnieszka M. Bień	166, 167
134.	Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarской	Jolanta Górajek-Jóźwik	168
135.	Pielęgniarstwo neurologiczne	Krystyna Jaracz, Wojciech Kozubski	170
136.	Położnictwo praktyczne i operacje położnicze	Joachim W. Dudenhausen, Willibald Psyhyrembel	171
137.	Wybrane słowa kluczowe i standardy kwalifikacji zawodowych pielęgniarki	Halina Wojnowska-Dawiskiba	174, 175, 176, 177
138.	Próbki: od pacjenta do laboratorium	W.G.Guder, S. Norayanan, H. Wisser, B. Zawta	178, 179
139.	Leczenie Bólu nowotworowego i opieka paliatywna nad dziećmi	Robert Wójcicie	180
140.	II Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej	Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej SUM Katowice	181
141.	Ból - 2001 Tom 2 Nr 2	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	182, 183
142.	Ból - 2004 Tom 5 Nr specjalny	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	184
143.	Ból - 2005 Tom 6 Nr 3	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	185
144.	Ból - 2005 Tom 6 Nr specjalny	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	186
145.	Ból - 2003 Tom 4 Nr 4	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	187
146.	Ból - 2003 Tom 4 Nr 3	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	188
147.	Ból - 2003 Tom 4 Nr 2	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	189
148.	Ból - 2003 Tom 4 Nr specjalny	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	190
149.	Ból - 2002 Tom 3 Nr 2	Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu	191

Dla kogo kursy specjalistyczne?

Podstawą prawną do uruchomienia szkolenia specjalistycznego jest Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996r. (Dz. U. z 2001r. Nr 57 poz. 602 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197 poz. 1923).

Zgodnie z § 32 powyższego Rozporządzenia, do kursu specjalistycznego może przystąpić pielęgniarka/położna która:

1. posiada prawo wykonywania zawodu,
2. posiada co najmniej trzymiesięczny staż pracy w zawodzie,
3. została zakwalifikowana do odbycia kursu specjalistycznego przez organizatora kształcenia.

Program kursu specjalistycznego powstaje na bazie programu ramowego.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 02/07)

Celem kursu jest przygotowanie teoretyczne i praktyczne **pielęgniarki/położnej** do rozpoznania stanu zagrożenia życia i podjęcia działań resuscytacyjnych w stanach zagrożenia życia u osób dorosłych oraz dzieci i niemowląt zgodnie ze współczesną wiedzą z zakresu ratownictwa medycznego.

Kurs obejmuje 90 godzin zajęć. Zajęcia teoretyczne stanowią 30 godzin dydaktycznych, ćwiczenia w warunkach symulowanych – 25 godzin i zajęcia stażowe – 35 godzin.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, pielęgniarka/położna jest uprawniona do:

„podawania dożylnie leków oraz kroplowego przetaczania dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo – oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego”

„wykonywania defibrylacji, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego”.

Do ukończenia kursu Nr 02/07 zobowiązane są pielęgniarki przystępujące do kursu kwalifikacyjnego dziedziny pielęgniarstwa ratunkowego. Program ramowy tego kursu ma zmniejszoną liczbę godzin bloku ogólnozawodowego do 120 godzin, ponieważ nie obejmuje modułu: Postępowanie w stanach zagrożenia życia i zawiera zapis: „warunkiem koniecznym rozpoczęcia kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego jest ukończenie przez pielęgniarkę kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej”.

Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07)

Celem kursu jest nabycie przez **pielęgniarkę/położną** wiadomości i umiejętności do wykonania standardowego badania elektrokardiograficznego oraz rozpoznania cech elektrograficznych stanów zagrożenia życia.

Kurs obejmuje 105 godzin dydaktycznych, w tym zajęcia teoretyczne stanowią 35 godzin, a zajęcia praktyczne – 70 godzin.

W myśl Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, pielęgniarka/położna jest uprawniona do: „ wykonywania EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego”

Do odbycia powyższego kursu zobowiązane są przyszłe specjaliści w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii, zapis taki zawarty został w programie ramowym specjalizacji w tej dziedzinie.

Szczepienia ochronne (Nr 03/08)

Po ukończeniu kursu **pielęgniarka** nabywa uprawnienia samodzielnego wykonywania szczepień ochronnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

W powyższym Rozporządzeniu czytamy, iż pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych obejmujących: „wykonywanie szczepień ochronnych w ramach kalendarza szczepień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego”.

Zapis o samodzielnym wykonaniu szczepień nie jest jednak precyzyjny, ponieważ w myśl Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. **o zapobieganiu oraz**

zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi „Wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego” (§ 17 pkt. 2).

Aby pielęgniarka mogła wykonać szczepienie ochronne, musi ukończyć kurs specjalistyczny. Cytowana wcześniej Ustawa z 5 grudnia 2008r. wprowadza okres przejściowy: do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać (...) pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.”

Kurs obejmuje 80 godzin dydaktycznych: 35 godzin zajęć teoretycznych i 45 godzin zajęć stażowych.

Podstawy dializoterapii (Nr 08/07)

Po ukończeniu kursu **pielęgniarka** nabywa wiadomości i umiejętności do przeprowadzenia hemodializy i dializy otrzewnowej. Kurs obejmuje 90 godzin dydaktycznych (34 godziny teorii i 56 godzin zajęć praktycznych).

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, pielęgniarka jest uprawniona do dokonania oceny stopnia przewodnictwa pacjenta dializowanego oraz kroplowego przetaczania dożylnego płynów, podawania dożylnie leków (Heparinum, Natrium Chloratum 0,9%, Glucosum 5%, Natrium Chloratum 10%, Calcium 10%) oraz modyfikacji ich dawki w trakcie trwania dializy, zgodnie z planem leczenia ustalonym dla danego pacjenta oraz obowiązującymi w danym zakładzie opieki zdrowotnej standardami oraz przygotowawia chorych (i ich rodzin) leczonych metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalbuminacja – do współudziału w prowadzonym leczeniu, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

OIPiP w Częstochowie prowadzi kursy:

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 02/07)
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07)

Z powodu dużego zainteresowania kursem: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07) przyjmujemy zapisy na maj 2010r. Zapraszamy natomiast na kolejną edycję kursu: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 02/07).

W przygotowaniu są kursy specjalistyczne:

- Szczepienia ochronne (Nr 03/08)
- Podstawy dializoterapii (Nr 08/07)
- Leczenie ran (Nr 11/07)
- Terapia bólu przewlekłego u dorosłych (Nr 06/07)

oraz kurs doszkalający:

- Dezynfekcja i sterylizacja

Przyjmujemy zgłoszenia na kursy kwalifikacyjne:

1. **PIELĘGNIARSTWO W OPIECE PALIATYWNEJ**
2. **PIELĘGNIARSTWO RATUNKOWE**

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zaprasza do udziału w szkoleniach:

1. Znowelizowana karta praw pacjenta
2. Prawidłowa obserwacja i ocena rozwoju psycho-ruchowego noworodka
3. Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia
4. Rozwiązywanie konfliktów w miejscu pracy – negocjacje
5. Szkolenie z zakresu pielęgniarstwa w opiece paliatywnej

Z powodu możliwości wystąpienia zmian w podanych terminach zajęć z przyczyn niezależnych od organizatora prosimy o kontakt z Ośrodkiem Szkoleniowym na co najmniej jeden tydzień przed planowanym uruchomieniem kursu lub szkolenia.

Jednocześnie zapraszamy na naszą stronę internetową (www.oipip.czest.pl), na której umieszczamy ewentualne zmiany i nowe propozycje.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów pożądaných kursów/szkoleń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPiP pokój nr 316 (**pon. 8.00-13.00, czwartek 8.00-17.00 lub piątek 8.00-14.00**), telefonicznie (**tel. 519 862 186**) lub za pomocą poczty elektronicznej (**elakrupinska@vp.pl**).

Dziękujemy za zaangażowanie i zgłaszane propozycje. ■

Symposium okulistyczne

W dniu 10 października 2009r. w Teatrze im. Adama Mickiewicza w Częstochowie odbyło się IX Symposium Interdyscyplinarne nt. „Problemy neurologiczne i psychiatryczne w okulistyce.”

Kierownikiem naukowym Symposium była Prof. dr hab. n. med. **Wanda Romaniuk**

Patronat Honorowy objął Prezydent Miasta Częstochowy dr inż. **Tadeusz Wrona**.

Organizatorami byli **Teresa M. Kotkowska, Krzysztof Muskalski, Maciej Jackowski, Andrzej Kotkowski, Teresa Jackowska, Aleksandra Mączka, Beata Etryk-Krzemińska, Małgorzata Kulczyńska-Zejler, Barbara Bociąga, Wieńczysława Raczyńska**.

W Symposium na zaproszenie organizatorów uczestniczyła również Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie **Halina Synakiewicz**.

Otwarcia Symposium dokonał Komitet Organizacyjny w składzie **Teresa M. Kotkowska, Krzysztof Muskalski, Maciej Jackowski, Andrzej Kotkowski**, powołując na moderatora Prof. dr hab. n. med. **Wandę Romaniuk**.

Gości przywitał również Prezydent Miasta Częstochowy **Tadeusz Wrona** oraz Przewodniczący OIL w Częstochowie **Zbigniew Brzezina**.

W I sesji ogłoszono 4 referaty

1. Wiedzieć więcej o zespole Tourett'a – prof. dr hab. n. med. Alina Midro – Zakład Genetyki Klinicznej UM Białystok
2. Objawy oczne w zespole trisomii 21 – prof. dr hab. n. med. Bronisława Koraszewska-Matuszewska – Katedra i Klinika Okulistyki Katowice
3. Znaczenie widzenia w rozwoju poznawczym dziecka z zespołem Downa – mgr Beata Balcerk - Bunio - Zakład Genetyki Medycznej Łódź
4. Ocena jakości życia pacjentów po zabiegu operacyjnym przedniego odcinka gałki ocznej – doc. Dr hab. N. med. Ewa Mrukwa-Kminek – Katedra i Klinika Okulistyki ŚUM Katowice

W II sesji ogłoszono 3 referaty

5. Przemijające zaburzenia widzenia – prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala – Katedra i Klinika Neurologii ŚUM Katowice
6. Porażenny zez rozbieżny wrodzony i nabyty – trudny problem w postępowaniu leczniczym – prof. dr hab. n. med. Stefan Pojda- Klinika Okulistyczna Bytom
7. Funkcja narządu wzroku w niektórych wadach wrodzonych OUN- dr n. med. Dorota Pojda-Wilczek – Katedra i Klinika Okulistyki ŚUM Katowice

W III sesji ogłoszono 4 referaty

8. Kodeks etyki lekarskiej w okulistyce – prof. dr hab. n. med. Stefan Pojda – Klinika Okulistyczna Bytom
9. Analiza transakcyjna w kontaktach międzyludzkich – dr psychologii Teresa Sławińska- Uniwersytet Jagielloński Kraków
10. Wpływ leków p- jaskrowych na tkankę powierzchni oka – dr n. med. Dorota Pożarowska – Katedra i Klinika Okulistyki UM Lublin
11. Leki złożone a skuteczność i bezpieczeństwo terapii jaskry – dr n. med. Anna Zalewka- Żmijewska S.P. Kliniczny Oddział Okulistyki Warszawa

Po każdej sesji odbywały się dyskusje uczestników, dzielenie się własnymi doświadczeniami z pracy zawodowej, zadawania pytań wykładowcom a także odbywała się polemika na tematy problemów w okulistyce, których wykłady dotyczyły.

Symposium przebiegało w bardzo miłej atmosferze, a za-kończyło się spektaklem teatralnym „Jeszcze jeden do puli.”

Serdecznie gratuluję całemu Komitetowi Organizacyjnemu zorganizowania i przygotowania Symposium na tak wysokim poziomie naukowym.

Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 -17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
OIPIP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17.00

Symposium okulistyczne

„Problemy neurologiczne i psychiatryczne w okulistyce.”



**10 października 2009r.
Teatr
im. Adama Mickiewicza
w Częstochowie**