

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



STYCZEŃ 2010r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38

KURS SPECJALISTYCZNY

"RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO - ODDECHOWA"



W NUMERZE:

Stanowiska NRPiP	1
Pisma z NIPiP	2
Życzenia świąteczne i podziękowania	8
Informacje prawne	8
Szkolenie	10
Prace autorskie:	
<i>Alergia, czyli atopia pierwszego stopnia</i>	12
<i>Korzyści dla dziecka i matki wynikające z karmienia piersią</i>	13
<i>Rehabilitacja pacjentów po udarze mózgu z uwzględnieniem roli pielęgniarki</i>	14
Informacje	16

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 Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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

Stanowisko nr 32

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku

w sprawie wydłużenia terminu dostosowawczego dla pomieszczeń i gabinetów, w których można wykonywać indywidualną i grupową praktykę pielęgniarek i położnych

W związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006r. Nr 213, poz. 1568 ze zm.) i planowanym wydłużeniem okresu dostosowawczego dla pomieszczeń zakładów opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2018 roku, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o wprowadzenie jednolitego terminu okresu dostosowania pomieszczeń i gabinetów, tj. do dnia 31 grudnia 2018 roku, dla indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz dla innych podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postuluje o pilną nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 roku w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 56, poz. 397) w części dotyczącej terminu dostosowawczego. ■

Stanowisko nr 33

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku

w sprawie uregulowania przepisów dot. transportu przez pielęgniarkę materiału biologicznego pobranego w domu pacjenta

Wnoskujemy o dostosowanie treści Zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. Nr 72/2009/DSOZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. z 2006 r. Nr 61, poz. 435) w kwestii transportu przez pielęgniarkę materiału biologicznego pobranego w domu pacjenta do laboratorium.

Nałożenie na pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej obowiązku transportu materiału biologicznego do laboratorium jest w sprzeczności z wytycznymi epidemiologicznymi. ■

Stanowisko nr 34

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku

w sprawie wprowadzenia do obowiązujących przepisów prawa definicji pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, pielęgniarki praktyki w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o wpro-

wadzenie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) i analogicznie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), definicji pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, oraz pielęgniarki praktyki w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w miejsce dotychczas funkcjonujących definicji: pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej i położna podstawowej opieki zdrowotnej.

W definicji pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej należy uwzględnić zapis, że planowanie i realizacja kompleksowej opieki pielęgniarskiej i opieki położniczo-neonatologiczno-ginekologicznej nad świadczeniobiorcą odbywa się przede wszystkim w miejscu zamieszkania.

Brak jednoznacznych definicji wskazujących na miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy doprowadziły do zmiany zakresu zadań pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej. W konsekwencji świadczenia pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej, zgodnie z aktualnym stanem prawnym, realizowane są w formie świadczeń ambulatoryjnych w siedzibie świadczeniodawcy, a w przypadkach uzasadnionych wskazaniem medycznymi poprzez wizyty domowe.

Definicja pielęgniarki praktyki w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinna szczegółowo określać zakres zadań i wskazywać miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych. Brak powyższego przepisu doprowadza do przekazywania pielęgniarkom rodzinnym przez lekarzy poz wielu czynności takich jak: pobieranie krwi i innych materiałów biologicznych, wykonywanie opatrunków, wykonywanie EKG, wykonywanie iniekcji pacjentom chodzącym. ■

Stanowisko nr 35

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku

w sprawie zmian do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych pilnie oczekuje zmian w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w części dotyczącej liczby pacjentów objętych opieką przez jedną pielęgniarkę.

Uważamy, że liczba świadczeniobiorców przebywających pod różnymi adresami zamieszkania, objętych opieką przez jedną pielęgniarkę powinna wynosić nie więcej niż 6 pacjentów, natomiast liczba świadczeniobiorców objętych opieką, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej), powinna wynosić nie więcej niż 8 pacjentów. ■



Stanowisko nr 36

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku

w sprawie nałożenia na oferentów, będących zakładami opieki zdrowotnej obowiązku przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Stanowczo żądamy, by Narodowy Fundusz Zdrowia przy podpisywaniu umów na realizację świadczeń zdrowotnych jako warunek bezwzględnie obowiązujący, przyjął konieczność przestrzegania i dokumentowania przez oferentów co najmniej minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w placówkach ochrony zdrowia, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U z 1999 r. Nr III, poz. 1314). ■

Stanowisko nr 37

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.

dotyczące nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2009 Nr 139, poz. 1139) w zakresie zmiany nazwy „pracownik medyczny wykonujący szczepienia ochronne” na nazwę „pielęgniarka gabinetu zabiegowego i punktu szczepień”

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postuluje o nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2009 Nr 139, poz. 1139) odnośnie zmiany nazwy podpunktów 1. 4 oraz 2. 4, w części V - warunki realizacji świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, załącznika nr 1 do powyższego rozporządzenia, poprzez wprowadzenie zamiast nazwy „pracownik medyczny wykonujący szczepienia ochronne” nazwy w brzmieniu: „pielęgniarka gabinetu zabiegowego i punktu szczepień”.

Nieprecyzyjny zapis wskazujący na pojęcie pracownika medycznego wykonującego szczepienia ochronne prowadzi do powstania problemów praktycznych związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, które są sygnalizowane przez środowisko pielęgniarek. Powyższe określenie nie wskazuje bowiem na grupę zawodową, która ma realizować powyższe świadczenia zdrowotne. Należy wyraźnie wskazać, iż wykonywanie tych czynności w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień należy do kompetencji pielęgniarki. Ponadto pracodawcy w oparciu o powyższy zapis rozporządzenia zatrudniają pielęgniarki wykonujące szczepienia ochronne na stanowisku pracownika medycznego, a nie na stanowisku pielęgniarki. Zdaniem NRPIP powyższa praktyka jest nieuzasadniona i może prowadzić do naruszania zasad wykonywania zawodu pielęgniarki.

Zmiana powyższych zapisów rozporządzenia w przedmiotowym zakresie umożliwi wprowadzenie analogicznych zmian w Zarządzeniu Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. ■

Stanowisko nr 38

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.

w sprawie pilnego ogłoszenia konkursów ofert w przedmiocie pielęgniarskiej opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w imieniu osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych, niezdolnych do samodzielnej codziennej egzystencji, w tym mieszkańców domów pomocy społecznej, wyraża stanowczy protest w związku z brakiem działań Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ zmierzających do zawarcia umów na realizację świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Brak podjęcia natychmiastowych działań pozbawi od 1 stycznia 2010 r. tysiące pacjentów w/w pielęgniarskiej opieki.

Oczekujemy zastosowania rozwiązań prawnych które zagwarantują ciągłość tej opieki.



Pisma z NIPiP

MINISTERSTWO ZDROWIA Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego

Warszawa. 21.12.2009r

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo Pani Prezes, z dnia 3 grudnia 2009 r., znak. NIPiP/NRPIP/DS/002/ 234-3/09. przekazujące Stanowisko nr 38 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r. w sprawie pilnego ogłoszenia

konkursów ofert w przedmiocie pielęgniarskiej opieki długoterminowej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji. W Ministerstwie Zdrowia zostały zakończone prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147). Nowela ww. rozporządzenia wprowadza przede wszystkim zmiany w obowiązujących warunkach realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Zmiany, o których mowa powyżej, dotyczą wykreślenia z przepisu § 9 ust. 2 ww rozporządzenia, konieczności realizacji, przez okres powyżej 14 dni, co najmniej jednego ze świadczeń pielęgnacyjnych, wymienionych w § 9 ust. 2 pkt 1-7 tego rozporządzenia, np. pielęgnacji przetoki czy wykonywania opatrunków. Zmiany dotyczą ponadto dodania warunku, iż pielęgniarka może jednocześnie



opiekować się nie więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami i nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej). Celem wprowadzenia ww. zmian jest objęcie pielęgniarską opieką długoterminową domową większej liczby świadczeniobiorców.

Rozporządzenie zmieniające ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zostało w dniu 17 grudnia br. podpisane przez Ministra Zdrowia i obecnie oczekuje na publikację.

Opublikowanie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej umożliwi rozpoczęcie procedury kontraktowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej na zmienionych warunkach. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa - w kształcie określonym przepisami znowelizowanego rozporządzenia - będzie udzielana od 1 dnia marca 2010 roku, gdyż rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 marca 2010 r.

Do czasu zawarcia umów uwzględniających przepisy znowelizowanego rozporządzenia, obowiązujące w br. umowy o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej - pielęgniarska opieka długoterminowa domowa mogą zostać przedłużone. Możliwość aneksowania umów została zapewniona w ustawie z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 178, poz. 1374). Zgodnie z art. 4 ww. ustawy, na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres do dnia 31 grudnia 2009 r. i realizowanej w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2010 r.

z poważaniem
Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

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. ■

z poważaniem
p.o. DYREKTORA
Departamentu Nadzoru i Kontroli
dr Grzegorz Łyjak

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

Skontrolowano 198 zakładów opieki zdrowotnej (szpitale) zatrudniających 103 tys. pracowników, w tym 84 tys. kobiet. Organem założycielskim 53 zoz był urząd marszałkowski, 74 - starostwo powiatowe, 28 szpitali 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 łóżkowych (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, uszkodzonych 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.

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

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

Zagadnienie	Odsetek kontrolowanych zoz, w których stwierdzono nieprawidłowości	
	2007 (zol, 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 zakresie bezpiecznego 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

z właściwymi sposobami dźwignia 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 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% lekarze 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 modularna 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 dźwignię i transportowanie chorych stał bezczynnie 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 dźwigniem pacjentów, bez stosowania urządzeń pomocniczych, nadto w niewystarczającej obsadzie osobowej (szczególnie w porze nocnej), było główną przyczyną przekraczania dopuszczalnych norm dźwignia. 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 dźwignia).

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 dźwignia 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 dźwigniem i przemieszczaniem osób;
- ujęcie w wykazie chorób zawodowych - schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa powodowane dźwigniem osób podczas sprawowania nad nimi opieki. ■



MINISTER ZDROWIA

Warszawa 2009.12.16

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 12 listopada 2009 r. w którym zawarto prośbę o opinię w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych, realizowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowanie określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139), w szczególności dotyczących udziału pielęgniarki w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Zawarty części I załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139), wykaz świadczeń realizowanych

przez pielęgniarkę obejmuje, między innymi, udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej. Zarówno w przedmiotowym rozporządzeniu, jak również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. W sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133) wskazano, że pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, higienistka szkolna albo położna sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły. Jednocześnie, § 6 ust. 5 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133) określają, że pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna współpracują w szczególności z dyrektorem szkoły oraz radą pedagogiczną. Mając powyższe na względzie, należy przyjąć, że realizacja przez pielęgniarkę, higienistkę szkolną albo położną programów edukacji zdrowotnej obejmuje również udział tych świadczeniodawców w realizacji programów edukacyjnych i profilaktycznych w szkole we współpracy z dyrektorem szkoły i nauczycielami. ■

z poważaniem
Minister Zdrowia
sekretarz stanu
Cezary Rzemek

Załącznik nr 1 do uchwały nr 134/V/2009 z dnia 3 grudnia 2009 r. w sprawie przyjęcia wykazu priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa lub położnictwa, które powinny być przedmiotem przetargu na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych ze środków finansowych budżetu państwa na rok 2010

Priorytetowe dziedziny specjalizacji dla pielęgniarek i położnych do dofinansowania z budżetu państwa w latach 2010 2011, z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych w poszczególnych województwach

Proponowane przez Naczelna Radę Pielęgniarek i Położnych:

Lp.	Nazwa województwa	Liczba miejsc szkoleniowych* \ liczba specjalizacji	Nazwa dziedziny specjalizacji**
1.	Dolnośląskie	125 5x25	1. Pielęgniarstwo kardiologiczne dla pielęgniarek
			2. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek
			3. Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek
			4. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
			5. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek
2.	Kujawsko - pomorskie	75 3x25	1. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
			2. Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek
			3. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek
3.	Lubelskie	125 5x25	1. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek
			2. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek
			3. Organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych
			4. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek
			5. Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek
4.	Lubuskie	100 4x25	1. Pielęgniarstwo nefrologiczne dla pielęgniarek
			2. Pielęgniarstwo ginekologiczne dla położnych
			3. Pielęgniarstwo zachowawczego dla pielęgniarek
			4. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
5.	Łódzkie	100 4x25	1. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek
			2. Organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych
			3. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
			4. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek



6.	Małopolskie	175 7x25	1. Pielęgniarstwo nefrologiczne dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo neurologiczne dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek 4. Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęgniarek i położnych 5. Pielęgniarstwo ginekologiczne dla położnych 6. Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek 7. Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek
7.	Mazowieckie	200 8x25	1. Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo położnicze dla położnych 3. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek 4. Organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych 5. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek 6. Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych 7. Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek 8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek
8.	Opolskie	50 2x25	1. Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęgniarek i położnych 2. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek
9.	Podkarpackie	100 4x25	1. Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo neurologiczne dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek 4. Pielęgniarstwo położnicze dla położnych
10.	Podlaskie	75 3x25	1. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo położnicze dla położnych 3. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek
11.	Pomorskie	100 4x25	1. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo ochrony zdrowia dla pracujących dla pielęgniarek 4. Organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych
12.	Śląskie	175 7x25	1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek 4. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek 5. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek 6. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek 7. Pielęgniarstwo położnicze dla położnych
13.	Świętokrzyskie	100 4x25	1. Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo położnicze dla położnych 4. Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęgniarek i położnych
14.	Warmińsko - mazurskie	75 3x25	1. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek
15.	Wielkopolskie	150 6x25	1. Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek 4. Pielęgniarstwo położnicze dla położnych 5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek 6. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
16.	Zachodniopomorskie	125 5x25	1. Pielęgniarstwo paliatywne dla pielęgniarek 2. Pielęgniarstwo diabetologiczne dla pielęgniarek 3. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych 4. Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek 5. Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek
Razem		1850 miejsc szkoleniowych	74 specjalizacje x 25 miejsc szkoleniowych



Ciechanów, Boże Narodzenie 2009r.

*" (...) Podnieś rączkę. Boże Dziecię,
Błogosław Ojczyznę miłą.
W dobrych radach, w dobrym bycie
Wspieraj jej siłą swą siłą...".*

Z kolędy „Bóg się rodzi”
Autor: Franciszek Karpiński

Szanowna Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca ORPiP
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca!

Wraz ze Świątami Bożego Narodzenia sływa na nas czar rodzinnego ciepła, miłości, radości i wdzięczności Bogu za wszystko czym nas obdarzył...

Z tej pięknej okazji składam Pani Przewodniczącej oraz Wszystkim Członkom Izby najserdeczniejsze życzenia radosnych, spokojnych, rodzinnych i pogodnych Świąt Bożego Narodzenia oraz szczęśliwego Nowego Roku 2010. ■

Z wyrazami szacunku i nadzieją na współpracę
dr Janina Fetińska
Senator Rzeczypospolitej Polskiej

Prezydent Miasta Częstochowy dr inż. Tadeusz Wrona

Częstochowa, 2009-11-17

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W związku z zakończeniem pełnienia funkcji prezydenta Częstochowy, pragnę serdecznie podziękować Pani za dotychczasową współpracę.

Wykonując obowiązki związane z zarządzaniem miastem, miałem szczęście spotkać ludzi, od których doświadczałem wiele serdeczności i pomocy. Zdaję sobie sprawę z tego, że nie wszystko, co udało się przez siedem lat mojej pracy samorządowej osiągnąć, zależało ode mnie. Bez życzliwości, przyjaźni, zaufania, inspiracji i motywacji osób, z którymi miałem przyjemność współpracować, a szczególnie bez ich pomocy, nie mógłbym wypełniać mojej zaszczytnej służby. Mam nadzieję, że udało mi się zostawić trwałe ślady w rozwoju naszego miasta i regionu częstochowskiego.

Jednocześnie zapewniam Panią, że z dużą sympatią zachowam w pamięci nasze dotychczasowe kontakty, traktując je jako bardzo cenne doświadczenie.

Prosząc Panią o przyjęcie serdecznych podziękowań za okazaną życzliwość i wsparcie, życzę wielu sukcesów w pracy zawodowej oraz zdrowia i radości w życiu osobistym. ■

Z wyrazami szacunku
Tadeusz Wrona



Informacje prawne

UMOWA ZLECENIE Z WŁASNYM PRACOWNIKIEM MOŻE SPOWODOWAĆ NADGODZINY

Świadczenie tej samej rodzajowo pracy, co określona w umowie o pracę, na podstawie umów zlecenia poza normalnym czasem pracy pracowników jest kontynuowaniem stosunku pracy w godzinach nadliczbowych.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 21 października 1994 r., III AUr 865/94

Stan faktyczny: Jeden z pracodawców zatrudniał swoich pracowników dodatkowo - po godzinach pracy - na podstawie umów zlecenia. Pracownicy ci na umowie zlecenia wykonywali dokładnie te same czynności, co na podstawie stosunku pracy. Pracodawcy zarzucono, że taka praktyka prowadzi do omijania przepisów prawa i sprawa trafiła do sądu pracy.

ODMOWA PODPISANIA ZAKRESU OBOWIĄZKÓW A MOŻLIWOŚĆ WYPOWIEDZENIA UMOWY

Pracownik odmawia podpisania nowego zakresu obowiązków. Czy jest to wystarczająca podstawa do wypowiedzenia umowy o pracę?

Sama odmowa podpisania zakresu obowiązków nie uprawnia pracodawcy do wypowiedzenia umowy.

Natomiast odmowa podpisania z jednoczesną odmową przyjęcia zakresu obowiązków ustalonego zgodnie z rodzajem pracy, określonym w umowie o pracę, może stanowić już uzasadnioną przyczynę wypowiedzenia.

Zakres obowiązków musi być zgodny z rodzajem umówionej pracy

W umowie o pracę obowiązkowo należy określić rodzaj pracy, którą ma wykonywać pracownik. Pracodawca ma też obowiązek poinformować pracownika o zakresie jego obowiązków, jednak forma skonkretyzowania szczegółowych obowiązków pracownika nie została sztywno określona.

Możliwe jest więc dokonanie tego w osobnym dokumencie, jakim jest zakres obowiązków. Sporządzenie tego dokumentu nie jest jednak obowiązkowe. Zakres sprecyzowanych obowiązków powinien odpowiadać rodzajowi pracy, określonej w umowie o pracę.

Dopiero odmowa przyjęcia zakresu obowiązków zgodnego z rodzajem pracy uzasadnia wypowiedzenie

Pracownik nie ma obowiązku podpisywania przekazanego mu zakresu obowiązków. Jeżeli jednak pracodawca konkretyzuje lub aktualizuje obowiązki pracownika w granicach rodzaju pracy określonej w umowie o pracę, pracownik nie może odmówić jego przyjęcia. Przyjęcie do wiadomości zakresu obowiązków nie musi być zaś tożsame z jego podpisaniem. Jeśli więc pracownik akceptuje przekazany mu zakres obowiązków, lecz go jedynie nie podpisze, to nie ma podstaw do wypowiedzenia mu umowy. Jeśli natomiast pracownik odmawia nie tylko podpisania zakresu obowiązków, ale także jego przyjęcia, oznacza to w istocie wyrażenie przez pracownika woli nierespektowania w całości tego, co z zakresu czynności wynika. Wówczas pracodawca może wypowiedzieć pracownikowi umowę o pracę.



Zdaniem Sądu Najwyższego

Odmowa przyjęcia i podpisania zakresu czynności ustalonego zgodnie z umową o pracę może stanowić uzasadnioną przyczynę jej wypowiedzenia. (Wyrok Sądu Najwyższego z 3 kwietnia 1997 r., I PKN 77/97, OSNP 1998/3/75)

Podstawa prawna:

• art. 29 § 1 pkt 1, art. 32 § 1 pkt 3, art. 52 § 1 pkt 1, art. 94 pkt 1, art. 100 § 1 Kodeksu pracy.

ZMIANA CZASU PRACY Z LETNIEGO NA ZIMOWY A WYNAGRODZENIE Z PRACĘ W NOCY

25 października (niedziela) nastąpiła, co oznacza że cofnęliśmy zegarki o godzinę. W związku z tym we wszystkich firmach, które tej nocy pracują, pojawiają się pytania, jak rozliczać czas pracy pracowników. Cofnięcie zegarków spowodowało bowiem, że w efekcie pracownicy będą pracować dłużej.

Załóżmy, że pracodawca ustalił porę nocną w firmie w godz. 22.00 - 6.00. Pracownik, który pracuje w nocy z 24 na 25 października 2009 r., zamiast przepracować 8 godzin, będzie pracował 9 godzin. Zazwyczaj zmiana czasu następuje z godz. 3.00 na 2.00, a to oznacza, że godzina pracy od 5.00 do 6.00 rano jest dla pracownika godziną nadliczbową. Zawsze, gdy praca wykonywana jest przez pracownika ponad obowiązujące go normy czasu pracy, a także ponad przedłożony dobowy wymiar czasu pracy, wynikający z obowiązującego pracownika systemu i rozkładu czasu pracy, mamy do czynienia z pracą nadliczbową (art. 151 kp). Wprowadzenie praca w godzinach nadliczbowych jest dopuszczalna w razie:

- konieczności prowadzenia akcji ratowniczej w celu ochrony życia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub środowiska albo usunięcia awarii, a także
- szczególnych potrzeb pracodawcy, ale może zdarzyć się od tej zasady wyjątek - właśnie wtedy, gdy następuje zmiana czasu. Ponieważ przepracowana nadgodzina przypada w porze nocnej, pracodawca powinien zrekompensować ją pracownikowi 100% dodatkiem z tytułu pracy w godzinach nadliczbowych w nocy. Oznacza to, że w sumie pracownik będzie miał prawo do: normalnego wynagrodzenia za 9 godzin pracy, dodatku do wynagrodzenia za pracę w porze nocnej za 9 godzin pracy oraz 100% dodatku za jedną godzinę nadliczbową.

Podstawa prawna:

art. 151 kp

CZAS PRACY A PRZERWY NA PALENIE PAPIEROSÓW

Zatrudniamy 15 pracowników, w tym 10 na stanowiskach robotniczych, którzy często nawet 10 razy dziennie palą papierosy. Jak traktować przerwy „na papierosa” w czasie pracy? Czy są regulacje dotyczące czasu i częstotliwości, w którym pracownicy mogą palić? Czy wolno im opuszczać stanowiska pracy?

Żadne przepisy nie upoważniają pracownika do opuszczania stanowiska i palenia tytoniu w czasie pracy. Pracownik może jedynie wykorzystywać na ten cel przysługujące mu ze względu na wykonywaną pracę przerwy.

1. Nie przewiduje się oddzielnych przerw na palenie

Co do zasady, czas pracy pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy wynosi 8 godzin na dobę i 40 godzin przeciętnie w tygodniu. Pracodawca może wydłużyć dobowy wymiar czasu pracy bądź wprowadzić przerwy niewliczane do czasu pracy tylko wtedy, gdy dopuszczają to powszechnie obowiązujące przepisy prawa pracy. Żaden przepis prawa nie przewiduje specjalnej przerwy lub kilku przerw w pracy na czas palenia tytoniu. Pracownicy mogą natomiast w tym celu

wykorzystać przysługujące im przerwy w czasie pracy. Dotyczy to przede wszystkim 15-minutowej przerwy - tzw. „śniadaniowej” - dla pracowników, których czas pracy wynosi co najmniej 6 godzin oraz 5-minutowej przerwy po każdej godzinie pracy przy obsłudze monitora ekranowego. Do wspomnianej przerwy 5-minutowej mają prawo pracownicy użytkujący w czasie pracy monitor ekranowy co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy. Poza tym pracownicy mogą palić w trakcie tzw. przerwy „lunchowej” (w wymiarze do 60 minut) - jeżeli w ich zakładzie pracy taka została wprowadzona. W stosunku do palących pracowników pracodawca może domagać się niewykorzystywania czasu pracy na palenie. Nie może natomiast przesądzić o wydłużeniu ich czasu pracy ze względu na dużą ilość przerw. Pracodawca może określić w regulaminie pracy godziny rozpoczynania bądź ogólnie zasady korzystania z obowiązkowych przerw.

2. Dodatek motywacyjny lub kara porządkowa jako przykłady rozwiązań

W celu zniwelowania problemu częstych przerw w czasie pracy wykorzystywanych na palenie można zastosować pewne rozwiązania, np.:

- wprowadzenie specjalnego dodatku motywacyjnego dla pracowników deklarujących niepalenie tytoniu w miejscu i czasie pracy,
- wprowadzenie kar porządkowych i ograniczanie premii za naruszanie zakazu palenia tytoniu w czasie pracy.

Podstawa prawna:

§ 7 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz.U. z 1998 r. nr 148, poz. 973), art. 129 § 1, art. 134, art. 142 Kodeksu pracy. ■

Gazeta Podatkowa Nr 102 z dn 21.12.2009r

Dokumentowanie prawa do świadczeń zdrowotnych od 1 stycznia 2010 r.

Jak już informowaliśmy, od 1 stycznia 2010 r. ZUS zaprzestanie wydawać i potwierdzać papierowe legitymacje ubezpieczeniowe. Prawo do korzystania ze nieodpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej będą potwierdzać inne dokumenty określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Jak wynika z wyjaśnień zawartych na stronie Funduszu jednym z takich dokumentów będzie informacja o miesięcznej kwocie składek przekazywana ubezpieczonym przez płatników, czyli popularny formularz ZUS RMUA. Dokument taki bądź inny, ale zawierający informacje znajdujące się w ZUS RMUA pracodawca jest zobowiązany wystawiać co miesiąc swoim pracownikom.

Ponadto w zależności od grupy ubezpieczonych dokumentem poświadczającym takie prawo może być też m.in.:

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne - **dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą**,
- aktualny odcinek emerytury lub renty, legitymacja emeryta lub rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ) - **dla emerytów i rencistów**,



- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowana przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej - **dla osoby ubezpieczonej w KRUS,**
- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego - **dla osoby bezrobotnej,**
- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej - **dla osoby**

ubezpieczającej się dobrowolnie,

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kopią zgłoszenia (formularz: ZUS RMUA + formularz ZUS ZCNA jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008 r. bądź ZUS ZCZA, jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.) - **dla członka rodziny osoby ubezpieczonej.**

Aneta Dudek



SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w Roku 2009.

W 2009r. OIPIP prowadziła kursy specjalistyczne i szkolenia jednodniowe. W szkoleniach wzięło udział łącznie 647 osób (tabela 1). Zakończono 3 edycje kursu specjalistycznego **Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego** Nr 03/07 oraz 1 edycję kursu specjalistycznego **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** Nr 02/07 (tabela 2). Łącznie wydano 92 zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego.

KURSY SPECJALISTYCZNE REALIZOWANE W 2010r. – przyjmujemy zgłoszenia:

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych
3. Szczepienia ochronne Nr 03/08 – kurs dla pielęgniarek
4. Podstawy dializoterapii Nr 08/07 – kurs dla pielęgniarek

Warunkiem zgłoszenia uczestnictwa w kursach jest dostarczenie do Ośrodka Szkoleniowego:

1. karty zgłoszenia – dostępne w siedzibie OIPIP lub na www.oipip.czest.pl,
2. zaświadczenia o zatrudnieniu potwierdzającego trzymiesięczny okres zatrudnienia,
3. kserokopii prawa wykonywania zawodu.

Zapraszamy na szkolenie:

INFORMATYKA I STATYSTYKA W PRAKTYCE PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

PRZYGOTOWYWANE SZKOLENIA:

Kursy kwalifikacyjne:

1. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej
2. Pielęgniarstwo ratunkowe
3. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej

Kursy specjalistyczne:

1. Szczepienia ochronne noworodków Nr04/08 dla położnych
2. Leczenie ran Nr 11/07 dla pielęgniarek

Kurs dokształcający:

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego

Z powodu możliwości wystąpienia zmian w planowanych terminach zajęć z przyczyn niezależnych od organizatora prosimy o kontakt z Ośrodkiem Szkoleniowym na co najmniej jeden tydzień przed planowanym uruchomieniem kursu lub szkolenia. Zapraszamy na naszą stronę internetową (www.oipip.czest.pl), na której umieszczamy ewentualne zmiany i nowe propozycje.

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

Dziękujemy za zaangażowanie i zgłaszane propozycje.

Tabela 1: **szkolenia jednodniowe**

Lp	Nazwa szkolenia	Data szkolenia		Liczba obecnych pielęgniarek/ położnych	
1.	Cukrzyca jako problem społeczny	1	28.01.2009r.	14	96
		2	26.02.2009r.	45	
		3	26.03.2009r.	37	
2.	Warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych „Pielęgnacja noworodka zimą – fakty i mity”	4	12.02.2009r.	27	27



3.	Leczenie ran przewlekłych opatrunkami specjalistycznymi.	5	22.04.2009r.	15	48
		6	20.05.2009r.	23	
		7	03.06.2009r.	10	
4.	Witaminy, dieta kobiety w ciąży i kobiety karmiącej. Żywnienie niemowląt nie karmionych mlekiem matki.	8	29.04.2009r.	19	19
5.	Profesjonalny masaż małego dziecka. Rola pielęgniarek i położnych środowiskowych w rekomendacji i realizacji programu szczepień ochronnych w Polsce. Feminatal – dlaczego Metafolin i DHA.	9	13.05.2009r.	19	19
6.	Konflikty, mediacje, negocjacje.	10	16.04.2009r.	28	128
		11	14.05.2009r.	19	
		12	22.09.2009r.	24	
		13	21.10.2009r.	34	
		14	25.11.2009r.	23	
7.	Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia	15	05.02.2009r.	12	165
		16	05.03.2009r.	25	
		17	02.04.2009r.	21	
		18	07.05.2009r.	9	
		19	30.09.2009r.	17	
		20	20.10.2009r.	25	
		21	18.11.2009r.	12	
		22	24.11.2009r.	24	
		23	03.12.2009r.	20	
8.	Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej	24	01.10.2009r.	28	63
		25	12.11.2009r.	35	
9.	Prawidłowa obserwacja i ocena rozwoju psychoruchowego noworodka.	26	27.10.2009r.	23	23
10.	Znowelizowana karta pacjenta – szkolenie Rzecznika	27	17.11.2009r.	25	25
11.	Postępowanie alternatywne do terapii hormonalnej.	28	20.11.2009r.	34	34
RAZEM					647

Tabela 2: kursy specjalistyczne

Lp.	Nazwa kursu	Czas trwania kursu od - do	Liczba uczestników	
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07	05.06.2009r. 16.07.2009r.	17	79
		03.09.2009r. 16.11.2009r.	30	
		11.09.2009r. 05.11.2009r.	32	
		06.11.2009r. 14.01.2010r. (szkolenie w trakcie)	30	
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07	21.08.2009r. 24.09.2009r.	13	13



- 10.12.2009** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 15.12.2009** Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych w Częstochowie ZOZ MSW i A w Katowicach.
- 17.12.2009** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.
- 17.12.2009** Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu.

- 18.12.2009** Sekretarz ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Egzaminacyjnej po odbytym przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- 18.12.2009** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w konkursie na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej w Miejskim Szpitalu Zespolonym.
- 18.12.2009** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 29.12.2009** Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w obradach LIII zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.



Prace autorskie:

Alergia, czyli atopia pierwszego stopnia

Edukację w zakresie chorób alergicznych należy niewątpliwie rozpocząć od zrozumienia pojęcia ATOPIA. Jest to, bowiem zjawisko zasadnicze w patogenezie, czyli mechanizmie powstania, chorób alergicznych.

Termin atopia został wprowadzony już w 1923 roku przez Coca i Cooke'a - określano tak wówczas stany nadwrażliwości na niektóre czynniki, które dla osób zdrowych były obojętne (nie wywoływały żadnej reakcji). Rozwój wielu dziedzin nauki - np. genetyki, immunologii, biochemii, przyczynił się do pełniejszego zbadania atopii i chorób alergicznych. Aktualnie definiuje się alergię jako dziedzicznie uwarunkowaną predyspozycję do wytwarzania przeciwciał typu IgE w odpowiedzi na ekspozycję na czynniki środowiskowe. Atopia stanowi najsilniejszy z poznanych czynników ryzyka rozwoju chorób alergicznych. U osoby z atopią dochodzi do wystąpienia objawów nadwrażliwości (atopowych) przy narażeniu na czynniki obojętne dla osób zdrowych. Gama tych czynników jest bardzo szeroka - przykładem mogą być alergeny sierści zwierząt (np. kota, psa). Na występowanie nadwrażliwości wskazuje wywiad (objawy, które występują po kontakcie z alergenem) oraz badania dodatkowe - można wykonać testy punktowe oceniając reakcję skórą na podanie na jej powierzchnię zawiesiny alergenów lub oznaczyć poziom przeciwciał IgE w surowicy.

Badania przekrojowe ludności wskazują, że większość dzieci i dorosłych z astmą jest atopikami. W badaniach epidemiologicznych stwierdzono rosnące wskaźniki chorobowości na astmę zależne od IgE. Na świecie obserwuje się wzrastającą liczbę osób z atopią - w zależności od regionu częstość atopii ocenia się na 30-50% populacji. Nie wszyscy chorujący na atopię mają astmę. Nie każda astma ma też charakter atopowy. Zjawiska te są dość złożone.

Światowa Organizacja Zdrowia do chorób atopowych zalicza: alergiczny nieżyt nosa, astmę oskrzelową, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, zapalenie spojówek, pokrzywkę, wypryski skórne, zapalenie skóry (kontaktowe i atopowe), obrzęk naczynioruchowy, niektóre objawy ze strony przewodu pokarmowego.

Atopia jest chorobą dziedziczną (autosomalnie dominująca jest dziedziczona), gen odpowiedzialny za dziedziczenie zlokalizowany jest na chromosomie 11. Na szczęście nie wszystkie dzieci osoby z atopią dziedziczą tą cechę. Jest, więc

duża szansa na urodzenie dziecka zdrowego, pomimo, że rodzice (lub jedno z nich) mają atopię.

Nasz organizm jest znakomicie przygotowany do obrony przed czynnikami środowiska zewnętrznego bakteriami, wirusami i innymi substancjami. Zależne jest to od prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego.

U pewnej grupy ludzi (około 15 % populacji) nieprawidłowa odpowiedź układu odpornościowego po kontakcie z niektórymi substancjami o właściwościach antygenowych może być przyczyną choroby. Dochodzi wtedy do nadmiernego wydzielania histaminy (głównej substancji odpowiedzialnej za wcześnie objawy) oraz innych mediatorów reakcji alergicznej. Objawia się to najczęściej pod postacią wysypki, wydzieliny śluzowej w nosie, migreny, podwyższonej temperatury, bóli brzucha, biegunki. Może też wystąpić pod znacznie poważniejszą postacią - ataku astmy z dusznością i kaszlem. Zjawisko to jest nazywane alergią lub nadwrażliwością, a antygeny alergenami.

Nadwrażliwość na jad owadów błonkoskrzydłych (osy, pszczoły) jest przyczyną groźnego dla życia wstrząsu anafilaktycznego

Czym są alergeny ?

Alergeny otaczają nas ze wszystkich stron. Żywność, pyłki roślin, składniki kurzu domowego, leki i wiele innych substancji są obce dla naszego organizmu i mogą być przyczyną uczuleń.

Alergeny mogą nas uczulać różnymi drogami

- wziewną są obecne w powietrzu, którym oddychamy; należą do nich głównie pyłki roślin, składniki kurzu domowego (roztocze, sierść zwierząt domowych)
- pokarmowa jajka, ryby, krewetki, truskawki, mleko, owoce cytrusowe; powodują alergię najczęściej w wieku dziecięcym, która objawie się pod postacią wysypki
- przez skórę kosmetyki, środki piorące; alergie objawiają się pod postacią wysypki i zaczerwienienia w miejscu kontaktu
- drogą pozajelitową ukłucia owadów

Leki można zaliczyć do oddzielnej grupy alergenów, mogą one uczulać wszystkimi wyżej wymienionymi drogami. Najczęściej dotyczy to powszechnie stosowanych leków takich jak aspiryna, pyralgina czy antybiotyki. Światło słoneczne może samo w sobie wywołać alergię lub nasilić jej objawy.

Diagnostyka

Rozmowa lekarza z pacjentem ma bardzo ważne znaczenie w rozpoznawaniu chorób alergicznych, dlatego przed wizytą u lekarza warto przypomnieć sobie kilka spraw.



- Czy w najbliższej rodzinie jest ktoś chory na alergię (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie)?
- Kiedy pojawiają się objawy, czy są związane z jakimś miejscem czy może z porą roku?
- Jak długo trwają objawy?
- Czy często występuje kichanie?
- Czy występuje uczucie zatkania nosa lub nagłe pojawia się wodnisto-śluzowa wydzielina w nosie?

Podejrzenie chorób alergicznych można potwierdzić badaniami dodatkowymi:

- Próby skórne - Na skórę (najczęściej wewnętrzną powierzchnię przedramienia lub plecy) nakłada się rozcieńczone próbki antygenów i lekko nakłuwa skórę. Po 20 minutach porównuje się wynik (wielkość bąbla) z mieszcem, w które nałożyliśmy próbki kontrolne.
- Stężenie przeciwciał w surowicy (szczególnie frakcji IgE)
- Próby eliminacji lub ekspozycji na alergen (mogą być wykonywane tylko przez doświadczonego lekarza)

Leczenie

Najlepszym i najprostszym sposobem leczenia jest całkowita eliminacja alergenów z otoczenia osoby nadwrażliwej lub przynajmniej unikanie z nim kontaktu, np. usunięcie kota lub psa z domu osoby uczulonej na antygeny tych zwierząt.

Odczulanie (immunoterapia swoista) polega ono na podawaniu alergenów w stopniowo wzrastających stężeniach. Działanie to ma na celu zwiększenie tolerancji organizmu chorego na podawane alergeny. Najczęściej leczenie przebiega metodą wstrzyknięć podskórnych, ale możliwe jest też drogą doustną, donosową czy inhalacyjną. Cykl leczenia trwa zwykle kilka lat. Korzystne wyniki leczenia osiąga się szczególnie w katarze siennym i astmie, przy uczuleniach na pyłki roślin, roztocza, jad owadów.

Leczenie farmakologiczne przy pomocy glikokortykosteroidów, leków antyhistaminowych i antyleukotrienów, hamujących działanie niektórych komórek zapalnych, rozszerzających oskrzela, obkurczających błony śluzowe dróg oddechowych. ■

Opracowała:
Marzena Siedlis-Grzesiczak

Korzyści dla dziecka i matki wynikające z karmienia piersią

Korzyści z karmienia piersią czerpie nie tylko dziecko, lecz także matka, rodzina i społeczeństwo. Mleko wytwarzane przez kobietę jest idealnym pożywieniem dla jej dziecka. Pokarm kobiecy jest pożywieniem zawierającym absolutnie czystą wodę, w proporcjach zależnych od klimatu (im klimat cieplejszy, tym pokarm zawiera jej więcej), nieuczulające białko o lekkiej i lekkostrawnej strukturze, wysoko przyswajalne tłuszcze, witaminy i pierwiastki śladowe w ilościach odpowiednich dla dziecka.

Przyjrzyjmy się bliżej składowi mleka kobiecego, aby w pełni zdać sobie sprawę z korzyści, jakie czerpie dziecko karmione piersią.

BIAŁKO. Występuje głównie w postaci kazeiny i laktoalbuminy, które ścięte pod wpływem soków trawiennych jest miękkie i dobrze przyswajalne. Stolce przez cały okres karmienia wyłącznie piersią pozostają miękkie i nie powodują zaparc. Zawarte w pokarmie tzw. białka nośnikowe-laktoferyna-łącząc się z żelazem, ułatwiają całkowite jego

wchłanianie, chroniąc dziecko przed anemią. Cząsteczki tauryny biorą udział w przemianach kwasów żółciowych, ułatwiają wchłanianie tłuszczów, przyspieszają rozwój ośrodkowego układu nerwowego i siatkówki oka. Cystyna wpływa korzystnie na rozwój mózgu i tkanek oka.

TŁUSZCZE wysokoprzyswajalne, dzięki temu lepsze jest wchłanianie wapnia, co zapobiega krzywicy, cholesterol znajdujący się w mleku matki ułatwia mielinizację OUN oraz rozwój układów enzymatycznych.

WĘGLOWODANY (glukoza i galaktoza) są źródłem energii, przyspieszają dojrzewanie układu nerwowego, przyspieszają wzrost kości, zwiększają wchłanianie wapnia, magnezu, żelaza, jest niezbędna dla bakterii jelitowych (pałeczek kwasu mlekowego), które ułatwiają trawienie węglowodanów i hamują rozwój bakterii chorobotwórczych chroniąc tym samym przed biegunkami.

SOLE MINERALNE -ich stężenie odpowiada możliwościom nerek noworodka i sprawności jego procesów metabolicznych, o ich dużej wchłanialności decydują odpowiednie proporcje między poszczególnymi składnikami, wapń i fosfor mleka kobiecego odpowiadają za wzrost i mineralizację tkanki kostnej, u dziecka karmionego piersią nie dochodzi do zakwaszenia organizmu ponieważ dostarczana mu w ten optymalna ilość i jakość soli mineralnych oraz białek nie sprzyja gromadzeniu się w płynach ustrojowych kwaśnych produktów przemiany materii

WITAMINY -witamina A,B12,C,D3 i E- ich zawartość ma ścisły związek z dietą matki

PIERWIASTKI ŚLADOWE - do najważniejszych należą cynk (potrzebny do prawidłowego przyrostu masy ciała) i miedź (potrzebna do tworzenia się i dojrzewania krwinek czerwonych, trombocytów, hemoglobiny oraz do prawidłowego procesu kostnienia), w wieku dojrzalym chronią przed chorobami serca.

ŻELAZO - w mleku kobiecym jest go niewiele, lecz jest bardzo dobrze wchłanialne chroniąc dziecko przed anemią

SKŁADNIKI OBRONNE należą do nich

- Przeciwciała klasy IgA- powstają w ścianach przewodów gruczołów mlecznych jako immunoglobulina wydzielnicza (SIgA), które osadzając się na powierzchni błony śluzowej jelit i układu oddechowego i wbudowując się w nią uniemożliwiają drobnoustrojom chorobotwórczym wnikać do organizmu chroniąc tym samym dziecko przed chorobami zakaźnymi
- Makrofagi- unieszkodliwiają bakterie i grzyby oraz produkują przeciwciała, stymulują też organizm dziecka do produkcji własnych przeciwciał
- Limfocyty T i B- po zetknięciu z wirusami wytwarzają interferon- substancję uodparniającą
- Lizozym- enzym o właściwościach bakteriobójczych
- Lactobacillus bifidus- zakwasza przewód pokarmowy dziecka i uniemożliwia namnażanie się drobnoustrojów chorobotwórczych
- Laktoferyna- hamuje rozwój bakterii
- Kobaltofilina-wiąże w jelitach witaminę B12 i kwas foliowy, ułatwia ich wchłanianie i hamuje rozwój bakterii, zapobiega anemii i chorobom przewodu pokarmowego

U dzieci karmionych piersią rzadziej występują:

- choroby układu oddechowego: zapalenie oskrzeli i płuc,
- choroby układu pokarmowego: martwicze zapalenia jelit, zaparcia, biegunki, celiakia, choroba Crohna
- zapalenie ucha środkowego
- infekcje dróg moczowych
- anemie
- zespół nagłego zgonu



- chłoniaki
- krzywica
- niedobory składników odżywczych i nietolerancje pokarmowe

W wieku starszym u tych dzieci notuje się rzadsze występowanie otyłości i chorób serca, próchnicy zębów mlecznych i wad zgryzu, alergii pokarmowych i chorób alergicznych układu oddechowego, cukrzycy młodzieńczej, chorób nowotworowych.

Ponadto dzieci karmione piersią są bardziej ufne oraz wykazują lepszy i szybszy rozwój psychomotoryczny dzięki licznym bodźcom (zmiany pozycji, kontakt wzrokowy z matką, dotyk) docierającym do dziecka w czasie karmienia. Często, długi kontakt z matką zapewnia poczucie bezpieczeństwa, prawidłowy rozwój emocjonalny, chroni przed stresami. Dzieci te szybciej zaczynają mówić, osiągają wyższy iloraz inteligencji, a później lepsze wyniki w nauce.

Karmienie piersią jest również bardzo korzystne dla zdrowia matki. Znacznie zmniejsza ryzyka krwotoków poporodowych dzięki wydzielanej w trakcie ssania oksytocynie, która obkurcza mięsień macicy. Dzięki ograniczeniu utraty krwi po porodzie i długiemu okresowi bez miesiączki spada zagrożenie anemią z niedoboru żelaza. Karmienie pozwala na szybką utratę zbędnych kilogramów i zapobiega otyłości. Dla współczesnych kobiet niebagatelne znaczenie ma ochrona przed chorobami nowotworowymi i osteoporozą. Wśród matek, które karmiły co najmniej 3 miesiące piersią odnotowano o 50 % mniej zachorowań na raka sutka i o 25 % mniej na raka jajnika. Wśród pań po 65 roku życia, które karmiły, odnotowuje się o połowę niższe ryzyko złamań szyjki kości udowej, z powodu osteoporozy. Mniej też kobiet choruje na stwardnienie rozsiane. Kontakt karmiącej matki z dzieckiem jest dużo lepszy niż matki karmiącej sztucznie. Prolaktyna wydzielająca się przy karmieniu zmienia psychikę kobiety, nastrajając ją łagodnie i czule wobec dziecka. Powoduje, że matka jest spokojniejsza, lepiej znosi trud macierzyństwa, łatwiej czerpie z niego radość i satysfakcję. Ma lepsze podejście wychowawcze, silniej związuje się z dzieckiem. Wśród matek karmiących piersią rzadkością jest odrzucenie dziecka. Karmienie jest bardzo wygodne i praktyczne. Ta wygoda sprawia, że karmiąca matka może w pełni korzystać z życia towarzyskiego, składać wizyty, wyjeżdżać i nie musi się rozdzielać ani z dzieckiem, ani z resztą rodziny. Nie ma wątpliwości, że warto karmić. ■

Beata Kozak

Rehabilitacja pacjentów po udarze mózgu z uwzględnieniem roli pielęgniarki

Udar mózgu jest to nagłe wystąpienie objawów ogniskowych np. niedowład, które trwają dłużej niż 24 godz. lub prowadzą do śmierci, a spowodowane są zmianami w układzie tętnicznym lub żylnym mózgu (definicja WHO). Rocznie w Polsce rejestruje się ponad 60 000 nowych udarów dorosłych i dzieci, które najczęściej powodują trwałe kalectwo. OK. 40% chorych umiera w ciągu 28 dni, a śmiertelność należy do najwyższych w Europie.

Udary dzielimy na 2 grupy- udar niedokrwienny ok. 85% wszystkich udarów, oraz udar krwotoczny ok. 15%. Udar niedokrwienny tzw. Zawał mózgu jest spowodowany nagłym upośledzeniem przepływu krwi przez naczynia mózgowe

doprowadzające krew do mózgu, najczęściej wskutek zakrzepu w obrębie zwężonego przez miażdżycę naczyń lub zatoru pochodzenia sercowego. W ciągu kilku minut następuje nieodwracalna śmierć neuronów obszaru ukrwienia mózgowego a wokół ogniska martwicy powstaje strefa umiarkowanego niedokrwienia. Najczęstsze objawy w/w udaru to niedowład i porażenie połowicze tzw. Paraliż, osłabienie lub zniesienie czucia po jednej stronie ciała afazja (zaburzenia mowy) o ile ognisko dotyczy półkuli dominującej- u osób praworęcznych półkula lewa. Pojawiają się również zaburzenia w polu widzenia, zaburzenia świadomości z zaburzeniami oddychania i krążenia krwi, zatrzymanie akcji serca.

Udar krwotoczny mózgu cechuje się szybkim narastaniem objawów oraz zaburzeń świadomości w wyniku pęknięcia uszkodzonego miażdżycą naczynia tętniczego. Gwałtowność narastających objawów prowadzi u ok. 60% chorych do śmierci. Objawy kliniczne zależą od obszaru krwotocznego uszkodzenia i są podobne do objawów udaru niedokrwienego. Stan ogólny chorego jest od początku ciężki. Udar krwotoczny w odróżnieniu od udaru niedokrwienego pojawia się najczęściej w ciągu dnia. Innym rodzajem udaru jest krwotok podpajęczynówkowy najczęściej spowodowany zaburzeniami rozwojowymi naczyń mózgowych tzw. malformacjami naczyniowymi (tętniaki, naczyniaki). Krwotok rozpoczyna się gwałtownie, najczęściej nagłym, niezwykłym bólem głowy z krótkotrwałą utratą przytomności. Objawom nagłym towarzyszą objawy oponowe oraz ogniskowe uszkodzenia mózgu. Śmiertelność w krwotoku podpajęczynówkowym jest wśród wszystkich udarów najwyższa. Najczęstszą przyczyną śmierci jest ponowny krwotok. U chorych z udarem mózgu należy podjąć usprawnienie fizyczne, którego celem jest przywrócenie funkcji. Bardzo ważna rola w tym procesie odgrywa pielęgniarka, której postępowanie ma na celu wdrożenie pacjenta niepełnosprawnego do samoobsługi czyli postępowanie usprawniające. Wyróżniamy trzy zasadnicze okresy w przebiegu chorób, chorób tym wypadku udarów mózgu.

1. Okres ostry- trwający od kilku dni do kilku tygodni.
2. Okres poprawy- zwany też regeneracyjnym-kompensacyjnym, trwa od kilku tygodni do kilku, niekiedy kilkunastu miesięcy.
3. Okres przewlekły- utrwalonego inwalidztwa.

W okresie ostrym rola pielęgniarki ma na celu odpowiednie zabiegi pielęgnacyjne i zapobieganie przykurczą kończyn w niefunkcjonalnym ustawieniu. Poza czynnościami higieniczno-pielęgnacyjnymi istotne znaczenia ma poprawne ułożenie chorego. Najmniej korzystne jest ułożenie pacjenta na boku po stronie porażonej, wiążące się z niebezpieczeństwem ograniczania ruchu w stawie ramiennym i biodrowym. Łatwo również dochodzi do powstania odleżyn. Aby temu zapobiec należy zmieniać pozycję chorego, nie rzadziej niż 3 godziny. Bez względu na pozycję ciała należy zapewnić korekcyjne ułożenie chorych kończyn. Zabezpieczenia takich pozycji kończyn uzyskujemy przez odpowiednie podkładanie wałków, poduszek, okresowe stosowanie łańcuszków korekcyjnych. W okresie ostrym choroby, pielęgniarka powinna kilkakrotnie w ciągu dnia wykonywać ćwiczenia bierne we wszystkich stawach porażonych kończyn, pamiętając jednocześnie o tym by nie przekraczać granicy bólu. Ćwiczenia bierne zapobiegają powstawaniu przykurczów. U chorych z głębokimi zaburzeniami świadomości należy pamiętać również o konieczności stosowania ćwiczeń oddechowych, poprawiających wentylację płuc, ułatwiających usuwanie zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego. W okresie poprawy nadal zapobiegamy powstawaniu przykurczów. Kontynuuje się ćwiczenia



oddechowe- już przy czynnym udziale chorego, rozpoczyna się również ćwiczenia czynne, które zmierzają do przywrócenia funkcji kończynie górnej. Rozpoczynamy również ostrożną pionizację chorego w łóżku lub na stole pionizacyjnym bądź też przechodząc do siadu w łóżku, a następnie za spuszczone nogami, na łóżku, do siedzenia w fotelu lub w wózku inwalidzkim. Jeśli pacjent dobrze znosi tę pozycję rozpoczynamy pionizację czynną -stanie przy łóżku z asekuracją. Jednocześnie z pionizacją czynną pielęgniarka powinna kłaść duży nacisk na naukę czynności codziennych, samoobsługę a zwłaszcza ubieranie się, spożywanie posiłków itd. Naukę chodzenia rozpoczynamy w barierkach, które dają choremu poczucie bezpieczeństwa. W tym okresie należy zwrócić szczególną uwagę na korygowanie chodu chorego, który ze względu na niedowład połowiczny wykazuje tendencję do chodzenia tyłem, bokiem oraz krokiem dostawnym. W dalszym etapie nauki chodzenia pacjent porusza się z asekuracją jednoręczną, która mogą stanowić: czwórnóg, trójnóg, kulę łokciową czy wreszcie laska inwalidzka. Ważnym i kolejnym etapem jest nauka chodzenia po schodach. Wzmocnienie kondycji ogólnej chorego odbywa się za pomocą ćwiczeń indywidualizowanych. Często w terapii niezbędna jest współpraca z psychologiem, a u chorych z afazją z logopedą. Istotny jest również udział pracownika socjalnego, który stara się pomóc pacjentowi w rozwiązywaniu problemów rentowych, socjalnych. Pacjent spokojny o prawidłowy przebieg tych spraw lepiej współpracuje z zespołem leczącym, ma do niego większe zaufanie. W okresie przewlekłym pacjent z reguły przebywa już w warunkach domowych. Pielęgniarka powinna poinformować rodzinę o sposobie przeprowadzania prostych ćwiczeń biernych porażonych czy też niedokładnych spastycznych kończyn, właściwym postępowaniu pielęgnacyjnym, konieczności egzekwowania od chorego codziennych czynności samoobsługowych. Dobierając właściwy rodzaj ćwiczeń do możliwości chorego najlepiej kierować się oceną siły mięśni na podstawie sześciostopniowej skali Lovetta.

Na oddziałach szpitalnych i zakładach opieki zdrowotnej w którym nie pracuje kompletny zespół rehabilitacyjny ogromnie wzrasta rola pielęgniarki. Rola ta ma funkcję:

- instrumentalną
- ekspresyjną

Funkcja instrumentalna pielęgniarki przewiduje że podejmuje się ona podstawowych zabiegów usprawniających min. Wykonuje ona niektóre ćwiczenia bierne, zapobiegające bolesnym ograniczeniom ruchów w stawach, zaktywizuje ruchowo chorego w łóżku i poza nim, celem zapobiegania niewydalności krążeniowo-oddechowej. Poprawi sprawność w samoobsłudze i udzieli pomocy w zakresie posługiwania się sprzętem ortopedycznym. Funkcja ekspresyjna pielęgniarki polega na podjęciu takich działań edukacyjnych i informacyjnych, które pozwolą na intensyfikację działań rehabilitacyjnych. Pielęgniarka jest jedną z osób w zespole profesjonalistów kształtujących postawy społeczne, które z jednej strony umożliwiają adaptację lub reintegrację społeczną osób trwale niepełnosprawnych, z drugiej zaś przygotowują społeczeństwo osób zdrowych na przyjęcie i pełną akceptację niepełnosprawności w każdej sferze życia.

Szczególne role w zakresie rehabilitacji przypada pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnej. Pielęgniarka powinna sprawdzić czy chory włączony jest w program rehabilitacji ciągłej (ustawicznej). Ma również mobilizować podopiecznych do kontynuacji rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Istotnym zadaniem pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej jest przygotowanie domu na przyjęcie chorego po udarze mózgu. Chory nie może być najważniejszą osobą w rodzinie. Trzeba się o niego troszczyć, pomagać, ale również stawiać mu wymagania, bowiem osoba chora lub niepełnosprawna powinna być aktywna psychicznie i fizycznie choćby w minimalnym stopniu. Rodzina nie powinna okazywać litości, ale starać się w sposób konstruktywny wspomagać go, motywować i egzekwować od niego zachowania usprawniające.

Podsumowanie

Wyniki badań potwierdzają konieczność wczesnej, kompleksowej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu niezależnie od wielkości chorego. Pielęgniarka ze względu na bardzo rozległą funkcję w kontakcie z pacjentem jest jednym z podstawowych czynników warunkujących poprawny przebieg usprawniania. Sumienna i systematyczna rehabilitacja jest korzystniejsza dla chorego ponieważ daje mu szansę na w miarę normalne życie.

Grabowska Jolanta

Stopień wg Lovetta	Możliwości ruchowe chorego	Zalecane ćwiczenia usprawniające
0	Brak jakichkolwiek możliwości ruchowych, porażenie, plegia, chory nie współpracuje świadomie	Bierne
1	Ślad napięcia mięśnia (chory wspomaga i kontroluje ruch)	Czynno-bierne wspomagane
2	Znaczne osłabienie, niemożność pokonania ciężaru własnego ciała (możliwość wykonania ruchu w warunkach odciążenia)	Czynne w odciążeniu
3	Możliwość pokonania ciężaru własnego ciała, swobodne, celowe ruchy w pełnym zakresie.	Czynne wolne
4	J.w. z pokonywaniem niewielkich oporów	Czynne oporowe
5	J.w. z pokonywaniem dużych oporów	Czynne oporowe



**MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Matki i Dziecka**

Małoletnie w ciąży

**INFORMATOR DLA ZAKŁADÓW OPIEKI
ZDROWOTNEJ, INDYWIDUALNYCH I GRUPOWYCH
PRAKTYK LEKARSKICH I INDYWIDUALNYCH I
GRUPOWYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK I
POŁOŻNYCH**

WARSZAWA 2009 r.

Wprowadzenie

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej (art. 68 ust. 3 i 4) władze publiczne zobowiązane są do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym. Prawo do szczególnej opieki nie jest uzależnione od wieku kobiety oczekującej dziecka. Przejawem troski o zdrowie kobiet ciężarnych są przepisy zawarte w wielu ustawach, między innymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), ustawie z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.). Kobiecie w okresie ciąży przysługuje szereg uprawnień, niezależnie od jej wieku. Uprawnienia te to w szczególności:

- prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w ustawie, wszystkim kobietom w okresie ciąży, porodu i położu, bez względu na ich wiek oraz uprawnienia wynikające z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- dostęp do badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych oraz profilaktyki stomatologicznej.

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży stanowi:

Art. 2. 1. Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez:

1) Opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży.

Zasadniczym celem opieki medycznej nad wszystkimi kobietami ciężarnymi jest umożliwienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz wczesna identyfikacja czynników ryzyka. Ciąże o podwyższonym i wysokim ryzyku są najczęstszą przyczyną patologii występujących u noworodków, mają również wpływ na wskaźnik umieralności niemowląt.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, opiekę medyczną nad kobietą w ciąży sprawują lekarze ginekolodzy oraz położne. W przypadkach ciąży o podwyższonym ryzyku opiekę medyczną przejmują poradnie specjalistyczne zorganizowane na wyższych poziomach referencyjnych opieki medycznej oraz oddziały patologii ciąży. Poradnie ogólne, poradnie dla kobiet oraz szpitale zapewniają właściwą opiekę medyczną w zależności od stopnia ryzyka ciąży.

Należy jednak wskazać, że stwierdzenie ciąży u małoletniej nakłada na osoby zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych konieczność podjęcia szczególnych działań.

Współdecydowanie o procesie leczenia

W przypadku sprawowania opieki zdrowotnej nad osobą małoletnią w ciąży należy pamiętać o odmiennych uprawnieniach takiej osoby w odróżnieniu od pacjentki pełnoletniej. Zasady sprawowania opieki w tym zakresie regulują przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857z późn. zm.)

1. Osobie małoletniej powyżej lat szesnastu lekarz ma obowiązek w sposób przystępny przekazać informację o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 31 ust. 1 i ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).
2. Osobie małoletniej powyżej lat szesnastu lekarz ma obowiązek udzielić informacji w zakresie i w formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, ponadto osoba ta ma prawo do wyrażenia swojego zdania w odniesieniu do przyjętych metod terapii (art. 31 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).
3. W przypadku sprawowania opieki medycznej nad osobą małoletnią powyżej lat szesnastu wymagana jest również (obok zgody jej przedstawiciela ustawowego) zgoda małoletniej na wykonanie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. W przypadku zastosowania zabiegu operacyjnego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla zdrowia zgoda ta winna być wyrażona w formie pisemnej (art. 34 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).
4. W przypadku sprawowania opieki medycznej nad osobą małoletnią poniżej lat 16 wszelkie prawa w zakresie współdecydowania o procesie leczenia przysługują opiekunom prawnym.
5. W przypadku świadczeń o charakterze diagnostycznym, zgodę na ich przeprowadzenie, w przypadku nieobecności lub braku możliwości skontaktowania się z opiekunem prawnym, może wyrazić także opiekun faktyczny.
6. Jeżeli małoletnia nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
7. Jeżeli małoletnia, która ukończyła 16 lat, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
8. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane. Z reguły funkcję sądu opiekuńczego pełni sąd rejonowy.

Należy zwrócić uwagę na kwestie ochrony dóbr osobistych pacjentki i nieujawnianie bez jej zgody informacji o fakcie bycia w ciąży. Informacja taka może być przekazana rodzicom (opiekunom prawnym) oraz udostępniana fachowym pracownikom ochrony zdrowia w związku z przebiegiem leczenia.



Sprawowanie opieki nad małoletnią przez lekarza ginekologa-położnika

Ciąża u osoby małoletniej wiąże się z ryzykiem szeregu powikłań, eksperci wskazują, że w przypadku ciąży małoletnich dużo częściej występuje:

- poród przedwczesny,
- zatrucie ciążowe,
- niedokrwistość,
- zakażenia dróg moczowych,
- opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego płodu (hypotrofia) spowodowane w głównej mierze niedojrzałością organizmu ciężarnej dziewczynki i niedoborami żywieniowymi,
- komplikacje okołoporodowe, spowodowane fizycznym niedorozwojem narządów rodnych.

W związku z tym należy ją objąć szczególnie staranną opieką. W trakcie sprawowania opieki medycznej nad małoletnią w ciąży lekarz powinien brać pod uwagę, że sytuacja społeczna małoletniej będzie miała szczególny wpływ na wypełnianie przez nią obowiązków wynikających z faktu, że oczekuje dziecka. Rolą lekarza będzie zebranie wywiadu w sposób, który pozwoli mu ocenić ewentualne problemy, w jakie mogą pojawić się w trakcie ciąży i stanowić zagrożenie dla jej przebiegu oraz zdrowia przyszłej matki i dziecka, a także brać pod uwagę konieczność zapewnienia matce dodatkowej opieki.

Lekarz w wyniku przeprowadzonego wywiadu może powziąć wątpliwości co do tego, że małoletnia jest wystarczająco dojrzała, żeby w sposób odpowiedzialny troszczyć się o zdrowie swoje i o ciążę, jak również co do tego, czy uzyska ona odpowiednie wsparcie ze strony rodziców bądź opiekunów prawnych. W takiej sytuacji, może zwrócić się do **lekarza podstawowej opieki zdrowotnej** sprawującego opiekę medyczną nad tą osobą o pomoc lub odpowiednio do **pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej**.

W przypadku stwierdzenia ciąży u nieletniej lekarz powinien brać pod uwagę że:

- przyszła matka może nie mieć wsparcia ze strony ojca dziecka,
- przyszła matka może spodziewać się problemów ze strony rodziców, opiekunów jeśli powiadomi ich o ciąży,
- przebieg ciąży może stanowić ograniczenia w dalszym kształceniu,
- ciąża mogła powstać w wyniku czynu karalnego między innymi takiego jak gwałt lub związek kazirodczy.

Jeżeli małoletnia przybyła na wizytę lekarską samodzielnie, ze względu na wiek małoletniej, lekarz ginekolog powinien starać się nakłonić ją do ponownego zgłoszenia się na badanie z rodzicem lub opiekunem prawnym i z nim oraz samą małoletnią omówić dalsze sposoby otoczenia małoletniej opieką w czasie ciąży.

W sytuacji odmowy małoletniej do ponownego zgłoszenia się z rodzicem - lekarz ginekolog powinien zlecić pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej dokonanie wywiadu środowiskowego w domu małoletniej. Do rozważenia przez lekarza pozostaje zawiadomienie lekarza rodzinnego sprawującego opiekę nad tą rodziną o zaistniałej sytuacji.

Po otrzymaniu wywiadu środowiskowego, lekarz ginekolog za pośrednictwem pielęgniarki lub położnej środowiskowej winien zaprosić na wizytę matkę lub opiekuna prawnego małoletniej i w obecności małoletniej przeprowadzić rozmowę na temat ustalenia dalszego prowadzenia ciąży.

Wyniki wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej mogą stanowić

podstawę do zawiadomienia ośrodka pomocy społecznej lub kuratora zawodowego w rejonowym sądzie rodzinnym dla nieletnich o ewentualnych dysfunkcjach rodziny, które mogą powodować problemy w zapewnieniu odpowiedniej pomocy i opieki dla małoletniej.

Dalsze działania fachowych pracowników medycznych oraz opieki społecznej są ustalane z kuratorem zawodowym w zależności od stwierdzonej sytuacji, w jakiej znalazła się małoletnia.

W zależności od rozpoznanej sytuacji, lekarz specjalista ginekolog, który stwierdził ciążę powinien udzielić małoletniej wszelkich niezbędnych informacji natury medycznej, socjalnej i prawnej oraz starać się możliwie jak najwcześniej ustalić z małoletnią plan sprawowania opieki w czasie ciąży.

W trakcie opieki nad małoletnią w ciąży zarówno lekarz, jak i każdy inny fachowy pracownik ochrony zdrowia, powinien zwracać szczególną uwagę na unikanie wszelkich zachowań oceniających fakt zajścia w ciążę przez małoletnią, bądź zachowań, które mogą być za takowe uznane.

Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Istotną dla sprawowania opieki nad małoletnią w ciąży rolą lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad małoletnią w ciąży są następujące zadania wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 214, poz. 1816):

- rozpoznanie środowiska świadczeniobiorcy,
- identyfikacja czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych świadczeniobiorcy, a także podejmowanie działań ukierunkowanych na ich ograniczenie.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:

- pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania,
- innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców.

Współpraca lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ze szkołą i ośrodkiem pomocy społecznej odbywa się z zachowaniem tajemnicy lekarskiej.

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nakłada na pielęgniarkę zadania, które mogą być istotne dla zapewnienia odpowiedniej opieki nad małoletnią w ciąży.

Pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarstwą nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielenia świadczenia, obejmując opieką zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, z wyłączeniem noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia:

- rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców,
- rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców,



- prowadzenie edukacji zdrowotnej,
- prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia,
- realizację programów zdrowotnych i profilaktyki chorób,
- prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego,
- organizację grup wsparcia.

W ramach działań o charakterze diagnostycznym pielęgniarka ma za zadanie przeprowadzanie wywiadów środowiskowych.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z:

- lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze,
- pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną,
- położną POZ,
- innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych,
- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia,
- rodziną (opiekunami) świadczeniobiorcy.

Rola położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Położna POZ realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatalogiczno-ginekologiczną obejmującą:

- edukację w zakresie planowania rodziny;
- opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu;
- opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia;
- opiekę w chorobach ginekologicznych;
- opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.

Świadczenia diagnostyczne przeprowadzane przez położną środowiskowe obejmują w szczególności:

- 1) przeprowadzanie wywiadu środowiskowego/rodzinnego;
- 2) monitorowanie rozwoju ciąży fizjologicznej.

W trakcie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej położna POZ współpracuje z:

- lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych w zakresie jej zadań;
- lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;
- pielęgniarką POZ;
- pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania;
- położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej;
- innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców;
- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

Szczególne obowiązki - podejrzenie popełnienia czynu karalnego.

W sytuacji stwierdzenia ciąży u osoby małoletniej występuje dużo większe prawdopodobieństwo, że ciąża mogła powstać w wyniku czynu zabronionego.

Jako zasadę należy przyjąć, że powiadomienie o popełnieniu czynu zabronionego na osobie pacjenta oparte powinno być o zgodę pokrzywdzonego pacjenta bądź jego przedstawiciela ustawowego. Podjęcie działań przez lekarza bez uzyskania takiej zgody może stanowić naruszenie tajemnicy lekarskiej. Należy jednak zaznaczyć, że przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. Nr 136, poz. 857) w sposób jednoznaczny stanowią, że obowiązku zachowania tajemnicy nie dochowuje się w sytuacji, w której zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta lub innych osób {art. 40 ust. 2 pkt 3.}.

Piśmiennictwo w tej sprawie wskazuje, że lekarz będzie uprawniony do złożenia stosownego zawiadomienia pomimo braku wyraźnego stanowiska pokrzywdzonego pacjenta bądź jego przedstawiciela ustawowego wtedy, gdy spełnione będą wymogi tzw. zgody domniemanej. Jednak złożenie takiego zawiadomienia nie stanowi obowiązku lekarza.

Badanie podmiotowe wskazujące na popełnienie czynu karalnego na małoletniej, upoważnia lekarza do zawiadomienia o tym fakcie prokuratury bądź policji.

Odrębną sytuacją mamy w przypadku podejrzenia sytuacji, że mamy do czynienia z sytuacją przemocy w rodzinie. Przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie stanowią jednoznacznie:

„Art. 12. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym Policję lub prokuratora.”

Należy również zaznaczyć, że art. 200 Kodeksu karnego stanowi, że obcowanie płciowe z małoletnim poniżej 15 lat jest przestępstwem, w związku z tym, w przypadku każdej małoletniej oczekującej dziecka, która nie ukończyła 15 lat o ciąży należy zawiadomić prokuraturę.

Informacja o jednostkach zobowiązanych do udzielenia wsparcia i pomocy małoletnim w ciąży.

Małoletnie oczekujące dziecka mogą oczekiwać od osób zobowiązanych do zapewnienia opieki zdrowotnej informacji na temat tego, gdzie mogą zwrócić się o pomoc.

Małoletnie w ciąży mają prawo do uzyskania pomocy w **ośrodku pomocy społecznej**. Pomoc społeczna o charakterze niepieniężnym to:

- praca socjalna, czyli wsparcie w funkcjonowaniu osób i rodzin w ich środowisku społecznym,
- poradnictwo specjalistyczne - prawne, psychologiczne, rodzinne,
- wsparcie w uzyskaniu schronienia, wyżywienia i ubrania.

Ośrodek pomocy społecznej może również udzielić pomocy o charakterze materialnym na zasadach i w zakresie wynikającym z ustawy o pomocy społecznej.

Schronienie małoletniej w ciąży decyzją sądu opiekuńczego może być udzielone w:

- domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- całodobowej placówce opiekuńczej - wychowawczej,
- rodzinie zastępczej.

W sytuacjach nagłych (zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa osoby wymagającej pomocy) schronienie takie jest udzielane przed uzyskaniem postanowienia sądu o umieszczeniu małoletniej w takim ośrodku.

W przypadku braku odpowiedniego wsparcia dla małoletniej ze strony rodziny lub jej opiekunów prawnych istotnym jest wskazanie konieczności podjęcia odpowiednich, zabezpieczających interes małoletniej, decyzji przez sąd opiekuńczy. Pomocy w tym zakresie może udzielić **ośrodek pomocy społecznej lub kurator zawodowy**.

Małoletnia oczekująca dziecka powinna wiedzieć, że **ciąża nie stanowi przeszkody w dalszej nauce** a szkoła powinna jej udzielić stosownej pomocy umożliwiającej dalszą edukację. Szkoła powinna razem z małoletnią, jej rodzicami lub opiekunami prawnymi ustalić możliwą i właściwą ze względu na stan zdrowia i sytuację w jakiej znajduje się małoletnia formę realizacji obowiązku szkolnego. ■



Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r.

WARTOŚCI STAWEK KAPITACYJNYCH, PORAD I RYCZAŁTÓW W POZ

od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r.

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitałowej, ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych (w PLN)
1.1	Świadczenia lekarza poz	Stawka kapitałowa	96,00
1.2	Świadczenia lekarza poz w ramach profilaktyki ChUK	Porada	48,00
1.3	Świadczenia lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	45,00
1.4	Świadczenia lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	45,00
1.5	Świadczenia lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji(EKUZ, Certyfikat)	Porada	45,00
1.6	Świadczenia lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada	20,00
2.1	Świadczenia pielęgniarki poz	Stawka kapitałowa	24,24
2.2	Świadczenia pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Porada	4,00
2.3	Świadczenia pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	12,00
2.4	Świadczenia pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	12,00



2.5	Świadczenia pielęgniarki poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	12,00
3.1	Świadczenia położnej poz	Stawka kapitacyjna	13,56
3.2	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Porada	31,00
3.3	Wizyta patronażowa położnej poz	Porada	26,00
3.4	Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Porada	15,00
3.5	Świadczenia położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	12,00
3.6	Świadczenia położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	12,00
3.7	Świadczenia położnej poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	12,00
4.1	Świadczenia pielęgniarki szkolnej	Stawka kapitacyjna	38,40
4.2	Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	Stawka kapitacyjna	3,60
5.1	Świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ (kontraktowane wyłącznie przez świadczeniodawców POZ w zakresie lekarza poz)	Stawka kapitacyjna	21,00
5.2	Świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w POZ	Stawka kapitacyjna	4,56
5.3	Świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej w POZ	Stawka kapitacyjna	1,92
5.4	Świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej w POZ	Stawka kapitacyjna	6,24
5.5	Świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w POZ	Stawka kapitacyjna	2,64
5.6	Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej udzielane w stanach nagłych świadczeniobiorcom spoza OW i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	45,00
5.7	Świadczenia nocnej i świątecznej opieki pielęgniarskiej udzielane w stanach nagłych świadczeniobiorcom spoza OW i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	12,00



5.8	Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	45,00
5.9	Świadczenia nocnej i świątecznej opieki pielęgniarskiej udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	12,00
5.10	Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	45,00
5.11	Świadczenia nocnej i świątecznej opieki pielęgniarskiej udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	12,00
6.1	Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – przewozy realizowane w ramach gotowości	Stawka kapitacyjna	4,44
6.2	Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewozy na odległość (tam i z powrotem) 121 - 400 km	Ryczałt za przewóz	210,00
6.3	Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewozy na odległość (tam i z powrotem) powyżej 400 km	Ryczałt za każdy km przewozu ponad 400 km	0,84

Skład Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego na lata 2009 - 2013

Prezydium

- dr hab. Danuta Dyk**, zgłoszona przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – Przewodnicząca
- dr Grażyna Iwanowicz-Palus**, zgłoszona przez Polskie Towarzystwo Położnych – Wiceprzewodnicząca
- mgr Jolanta Kolasińska**, zgłoszona przez Dolnośląskie Stowarzyszenie Rozwoju Pielęgniarstwa Onkologicznego oraz uczelnię – Sekretarz

Członkowie

- mgr Iwona Borchulska**, zgłoszona przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
- dr Grażyna Franek**, zgłoszona przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie oraz uczelnię

3. dr Mariola Głowacka, zgłoszona przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych

4. dr hab. Beata Karakiewicz, zgłoszona przez uczelnię

5. prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, zgłoszona przez uczelnię

6. prof. dr hab. Zbigniew Kopański, zgłoszony przez Małopolską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych

7. dr hab. Grażyna Nowak-Starz, zgłoszona przez uczelnię

8. dr Krystyna Radecka, zgłoszona przez uczelnię

9. prof. dr hab. Maciej Wilczak, zgłoszony przez uczelnię

Skład Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego na lata 2005-2009.

Prezydium

- prof. dr hab. Irena Wrońska**, przedstawiciel uczelni – Przewodnicząca



- 2. prof. Piotr Małkowski**, przedstawiciel uczelni – Wiceprzewodniczący
3. dr Maria Kózka, przedstawiciel uczelni – Sekretarz

Członkowie

- 1. mgr Iwona Borchulska**, przedstawiciel Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
2. dr hab. Danuta Dyk, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
3. dr Janina Fetlińska, przedstawiciel uczelni
4. dr Grażyna Franek, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
5. dr Grażyna Iwanowicz-Palus, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Położnych
6. mgr Jolanta Kolasińska, przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
7. prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kułąk, przedstawiciel uczelni
8. dr Barbara Prażmowska, przedstawiciel Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych
9. prof. dr hab. Maciej Wilczak, przedstawiciel uczelni

Podjęte uchwały podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 25 listopada 2009 roku.

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
 - kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo opieki paliatywnej” 6 pielęgniarek
 - studia pielęgniarskie 1 pielęgniarka
- Wydano dwie decyzje w sprawie odmowy zakwalifikowania na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- Dofinansowano kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, postanowiono wydać:
 - 150.00 zł na dofinansowanie 1 pielęgniarki kurs z zakresu „Opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej”.
 - 500.00 zł na dofinansowanie 1 pielęgniarki studiów licencjackich
 - 100.00 zł na dofinansowanie 2 pielęgniarkom studiów magisterskich.
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- Stwierdzono prawa wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki
- Skreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- Wpisano do rejestru OIPIP organizatora kształcenia - „KLINIKA ffx –Grażyna Maria Nowak” prowadzącego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
- Zakupiono „Zaparzacz do kawy” dla potrzeb Ośrodka Szkoleniowego działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- Skierowano na Konferencję szkoleniową pt. „ Zawód pielęgniarki i położnej w świetle uwarunkowań prawnych” Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Zastępcę Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

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

w dniu 10 grudnia 2009 roku.

- Na dzień 24.03.2010 roku zwołano III budżetowy, Okręgowy Zjazd Delegatów Pielęgniarek i Położnych V kadencji w Częstochowie oraz został powołany Komitet Organizacyjny.
- Przyjęto procedurę kontroli organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, zatwierdzono roczny plan kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz upoważniono Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie do wyboru osób wykonujących czynności kontrolne.
- Dokonano korekty budżetu (planu finansowego) Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rok 2009 i ustalono prowizorium budżetu (planu finansowego) Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na pierwszy kwartał 2010 roku.
- Przyjęto plan pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rok 2010.
- Rozpatrzone trzy odwołania od decyzji Komisji ds. Kształcenia przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie- Okręgowa Rada postanowiła utrzymać zaskarżoną decyzję odmowną w mocy.

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

w dniu 18 grudnia 2009 roku.

- Zaliczono przeszkolenie 11 pielęgniarek i 2 położnych po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu oraz wydania zaświadczeń.
- Uaktualniono numer wpisu praktyk do rejestru indywidualnych praktyk położnych prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- Stwierdzono przebieg pracy zawodowej zgodnie z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej
- Stwierdzono posiadanie przez położną kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz stwierdzenia przebiegu pracy zawodowej
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych w kwocie 2.200,00 zł
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie 11 pielęgniarek.
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Skreślono z rejestru i listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.



„Nie wystarczy się urodzić człowiekiem-
trzeba jeszcze nim być”

Kard. Stefan Wyszyński

PODZIĘKOWANIE

DLA
PIELĘGNIARKI DYPLOMOWANEJ

KRYSTYNY PIWÓDZKIEJ

Za dobre serce, która pochyla się nad tymi, którzy potrzebują pomocy, za wrażliwą duszę, która przynagla do czynienia dobra, za bezinteresowną pomoc i życzliwość. Serdeczne wyrazy podziękowania za wieloletnią pracę pielęgniarską w związku z przejściem na emeryturę.

Składają:
mgr Irena Sikora- Mysiek (Pielęgniarka Koordynująca)
oraz grono koleżanek z Poradni Przychodni
i Rejestracji Centralnej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Częstochowie.

Wyrazy współczucia, żalu i smutku
Drogiej Koleżance Beacie Mazik
z powodu śmierci

Taty

Składają Pani Dyrektor ds. Pielęgniarstwa oraz Pielęgniarki i
Położne pracujące w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w
Częstochowie

Żyje ten, kto pozostaje
w sercach bliskich...

Pani Beacie Mazik
Pielęgniarkie Oddziału Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego
Szpitala Zespolonego w Częstochowie
Wyrazy współczucia z powodu śmierci

Taty

Składają Przewodnicząca i Sekretarz
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Wyrazy szczerego współczucia
Z powodu śmierci

Teściowej

Pielęgniarkie Naczelnej Szpitala Neuropsychiatrycznego w
Lublińcu

Pani Jadwidze Grabińskiej
Składają Przewodnicząca i Sekretarz
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Pani Renacie Sitek
Wyrazy współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają: Pielęgniarek i Położne pracujące w SPZOZ Pogotowie
Ratunkowe
w Częstochowie

„Nie umiera Ten, kto trwa w pamięci i sercach innych...”

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że dnia 11 grudnia
2009 roku odeszła
w wieku 35 lat z naszego grona

Katarzyna Pietrzyk

Pielęgniarka

oddziału neurochirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego
w Częstochowie

Była osobą oddaną swojej pracy zawodowej, wrażliwą na
potrzeby innych.

Koleżeńska lubiana przez wszystkich.

Składają Pani Dyrektor ds. Pielęgniarstwa oraz Pielęgniarki i
Położne pracujące w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w
Częstochowie

„Odeszłaś tak wcześnie,
że ani uwierzyć, ani się pogodzić”

Z głębokim żalem i smutkiem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci naszej Koleżanki

Katarzyny Pietrzyk

Pielęgniarki

oddziału neurochirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego
w Częstochowie

Wyrazy głębokiego współczucia i kondolencje Rodzinie Zmarłej
składają: Przewodnicząca ORPiP oraz pracownicy Biura
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

„Jest taki ból, o którym lepiej nie mówić
bowiem najlepiej wyraża go milczenie”

Wyrazy współczucia, żalu i smutku
Drogiemu Koledze Tomaszowi Czechowi
z powodu śmierci

Taty

Składają: Przewodnicząca oraz pracownicy Biura
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Koledze Tomaszowi Czechowi
Wyrazy współczucia z powodu śmierci

Taty

składają: Pracownicy SPZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowe
w Częstochowie.



***Serdecznie gratulujemy Koleżankom zdanego Egzaminu dla
Pielęgniarek i Położnych po przerwie dłuższej niż 5 lat
w wykonywaniu zawodu.***

*Gratulacje wraz z życzeniami pomyślności
i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym składa
Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*



***DYREKCJA MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO
W CZĘSTOCHOWIE
PRZEPROWADZIŁA KONKURS NA STANOWISKO
PIELĘGNIARKI NACZELNEJ***

***KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
STANOWISKA PIELĘGNIARKI NACZELNEJ
PANIĄ JOANNĘ DZIEDZIC***

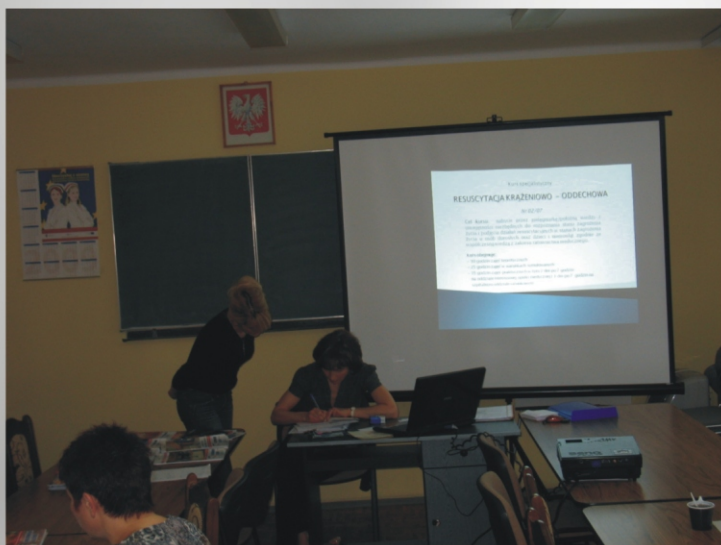
*Gratulacje i słowa uznania wraz z życzeniami pomyślności
i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym
z okazji wygrania konkursu składa
Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

GODZINY PRACY BIURA OIPIP

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 -17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

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

KURS SPECJALISTYCZNY "RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO - ODDECHOWA"



KURS SPECJALISTYCZNY "RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO - ODDECHOWA"

