

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



GRUDZIEŃ 2009r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38



DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY!

*Mija rok 2009 – nadchodzą święta **Bożego Narodzenia** i **Nowy 2010 rok**.*

Podsumowując ten „Stary Rok” pragnę podziękować Wam wszystkim za duże zaangażowanie w działalność Samorządu, za ciężką pracę przy łóżku pacjenta oraz za godne reprezentowanie naszego zawodu.

To dzięki Wam zawód pielęgniarki i położnej jest postrzegany przez społeczeństwo jako zawód godny zaufania.

Wiele z Was stale podnosi swoje kwalifikacje, pogłębia wiedzę, uczestniczy w pracach Towarzystw Naukowych, uczciwie i sumiennie wykonuje swoje obowiązki dla dobra podopiecznych.

Dziękuję !

***Boże Narodzenie** to czas wyjątkowy, czas pojednania, przebaczenia, umacniania więzi, siadania przy wspólnym stole wigilijnym i łamania się opłatkiem.*

Atmosfera wieczoru wigilijnego skłania do zadumy nad cudem narodzin, istnienia i przemijania. Każdy z nas chciałby ten wieczór spędzić z bliskimi.

Niestety wykonując zawód pielęgniarki lub położnej nie zawsze nam się to udaje.

Na szczęście tylko niewielka grupa z Nas spędzi ten wieczór w pracy, wśród koleżanek, kolegów i podopiecznych.

*Wigilia to niezwykły dzień w roku. Co prawda czeka nas trochę nerwowych przygotowań, biegania po sklepach, przygotowywania 12 potraw, ale jakże piękny jest efekt końcowy: **rodzina przy stole, opłatek, wspólne śpiewanie kołęd, kolorowa choinka, prezenty.***

***Niezapomniana i magiczna** jest chwila kiedy wschodzi pierwsza gwiazdka na niebie, kiedy zasiadamy przy stole nakrytym białym obrusem, kiedy łamiemy się opłatkiem i składamy sobie życzenia.*

*Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie **życzę Wam wszystkim** milej, cieplej i spokojnej atmosfery w gronie rodzinnym.*

Życzę dużo radości, pasma sukcesów w życiu osobistym i zawodowym, dużo zdrowia i spełnienia marzeń.

Życzę również, aby święta Bożego Narodzenia były w Waszych domach bardzo uroczyste, pełne rodzinnego ciepła a nadchodzący Nowy Rok niech każdego dnia przynosi radość z realizacji najskrytszych marzeń.

Niech obfituje w przyjaźń, wyrozumiałość, miłość i serdeczność.

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Halina Synakiewicz

W NUMERZE:

Świńska grypa	1
Opinie konsultantów	3
Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia	7
Główny Inspektorat Pracy	10
Spotkanie w Urzędzie Wojewódzkim	13
Spotkanie w sprawie połączenia szpitali	14
Kalendarium	15
Biblioteka	16
Prace autorskie:	
Stwardnienie rozsiane	18
Konferencje	19
Informacje	20

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.



KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii

dr hab.med. Krzysztof Kusza prof. UMK

Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Collegium Medium UMK

85-094 Bydgoszcz ul. Skłodowskiej-Curie 9
Tel. +48 52 585 47 50; tel/fax +48 52 585 40 22,
e-mail: kikanest@cm.umk.pl

284/K/2009

Bydgoszcz, 17.11.2009r

Przypomnienie o sposobie postępowania wobec chorych dotkniętych ciężką sepsą lub wstrząsem septycznym w tym również w przebiegu zakażenia wirusem A(H1-N1) dla Ordynatorów Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Polsce o obowiązujących w tym zakresie wytycznych i zaleceniach Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii

całkowicie zgodnych z międzynarodowymi wytycznymi opublikowanymi pod postacią Surviving Sepsis Campaign Guidelines (SSC) i opublikowanych w czasopiśmie Medycyna Praktyczna 2008/03 oraz przyjętych w całości przez Nadzór Krajowy w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii, także z rekomendacji Polskiej Grupy Sepsy, do których dostęp można uzyskać poprzez stronę internetową Konsultanta Krajowego www.anestezjologia.bydgoszcz.pl.

Minister Zdrowia
Ewa Kopacz

dr hab. n med. Krzysztof Kusza
Konsultant Krajowy
w dziedzinie anestezjologii
i intensywnej terapii

Informacja dla lekarzy w sprawie postępowania w związku z przypadkami grypy A/H1N1

W związku ze zwiększającą się liczbą zachorowań na zakażenia górnych dróg oddechowych, w tym na grypę A (H1N1) zaleca się co następuje:

Objawy

W większości przypadków choroba przebiega łagodnie. Podstawowy zestaw leków obniżających gorączkę i zmniejszających dolegliwości ze strony układu mięśniowego jest wystarczający. Nie zaleca się stosowania aspiryny.

Nieskomplikowane przypadki grypy mogą być diagnozowane na podstawie objawów klinicznych. Następujące objawy sugerujące cięższy przebieg choroby:

1. wysoka gorączka trwająca dłużej niż 3 dni
2. Spływanie oddechu lub uczucie duszności
3. Obecność krwi w płwocinie
4. Obniżenie ciśnienia krwi
5. Znaczne osłabienie, zawroty głowy
6. Odwodnienie, które może prowadzić do skąpomoczu i zapoaci

Leczenia antywirusowe Leczenie antywirusowe jest zalecane:

- Osobom, które mają większe ryzyko ciężkiego przebiegu choroby (np. kobiety w ciąży, noworodki i dzieci do 2 roku życia oraz pacjenci z przewlekłymi chorobami płuc, przewlekłej

sterydoterapii i innych przewlekłych chorób) - należy stosować leczenie antywirusowe bezzwłocznie w przypadku umiarkowanego przebiegu choroby.

- Osobom, u których stwierdza się ciężki lub pogarszający przebieg choroby

Kobietom w ciąży zaleca się jak najszybciej kurację lekami antywirusowymi, niezależnie od przebiegu choroby (Uwaga - ostrożnie należy podawać do 3 miesiąca ciąży).

Należy również leczyć lekami antywirusowymi niemowlęta i dzieci do drugiego roku życia, zwłaszcza jeśli mają inne choroby, a objawy grypowe narastają.

Osoby z podejrzeniem zapalenia płuc winny być niezwłocznie leczone antybiotykami i lekami antywirusowymi.

Leczenie antywirusowe nie jest zalecane osobom, które mają niepowikłany lub łagodny przebieg i nie są w żadnym z powyższej wymienionych grup wysokiego ryzyka.

Diagnostyka

Dostępne paskowe testy przesiewowe charakteryzują bardzo niską swoistością (10-70 % z zależności od producenta), dlatego też ich wyniki należy traktować z nieufnością

Osoby z cięższym przebiegiem infekcji grypopodobnej należy poddać diagnostyce genetycznej, a leczenie wdrożyć nie czekając na wyniki testów.

Minister Zdrowia
Ewa Kopacz

Krajowy Konsultant w dziedzinie
chorób zakaźnych
Andrzej Horban

KOMUNIKAT GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO Z DNIA 11 CZERWCA 2009r. W ZWIĄZKU Z OGŁOSZENIEM PRZEZ ŚWIATOWĄ ORGANIZACJĘ ZDROWIA (WHO) 6 FAZY PANDEMII GRYPY

W dniu 11 czerwca 2009 r., uwzględniając m.in. aktualną sytuację epidemiologiczną grypy typu A/H1N1, Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła 6 fazę pandemii grypy.

Faza 6, najwyższa w skali określonej przez WHO, występuje wtedy, gdy epidemia grypy wystąpi w przynajmniej jednym kraju, leżącym w innym regionie WHO, niż kraje, w których wcześniej potwierdzono epidemię i utrzymującą się transmisję wirusa z człowieka na człowieka (USA i Meksyk - Region WHO dla Ameryk).

Utrzymująca się transmisja wirusa w społeczeństwie została stwierdzona również poza Regionem WHO dla Ameryk, a decyzja WHO wskazuje na konieczność zmodyfikowania działań w innych krajach dotkniętych tak, aby zminimalizować negatywne skutki choroby dla społeczeństwa.

Ogłoszenie 6 fazy pandemii grypy nie oznacza, że wirus grypy typu A/H1N1 stał się bardziej zjadliwy. Nie oznacza również, że wirus spowoduje duże zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu społeczeństwa. Oznacza jednak, że światowa pandemia trwa i że każdy kraj może zostać dotknięty, jednakże nikt nie może przewidzieć kiedy i jak szybko to nastąpi.

Z możliwością ogłoszenia fazy 6 pandemii, liczone się już od momentu ogłoszenia fazy 5 (29 kwietnia 2009 r.). Polska współpracowała i nadal współpracuje z innymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej, Europejskim Centrum ds.



Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC), Komisją Europejską (EC), Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz z innymi partnerami tak, aby zapewnić sprawną wymianę informacji, a tym samym skuteczne działanie.

Kluczowe jest jednak, aby reakcja Polski i jej obywateli, jak też innych państw członkowskich UE, była proporcjonalna do zagrożenia. W momencie ogłoszenia fazy 5 podjęto właściwe działania, które stanowiły prawidłową reakcję na rozprzestrzenianie się wirusa typu A/H1N1. Działania te będą kontynuowane i modyfikowane w zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej w Polsce.

Do tej pory w Polsce potwierdzono 7 przypadków zakażenia wirusem grypy typu A/H1N1. Osoby, które zostały zakażone wykazywały łagodne objawy i powróciły lub powracają do zdrowia. Podobna sytuacja ma miejsce w całej Europie, gdzie tylko u niewielkiego procenta osób zakażonych stwierdzono cięższy przebieg choroby. Dotyczyło to głównie osób cierpiących z powodu innych chorób przewlekłych. Osoby takie zwykle ciężiej przechodzą zakażenie wirusem grypy.

Podkreślić należy, że w 6 fazie pandemii nie wszystkie kraje zostaną natychmiast dotknięte epidemią. Należy wziąć pod uwagę możliwość, że większa epidemia w Europie może mieć miejsce jesienią. Mimo to niezwykle ważne jest, aby wszystkie kraje miały na uwadze możliwość wystąpienia transmisji wirusa wewnątrz kraju i podejmowały wszelkie niezbędne działania w oparciu o analizę sytuacji krajowej.

„Biorąc pod uwagę liczbę przypadków zakażeń nowym wirusem grypy typu A(H1N1), zgłaszanych na całym świecie, WHO musiało ogłosić 6 fazę pandemii grypy. Ogłoszenie 6 fazy oznacza, że epidemia grypy wywołanej wirusem wystąpiła na całym świecie. Sytuacja ta stanowi dla nas wyzwanie, jednak jest do opanowania. Życie w Europie toczy się normalnie, a krajowe służby odpowiedzialne za zdrowie publiczne przygotowują się do sezonu grypowego, który tej jesieni może być bardziej skomplikowany (trudniejszy) niż te wcześniejsze.”

„Przewidujemy, że tego lata stale zgłaszane będą nowe przypadki zakażeń w całej Europie. Robocze przewidywania ECDC wskazują, że zwiększenie liczby przypadków może nastąpić jesienią, podczas sezonu grypowego w Europie” ■

Szuzsanna Jakab, ECDC Director

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, podejrzanymi 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 zakaźnym 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.). ■

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

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



Przypomnienie zasad postępowania wobec osób zgłaszających się z objawami grypopodobnymi do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć w szpitalu innym niż zakaźny

Krajowy Konsultant do spraw chorób zakaźnych oraz Krajowy Konsultant do Spraw Epidemiologii przypominają:

Jeżeli pacjent zgłasza się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć w szpitalu innym niż zakaźny z objawami grypopodobnymi obowiązują następujące zasady postępowania:

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz izby przyjęć) dokonuje wywiadu epidemiologicznego i klinicznego, przeprowadza badanie fizykalne pacjenta. W przypadku stwierdzenia kontaktu z osobą chorą na grypę A/H1N1 lub przybycia w ciągu ostatnich 7 dni z kraju, gdzie szerzy się

epidemicznie nowa grypa A/H1N1 lekarz kieruje pacjenta do szpitala zakaźnego (oddziału zakaźnego), gdzie stosowane są procedury określone wcześniej przez Konsultanta Krajowego do spraw Chorób Zakaźnych.

Uwaga:

1. 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);
2. Pacjent powinien być poinformowany o podstawowych środkach ograniczających szerzenie się zakażeń (np. unikanie kontaktu twarzą do twarz, higiena kaszlu itd.);
3. Ewentualny transport do szpitala zakaźnego odbywa się środkami transportu indywidualnego, z tym że nie ma konieczności dezynfekcji pojazdu. ■

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

Krajowy Konsultant
do Spraw Epidemiologii
(-) prof.dr hab.n.med. Andrzej Zieliński

Opinie konsultantów



KONSULTANT WOJEWÓDZKI w dziedzinie pielęgniarstwa
pediatrycznego mgr Dorota Milecka

OPINIA W SPRAWIE OPIEKI PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA NAD UCZNIAMI NA ORGANIZOWANYCH W SZKOŁACH PÓŁKOLONIACH W CZASIE FERII I ZIMOWYCH WAKACJACH.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, jasno określa zadania pielęgniarki. Zarówno lekarz jak i pielęgniarka w czasie ferii czy wakacji, nie sprawują profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, ponieważ zadania wskazane w/w Rozporządzeniu muszą być zaplanowane, obejmujące określoną w umowie z NFZ populację uczniów danej szkoły, prowadzone metodycznie i dokumentowane.

Opieka nad uczniami w czasie ferii, wakacji może mieć jedynie charakter: udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów czy zatruc. Z całą pewnością jest to jedno z zadań w czasie realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej na rzecz uczniów, natomiast nie może być jedyne zadanie ponieważ nie wypełnia istoty rozumienia profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Z uwagi na to, że pielęgniarka nie jest obecna przez cały czas pobytu uczniów w szkole (także w czasie trwania zajęć lekcyjnych), należy przyjąć, że głównym zadaniem pielęgniarki jest sprawowanie opieki profilaktycznej, a nie obecność na okoliczności nagłego zachorowania, czy urazu ucznia. Udzielanie pierwszej pomocy należy głównie do nauczycieli, zwłaszcza w czasie zajęć pozaszkolnych takich jak: wycieczki, „zielone szkoły”. W związku z powyższym nauczyciele i perso-

nel szkolny powinni być przeszkoleni w zakresie udzielania pierwszej pomocy, do momentu przybycia profesjonalnego pracownika medycznego czy pogotowia ratunkowego. Pielęgniarka powinna wspierać dyrektora szkoły w organizowaniu takich szkoleń. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu, nakłada na dyrektora szkoły obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole, a także na zajęciach organizowanych przez szkołę. W związku z tym istnieje konieczność wyposażenia pomieszczeń szkoły, w szczególności pokoju nauczycielskiego, pracowni, warsztatów szkolnych, sali wf, kuchni w apteczkę zaopatrzoną w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy i instrukcję o zasadach udzielania pierwszej pomocy. Należy zaznaczyć, że w/w asortyment powinien być dostępny dla nauczycieli i innego personelu szkoły w czasie pobytu uczniów w szkole.

Reasumując, pragnę podkreślić, że zabezpieczenia opieki nad uczniami w czasie ferii czy wakacji nie jest obowiązkiem pielęgniarki. Rozwiązaniem jest zawarcie odrębnej umowy Dyrektora szkoły z pielęgniarką na świadczenie opieki w przypadku nagłego zachorowania lub urazu. ■

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
mgr Leokadia Jędrzejewska

OPINIA W SPRAWIE UPRAWNIENI POŁOŻNYCH DO POBIERANIA ROZMAZÓW CYTOLOGICZNYCH

Zgodnie z §6 ust. 1 pkt. 1c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych



i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540)- załącznik Nr 4, położna jest uprawniona w ramach świadczeń diagnostycznych do wykonywania badań diagnostycznych w tym do pobierania rozmazów cytologicznych.

Konieczność uzyskiwania przez położne certyfikatu umiejętności w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych wynika z warunków opracowanych na potrzeby realizacji populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, gdzie warunkiem przystąpienia położnych do tego programu jest posiadanie certyfikatu kursu dokształcającego w zakresie Pierwotnej i Wtórnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy realizowany jest w oparciu o Ustawę z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” (Dz.U. Nr 143. poz. 1200).

Warunek posiadania certyfikatu przez położne został zawarty w zarządzeniu nr 0/2008/ DOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – załącznik nr 3a, - Wymagania dotyczące świadczeniodawców realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych. Jednym z warunków zawarcia umowy na świadczenia w gabinecie ginekologiczno-położniczym jest zatrudnienie personelu z odpowiednimi kwalifikacjami w tym: lekarz (lekarz położnictwa i ginekologii lub specjalista położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej), oraz położnej (położna albo położna posiadająca certyfikat opisany w zał. Nr 6). Jeżeli położna nie bierze udziału ww. wskazanym Programie nie musi posiadać tego certyfikatu.

Zdaniem konsultanta, pomimo, że położne posiadają uprawnienia do samodzielnego pobierania rozmazów cytologicznych bez zalecenia lekarskiego, to ukończenie kursu dokształcającego w tym zakresie, w sytuacji zmieniających się metod diagnostycznych, sposobu przechowywania preparatu itp., jest konieczne, bowiem zgodne z art. 18 ustawy z dnia 15 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 57, poz. 602 z dnia 12.09.2001 – tekst jest jednolity z późn. zm.) pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

Z literatury przedmiotu wynika, że badanie cytologiczne daje nawet 40% przypadków wyniki fałszywie negatywne, czyli komórki rakowe pozostają nierozpoznane w badanym preparacie. Wynika to zazwyczaj z błędów metodologicznych w czasie pobierania wymazów – niewłaściwy materiał użyty do pobrania, niewłaściwe miejsce skąd pobrano komórki, złe warunki przechowywania preparatu i wiele innych. Amerykańscy patolodzy uważają, że 30% błędów cytologicznych jest efektem nieprawidłowego pobrania materiału.

Mając na uwadze powyższe zdecydowanie uważam, że dyskusji powinny podlegać aktualnie obowiązujące zasady i sposób uzyskiwania certyfikatu w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych, oraz kompetencji osób, które ukończyły studia drugiego stopnia na kierunku Położnictwo, a nie zasadność aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez położne w ramach kształcenia podyplomowego.

Koniecznym jest natomiast, podejmowanie dalszych działań mających na celu umożliwienie położnym, które posiadają certyfikaty, zawierania umów z NFZ na realizację I etapu diagnostycznego Populacyjnego Programu profilaktyki i Wcze-

snego Wykrywania raka szyjki Macicy. Tylko takie działania mogą przyczynić się do wzrostu samodzielności zawodowej położnych oraz do poprawy efektywności realizowanego programu. ■

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie zastosowania metody pobierania krwi u dzieci w oddziałach / szpitalach pediatrycznych

Opinia w sprawie zastosowania metody pobierania krwi u dzieci w oddziałach / szpitalach pediatrycznych

W związku z pojawiającymi się zapytaniami dotyczącymi pobierania krwi do badań u dzieci, informuję, co następuje:

1. Postępowaniem diagnostycznym zgodnym z aktualnym stanem wiedzy, zapewniającym bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjenta i personelu jest pobieranie krwi żyłnej systemem zamkniętym.
2. Uwzględniając specyfikę wiekową dzieci leczonych w oddziałach / szpitalach pediatrycznych, począwszy od wcześniaka, noworodka, poprzez kolejne okresy rozwojowe do nastolatka, należy zastosować taką metodę do pobierania krwi, która zapewni pożądaną, minimalną objętość krwi oraz skuteczne pobranie, bez narażania dziecka na ból, dodatkowy stres związany z powtórными próbami pobrań oraz uszkodzenie naczyń żylnych i wynaczynienie krwi.

W przypadku małych dzieci, niemowląt, noworodków najbardziej pożądaną metodą zamkniętego systemu pobierania krwi jest metoda aspiracyjna. Metoda ta umożliwi pobranie krwi z żył trudnodostępnych bądź kruchych, bez uszkodzenia naczyń i wylewów krwawych. ■

Krajowy Konsultant
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Zalecenia konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych, wprowadzone do praktyki pielęgniarstwa w roku 2001
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
dr n. biol. Grażyna Kruk- Kupiec

Zalecenia konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych, wprowadzone do praktyki pielęgniarstwa w roku 2001

Zalecenia obowiązują w lecznictwie stacjonarnym, w oddziałach gdzie są hospitalizowani pacjenci zagrożeni powstaniem



odleżyn jak również z już powstałymi zmianami odleżynowymi, zalecenia są oparte na standardzie wydanym w roku 1995 przez NRPIP w Warszawie

Zalecenie I.

W sprawie organizacji pracy jak również działań podejmowanych przez kadrę zarządzającą na poziomie szpitala

- Na poziomie szpitala jest powołana komisja lub zespół ds. profilaktyki odleżyn

Zadania komisji (zespołu):

1. Działalność edukacyjna nakierowana na pracowników oraz pacjenta i jego rodzinę
2. Opiniowanie wyników prowadzonej profilaktyki, na podstawie rejestru pacjentów zagrożonych oraz pacjentów u których wystąpiły zmiany odleżynowe
3. Opiniowanie wyposażenia oddziałów w środki oraz sprzęt mające zastosowanie w zapobieganiu odleżynom
4. Wnioskownie o zakup środków, sprzętu w ramach programu zapobiegania odleżynom
5. Proponowanie zmian organizacyjnych z zakresie realizacji programu zapobiegania odleżynom

Zalecenie II

W sprawie rejestru pacjentów zagrożonych oraz pacjentów z powstałymi odleżynami

- Na poziomie oddziałów a następnie szpitala jest prowadzona analiza pacjentów zagrożonych oraz pacjentów z odleżynami.
- Rejestr służy do miesięcznej ewidencji pacjentów z odleżynami oraz pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyny.
- Na poziomie szpitala jest prowadzona na bazie rejestrów z poszczególnych oddziałów, roczna ewidencja statystyczna

Zalecenie III

W sprawie oceny zagrożenia ryzyka wystąpienia odleżyny

- Każdy nowoprzyjęty pacjent w okresie pierwszych 2 godzin swojego pobytu w oddziale zostaje oceniony pod kątem zagrożenia powstania odleżyny przy użyciu jednej ze skal (Norton, Waterlow, Douglas lub innej uznanej i mającej zastosowanie w ocenie stopnia zagrożenia)
- Ocena jest powtarzana wg. przyjętego schematu w oddziale np. 2 lub 3 razy w tygodniu lub częściej gdy stan pacjenta wymaga intensywnej opieki pielęgniarskiej

Zalecenie IV

W sprawie dokumentacji

- Chorym którzy uzyskują liczbę punktów klasyfikującą ich do grupy zagrożonych odleżynami zakładana jest dokumentacja pacjenta zagrożonego powstaniem odleżyny
- W sytuacji pacjentów z odleżynami zakładana jest dokumentacja pacjenta z odleżynami oraz dokumentacja pacjenta zagrożonego powstaniem odleżyny

Zalecenie V

W sprawie stosowania środków o działaniu miejscowym na skórę pacjenta w ramach profilaktyki odleżyny

Oddziały szpitalne w których są hospitalizowani pacjenci z grupy ryzyka zagrożenia powstaniem odleżyny bądź pacjenci z powstałymi zmianami odleżynowymi, powinny być bezwzględnie zaopatrzone w środki do miejscowego stosowania

na skórę o działaniu:

- Pielęgnacyjnym
- Antybakteryjnym
- Nawilżającym i natłuszczającym skórę
- Regeneracyjnym w sytuacji np. maceracji naskórka
- Łagodzącym podrażnienia
- Przywracającym pH skóry

Zalecenie VI

W sprawie stosowania materacy zmiennociśnieniowych stosowanych w profilaktyce odleżyny

W oddziałach szpitalnych gdzie są hospitalizowani pacjenci z grupy ryzyka powstania odleżyny bądź z powstałymi już odleżynami powinny znajdować się materace zmiennociśnieniowe.

Zalecenie VII

W zakresie stosowania udogodnień

W oddziałach szpitalnych gdzie są hospitalizowani pacjenci z grupy ryzyka powstania odleżyny bądź z już powstałymi powinny znajdować się następujące udogodnienia:

- Poduszki przeciwodleżynowe, zmiennociśnieniowe
- Specjalistyczne podkłady oraz pokrowce na materace mające zastosowanie w profilaktyce odleżyny
- Kółka z pianki
- Maty i podkłady do bezpiecznego przemieszczania chorych
- Podnośniki oraz inny nowoczesny sprzęt mający zastosowanie w profilaktyce i leczeniu odleżyny

Zalecenie VII

w sprawie edukacji pacjenta

Każdy pacjent z grupy ryzyka zagrożenia powstaniem odleżyny oraz w razie konieczności jego rodzina lub opiekunowie przed wypisaniem z oddziału szpitalnego powinni posiadać wiedzę z zakresu zapobiegania odleżynom. ■

Konsultant Wojewódzki w dz. Pielęgniarstwa
mgr Jolanta Kolasińska

OPINIA W SPRAWIE WYKONYWANIA, PRZEZ PIELĘGNIARKI W RAMACH SWOICH OBOWIĄZKÓW, CZYNNOŚCI NIE NALEŻĄCYCH DO KOMPETENCJI ZAWODOWYCH – WPROWADZANIA APARATURY DIAGNOSTYCZNEJ PODCZAS ENDOSKOPII DO WNĘTRZA CIAŁA LUDZKIEGO.

Zawód pielęgniarki należy do zawodów regulowanych, czyli takich, którego wykonywanie zależy od spełnienia wymagań kwalifikacyjnych warunków określanych w odrębnych przepisach państwowych i korporacyjnych. Podstawowym aktem prawnym regulującym wykonywanie zawodu pielęgniarki jest Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 57, poz. 602 z 2001r.) Szczegółowy zakres świadczeń wykonywanych bez zlecenia lekarskiego reguluje ponadto 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 (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej określone zostały kompetencje pielęgniarki. Art. 4.1. mówi, że, Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, zdrowotnych w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

Wykonywanie świadczeń przez pielęgniarki jest zatem oparte o obowiązujący system kształcenia. Kwalifikacje pielęgniarki uzyskane w ramach kształcenia przeddyplomowego jak również podyplomowego w mojej ocenie nie stanowią podstawy do wykonywania czynności wchodzących w skład zabiegów endoskopowych. Pielęgniarka nie jest przygotowana do postępowania się: tj. wprowadzania do wnętrza ciała ludzkiego; manipulowania aparaturą diagnostyczną wprowadzoną do wnętrza podczas badania endoskopowego. Rolą pielęgniarki jest opieka nad pacjentami przed, w trakcie i po badaniu; asystowanie lekarzowi wykonującemu badanie, utrzymanie aparatury w gotowości do badania.

Zwracam uwagę na fakt, iż pomimo że pielęgniarka zgodnie z Art. 22 p. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zobowiązana jest do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej to jednak zlecenia te powinny być zgodne z jej kompetencjami. Pielęgniarka ponosi zawsze, nawet w przypadku pisemnego zlecenia lekarskiego odpowiedzialności za prawidłowe wykonanie czynności. Mając zatem świadomość braku kompetencji nie powinna podejmować się wykonania czynności, które nie wchodzą w skład jej roli zawodowej.

Zabiegi endoskopowi zarówno diagnostyczne jak i lecznicze (kolonoskopia, gastroskopia, bronchoskopia, artroskopia itd.) obciążone są niebezpieczeństwem wystąpienia powikłań groźnych dla zdrowia i życia pacjenta.

W interesie pracodawcy jest zatem zadbać o to by świadczenia medyczne były realizowane przez pracowników posiadających kompetencje do ich świadczenia. Reasumując przejmowanie zadań nie należących do kompetencji pielęgniarki, wprowadzanie aparatury diagnostycznej podczas endoskopii do wnętrza ciała ludzkiego; manipulowanie aparaturą diagnostyczną wprowadzoną do wnętrza ciała ludzkiego podczas badania endoskopowego jest sprzeczne z zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki, określonymi w obowiązującym prawie. ■

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.

OPINIA DOTYCZĄCA WYKONYWANIA EKG W WARUNKACH LECZNICTWA STACJONARNEGO

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 diagnostycznych 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 obowiązek postępowania pielęgniarki podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach groźących 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 samodzielnym wykonywaniu czynności.

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

Agata Polak

Człowiek

*człowiek się rodzi
i już ma wpisane
wszystkie zdarzenia,
choć o tym nie wie,
sens lub bezsens istnienia,
dni potrzebne
bardziej lub mniej jak
rozsypane paciorki,
noce rozlane atramentem
lepkie i skrywane skrzętnie*

*potem potrzeby, pragnienia
rączkują z dnia na dzień
odważniej,
potem bunt,
serca zamieszanie,*

*miłość co wznosi i poraża
jak promień słońca
prosto w oczy,
potem codzienność
co przygarbia plecy
i coraz ciężiej opadają powieki,
wspomnienia zatarte
jak stary film,
potem cień,
co w przydeptanych kapciach,
szura noga za nogą;
i na co to wszystko?
by odejść w niepamięć?*

*człowiek się rodzi
i zaraz umiera...*



W dniu 9 listopada 2009 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie z Ministrem Markiem Haberem.

Problematyka spotkania dotyczyła:

- Dostępności mieszkańców DPS do opieki pielęgniarskiej finansowanej ze środków publicznych,
- Profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania,
- Zabezpieczenia w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia środków finansowych na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu pielęgniarskiej opieki domowej długoterminowej,
- Dotacji budżetowej na zadania przejęte od administracji państwowej na 2010 rok,
- Kwestii finansowania kosztów druku zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
- Procedury konsultacji społecznych projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej oraz aktualnego stanu prac nad ich nowelizacją,

W wyniku spotkania sporządzono wspólne ustalenia w poniższej treści:

w związku ze zmianą formy finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez pielęgniarki poz – forma finansowania zadaniowa ustala się, iż środowisko akceptuje propozycje przedstawione przez Pana Ministra Marka Habera dotyczące nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia br. W sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej w zakresie:

- 1) wykreślenia dodatkowych wymagań zawartych § 9 wyżej wymienionego rozporządzenia (7 punktów – np. pielęgnacji przetoki, wykonywania opatrunków) warunków realizacji świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej długoterminowej.
- 2) Doprecyzowania zapisów dotyczących liczby świadczeniobiorców objętych długoterminową pielęgniarską opieką, przebywających pod różnymi adresami zamieszkania – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego – pielęgniarka nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 6 świadczeniobiorcami.

Ponadto samorząd pielęgniarek złożył zastrzeżenia do:

- 1) Liczby świadczeniobiorców, dla których będzie realizowana długoterminowa pielęgniarska opieka domowa pod tym samym adresem zamieszkania. Brak zgody środowiska pielęgniarskiego na proponowaną liczbę nie więcej niż 15 świadczeniobiorców jednocześnie objętych opieką. Środowisko samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych proponuje liczbę 8-10 świadczeniobiorców.

Jednocześnie ustalono, iż istnieje:

- 1) Konieczność wyjaśnienia problemu dotyczącego uzależnienia pozytywnego rozpatrzenia oferty w postępowaniu konkursowym na długoterminową pielęgniarską opiekę domową od formy organizacyjno-prawnej świadczeniobiorcy (pismo zostanie przesłane do Ministerstwa Zdrowia przez samorząd).
- 2) Możliwości przystąpienia przez indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarskie lub zakłady opieki zdrowotnej,

które w roku 2009 realizowały świadczenia pielęgniarskiej podstawowej opieki zdrowotnej finansowane formą zadaniową będą mogły przystąpić do postępowania konkursowego ogłoszonego przez oddziały wojewódzkie NFZ. W zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej,

3) Konieczność przesunięcia przez NFZ. Środków finansowych przeznaczonych w 2009 roku na pielęgniarską opiekę domową w poz. Do zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na zabezpieczenie w 210 roku świadczeń pielęgnacyjnych opieki domowej długoterminowej. ■

Notatka z posiedzenia w dniu 20 października 2009 roku Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, Komisji Zdrowia

W dniu 20 października 2009r. odbyło się posiedzenie Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Senackiej Komisji Zdrowia.

Tematem posiedzenia było finansowanie gwarantowanych świadczeń pielęgniarskich w domach pomocy społecznej.

W posiedzeniu brali udział przedstawiciele:

- Ministerstwa Zdrowia: Marek Haber – Podsekretarz Stanu,
- Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: Jarosław Duda – Sekretarz Stanu,
- Narodowego Funduszu Zdrowia: Krzysztof Klichowicz, Krystyna Łakomska,
- Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Elżbieta Buczkowska – Prezes.

Na posiedzeniu Komisji omówiono aktualną problematykę dotyczącą zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na rzecz mieszkańców Domów Pomocy Społecznej.

Od 1 lipca 2009 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wstrzymał zawieranie umów z pielęgniarkami, spowodowane brakiem środków finansowych, co w sposób znaczący ograniczyło dostęp do świadczeń pielęgniarskich zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Prezes NRPIP przedstawiła aktualne dane statystyczne, wynikające z analizy informacji przekazanych w tym zakresie od pielęgniarek. Dane uwzględniały kategoryzacje pacjentów.

0-5 pkt. w skali Barthel – 6.000 osób,

6-40 pkt w skali Barthel – 17.300 osób,

41-60 pkt w skali Barthel – 13.300 osób,

łącznie liczba 36.600 osób, która powinna być objęta wzmoczoną opieką pielęgniarską.

60.000 osób - to pozostała liczba mieszkańców dps z chorobami psychicznymi, dysfunkcjami intelektualnymi, która jest w stanie zaspokoić potrzeby dotyczące samoopieki.

Prezes NRPIP zwróciła uwagę na fakt, iż nadal dyrektorzy domów pomocy społecznej zwalniają pielęgniarki oraz stosują zamianę stanowisk pielęgniarek na opiekunki, co jest niezgodne z przepisami prawa.

Aktualnie trwają prace dwóch resortów w sprawie wypracowania strategii i rozwiązań w zakresie zabezpieczenia przez 24 godziny, przez 365 dni w roku świadczeń opiekuńczych oraz zdrowotnych wraz z ustaleniem zasad ich finansowania.



Senacka Komisja Zdrowia podjęła uchwałę zobowiązującą Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, aby do 15 listopada 2009 roku przygotowano konkretne rozwiązania wraz z propozycją nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz nowelizacją proponowanej ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej.

Uchwałę Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej prezentujemy w załączeniu. ■

Prezes
(-) Elżbieta Buczkowska

Stanowisko Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia Senatu RP z dnia 20 października 2009r. w sprawie warunków kontraktowania opieki pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej na 2010r.

Komisje zgodnie uznały, że w świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych opieka pielęgniarstwa jest usługą należną i gwarantowaną wszystkim ubezpieczonym, w tym także mieszkańcom domów pomocy społecznej. Opieka pielęgniarstwa w domach pomocy musi odpowiadać potrzebom osób tam przebywających tzn. powinna być zabezpieczona ciągłość opieki dla mieszkańców ciężko i obłożnie chorych oraz osób głęboko upośledzonych i chorych psychicznie. Bezpieczeństwo zdrowotne tych osób wymaga, aby opieka pielęgniarstwa obejmowała także noce i dni wolne od pracy. Usługi te powinny być opłacone ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Komisje uważają, że zarówno Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, jak i odnoszący się do niego projekt zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wprowadzają tak daleko idące ograniczenia możliwości kontraktowania usług opieki długoterminowej dla mieszkańców domów pomocy, że usługami pielęgniarstwa objęci zostaną jedynie nieliczni mieszkańcy DPS, zwłaszcza w domach dla osób upośledzonych umysłowo i chorych psychicznie. Warunki zawarte w/w przepisach nie dają możliwości skorzystania z należnych i absolutnie niezbędnych usług pielęgniarstwa nawet osobom bardzo ciężko chorym i upośledzonym. Istnieje poważne niebezpieczeństwo, że prawa tej grupy ubezpieczonych nie będą w takich warunkach respektowane.

Komisje wzywają Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Prezesa NFZ do takiej zmiany przepisów, aby dały one możliwość sfinansowania opieki pielęgniarstwa w domach pomocy na poziomie adekwatnym do stanu zdrowia i niezbędnego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego przebywających tam mieszkańców.

Komisje zobowiązują się ponownie rozpatrzyć informację resortów nt. zagwarantowania odpowiedniej do potrzeb opieki pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej w terminie do 15 listopada 2009 r.

Komisje upoważniają i zobowiązują przewodniczących Komisji do monitorowania przebiegu prac nad zmianą przepisów oraz - w razie potrzeby - współdziałania w ich tworzeniu. ■

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

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

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

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

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

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

1. W wyniku przeprowadzonych z przewodniczącymi i przedstawicielami klubów parlamentarnych spotkań i intensywnych prac przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w projekcie ww. ustaw zachowano przepisy dotyczące:

dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne w ramach indywidualnych praktyk.

2. Należy wskazać, iż w pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Druk 284 i 762) nie znalazły się **zapisy, iż świadczenia zdrowotne są realizowane także przez pielęgniarki i położne** tj. świadczenia pielęgnacyjne, pielęgniarskie i położnicze. Natomiast dzięki działaniom NRPIp w uchwalonej przez Sejm RP ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w definicji szpitala dodano wyraz „świadczenia zdrowotne w zakresie pielęgnacji”, w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w przychodni dodano wyrazy „świadczenie pielęgniarskie, świadczenie położnicze”.
3. W pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Druk 284 i 762) nie przewidywano w ogóle żadnych regulacji dotyczących **minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej**. Obecnie dzięki staraniom NRPIp w uchwalonej przez Sejm 21 października 2008 ustawie o zakładach opieki zdrowotnej znajduje się zapis art. 16. w brzmieniu:

„Art. 16

1. Zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany stosować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, określi w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, mając na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje corocznej oceny sposobu realizacji obowiązku, którym mowa w ust. 1, w trybie określonym w art. 77.”
4. W wyniku kilkudniowych negocjacji z Ministerstwem Zdrowia oraz rozmów z klubami parlamentarnymi Sejmu RP, na posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu RP w dniach 24 października 2008 r. została przyjęta poprawka zaproponowana przez NRPIp dotycząca utrzymania pielęgniarskich i położniczych stanowisk kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu:

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

1. W zakładach opieki zdrowotnej tworzy się kierownicze medyczne stanowiska pracy, w szczególności:

- 1) zastępcy kierownika zakładu do spraw medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem albo magistrem pielęgniarstwa w przypadku stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej, których mowa w art. 21 ust. 2 pkt 2 i 3;**
- 2) zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa albo naczelnej pielęgniarki, w przypadku szpitali posiadających powyżej 300 łóżek;**
- 3) ordynatora, ordynatora-kierownika kliniki, w przypadku szpitali, oraz ordynatora-kierownika oddziału klinicznego;
- 4) konsultanta-w przypadku szpitali, w których nie powołuje się ordynatorów;
- 5) przełożonej pielęgniarek, w przypadku stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej posiadających od 50 do 300 łóżek albo posiadających powyżej 500 łóżek;**

- 6) pielęgniarki albo położnej oddziałowej zakładu, w przypadku oddziału, którym kieruje ordynator;
- 7) kierownika do spraw opieki pielęgniarskiej, w przypadku szpitali posiadających powyżej 50 łóżek, w których powołuje się konsultanta, o którym mowa w pkt 4.”**
- 8) kierownika apteki szpitalnej – w przypadku szpitali posiadających powyżej 150 łóżek.”

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

1. W zakładach opieki zdrowotnej tworzy się kierownicze medyczne stanowiska pracy, w szczególności:

- 1) zastępcy kierownika zakładu do spraw medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem;
- 2) kierownika medycznego;
- 3) ordynatora, ordynatora - kierownika kliniki, w przypadku szpitali, oraz ordynatora - kierownika oddziału klinicznego;
- 4) konsultanta – w przypadku szpitali, w których nie powołuje się ordynatorów

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

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

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia, **po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych** kwalifikacje wymagane od osób zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w zakładach opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 57, oraz w zakładach opieki zdrowotnej prowadzonych przez spółki, o których mowa w art. 45 ust. 1, uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.”

W poprzednich projektach ustawy (Druk 284 i 762) samorządy zawodowe, w tym samorząd pielęgniarek i położnych nie posiadał powyższego uprawnienia.

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



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

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

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

(-) Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

(-) Elżbieta Garwacka - Czachor
Wiceprezes NRPIP



GŁÓWNY INSPEKTORAT PRACY DEPARTAMENT NADZORU I KONTROLI

Warszawa, 28.10.2009 r

Pani
Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes
Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych
Al. Ujazdowskie 22
00-478 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na pismo z 22 października 2009 r., znak: NIPiP/NRPIP/DM/0059/218/09 uprzejmie informuję, że w 2008 r. inspektorzy pracy kontrolowali szpitale w zakresie zagrożeń układu mięśniowo-szkieletowego przy ręcznych pracach transportowych.

W załączeniu przesyłam sprawozdanie z realizacji tych kontroli.

Zał. Sprawozdanie

„Zagrożenia układu mięśniowo-szkieletowego u osób pracujących w szpitalach przy ręcznych pracach transportowych”

Skontrolowano 198 zakładów opieki zdrowotnej (szpitali) zatrudniających 103 tys. pracowników, w tym 84 tys. kobiet. Organem założycielskim 53 zoz był urząd marszałkowski. 74 - starostwo powiatowe, 28 szpital: należało do miasta na prawach powiatu, a pozostałe do spółek z o.o. lub innych (np. gminy, MSWiA).

Tylko 6 szpitali nie miało opracowanego programu dostosowanego do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Z własnej kuchni korzystało 95 zakładów. Pralnie funkcjonowały w 42 zakładach (w pozostałych prowadzenie tych usług pracodawcy zlecieli wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym).

W kontrolowanych szpitalach pod opieką lekarską przebywało ponad 18 tys. pacjentów. Przy pracach związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego zatrudnionych było 18,7 tys. pracowników, w tym przy pracach związanych z ręcznym dźwiganiem i przenoszeniem pacjentów - 15 tys. (głównie pielęgniarki - 12,5 tys.) na oddziałach łyżkowych (m.in. neurochirurgii, chirurgii: urazowej, ogólnej, onkologicznej, a także ortopedii, anestezjologii i intensywnej terapii). Pozostali pracownicy narażeni na obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego, to przede wszystkim salowe (399 osób), pracownicy kuchni (1392 osoby) i pralni (306 osób).

W wypadkach przy pracy związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, jakie wydarzyły się w kontrolowanych zoz w latach 2005 - 2007, uszkodzonym zostało 654 pracowników. Wypadki te stanowią ok. 20% wszystkich wypadków przy pracy w zakładach ochrony zdrowia.

Jak już zaznaczono, uszkodzonymi na skutek nadmiernego obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego były głównie pielęgniarki, które doznały urazów podczas wykonywania prac związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów. Były to przede wszystkim urazy kręgosłupa na odcinku lędźwiowo-krzyżowym i dyskopatie pourazowe kręgosłupa, a ponadto naderwanie ścięgien, mięśni, przepuklina pachwinowa. Urazy te w większości skutkowały długotrwałymi zwolnieniami lekarskimi, nawet do roku. Średnio wskaźnik ciężkości tego rodzaju wypadków z lat 2005 - 2007 wyniósł 56 dni niezdolności do pracy na jednego uszkodzonego i był znacznie wyższy od wskaźnika ciężkości wszystkich wypadków, jakie wydarzyły się w sektorze ochrona zdrowia i pomoc społeczna" (36 dni).

W dużej części protokołów z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, brak było opisu miejsca zdarzenia, informacji o ciężarze ciała podnoszonego pacjenta, o sposobie wykonywania czynności, przyjętej pozycji ciała przy dźwiganiu i technice podnoszenia. Zespoły powypadkowe - jako przyczyny większości wypadków - ustaliły: wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie (jednoosobowo), brak właściwego sprzętu pomocniczego, przekroczenie norm dźwigania oraz brak ostrożności. Jednak tylko w 3% zbadanych przez inspektorów pracy protokołach powypadkowych zespół powypadkowy zalecił pracodawcy zakup urządzeń pomocniczych, ułatwiających dźwiganie. W pozostałych zalecano z reguły wykonywanie prac związanych z dźwiganiem

pacjentów w obsadzie wieloosobowej (co wobec ograniczonej przestrzeni przy łóżku w wielu przypadkach jest praktycznie niemożliwe do wykonania), omówienie wypadku z pracownikami podczas szkolenia bhp, pouczenie poszkodowanego pracownika o zachowaniu ostrożności lub też nie określono żadnych wniosków profilaktycznych. Pracodawcy nie czuli się więc zobowiązani do podejmowania skutecznych działań w celu wyeliminowania przyczyn wypadków przy pracy. Świadczy to o niedostatecznym przygotowaniu fachowym pracowników służb bhp, niezbędnym przy ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy.

Podczas kontroli inspektorzy pracy ujawnili także, że bagatelizowane były drobne zdarzenia wypadkowe i ich skutki (zakłucia, gwałtowne bóle w układzie mięśniowo-szkieletowym w trakcie wykonywania czynności), dla których nie sporządzono dokumentacji powypadkowej. Wyegzekwowali więc ich sporządzenie.

Zagadnienia, w zakresie których stwierdzono liczne nieprawidłowości (dla porównania podano również wyniki kontroli zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych z 2007 r.)

Wyniki kontroli wskazują, że w szpitalach problemem przy wykonywaniu prac związanych z ręcznym dźwiganiem, głównie pacjentów, jest niedostateczne uświadomienie pracownikom zagrożeń, jakie wiążą się z wykonywaną pracą oraz sposobów przeciwdziałania nadmiernym obciążeniom

układu mięśniowo-szkieletowego. Brak odpowiedniej wiedzy i świadomości w tym zakresie przejawiają nie tylko pracownicy wykonujący bezpośrednio prace związane z dźwiganiem, ale również osoby nadzoru oraz służby bhp.

Prawie połowa pracodawców nie uwzględniła w programach szkoleń w dziedzinie bhp zagrożeń związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, a w co czwartym zakładzie nie przeszkolono pracowników, których praca wiązała się z dźwiganiem ciężarów, w tym pacjentów, w zakresie bezpiecznego wykonywania tych prac (dotyczyło 16% pracowników objętych kontrolą). W 28% szpitali, w których pracownicy zostali przeszkoleni brak było w programach szkoleń - ćwiczeń praktycznych w zakresie prawidłowych sposobów wykonywania ręcznych prac transportowych, w tym związanych z podnoszeniem i przemieszczaniem pacjentów. Pracownicy potwierdzają, że system kształcenia w sposób marginalny traktuje zagadnienia ergonomii i obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego. Problem ten występuje szczególnie w małych zakładach, gdzie prowadzenie szkoleń bhp zleca się jednostkom zewnętrznym, które prowadzą je często według ogólnego programu, z reguły ramowego, przepisane wprost z rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, niedostosowanego do konkretnych stanowisk i warunków pracy. Zapoznanie się z właściwymi sposobami dźwigania i przemieszczania ciężarów i ich zastosowanie w praktyce utrudnia również brak stosownych instrukcji bezpiecznego wykonywania ręcznych prac transportowych lub ich niewłaściwe opracowanie, co stwierdzono w ponad 40% szpitali (zarówno na stanowiskach

Zagadnienie	Odsetek kontrolowanych zoz, w których stwierdzono nieprawidłowości	
	2007 (zoi, zpo)	2008 (szpitale)
Uwzględnienie w programach szkoleń w dziedzinie bhp zagrożeń wynikających z obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	60	46
Zamieszczanie w skierowaniach na badania informacji o wykonywaniu pracy w warunkach obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	40	31
Uwzględnienie ćwiczeń praktycznych w zakresie bezpiecznego podnoszenia i przenoszenia pacjentów w programach szkolenia wstępnego	25	28
Uwzględnienie w ocenie ryzyka zawodowego na stanowiskach pielęgniarek i sanitariuszy zagrożeń wynikających z obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	68	31
Instrukcje dotyczące bezpiecznego podnoszenia i przenoszenia pacjentów	58	42
Ustawienie łóżek w sposób zapewniający swobodny do nich dostęp	59	66
Możliwość wyprowadzenia łóżka z pokoju bez konieczności przesuwania innego łóżka	40	61
Wyposażenie łazienek pacjentów w wózki-wanny	52	81
Urządzenia pomocnicze do podnoszenia i przemieszczania pacjentów	38	60
Możliwość regulacji wysokości łóżka	33	46

przy podnoszeniu i przenoszeniu pacjentów, jak i w kuchni lub pralni).

Niedostateczna świadomość zagrożeń wynika również z niedokonania lub niewłaściwego dokonania oceny ryzyka zawodowego. Brak udokumentowanej oceny ryzyka związanego z wykonywaną pracą stwierdzono w 12% skontrolowanych zakładów. Wielu pracodawców do obowiązku dokonania oceny ryzyka zawodowego podchodzi formalnie. Zdarzają się przypadki pozyskiwania gotowych opracowań i przyjmowania ich w całości, bez uwzględnienia specyfiki (zagrożeń) własnego zakładu pracy. Pracodawcy ci nie traktują oceny ryzyka jako źródła informacji niezbędnych do planowania działań korygujących i zapobiegawczych w celu poprawy warunków pracy. W rezultacie takiego podejścia w 31% zakładów, w których dokonano ryzyka, nie uwzględniono w nim zagrożenia związanego z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego pracowników, a także szczególnych kryteriów dla kobiet, kobiet ciężarnych i osób młodocianych.

Niebagatelną kwestią jest sposób prowadzenia profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników zatrudnionych przy podnoszeniu i przenoszeniu ciężarów. Inspektorzy pracy stwierdzili, że w 31% zakładów pracodawcy nie zamieszczali w skierowaniach na badania informacji o wykonywaniu pracy w warunkach obciążających układ mięśniowo-szkieletowy, a w 32% lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami nie przeprowadzali wizytacji stanowisk pracy.

Podkreślić należy, że w dwóch trzecich skontrolowanych szpitali ustawienie łóżek pacjentów nie zapewniało personelowi medycznemu możliwości dostępu do nich z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Natomiast w ponad połowie szpitali nie zapewniono wymaganych odległości pomiędzy łóżkami, a modułarna szerokość pokoi łóżkowych uniemożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych. Takie zagęszczenie i rozstawienie łóżek wymuszało przyjmowanie przez personel nieergonomicznej postawy ciała podczas zabiegów i pielęgnacji chorych. Znaczne narażenia układu mięśniowo-szkieletowego występują podczas ręcznego przytrzymywania pacjenta i podnoszenia go w celu przetransportowania. Dla ułatwienia wykonywania tych czynności dostawcy oferują wiele urządzeń technicznych. Przykładem nowoczesnego urządzenia, testowanego w jednym ze skontrolowanych szpitali, może być system przeznaczony do przenoszenia obłożnie chorych z łóżka na łóżko z wykorzystaniem poduszki powietrznej. Obsługuje go jedna pielęgniarka z użyciem niewielkiej siły. Niestety, w kontrolowanych szpitalach wyposażenie w sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów było niedostateczne. Brak lub niewystarczającą liczbę sprzętu pomocniczego ułatwiającego podnoszenie pacjenta do pozycji pionowej i jego przemieszczanie (podnośników, pionizatorów) stwierdzono w 60% szpitali, a do przemieszczania pacjenta w pozycji leżącej (mat ślizgowych, rolek) - w co trzecim szpitalu. Szczególnie brakowało wózków-wanien do mycia pacjentów - w 81% szpitali. W wielu przypadkach istniejący w szpitalach sprzęt ułatwiający dźwiganie i transportowanie chorych stał bezczynny w magazynach, ponieważ obiekty nie były dostosowane do jego użytkowania (np. podnośniki hydrauliczne mobilne nie mieściły się w drzwiach), albo pracownicy nie umieli się nim posługiwać.

Należy podkreślić, że wykonywanie przez kobiety (pielęgniarki, sanitariuszki) prac związanych z dźwiganiem pacjentów, bez stosowania urządzeń pomocniczych, nadto w niewystarczającej obsadzie osobowej (szczególnie w porze nocnej), było główną przyczyną przekraczania dopuszczalnych norm

dźwigania. Nieprawidłowości te stwierdzono w 16% kontrolowanych szpitali. Sytuację pogarszał fakt, że prawie połowa łóżek nie posiadała możliwości regulacji wysokości, co wymuszało przyjmowanie niewłaściwej pozycji ciała podczas pielęgnacji pacjenta (w tym dźwigania).

Przyczyny naruszeń prawa według inspektorów pracy:

- brak dostatecznej wiedzy pracodawców i ich służb w zakresie zagrożeń wynikających z ręcznego przemieszczania rzeczy i osób oraz sposobów eliminacji lub ograniczania tych zagrożeń,
- nieznamość przez pracodawców i pracowników przepisów i zasad ergonomii dotyczących ręcznych prac transportowych,
- lokalizacja szpitali często w zaadaptowanych obiektach, które nie spełniają wymagań technicznych,
- brak odpowiedniej obsady na stanowiskach pielęgniarek,
- nierzetelne wykonywanie obowiązków przez służby bhp lub przez osoby, którym pracodawcy zlecieli wykonywanie zadań tej służby,
- niedostateczna współpraca pracodawców z lekarzami sprawującymi profilaktyczną opiekę nad pracownikami,
- brak należytej dbałości o sprawy związane z bezpieczeństwem i higieną pracy.

Pracodawcy natomiast wskazywali - jako przyczyny uchybień - głównie brak dostatecznych środków finansowych na dostosowanie pomieszczeń i stanowisk pracy do aktualnie obowiązujących przepisów, a także na zakup nowych urządzeń technicznych i innych środków pomocniczych ułatwiających pielęgnację pacjentów oraz ograniczających do minimum wysiłek fizyczny.

Ze względu na wysoką skalę stwierdzonych nieprawidłowości, zagrożeń oraz wypadków konieczne jest:

- kontynuowanie w tym obszarze działań kontrolnych Państwowej Inspekcji Pracy;
- upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń i sposobów ograniczania ryzyka zawodowego związanego z przeciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego (Państwowa Inspekcja Pracy wydała broszurę pt: „Jak chronić układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy” oraz plakat i ulotkę nt. bezpiecznej opieki nad chorym bez narażania się na obciążenie mięśniowo-szkieletowe; publikacje te będą nadal rozpowszechniane w zakładach opieki zdrowotnej);
- promowanie wdrażania systemów zarządzania bezpieczeństwem w zakładach opieki zdrowotnej;
- poszerzenie programów kształcenia pielęgniarek o zagadnienia dotyczące bezpiecznych sposobów i technik dźwigania ciężarów, w tym pacjentów, z uwzględnieniem zajęć praktycznych;
- znowelizowanie rozporządzeń: Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14.03.2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz Rady Ministrów z 10.09.1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet, w kierunku wzmocnienia ochrony zdrowia pracowników, szczególnie kobiet wykonujących prace związane z dźwiganie i przemieszczaniem osób;
- ujęcie w wykazie chorób zawodowych - schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa powodowane dźwiganie osób podczas sprawowania nad nimi opieki. ■



W dniu 5 listopada 2009 roku w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim odbyło się posiedzenie Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego i Stałego Zespołu WKDS ds. Ochrony Zdrowia.

Na wstępie Wojewoda Śląski Pan **Adam Matusiewicz** powitał uczestników spotkania.

Pani **Iwona Borchulska** Przewodnicząca Zarządu Regionu Śląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przedstawiła problematykę trudnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych, przypomniała, iż już od 1998 roku Związek Zawodowy zgłasza problemy dotyczące opieki zdrowotnej jednak nikt na nie nie reaguje.

Średni wiek pielęgniarek i położnych wynosi 42-45 lat. Odebrano pielęgniarkom i położnym wszystkie przywileje np. urlopy zdrowotne, dodatki za pracę w warunkach szkodliwych. Wynagrodzenia pielęgniarek i położnych są zbyt niskie co zmusza je do pracy na 1,5 lub 2 etatach. Zła sytuacja w opiece zdrowotnej skupia na pielęgniarkach i położnych niezadowolone pacjentów i ich rodzin. Bezpośrednim adresem agresji pacjentów są pielęgniarki i położne co powoduje, iż ten zawód coraz mniej cieszy się zainteresowaniem wśród społeczeństwa.

W związku z powyższym należy pilnie wzmocnić promocję zawodu pielęgniarki i położnej.

Pani Przewodnicząca na zakończenie podkreśliła, że czas jest na DIALOG lub STRAJK.

Przewodniczące Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych uczestniczące w spotkaniu zwróciły uwagę na wzrastający problem braku kadr pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej. Na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie liczba pielęgniarek i położnych, które w roku 2009 kończą 60 lat i więcej, a więc prawdopodobnie przejdą na emeryturę wynosi 164 osoby, natomiast przybyło do zawodu w roku 2009 tylko 39 osób.

W roku 2008 Wydział Pielęgniarnictwa na terenie Częstochowy ukończyło 29 osób.

Przykro to stwierdzić, ale cyfry sugerują, że zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem wymierającym.

Należy natychmiast podjąć działania w celu poprawy atrakcyjności zawodu pielęgniarki i położnej.

Końcowym efektem spotkania są wspólnie opracowane następujące stanowiska:

Stanowisko nr 11/3/09 Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego województwa śląskiego

Po zapoznaniu się z danymi i prognozami sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w województwie śląskim i kraju, Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego zwraca się do Pani Minister z wnioskiem o:

- opracowanie i wdrożenie programu ochrony (w tym promocji) zawodu pielęgniarek i położnych w Polsce
- skierowanie do Rady Ministrów postulatu, dotyczącego przyspieszenia prac nad tzw. ubezpieczeniem pielęgnacyjnym

Wnioskowana problematyka, stanowiąca przedmiot prac Komisji, jest szczególnie istotna

w kontekście zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej nie tylko mieszkańcom województwa śląskiego. W związku z powyższym Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego województwa śląskiego wyraża wolę i gotowość wsparcia Pani Minister w pracach nad złożonymi powyżej wnioskami. ■

Stanowisko nr 12/4/09 Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego województwa śląskiego

Po zapoznaniu się z danymi i prognozami sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w województwie śląskim i kraju, Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego zwraca się do Pana Wojewody z propozycją:

- powołania zespołu ekspertów monitorującego sytuację zawodową pielęgniarek i położnych w województwie śląskim
- zwrócenia się do Rady Ministrów o opracowanie i wdrożenie programu ochrony (w tym promocji) zawodu pielęgniarek i położnych w Polsce
- zwrócenia szczególnej uwagi, w ramach posiadanych kompetencji, na nadzór nad przestrzeganiem norm zatrudnienia (o których mowa w odpowiednich aktach prawnych) pielęgniarek i położnych w jednostkach ochrony zdrowia

Wnioskowana problematyka, stanowiąca przedmiot prac Komisji, jest szczególnie istotna w kontekście zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej mieszkańcom województwa śląskiego. ■

Stanowisko nr 13/5/09 Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego województwa śląskiego

Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego stanowczo protestuje przeciw planom zmniejszenia w 2010 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków na kontraktowanie świadczeń w zakładach opieki zdrowotnej w województwie śląskim, sięgającego poziomu o 10-16% niższego w stosunku do roku obecnego. W opinii Komisji taka sytuacja może stanowić zagrożenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na terenie województwa śląskiego, jak również potencjalne źródło konfliktów społecznych. Dlatego też WKDS apeluje o podjęcie skutecznych działań i środków konsekwentnie zmierzających do zwiększenia, a przynajmniej zachowania wysokości kontraktów na 2010 r. dla szpitali w wysokości kontraktów przeznaczonych rok 2009. W obawie o poważne zachwianie finansowania szpitali WKDS proponuje nawet rozważenie możliwości zaciągnięcia przez Prezesa NFZ pożyczki na zrealizowanie kontraktów przez zakłady opieki zdrowotnej, tak aby zagwarantowane zostały podstawowe ich funkcje, w szczególności leczenie chorych. ■

Przewodnicząca ORPiP
Halina Synakiewicz



Stanowisko nr 10/2/09 Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego województwa śląskiego z dnia 25 września 2009r.

Wojewódzka komisja Dialogu Społecznego po zapoznaniu się z trudną i pogarszającą się sytuacją zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych w województwie śląskim, a także świadoma zagrożeń społecznych i ekonomicznych jakie niesie postępujący proces starzenia się społeczeństwa, postanowiła zwrócić się do Pani Minister z prośbą o przeanalizowanie wniosków wypracowanych i przyjętych w trakcie posiedzenia.

W ocenie Wojewódzkiej Komisji Dialogu społecznego obecny system finansowania opieki długoterminowej nie odpowiada poziomowi rozwoju, na którym obecnie znajduje się Rzeczpospolita polska, a w perspektywie najbliższych lat nie rodzi nadziei na adekwatne do tegoż rozwoju funkcjonowanie tej dziedziny medycyny, co w konsekwencji doprowadzić może do jej degradacji.

W szczególności Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego za właściwe uznaje:

- > Jak najszybsze zakończenie prac nad tzw. ustawą pielęgnacyjną zawierającą standardy opieki długoterminowej, opracowane wspólnie z właściwym merytorycznie środowiskiem medycznym,
- > Zwiększenie nakładów na opiekę długoterminową, by zakłady opiekuńczo - lecznicze i pielęgnacyjno - opiekuńcze nie ponosiły strat wypełniając swoistą misję społeczną,
- > Zmianę interpretacji kwalifikacji pacjentów tzw. "0" przy użyciu zmodyfikowanej skali Barthel, o której mowa w Roz-

porządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (a uprzednio w stanowisku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wyrażonym w piśmie z daty 30 lipca 2009r. znak:

- NIZ/CF/DOZ/KLA/2009/076/0497/W/13389 w sprawie interpretacji stosowanych kryteriów kwalifikacji pacjentów tzw. "0" przy użyciu zmodyfikowanej skali Barthel). Kwalifikowanie tego rodzaju pacjentów wedle obecnie obowiązujących zasad, przy użyciu zmodyfikowanej skali Barthel, rodzi wyjątkowo niekorzystne skutki finansowe dla zakładów opieki długoterminowej.
- > Opracowanie narzędzia oceny wysokości finansowania świadczeń wykonywanych na rzecz pacjenta w zależności od różnego stopnia trudności opieki nad pacjentem zakładu opieki długoterminowej i zmiany jego stanu zdrowia; treść Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej nie kategoryzuje różnorodności pacjentów będących w zakładach opieki długoterminowej, którzy w zależności od stanu zdrowia wymagają różnej oceny
 - > Podjęcie działań mających na celu zabezpieczenie całodobowej opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia, poprzez umożliwienie refundowania zatrudniania pielęgniarek w domach pomocy społecznej. ■

Za Wojewódzką Komisję Dialogu Społecznego
Przewodniczący Zygmunt Łukaszczyk



Notatka ze spotkania przedstawicieli Samorządu Pielęgniarek i Położnych z dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Spotkanie odbyło się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie ul. Bialska w dniu 10 listopada 2009 roku. Tematem spotkania było łączenie dwóch szpitali w Częstochowie tj. Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym.

W spotkaniu udział wzięli:

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego - Kazimierz Pankiewicz, Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa - Renata Sówka, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Delegatki rejonu wyborczego nr 2 Samorządu Pielęgniarek i Położnych i przedstawiciele Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego.

Dyrektor K. Pankiewicz jako pełnomocnik ds. łączenia ww szpitali, przedstawił aktualne plany w zakresie realizacji łączenia szpitali:

- rozpoczęcie procedury łączenia szpitali ma nastąpić na początku 2010 roku,
- łączenie oddziałów odbywać się będzie w perspektywie kilkuletniej, w chwili obecnej nie ma możliwości przeniesienia oddziałów,

- jakie oddziały i jak będzie dokładniej przebiegać łączenie w dużej mierze uzależnione będzie od Narodowego Funduszu Zdrowia, od wysokości kontraktu,
- w 2010 roku zaplanowano połączyć Oddział Okulistyki oraz Centralną Sterylizację, pracownię Rtg, częściowo laboratorium i pracownię bakteriologiczną,
- w przeciągu półtora roku zostaną połączone przychodnie jednoimienne. Przy szpitalach zostaną takie poradnie jakie są oddziały w danym szpitalu,
- zaplanowano powiększenie Oddziału Psychiatrii w W.Sz.Z.,
- założeniem dyrekcji jest ocalenie zatrudnienia białego personelu i pracowników merytorycznych,
- dane wynikające z analizy stanowisk pracy pielęgniarek i położnych pokazały, że jest za mała liczba personelu pielęgniarskiego i położnych, „Biały personel” – ma pozycję uprzywilejowaną tzn. nie będzie zwolnień w tej grupie pracowników szpitali
- nastąpi integracja administracji
- pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego przechodząc będą na takich samych warunkach jak w Woj. Szp. Zespolony tj. na podstawie § 23'KP,
- pielęgniarki zatrudnione na czas określony będą otrzymywały kolejne umowy o pracę na czas określony, istnieje możliwość otrzymania umowy na stałe
- dodatek za kwalifikacje zawodowe np. mgr pielęgniarstwa, specjalizacja są w trakcie ustaleń ze związkami zawodowymi



- od połączenia się szpitali będzie obowiązywał nowy statut, siedzibą będzie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny czyli tam znajdować się będzie jedna dyrekcja i jedna administracja. Nie będzie dwóch zarządów,
- powstanie nowy regulamin pracy i płacy
- stanowiska kadry kierowniczej uzależnione będą od nowego statutu
- zgodnie z procedurami i możliwościami finansowymi będą dokonywane zakupy leków i sprzętu,

- pakiet socjalny dla pracowników jest uzależniony od możliwości finansowych W.Sz.S. jest w trakcie negocjacji ze Związkami Zawodowymi,

Na zakończenie spotkania Dyrektor podkreślił, iż na dzień dzisiejszy są to tylko plany, ale zawsze służy swoją osobą i w przypadku pytań prosi o kierowanie ich bezpośrednio do niego.

Sekretarz ORPiP Barbara Plaza

KALENDARIUM od 04.11.2009 roku do 27.11.2009 roku



- 05.11.2009** W OIPIP odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07).
- 06-07.11.2009** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie rozpoczęła się kolejna edycja kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” (Nr 03/07).
- 05.11.2009** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego oraz Stałego Zespołu Roboczego WKDS ds. Ochrony Zdrowia, które odbyło się w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach. Przedmiotem spotkania była problematyka z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dotycząca poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.
- 09.11.2009** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych z Panem Markiem Haberem, Podsekretarzem Stanu, z przedstawicielami: Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Spotkanie miało miejsce w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie.
- 10.11.2009** W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie odbyło się spotkanie Delegatów Samorządu Zawodowego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego z Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Panem Kazimierzem Pankiewiczem i jego zastępcą ds. Pielęgniarstwa Panią Renatą Sówką. Organizatorem spotkania była Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, a tematem spotkania były wątpliwości związane z połączeniem ww szpitali.
- 12.11.2009** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Postępowanie pielęgniarskie z pacjentem w opiece paliatywnej”. W szkoleniu uczestniczyło 28 osób.
- 16.11.2009** Przewodnicząca ORPiP i dwie przedstawicielki Zespołu ds. Opieki Długoterminowej uczestniczyły w Konferencji nt. „Zagrożenia funkcjonowania indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych oraz grupowych praktyk pielęgniarskich oraz pielęgniarskich zakładów opieki zdrowotnej. Konferencja zorganizowała ORPiP w Katowicach.
- 16.11.2009** W OIPIP odbył się egzamin końcowy z kolejnej edycji kursu specjalistycznego Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07).
- 17.11.2009** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Znowelizowana Karta Praw Pacjenta”. Szkolenie przeprowadził Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. W szkoleniu uczestniczyło 25 osób.
- 18.11.2009** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Pierwsza pomoc w stanach zagrożeniach życia”. W szkoleniu uczestniczyło 12 osób.
- 19.11.2009** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 19-20.11.2009** Przewodnicząca ORPiP oraz Kierownik Ośrodka Szkoleniowego uczestniczyły w warsztatach szkoleniowych „Proces kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” zorganizowanych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
- 20.11.2009** W siedzibie OIPIP odbył się kolejny cykl Warsztatów Edukacyjnych dla Położnych i Pielęgniarek zorganizowany przez Firmę Family Service "PELARGOS" tematami szkolenia były: "Zapobieganie infekcjom górnych dróg oddechowych u niemowląt i małych dzieci. Oswoic atopię, czyli łagodzenie przebiegu atopowego zapalenia skóry. Powikłania pieluszkowego zapalenia skóry". W szkoleniu udział wzięły 34 osoby.
- 23.11.2009** Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Przewodniczącego Rady Miasta uczestniczyła w obradach Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 24.11.2009** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat "Pierwsza pomoc w stanach zagrożeniach życia". W szkoleniu uczestniczyły 24 osoby.
- 25.11.2009** 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.
- 25.11.2009** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 26.11.2009** Przewodnicząca ORPiP oraz Kierownik Ośrodka Szkoleniowego uczestniczyły w koleżeńskim spotkaniu w Beskidzkiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Bielsku Białej. Spotkanie dotyczyło organizacji szkoleń finansowanych ze środków unijnych.

Książki zakupione przez OIPiP w listopadzie 2009r.

Lp.	Tytuł	Autor	Wydawnictwo	Szt.
1.	EKG sztuka interpretacji	Tomas B. Garcia	Jonem and Bartlett	2
2.	Położnictwo i ginekologia	M. Datta, L. Randall, N. Holmes, N. Karunahran	PZWL	1
3.	Pediatrya – pytania i odpowiedzi.	F. Quattromani, G.A. Handal, R.Lampe	PZWL	1
4.	Choroby wewnętrzne	L. Pączek, K. Mucha, B. Froncewicz	PZWL	1
5.	Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego.	Elżbieta Walewska	PZWL	1
6.	Podstawy neonatologii	Jerzy Szczapa	PZWL	1
7.	Astma	Wacław Droszcz	PZWL	2
8.	Fizjologia człowieka w zarysie	Władysław Z. Traczyk	PZWL	1
9.	Psychologia w praktyce medycznej.	A. Jakubowska- Winecka, D. Włodarczyk	PZWL	1
10.	Uregulowania prawne dot. wykonywania zawodu pielęgniarki.	Anna Stychlerz	PZWL	1
11.	Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych.	Kazimiera Adamczyk	PZWL	1
12.	Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej.	Anna Ksykiewicz- Doroty	PZWL	1
13.	Zdrowie publiczne.		PZWL	1
14.	Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej.	Jolanta Grajek- Jóźwik	PZWL	1
15.	Psychiatria	Janusz Heitzman	PZWL	1
16.	Komunikowanie się z chorym psychicznie.	Ewa Wilczek- Rużyczka	PZWL	1
17.	Pielęgniarstwo neurologiczne	Kazimiera Adamczyk	PZWL	1
18.	Diagnozy i interwencje pielęgniarskie.	M. Kożko, K. Płaszewska-Żywko	PZWL	1
19.	Pielęgniarstwo neurologiczne	K. Jaracz, W. Kozubski	PZWL	1
20.	Anestezjologia i intensywne opieka.	L.Wołowicka, D. Dyk	PZWL	1



21.	Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek.	E. Krajewska-Kułał	PZWL	1
22.	Ostra niewydolność nerek.	J. Matuszkiewicz-Rowińska	PZWL	1
23.	Promocja zdrowia	Anna Andruszkiewicz, Mariola Banaszkiewicz	PZWL	1
24.	Opieka nad noworodkiem.	Agnieszka Bołonda	PZWL	1
25.	Opieka paliatywna	K. Buczkowski, M. Krajnik	PZWL	1
26.	Dializoterapia w praktyce pielęgniarstwie.	Bolesław Rutkowski	PZWL	1
27.	Podręcznik dializoterapii	J.T.Daugirdos, P.G.Blake, Todd S. Ing	Czelej	1
28.	Między narodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgn.	ICNP	Makmed	1
29.	Leczenie bólu.	J. Wordliczek, J. Dobrogowski	PZWL	1
30.	Chirurgia	J. Fibak	PZWL	1
31.	Chirurgia	S.Głuszek	Czelej	1
32.	Schorzenia i urazy kręgosłupa	J. Kiwerski	PZWL	1
33.	Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwie.	B.Rutkowski	VIA MEDICA	1
34.	Choroby uszu, nosa, jamy ustnej, gardła i krtani.	J. B. Latkowski	PZWL	1
35.	Choroby tarczycy.	L. Królickiego	Czelej	1
36.	Ginekologia onkologiczna wiedza i humanizm.	J. Zieliński	BORGIS	1
37.	Zespół stopy cukrzycowej	J. Sieradzki, T. Koblik	VIA MEDICA	1
38.	Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej.	W. Gaszyński	PZWL	1
39.	Transplantologia praktyczna. Odrzucanie przeszczepu.	L. Pączek, K. Mucha, Komucha, Foroniewicz	Czelej	1
40.	Chemioterapia i radioterapia.	Z. Wronkowski. Sz. Brużewicz	PZWL	2



41.	Jak walczyć z rakiem piersi	D.A. Cohen, R.M. Gelfand	Bellona	2
42.	Interakcje leków. Zalecenia farmakologiczne.	M. Zieglmeier, T. Hein	MedPharmPolska	1
43.	Kompendium pielęgniarstwa	A. Huber, B. Karasek-Kreutzinger	PZWL	1
44.	Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy.	B. Białobrzeski, A. Klis	VIA MEDICA	2
45.	Alergie. Sposoby rozpoznawania i zapobiegania.	O. Kemnitz	INTERSPAR	1
46.	Endokrynologia w praktyce klinicznej. Diagnostyka i leczenie.	F. Herrmann, P. Muller, T. Lohmann	PZWL	1
47.	Hematologia w praktyce pediatrycznej	M. Matysiak	PZWL	1
48.	Choroby nowotworowe	P. Mohr	AWM	2
49.	Nowotwory złośliwe. Jak zmniejszyć ryzyko zachorowania.	M. Jarosz	PZWL	1
50.	Pierwsza pomoc.	Encyklopedia Zdrowia	Literat	3
51.	Nowotwory płuca i opłucnej.	J.Jassema, M. Krzakowskiego	VIA MEDICA	2
52.	Anestezja praktyczna	Ewa Mayzner-Zawadzka	PZWL	1



Prace autorskie

Stwardnienie rozsiane

Stwardnienie rozsiane, określone w języku łacińskim jako sclerosis multiplex (w skrócie SM), jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego, cechująca się występowaniem drobnych i rozrzuconych ognisk zapalnych. Proces chorobowy w stwardnieniu rozsiałym rozprzestrzenia się głównie w istocie białej (stąd nazwa rozsiane), zaś w miejscu wysepek zapalenia często doprowadza on do tworzenia drobnych blizenek (stąd nazwa stwardnienie). Stwardnienie rozsiane jest chorobą w której uszkodzenia występują prawie wyłącznie w osłonkach mielinowych. Oznacza to, że włókna nerwowe w drobnych ogniskach w mózgu, w nerwach wzrokowych rdzeniu kręgowym pozbawione są całkowicie lub częściowo mieliny (osłonek rdzennych). Dokładna przyczyna SM, mimo wszechstronnych, intensywnych badań w wielu ośrodkach naukowych, nadal nie jest znana. Wiele przemawia za tym, że przyczyną choroby jest połączenie wpływów środowiska i genetycznie uwarunkowanej wrażliwości z nieprawidłową odpowiedzią układu

odpornościowego. Na mapie geograficznej występowania SM uderza nierównomierne rozpowszechnienie choroby. Uwidoczniło częstsze występowanie SM wśród białych mieszkańców części Ameryki Północnej, Europy, południowej Australii i rosyjskiego Dalekiego Wschodu. SM występuje zwykle przed 30 r. ż. (50%), u znacznej większości chorych przed 40r. ż. (75%), zaś prawie u wszystkich przed 55r. ż. (90%). Skłonność do zachorowania na SM jest wytworzona przez co najmniej kilka genów. Geny są cząstkami DNA zawierającymi kod genetyczny. Oprócz genów określających wrażliwość na zachorowanie możliwe jest także współdziałanie innych genów. Ich czynności rozstrzygnąć może a tym, czy ktoś będzie miał łagodny czy ciężki przebieg SM, czy choroba następować będzie w rzutach czy też jej przebieg będzie powolny. Oprócz domniemyanych przyczyn choroby istnieje wiele nieswoistych czynników wyzwalających, a także przyspieszających lub nasilających SM. Częstym czynnikiem wyzwalającym rzutach są różnorodne zakażenia ogóle (grypa, choroby wysypkowe wieku dziecięcego, zakażenia przewodu



pokarmowego, zaostrenie gruźlicy itp.), jak i miejscowe (angina, zapalenie zatok, ostre zapalenie przydatków, ropnie okołozębowe i inne). Aby chory był całkowicie zadowolony, nastawiony pozytywnie do życia musi mieć spełnione wszystkie warunki socjalne, opiekę lekarską i pielęgniarską oraz rehabilitację.

Chorzy uzależniają się od pomocy innych. Ograniczenia w sferze fizycznej nie powinny powodować ograniczeń w sferze psychicznej, poznawczej oraz intelektualnej. Dotknięci SM powinni wiedzieć i zdawać sobie sprawę, iż istnieją zalecenia zdrowotne, do których powinni się dostosować: uregulowany i oszczędzający tryb życia, codzienny ruch w formie ćwiczeń, spacerów i rekreacji, właściwe zrównoważone odżywianie się, wystarczający sen i odpoczynek, spokój psychiczny i zachowanie pogody ducha. Zabiegi pielęgnacyjne i sposób ich wykonywania jest taki sam u osób młodych jak i w starszym wieku. Wskazówki pielęgnacyjne w skład, których wchodzi toaleta jamy ustnej, mycie tułowia, kończyn dolnych i górnych, mycie włosów, pielęgnacja skóry, toaleta intymnych części mają na celu zapobieganie powstaniu powikłań tej choroby postacią całkowitego unieruchomienia chorych, powstawaniu odleżyn, zapalenie płuc. Reakcja chorych na wiadomość, iż chorują na SM jest różna. Jedni przyjmują tę informację ze spokojem, inni reagują silną reakcją wegetatywną. Pojawia się wiele obaw, co do własnej samorekreacji, spełnienia swoich marzeń i czy wystarczy siły do walki z tą chorobą. Problemy chorych można podzielić na kilka grup. Jednym z nich jest obawa o własną przyszłość, o spełnienie życiowych celów jak np. założenie rodziny czy rozwój kariery zawodowej. Kolejną grupą problemów jest obawa o swój stan zdrowia i lęk przed niepełnosprawnością utratą zdolności chodzenia i samo zaspokajania swoich potrzeb oraz lęk przed cierpieniem. Kolejna obawa wywodzi się z natury osobisto intymnej wiąże się z utratą życiowego partnera, niemożliwością odbycia stosunków płciowych oraz seksualnej atrakcyjności. Strach przed samotnością i pustką życiową to nie są obawy nieuzasadnione. Niepewność dotycząca trwałości życia rodzinnego jest obawą o utratę prestiżu rodzinnego. Rozpad rodziny, niemożność lub trudność wychowania dziecka. W tym względzie wiele zależy od zrozumienia, dobrej woli

pozostałych członków rodziny.

Kolejnym problemem jest lęk przed pogorszeniem sytuacji finansowej. Chorzy boją się braku pomocy ze strony innych osób, bezradności, samotności. Chory musi mówić o swoich problemach rozczarowaniach i nadziejach życiowych, bo wyjaśnienie trudnych sytuacji stwarza podstawę do rozwiązania problemu. Dlatego też celowe wydaje się zwrócenie do psychoterapeuty, który poprzez rozmowę i bezpośredni kontakt pozwoli choremu przezwyciężyć jego problemy natury duchowej.

Człowiekowi, któremu zachwiała się bezpieczeństwo psychiczne spowodowane SM potrzebna jest nadzieja na lepsze jutro. Nadzieja jest również potrzebna osobą opiekującym się chorym. Chociaż nie ma lęku to nikomu nie wolno twierdzić, że nie ma żadnego ratunku albo, że nie można przynieść ulgi w cierpieniu. Leczenie jest niewdzięczne, trudne i kłopotliwe zarówno dla pacjenta jak i dla lekarza. Z wiarą należy próbować samemu zmniejszać niedogodności, z którymi przyszło żyć. Chorzy chcieliby się czuć bezpiecznie być dostrzeganymi i docenianymi zwłaszcza przez najbliższych, zrealizować siebie, mieć możliwość decydowania o sobie bycia niezależnym, wolnym, ale i być akceptowanym ze swoją drobną innością. Nie być obcym, odrzuconym, móc trochę rządzić i mieć możliwość decydowania, być potrzebnym innym ludziom, poznawać nowe rzeczy. Ważne jest, aby mieć jakieś cele w życiu oraz poczucie sensu własnego życia.

„Dobre słowo innego chorego potrafiącego sobie poradzić z przeciwnościami losu, towarzyszącymi tej samej chorobie, bardziej mobilizuje niż mądrości i porady lekarzy”

W tej chorobie sami chorzy muszą się wspierać, bo wszystkim po pewnym czasie zaczyna brakować cierpliwości, wkrada się zwątpienie. SM jest chorobą śmiertelną. Poza ciężkimi przypadkami chorzy żyją tak samo długo jak osoby nie cierpiące na tą jednostkę chorobową. Życie ich jednak bywa dramatycznie ciężkie. Chorzy wymagają nie tylko stałej opieki medycznej, ale też szerokiego wsparcia społecznego. ■

Alicja Wronkowska

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 profesjo-



nalistów z dziedziny 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 pielęgniarstwa.

ICNP stworzona została jako system jednolitego języka pielęgniarstwa, 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 pielęgniarstwa 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”.

Skowron Wioletta



Komunikat Nr 1

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koło Liderów Pielęgniarstwa przy ZG PTP serdecznie zapraszają do udziału

w V Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2009”

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

Zapraszamy do udziału w Konkursie

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

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu;

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach **do dn. 31.01.2010r.**
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 5.03.2010r godz.12.00**
- III etap - prezentacja własna (**szczegóły Komunikat nr 2, strona www.ptp.na.1.pl**)

Dodatkowe informacje:

Dorota Jacyna

tel. (0-22) 861-02-46

kom. 0-509-759-219

e-mail: dorotajacyna@gmail.com

Regulamin V Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2009”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej - dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek

naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.

4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.
5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrami pielęgniarstwa w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP adres na stronie: <http://www.ptp.na.1.pl> - PTP - struktura w terminie do dnia 31.01.2010 r. Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres sekretariatu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (biuroptp@gmail.com; fax 022 398 18 51) Biuro czynne pn, śr, pt - 10.00-15.00
6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do 15.02.2010 r. przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.
11. Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.
12. Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.
13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania tej samej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do Finału ww. Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały jednakową liczbę punktów.



14. Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.
15. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
16. „Pielęgniarka Roku 2009” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany macierzystego zoz i który w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
17. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie www. Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego www.ptp.nal.pl.

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA KONKURSU

„PIELĘGNIARKA ROKU 2009”

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

.....

1. Miejsce pracy

.....

5. Stanowisko

6. Staż pracy w zawodzie

7. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Tak * od kiedy

Nie*

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

Tak* jaka

.....

.....

.....

Nie*

*odpowiedź zaznacz krzyżykiem

..... podpis i pieczęć przełożonego

..... podpis kandydata

Data

5 listopada 2009r. zakończyła się druga edycja kursu specjalistycznego:

Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07

zorganizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

32 osoby przystąpiły do egzaminu końcowego i ukończyły go z wynikiem pozytywnym.

GRATULUJEMY!

**OŚRODEK SZKOLENIOWY PROWADZI
ZAPISY NA KURSY I SZKOLENIA:**

KURSY SPECJALISTYCZNE:

**RESUSCYTACJA KRĄŻENIOWO – ODDECHOWA
Nr 02/07**

Celem kursu jest nabycie przez pielęgniarkę/położną wiedzy i umiejętności niezbędnych 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. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest złożenie w Ośrodku Szkoleniowym karty zgłoszenia, dostarczenie zaświadczenia o zatrudnieniu potwierdzającego trzymiesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej, dostarczenie kserokopii prawa wykonywania zawodu oraz dokonanie wpłaty. W chwili zgłoszenia uczestnik otrzymuje harmonogram zajęć teoretycznych i termin zajęć stażowych.

TERMIN KURSU:

ZAJĘCIA TEORETYCZNE: 08-10.01.2010r., 14-16.01.2010r., 19.01.2010r.

ZAJĘCIA STAŻOWE: 5 dni po 7 godzin dla każdego uczestnika kursu

**WYKONANIE I INTERPRETACJA ZAPISU
ELEKTROKARDIOGRAFICZNEGO
Nr 03/07**

W związku z dużym zainteresowaniem, informujemy, iż przyjmujemy zapisy na powyższy kurs, którego rozpoczęcie planowane jest na maj 2010r.

Osoby zapisane na styczniową edycję kursu proszone są o zgłoszenie się do Kierownika Ośrodka Szkoleniowego w celu odebrania harmonogramu zajęć teoretycznych i ustalenia terminu zajęć stażowych. Proszę o dostarczenie zaświadczenia o zatrudnieniu i kserokopii prawa wykonywania zawodu.

Zapraszamy na szkolenie:

**INFORMATYKA I STATYSTYKA W
PRAKTYCE PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

Treści nauczania:

- podstawowe pojęcia statystyczne
- planowanie i prowadzenie badań statystycznych
- opisowa analiza zjawisk statystycznych: średnia arytmetyczna, harmoniczna, geometryczna i dominanta
- analiza współzależności zjawisk masowych: sposoby stwierdzania zależności korelacyjnej, współczynnik korelacji
- wnioskowanie statystyczne: hipotezy statystyczne, przedziały ufności
- podstawowe oprogramowania komputerów klasy PC: środowisko Windows, charakterystyka komputerowych baz danych
- programy komputerowe używane w jednostkach służby zdrowia: system ewidencji ruchu chorych, skompu-



teryzowana historia choroby, system analizy kosztów, system kadr, system płac, system obsługi aptek

- zastosowanie komputerów w pracach biurowych: zasady edycji dokumentów, sporządzanie tabel i zestawień, przesyłanie danych przez sieć komputerową, poczta elektroniczna
- program mMedica

Kurs składa się z 30 -35 godzin zajęć dydaktycznych. Zajęcia będą odbywać się w OIPIP w Częstochowie.

Termin kursu: styczeń 2010

PRZYGOTOWYWANE SZKOLENIA:

Kursy kwalifikacyjne:

1. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej
2. Pielęgniarstwo ratunkowe

Kursy specjalistyczne:

1. Szczepienia ochronne dla pielęgniarek Nr 03/08
2. Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek Nr 08/07
3. Szczepienia ochronne noworodków Nr04/08 dla położnych
4. Leczenie ran Nr 11/07 dla pielęgniarek

Kurs dokształcający:

1. Dezynfekcja i sterylizacja

Serdecznie gratulujemy zdanego Egzaminu Państwowego ze Specjalizacji w dziedzinie „Pielęgniarstwa Operacyjnego”

Koleżankom:

**mgr Beacie Kapkowskiej
i Marzannie Błotnickiej**

**Samorząd Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie**

*Każdy dzień jest Ci dany
jak wieczność,
abyś był szczęśliwy.
Sprawiaj innym radość,
zobaczysz wtedy
jak radość cieszysz.*

Serdeczne podziękowania dla
Pań Pielęgniarek
Oddziału Dziecięcego Miejskiego
Zespołonego Szpitala

Sklada Jasiu Rysiewicz
oraz wdzięczni rodzice

Informacja w sprawie skrócenia studiów pomostowych dla pielęgniarek, absolwentów liceów medycznych

MINISTERSTWO ZDROWIA

RZECZNIK PRASOWY Warszawa, 20.11.2009 roku

Informacja w sprawie skrócenia studiów pomostowych dla pielęgniarek, absolwentów liceów medycznych

19 listopada 2009 r. do Ministerstwa Zdrowia została przekazana przez Komisję Europejską informacja o pomyślnym efekcie rozmów dotyczących liczby godzin kształcenia uzupełniającego dla absolwentów liceów medycznych kształcących pielęgniarki i położne. Na posiedzeniu Komitetu ds. uznawania kwalifikacji ostatecznie podsumowano wynik uzgodnień przyjmując polską propozycję, przygotowaną przez resort zdrowia. Uzyskany rezultat to skrócenie kształcenia pomostowego, które obecnie będzie wynosiło 1150 godzin kształcenia zawodowego, w ciągu dwóch semestrów.

Przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej polski system kształcenia pielęgniarek i położnych opierał się na różnych typach szkół takich jak licea medyczne i medyczne szkoły zawodowe. Opinia ekspertów unijnych na temat polskiego systemu kształcenia była jednoznaczna i wskazywała na to, że polskie pielęgniarki i położne nie spełniają standardów kształcenia europejskiego, gdyż liczba godzin kształcenia zawodowego była zbyt mała.

Zgodnie z wytycznymi Komisji Europejskiej od 2004 roku kwestia kształcenia uzupełniającego pielęgniarek i położnych jest regulowana rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Regulacje zawarte w tym rozporządzeniu największą liczbą godzin kształcenia uzupełniającego nakładają na licealistki tj. 1633 i 3000 godz. (w zależności od czasu kiedy rozpoczęte zostało kształcenie). Wymogi zawarte w rozporządzeniu spotkały się z krytyką ze strony środowiska pielęgniarek i położnych. Minister Zdrowia Ewa Kopacz, dostrzegając ten problem, podjęła działania zmierzające do ponownego ustalenia liczby godzin kształcenia uzupełniającego dla absolwentów liceów medycznych. Procedura w tej sprawie wymagała licznych uzgodnień z Komisją Europejską. W dalszej kolejności sprawa została skierowana do rozpatrzenia przez Komitet ds. uznawania kwalifikacji składający z przedstawicieli wszystkich państw członkowskich, a następnie na posiedzenia grupy koordynatorów.

Mimo wątpliwości zgłaszanych przez niektóre państwa członkowskie, dzięki staraniom strony polskiej Komitet ds. uznawania kwalifikacji zaakceptował regulacje przygotowane przez resort zdrowia. ■

/-/ Piotr Olechno
Rzecznik Prasowy

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. 10b 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

Podjęte uchwały oraz decyzje podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

w dniu 29 października 2009 roku.

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
 - kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne” - 11 pielęgniarek
 - kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo anestezjologiczne” - 1 pielęgniarka
 - kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych” - 1 położna
 - kurs specjalistyczny w zakresie endoskopii - 1 pielęgniarka
 - studia pielęgniarskie - 5 pielęgniarek
- Wydano pięć decyzji w sprawie odmowy zakwalifikowania na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- Dofinansowano kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, postanowiono wydać:
 - 120.00 zł na dofinansowanie 1 pielęgniarki konferencji międzynarodowej w Poznaniu
 - 960.00 zł na dofinansowanie 2 pielęgniarkom kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”
 - 1000.00 zł na dofinansowanie 2 pielęgniarkom studiów licencjackich
 - 500.00 zł na dofinansowanie 1 pielęgniarki studiów magisterskich
- Wydano jedną decyzję w sprawie odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzech pielęgniarek
- Skreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych w kwocie 1500.00 zł
- Wydano jedną decyzję w sprawie odmowy udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych.
- Zakupiono metalowe szafy kartoteczne dla potrzeb

Rejestru Pielęgniarek i Położnych Okręgowej Izby W Częstochowie koszt szaf wynosi 1900.00 zł.

- Wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony
- Wytypowano przedstawiciela OIPIP do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Neonatologicznego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie ul. PCK 1 ■

NOTATKA Z KONFERENCJI

W dniu 16 listopada 2009r. w Katowicach odbyła się Konferencja nt: „Zagrożenia funkcjonowania indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych oraz grupowych praktyk pielęgniarskich oraz pielęgniarskich zakładów opieki zdrowotnej”.

Konferencję otworzyła i powitała gości Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach Pani dr Mariola Bartusek.

Jako pierwsza głos zabrała Pani dr Grażyna Franek, która w ujęciu naukowym przedstawiła problem demograficznie starzejącego się społeczeństwa.

Definicję starzenia się społeczeństwa w ujęciu demograficznym stworzył polski profesor i tą definicję przyjął cały świat. Określił społeczeństwo demograficznie młode gdzie 4% to społeczeństwo po 65 roku życia, społeczeństwo demograficznie dojrzałe to takie gdzie 4-7% jest w wieku po 65 roku życia, natomiast społeczeństwo demograficznie stare to takie, w którym ponad 7% ludności jest w wieku powyżej 65 roku życia (to aż 13% społeczeństwa). Przewiduje się, że w roku 2025 aż 22% społeczeństwa polskiego przekroczy wiek 65 lat. Należy więc przygotowywać się do przejęcia opieką tych ludzi, rozwijać opiekę długoterminową. Ludzie w tym wieku stają się mniej wydolni, proste czynności stają się trudne do wykonania i coraz częściej wymagają pomocy, stają się niepełnosprawni. Potrzeby opiekuńcze i pielęgnacyjne są coraz większe. Większa liczba społeczeństwa wymaga opieki długoterminowej.

Niestety nasi decydenci to w znacznej mierze ludzie młodzi, którym wydaje się, że nigdy nie będą wymagali pomocy, dlatego tak trudno jest im zrozumieć ten problem i tak trudno negocjuje się warunki poprawy sytuacji ludzi starszych.

Następnie głos zabrali przedstawiciele Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy wyjaśnili jak zmieniają się przepisy i wytyczne dotyczące kontraktowania świadczeń w opiece zdrowotnej.

Zarządzenie dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej z 2009 roku nie będzie obowiązywać w 2010 roku. Nie będzie finansowania świadczeń metodą zadaniową tylko poprzez stawkę kapitałową. Wprowadzono w 2009 roku obowiązek posiadania przez pielęgniarkę gabinetu pielęgniarki środowiskowej. Większość umów kontraktujących świadczenia wygasa 31.12.2010 roku a te które były podpisane na 2009 rok będą aneksowane lub będzie ogłoszony konkurs ofert. Wszystkie podmioty, które chcą rozpocząć działalność od 01.01.2010 roku powinny złożyć wnioski do Narodowego Funduszu Zdrowia. Na stronie internetowej ŚÓW NFZ będzie informacja od kiedy można składać wnioski.

Na rok 2010 odstępuje się od finansowania metodą zadaniową a reszta wymogów pozostaje bez zmian.

Brak na dzień dzisiejszy zarządzenia dotyczącego kontraktów w ramach opieki długoterminowej domowej. Jeszcze nie było takiej sytuacji żeby w listopadzie nie było odpowiednich zarzą-



dzeń i aktów prawnych. Minister Zdrowia poprosił Prezesa NFZ o wstrzymanie się z wydaniem zarządzeń, ponieważ nie doszło jeszcze do wspólnych uzgodnień.

Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowuje się do postępowania konkursowego, liczy koszty. Finanse przeznaczone na tę formę zwiększą się z kwoty o kwotę z tzw. „zadaniówki” a więc 39 mln z 2009r plus 24-27 mln. zł. z „zadaniówki”. Zmieniły się wymogi dot. świadczeń gwarantowanych tj. pielęgniarka ma objąć opieką 6 pacjentów a nie jak dotychczas 5-ciu. Kwota za osobodzień zmniejsza się z 32 zł. do 29 złotych, zmienił się też zapis dotyczący kwalifikacji pielęgniarki (było wyższe pielęgniarskie lub kurs kwalifikacyjny, a jest wyższe pielęgniarskie oraz kurs kwalifikacyjny) z czym się nie zgadzamy.

Ponadto wpisano wymogi dodatkowe takie jak: odleżyna, sonda, cewnik itd. Dla pacjentów w skali Barthel do 40 punktów. Oczywiście dopóki nie będzie aktów prawnych i zarządzeń Prezesa NFZ to nic nie jest pewnikiem. Musimy czekać.

Kolejnym wykładowcą była Pani Emilia Kin- Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania świadczeń przy NRPIP, która przedstawiła problem rozmów i negocjacji z Ministerstwem Zdrowia, Przedstawicielami NFZ oraz Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej w sprawie świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki i położne. Omówiła jak szybko zmieniały się Zarządzenia w roku 2008 i 2009.

Na koniec swojej wypowiedzi przekazała informację ze spotkania w dniu 11 listopada 2009 roku w Ministerstwie Zdrowia z Panem Ministrem Haberem. Pan Minister stwierdził, że w I kwartale 2010 roku wszystkie Rozporządzenia będą nowelizowane!!!!!! Poprzednie akty były wadliwe.

Dodała jeszcze na koniec kilka słów na temat medycyny szkolnej. Umowy z Medycyną Szkolną będą aneksowane przez NFZ na rok 2010 a stawki pozostaną bez zmian.

Problem dla medycyny szkolnej stwarza gabinet pielęgniarski. W każdej szkole dla pielęgniarki powinno znajdować się pomieszczenie, a nie gabinet, który jest kosztowny w wyposażeniu i utrzymaniu.

Oprotestowano wymóg posiadania gabinetu.

Następnie głos zabrał Pan Marian Nadziejko – Przewodniczący Komisji ds. DPS przy NRPIP, który również podkreślił, że społeczeństwo się starzeje i coraz częściej będzie wymagało opieki długoterminowej.

Już w 2007 roku przekonywał Pana Sośnierzę, żeby „zadaniówka” przeszła do opieki długoterminowej ale go nie

przekonał. Produkt ten znalazł się w POZ-ie i stworzył się problem bo zabrakło funduszy. Dlatego wycofano się z tej formy. Stwierdził, że niestety nikt nie słucha dobrych rad a nawet jeśli zapisze się wspólne uzgodnienia to i tak nikt ich nie respektuje. Rozporządzenie z 28 sierpnia 2009 roku wprowadziło zapisy o dodatkowych wymogach mimo zapewnienia, że nie będzie tych zapisów. Po ukazaniu się tego Rozporządzenia Minister Haber zrobił „wielkie oczy” widząc zapis o dodatkowych wymogach. Po spotkaniu z Przedstawicielami NRPIP obiecał, że wycofają się z dodatkowych wymogów. Pozostanie zapis o skali Barthel – do 40 punktów. Minister obiecał również, że pieniądze z tzw. „zadaniówki” w całości przejdą do opieki długoterminowej. Tam gdzie były podpisane umowy na opiekę długoterminową w roku 2009 będą aneksy do umów na 2010 r. a tam gdzie była tylko „zadaniówka” będą konkursy ofert.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w/s świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej ukaże się w najbliższym czasie i dopiero ono będzie podstawą do rozpoczęcia procedury kontraktowania.

Obowiązujące akty prawne pozwalają nam prowadzić działalność gospodarczą w różnych formach, jednak NFZ wskazuje, że będzie kładziony nacisk na podmioty większe a więc grupowe praktyki pielęgniarskie i NZOZ-y.

Należałoby szybko uruchomić działalność gospodarczą grupową bo na to potrzeba mało czasu lub NZOZ ale to wymaga więcej czasu.

Zachęcamy do inicjatywy i uruchamiania działalności gospodarczej aby móc kontraktować świadczenia pielęgniarskie w opiece długoterminowej.

Po przerwie Pan mgr Bartłomiej Rupik przedstawił podstawy prawne organizowania indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych oraz grupowych praktyk pielęgniarskich oraz NZOZ, a Panie Joanna Zielińska, Grażyna Malczyk, Wanda Kuczera zaprezentowały zagrożenia funkcjonowania długoterminowej opieki domowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

W konferencji uczestniczyła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pani Halina Synakiewicz, Przewodnicząca Zespołu ds. opieki długoterminowej Pani D. Kryś oraz Pani D. Łoniewska. ■

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

W Ośrodku Szkoleniowym przy OIPIP w dniu 18.11.2009 roku odbyło się już kolejne szkolenie z serii „Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia”

Kurs ten skierowany jest dla większości pracowników ochrony zdrowia, którzy mogą być świadkami zatrzymania krążenia, a zatem mogą rozpocząć resuscytację lub pracować w zespołach resuscytacyjnych. W czasie kursu naucza się umiejętności, które warunkują skuteczność resuscytacji, a są prowadzone do czasu przybycia zespołu resuscytacyjnego. Co istotne, w zakres zagadnień omawianych w czasie kursu wchodzi zapobieganie zatrzymaniu krążenia. Kurs ten stanowi uzupełnienie innych, krótkich kursów ukierunkowanych na opiekę nad krytycznie chorym pacjentem w okresie pierwszych 24 godzin w sytuacjach zagrożenia życia, kiedy pomoc specjalistyczna nie jest natychmiast dostępna.

Kurs „Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia” zapewnia przeszkolenie personelu medycznego potrzebne do rozpoczęcia resuscytacji, włączając w to defibrylację i podjęcie roli członka zespołu resuscytacyjnego, jest kursem jednodniowym i składa się z wykładów, sesji ćwiczeniowych oraz symulowanych sytuacji klinicznych prowadzonych z użyciem manekinów i symulatorów.

Celem kursu jest uzyskanie przez uczestnika odpowiedniego poziomu umiejętności z zakresu BLS oraz opanowanie obsługi AED, a także umiejętności prowadzenia resuscytacji w sytuacji klinicznej. Może to dotyczyć zarówno prowadzenia resuscytacji w szpitalu, jak i poza nim. Czas trwania 8 godzin.

Przedszpitalna i wczesnoszpitalna pomoc jest pierwszym etapem leczenia poszkodowanych w stanie zagrożenia życia. Wczesne i kompetentne rozpoczęcie czynności ratunkowych przez świadków zdarzenia, jest istotnym czynnikiem zwiększającym szanse powodzenia leczniczego, szczególnie w przypadkach nagłego zatrzymania krążenia.



Jakość i poprawność postępowania z chorym w ramach pomocy doraźnej zmniejsza nie tylko śmiertelność, ale także zakres i rozmiary kalectwa w następstwie obrażeń, czy też nagłego zachorowania.

W Polsce corocznie umiera kilka tysięcy osób tylko dlatego, że świadkowie zdarzenia nie podejmują czynności ratowniczych przed przybyciem pogotowia ratunkowego. A to właśnie „wczesne podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez świadków zdarzenia może podwoić lub nawet potroić szanse przeżycia” („Międzynarodowe Wytyczne do Resuscytacji 2005”). To od pierwszej pomocy, udzielonej natychmiast przez świadków zdarzenia, czy jest to wypadek drogowy, zatrzymanie krążenia, zadławienie, oparzenie czy też złamanie lub skręcenie, zależy dalsze rokowanie w leczeniu. To te pierwsze chwile często decydują o późniejszym stanie poszkodowanego, gdyż już po 4-5 minutach, z powodu braku tlenu następują nieodwracalne zmiany w mózgu!

Również szpitalne statystyki przeżywalności nie napawają optymizmem, wynika to z braku standaryzacji działań, często złej organizacji czy też możliwości podnoszenia kwalifikacji w oparciu o aktualne zalecenia i wytyczne.

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

systemów ratownictwa medycznego w naszym kraju. Pojawiła się konieczność dostosowania metod działania służb ratowniczych do standardów Światowych. Kluczowym elementem takiego systemu stał się jednolity sposób udzielania świadczeń zdrowotnych. Dotychczas standardyżacją była tylko zaleceniem, w chwili obecnej stała się koniecznością.

W 1933 roku został powołany Międzynarodowy Komitet ds. Resuscytacji- International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Jego zadaniem jest gromadzenie i ocena międzynarodowych danych dotyczących resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) oraz uzgadnianie zaleceń dotyczących leczenia, czego owocem są WYTYCZNE do Resuscytacji.

Wiedza o resuscytacji wciąż się rozwija, dlatego też wytyczne muszą być regularnie aktualizowane i odzwierciedlać postęp, aby w ten sposób optymalizować leczenie. Pomiędzy aktualizacjami głównych Wytycznych... (co każde 5 lat) publikowane są stwierdzenia doradcze, stanowiące źródło informacji na temat nowych sposobów terapii, które mogą znacząco wpływać na rezultat leczenia.

WYTYCZNE 2005 nie precyzują jedyne sposobu prowadzenia resuscytacji, reprezentują jedynie powszechnie uznane stanowisko dotyczące bezpiecznego i skutecznego jej prowadzenia. Publikowanie nowych i uaktualnionych zaleceń dotyczących leczenia nie oznacza, że dotychczasowe są niebezpieczne czy nieefektywne.

Podnoszenie kwalifikacji jest obowiązkiem który przyjęliśmy na siebie w chwili przyjęcia prawa do wykonywania zawodu medycznego, szkolenia i kursy takie te które konsekwentnie realizujemy jako ośrodek szkoleniowy OIPIP przybliżają nas do celu jakim jest jeszcze bardziej skuteczne ratowanie a tym samym zwiększenie przeżywalności i poprawę nawet odległych wyników leczenia. I jeśli dzięki tym działaniom uda się uratować jedno życie więcej to chyba warto podjąć ten trud ciągłego doskonalenia się. Zapraszamy do wspólnych szkoleń i ćwiczeń. Michał Wieczorek i Monika Telązka



tańszy kredyt gotówkowy

specjalna oferta
dla pielęgniarek i położnych



Zapraszamy do placówek eurobanku w Częstochowie:

- Al. Najświętszej Marii Panny 13
- Al. Najświętszej Marii Panny 52
- Al. Pokoju 2
- CH M1, ul. Kisielewskiego 8/16
- Nowa Wieś, CH Auchan, ul. Krakowska 10

zadzwoń
19 000 www.eurobank.pl

Koszt jak za połączenie lokalne wg stawki operatora. Szczegóły oferty, w tym informacje o wymaganych zabezpieczeniach kredytu oraz opłatach i prowizjach, dostępne są na www.eurobank.pl oraz w placówkach banku.

SPOTKANIE 16.11.09 KATOWICE

