

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07)” w SPZOZ Lubliniec Ośrodek Szkoleniowy przy OIPIp w Częstochowie Dnia 18 czerwca 2012 roku.



Lipiec/Sierpień 2012r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek

„Pielęgniarstwo pediatriczne”

**Ośrodek Szkoleniowy
przy
Okręgowej Izbie
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
Dnia 2 czerwca
2012 roku**



W NUMERZE:

Uchwały Rady i Prezydium OIPiP	1
Ministerstwo Zdrowia	1
Informacje prawne	4
Spotkanie z Ministrem Zdrowia	7
Planowanie kadr medycznych	8
Prace dyplomowe	9
Szkolenia	16
Informacje	18
Rozporządzenie Ministra Zdrowia	23

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

Adres Redakcji:

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

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

Ośrodek szkoleniowy:

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

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.



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 27 czerwca 2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 12.500,00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla dwudziestu pięciu pielęgniarek za kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne”,
 - 700.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za studia pomostowe - licencjat pielęgniarstwa.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki
- Anulowano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych pod numerem 15/ 2012. Organizatorem kształcenia jest G.B. Menagement Dział Doskonalenia Kadr Medycznych Gheek Jagdish, Bober- Gheek Bogumiła. Rodzaj i dziedzina kształcenia: szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwo psychiatryczne” - program przeznaczony dla pielęgniarek. ■

Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 25 lipca 2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 12,500,00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla dwudziestu pięciu pielęgniarek za kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne”,
 - 10,400.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla piętnastu pielęgniarek za studia pomostowe - licencjat pielęgniarstwa
 - 2,100.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla piętnastu pielęgniarek za studia- magister pielęgniarstwa,
 - podjęto dwie odmowne decyzje z powodu niezgodności z regulaminem.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek w kwocie 5,5000, 00 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie sześć pielęgniarek.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Stwierdzono jednej pielęgniarki i jednej położnej posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- W zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu jednej pielęgniarki wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony. ■

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu
Cezary Rzemek

Pani
Grażyna Rogala - Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 23 maja br. oraz spotkania z udziałem Pana Premiera Donalda Tuska w dniu 28 marca br. w załączeniu uprzejmie przekazuję wnioskowane w trakcie tych debat stanowisko Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej:

- w odniesieniu do propozycji Związku wprowadzenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw zapisów umożliwiających obniżenie wieku emerytalnego dla pielęgniarek zatrudnionych w systemie pracy zmianowej i wykonujących pracę zmianową w porze nocnej o 1 miesiąc za każde 3 miesiące przepracowane w takiej organizacji pracy;
- oraz w odniesieniu do propozycji dokonania weryfikacji kryteriów, w oparciu o które kształtowany jest wykaz rodzajów prac w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze, których wykonywanie uprawnia do emerytury pomostowej. ■

z poważaniem
Cezary Rzemek

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, 15 czerwiec 2012 r.

Pan
Cezary Rzemek
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma z dnia 30 maja 2012 r., znak: MZ-D.S-079-2290-603/PJ/12, dotyczącego wprowadzenia do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm.) zapisów umożliwiających obniżenie wieku emerytalnego dla pielęgniarek oraz propozycji dokonania weryfikacji kryteriów, w oparciu o które kształtowany jest wykaz prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, uprzejmie przedstawiam, co następuje.

Zawarte w systemie emerytur pomostowych zarówno definicje pracy w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, jak i treść wykazów prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, są efektem szczegółowej dyskusji, jaka toczyła się nad projektem ustawy o emeryturach pomostowych w zespołach problemowych Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych oraz w trakcie prac parlamentarnych z udziałem wybitnych ekspertów z zakresu medycyny i ochrony pracy.

W ramach tych prac wykorzystano wiele opinii i analiz znanych ośrodków naukowo-badawczych. Ostatecznie powstały, stanowiące załączniki do ustawy o emeryturach pomostowych, wykazy prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, które zarówno z punktu widzenia potrzeb



zainteresowanych jak i możliwości systemu finansowego państwa są, moim zdaniem, optymalne. Uważam, że opracowany przez wybitnych specjalistów medycyny i ochrony pracy wykaz prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest w świetle aktualnego stanu wiedzy kompletny i nie wymaga zmian, jak również uzupełnienia.

Ustawa o emeryturach pomostowych była trzykrotnie badana (w tym w zakresie zgodności z Konstytucją definicji zawartych w jej art. 3 ust. 1-3 i kompletności załączników nr 1 i 2) przez Trybunał Konstytucyjny, który orzeczeniami z dnia 16 marca 2010 r. Sygn. akt K 17/09, 25 listopada 2010 r. Sygn. akt K 27/09 oraz 3 marca 2011 r. Sygn. akt K 23/09 orzekł o zgodności tej ustawy z Konstytucją RP.

W tej sytuacji jakiegokolwiek zmiany w systemie emerytur pomostowych, w kierunku rozszerzenia uprawnień do tych emerytur byłyby nieuzasadnione.

Rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszych świadczeń emerytalnych nie byłoby także uzasadnione ze względów demograficznych jak i ekonomicznych. Od kilku lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. Wskutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa.

Zmiany te wynikają z zachodzących równoległe dwóch procesów: załamania przyrostu naturalnego społeczeństwa, któremu towarzyszy przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym.

Obecnie systematycznie maleje liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym. Od roku 1990 r. liczba ta zmalała o ok. 4,1 mln. Do 2035 r. prognozuje się jej dalszy spadek o ponad 1,6 mln. Równocześnie stale rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym. W chwili obecnej jest to blisko 6,3 mln osób, jednakże w następnych latach nastąpi jej znaczny przyrost, jak się przewiduje, o ponad 3,3 mln osób do 2035 r.

Liczba osób w wieku produkcyjnym - a więc tych, które mogą sfinansować świadczenia emerytalne - na przestrzeni ostatnich kilku lat ustabilizowała się na poziomie ok. 24,5 mln osób. Ta sytuacja ulegnie jednak pogorszeniu. Dla przykładu, w roku 2020 osób w wieku produkcyjnym będzie ok. 22,5 mln, a w 2035 r. nastąpi dalszy spadek ich liczby do ok. 20,7 mln osób.

W konsekwencji wzrośnie relacja liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (czyli tzw. wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym). O ile w chwili obecnej na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 26 osób w wieku poprodukcyjnym to w 2020 będzie to już 37 osób, natomiast w 2035 - 46.

Równocześnie pragnę podkreślić, że ujednoczenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat, w związku z przyjętą przez Sejm w dniu 11 maja 2012 r. ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, nie naruszy uprawnień do emerytury pomostowej.

Na podstawie przepisów tej ustawy pielęgniarce i położne mogą ubiegać się o prawo do emerytury pomostowej już w wieku 55 lat, jeżeli wykonują pracę określoną w pkt 18, 22, 23 i 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych i spełniają pozostałe kryteria ustawowe, od których zależy ustalenie prawa do emerytury pomostowej. ■

z poważaniem
Minister z up. Podsekretarza Stanu
Marek Bucior

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012.06.10

Pani Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani

W związku z interpelacją Pani Poseł Jadwigi Wiśniewskiej, otrzymaną przy piśmie z dnia 24 maja 2012 r. znak: SPS-023-4930/12 w sprawie poprawy dostępu do opieki pielęgniarskiej osób najczęściej chorych i niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej oraz dostosowania przepisów prawa regulujących prace, pielęgniarek tam zatrudnionych do specyfiki i warunków miejsca, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Informuje, że warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zostały określone w rozporządzeniu 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 z późn. zm). Zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńczo - lecznicze i zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze) i domowych. W warunkach stacjonarnych opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie j przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, wzmożonej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Celem tej opieki jest także przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

W przypadku osób, które wymagają wsparcia i opieki osób drugich w swoim środowisku zamieszkania, Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia opieki zdrowotnej możliwe do zrealizowania w warunkach domowych pacjenta takie jak: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa oraz świadczenia pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te adresowane są również do osób przebywających w domach pomocy społecznej.

Podkreślam, że w sytuacji, kiedy osoby ze względu na wiek, stan zdrowia, sytuację rodzinną nie potrafią samodzielnie funkcjonować i nie można zapewnić im należytej opieki w miejscu zamieszkania, wówczas kierowane są do domu pomocy społecznej. Pobyt w domu pomocy społecznej jest formą, zabezpieczającą osobom niesamodzielnym podstawowe warunki egzystencji. Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

Informuję, że postępujący proces starzenia się społeczeństwa i wzrost liczby osób przewlekle chorych, szczególnie wśród osób starszych, stawia przed opieką zdrowotną i systemem zabezpieczenia społecznego konieczność wypracowania innych rozwiązań zmierzających do poprawy dostępności i jakości udzielanych świadczeń, zarówno w odniesieniu do pacjenta przebywającego w domu, jak i w formach całodobowej opieki. Stąd też, w 2006 r. Minister Zdrowia dostrzegając problemy osób, które z powodu swojego stanu zdrowia nie mogą samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i wymagają opieki osób drugich, podjął działania zmierzające do wzmocnienia istniejących

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012.05.31

Pani Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani

Odpowiadając na interpelację Pani Poseł Jadwigi Wiśniewskiej, przekazaną przy piśmie z dnia 16 maja 2012 r. (znak: SPS-023-4821/12) w sprawie nieprzestrzegania przez podmioty lecznicze obowiązujących norm w zakresie zatrudniania pielęgniarek i położnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W obowiązującym 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. Nr 111, poz. 1314) określono zasady ustalania norm przy uwzględnieniu liczby i rodzaju udzielanych świadczeń, średniego czasu ich wykonywania i efektywnego czasu pracy pielęgniarki, położnej w danej komórce organizacyjnej, liczby łóżek, wyposażenia w sprzęt i aparaturę, także stanu zatrudnienia i organizacji pracy w zakładzie.

Projekt minimalnych norm zatrudnienia opracowuje naczelna pielęgniarka lub przełożona pielęgniarek i położnych zakładu, we współpracy z pielęgniarkami oddziałowymi. Odpowiedzialność za ustalenie norm zatrudnienia ponosi kierownik zakładu.

Należy przy tym zaznaczyć, że dotychczas nie było obowiązku informowania Ministra Zdrowia o fakcie ustalenia norm, natomiast zgodnie z art. 50 ust.3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn.zm.) minister właściwy do spraw zdrowia, w odniesieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, dokonuje corocznej oceny realizacji obowiązku ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Minister Zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli w tym zakresie wojewodom, konsultantom krajowym, jednostkom podległym lub nadzorowanym, a także organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym lub specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny (art. 119 ww. ustawy o działalności leczniczej).

Minister Zdrowia dostrzegając wagę problemu, a także w odpowiedzi na apele środowiska pielęgniarskiego i położniczego, powołał Zespół, którego zadaniem było ponowne opracowanie „Sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej”. Prace merytoryczne Zespołu zostały już zakończone i na ich podstawie legislatorzy przygotowują obecnie projekt nowego rozporządzenia w tym zakresie.

Ponadto, niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 8 i poz. 484), każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranej z NFZ umowy. W materiałach tych zawarte są także warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych. Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia. ■

z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński

i tworzenia nowych struktur działających na rzecz pomocy osobom niesamodzielnym, w tym celu powołał zespół do spraw opracowania ustawy pielęgnacyjnej. Prace Zespołu zakończyły się w 2007 roku wypracowaniem i przedłożeniem Ministrowi Zdrowia projektu założeń do ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. W 2008 roku obszar zagadnień związany z poprawą organizacji opieki długoterminowej nad osobami niesamodzielnymi był przedmiotem zainteresowania Senackiej Komisji Zdrowia oraz Komisji Polityki Społecznej i Rodziny. Komisje zapoznały się z wynikami prac Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym działającego w latach 2006 - 2007.

W wyniku podjętych działań został powołany Zespół parlamentarny ds. przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci. Minister Zdrowia delegował swojego przedstawiciela do prac w Zespole. Zgodnie z przyjętym harmonogramem prac Zespołu, dokonano przeglądu sytuacji w opiece długoterminowej w Polsce i innych krajach. Uznano, że opieka długoterminowa realizowana zarówno po stronie ochrony zdrowia jak pomocy społecznej nie w pełni zabezpiecza potrzeby osób niesamodzielnosci. Przygotowano raport otwarcia tzw. „Zieloną Księgę o stanie opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce” wraz z wnioskami i rekomendacjami. Informacje zawarte w Zielonej Księdze będą stanowiły punkt wyjścia do szerokiej dyskusji zarówno politycznej jak i publicznej nad przyszłością opieki długoterminowej w Polsce. Aktualnie Zespół pracuje nad projektem założeń do ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

W odniesieniu do pytań zawartych w interpelacji Pani Poseł Jadwigi Wiśniewskiej informuję, że Minister Zdrowia, dostrzegając potrzebę zmian w opiece długoterminowej powołał w dniu 10 sierpnia 2011 r. Zespół do spraw opieki długoterminowej (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 6, poz. 51). Do głównych zadań Zespołu należy w szczególności:

- Opracowanie rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki długoterminowej w Polsce;
- Opracowanie rozwiązań odnośnie poprawy jakości opieki długoterminowej i stanu zasobów w opiece długoterminowej;
- Opracowanie propozycji rozwiązań problemów i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób przewlekle chorych.

W związku z rosnącymi potrzebami na opiekę długoterminową, zidentyfikowano konieczność opracowania Narodowego Programu Opieki Długoterminowej możliwego do zrealizowania w polskich uwarunkowaniach. Mając na celu właściwe zabezpieczenie potrzeb obywateli, którzy stali się niesamodzielnymi w związku z chorobą, urazem lub wiekiem, zaistniała potrzeba stworzenia pragmatycznego, realnego i adekwatnego do potrzeb programu porządkującego w możliwie najlepszy sposób istniejące zasoby, tak by stworzyć narzędzia oraz zmianę podejścia do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki długoterminowej.

W wyniku prac ww. Zespołu został przygotowany dokument pt: „Rekomendacje dla Ministra Zdrowia w sprawie najpilniejszych zadań do realizacji w opiece długoterminowej”, które zawierają strategiczne działania i propozycje dotyczące m. m. poprawy dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych w domach pomocy społecznej poprzez zwiększenie wskaźnika korygującego przy stawce za osobodzień oraz zmniejszenia liczby pacjentów podlegających opiece jednej pielęgniarki - m. in. w domach pomocy społecznej. ■

z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński

Przedruk z Dziennik Gazeta Prawna, 20 czerwca 2012 nr 118

Kurs pomoże położnej odpowiednio zająć się rodzącą

Ochrona zdrowia

Kobieta wspólnie z lekarzem i położną zdecyduje, jaki rodzaj znieczulenia ma być zastosowany w czasie porodu.

Resort zdrowia po dwóch latach pracy specjalnego zespołu przesłał do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. Właśnie trafił on do konsultacji społecznych.

Projekt nie tylko dokładnie opisuje metody łagodzenia bólu u rodzącej, lecz także wzmacnia pozycję położnej w opiece nad nią.

- Postanowienia zawarte w projekcie tworzą w położnictwie model opieki nad kobietą, u której zastosowano znieczulenie farmakologiczne - mówi Agnieszka Gołąbek, rzecznik prasowy resortu zdrowia.

Położne będą opiekować się rodzącą pod nadzorem położnika oraz anestezjologa. Będą jednak musiały wykazać, że ukończyły kurs w zakresie analgezji porodowej. Te, które takiego szkolenia nie ukończyły, będą mogły opiekować się znieczulonymi rodzającymi, jeżeli dysponują udokumentowanym 5-letnim okresem pracy na bloku porodowym. Ale tylko przez dwa lata od wejścia w życie projektowanych zmian. Po tym okresie będą musiały podnieść swoje kwalifikacje w zakresie analgezji porodowej. - Kursy będą organizowane w najbliższym czasie. Pozwolą one położnym na zdobycie niezbędnej wiedzy z zakresu łagodzenia bólu porodowego - zapowiada Leokadia Jędrzejewska, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Do obowiązków położnej opiekującej się kobietą, u której w czasie porodu zastosowano leki do łagodzenia bólu, będzie należeć monitorowanie stanu zdrowia ciężarnej, wykrywanie niekorzystnych reakcji oraz podejmowanie czynności mających na celu utrzymanie funkcji oddechowych. Nowe rozwiązania wejdą w życie najwcześniej na początku roku 2013. ■

Etap legislacyjny

Projekt znajduje się w konsultacjach społecznych

Dominika Sikora
dominika.sikora@infor.pl

Przedruk Gazeta Prawna, 20 czerwca 2012 nr 118

Poród ze znieczuleniem: na żądanie i bez opłat

Rewolucja w szpitalach. Ministerstwo wprowadza nowe standardy

Na każdym oddziale położniczym będzie anestezjolog a pacjentka dostanie darmowe znieczulenie, jeśli sobie tego zażyczy - te zmiany przygotowało Ministerstwo Zdrowia. Mają obowiązywać od przyszłego roku.

Obecnie każdy szpital działa na własną rękę. W jednej placówce rodzące w ogóle nie otrzymają znieczulenia, w innej za poród bez bólu płacą nawet 800 zł. Jednak - jak napisali w uza-

sadnieniu autorzy projektu - potrzeba łagodzenia bólu porodowego i stresu nie jest w pełni doceniana. Dlatego, jak przyznaje rzeczniczka ministerstwa Agnieszka Gołąbek, resort wprowadza normy określające, jak powinno to wyglądać. Wejście w życie przepisów będzie oznaczało, że każdy

Lekarze przyznają: pomysł jest dobry, ale kosztowny. Kto zapłaci? NFZ?

szpital z oddziałem położniczym opracuje na piśmie sposób postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. Placówki same ustalą szczegóły działania, jednak rozporządzenie nakazuje, by na każdym oddziale anestezjolog był dostępny przez całą dobę. Dzięki temu w ciągu 30 minut od podjęcia decyzji o znieczuleniu farmakologicznym będzie gotów do zabiegu. Obecnie często anestezjolog jest międzyoddziałowy, czyli biega od jednego pacjenta do innego.

Każda rodząca będzie musiała być także poinformowana o tym, jakie metody łagodzenia bólu jej przysługują. Zanim sięgnie po ostateczne rozwiązanie - czyli znieczulenie zewnątrzoponowe - powinna wypróbować takie metody, jak skoki na piłce, korzystanie z drabinki lub krzesła porodowego, odpowiednie oddychanie, masaże relaksacyjne, akupunktura, okłady czy też środki opioidalne lub gaz rozweselający. Jeżeli te metody okażą się nieskuteczne, wtedy mogą zostać wprowadzone metody farmakologiczne.

Lekarze pozytywnie oceniają zmiany. - Takie standardy są potrzebne - przyznaje Tomasz Bielanów, ordynator oddziału ginekologiczno-położniczego w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu. Jednak podkreśla, podobnie jak inni lekarze, że pomysł jest dobry, ale niezwykle kosztowny. I choć sami autorzy rozporządzenia przyznają, że na pewno będzie oznaczać spory wydatek, to wycena porodu się nie zmieni. Obecnie NFZ za poród ze znieczuleniem czy bez oddaje szpitalowi około 1700 zł. To, zdaniem lekarzy, nie wystarcza. ■

Klara Klinger
Dominika Sikora
dgp@infor.pl

Przedruk Gazeta Prawna, 21 czerwca 2012 nr 119

Pielęgniarka może wybrać opodatkowanie ryczałtem

Procedury

Jeżeli pielęgniarki lub położne świadczą usługi osobiście na rzecz osób fizycznych, mają prawo wyboru ryczałtu ewidencjonowanego lub karty podatkowej.

Potwierdziło to Ministerstwo Finansów w odpowiedzi na interpelację poselską (nr 4805/12). Pielęgniarki i położne osiągające przychody ze świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego w ramach prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej mogą rozliczać się ryczałtem lub kartą podatkową. Pod warunkiem jednak, że usługi te świadczone są w ramach wolnego zawodu w rozumieniu ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. nr 144, poz. 930 z późn. zm).

- Przesłanką konieczną do uznania zawodu pielęgniarki za wolny zawód jest świadczenie usług osobiście wyłącznie na



rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej - mówi Agnieszka Sakowska, konsultant podatkowy w ECDDP.

Aspekt ten został podkreślony przez ministra finansów w odpowiedzi na interpelację. Decydujące jest zatem, kto jest bezpośrednią stroną umowy o świadczenie usług pielęgniarskich (pielęgniacyjnych).

- Minister finansów jednoznacznie wykluczył możliwość wyboru ryczałtowych form opodatkowania przez osoby, które zawarły umowę o świadczenie usług pielęgniarskich z lekarzem rodzinnym wykonującym prywatną praktykę w ramach gabinetu lekarskiego, z zakładem opieki zdrowotnej, szkołą zakładem pracy czy pogotowiem ratunkowym - wylicza Agnieszka Sakowska. Rafał Sidorowicz, doradca podatkowy w MDDP, dodaje, że stanowisko MF należy uznać za słuszne.

20 proc. wynosi stawka ryczałtu dla wolnych zawodów

- Zgodnie z obowiązującymi przepisami za wolny zawód nie uznaje się bowiem wykonywania działalności gospodarczej na rzecz osób prawnych, jednostek organizacyjnych bądź innych przedsiębiorców - podkreśla.

W konsekwencji świadczenie usług pielęgniarskich na zlecenie placówek medycznych bądź gabinetów lekarskich uniemożliwia opodatkowanie przychodów w sposób zryczałtowany. Taka możliwość przysługuje tylko tym podatnikom, którzy wykonują usługi bezpośrednio na potrzeby ludności.

Jak zwraca uwagę Rafał Sidorowicz, z publikowanych interpretacji podatkowych wynika, że bez znaczenia dla możliwości wyboru formy opodatkowania pozostaje okoliczność, czy świadczenia pielęgniarskie realizowane są w ramach kontraktów NFZ. ■

Magdalena Majkowska
magdalena.majkowska@infor.pl

Przedruk Dziennik Gazeta Prawna, 13 czerwca 2012 nr 113

Zakaz płacenia za leczenie przez samorządy nie jest absolutny

Co do zasady powiat nie może finansować świadczeń zdrowotnych udzielanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Od tej reguły jest jednak kilka wyjątków

Obowiązek finansowania świadczeń medycznych należy do NFZ. Od tej zasady są jednak odstępstwa. Wynikają one z ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654). Zgodnie z nią takie prawo przysługuje również samorządom, ale w ściśle określonych sytuacjach. Te mogą płacić wyłącznie za:

- 1) programy zdrowotne (art. 114 ust. 1 pkt),
- 2) realizację celów określonych w odrębnych przepisach (art. 114 ust. 1 pkt),
- 3) zadania nałożone na podmiot leczniczy przez organ tworzący (art. 38 ust. 2).

Programy zdrowotne

Jednostki samorządu terytorialnego (j.s.t.) mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy zdrowotne.

Ustawa o działalności leczniczej zawiera przykładowe wyliczenie zakresów, jakich mogą one dotyczyć. Są nimi:

- ważne zjawiska epidemiologiczne,
- istotne problemy zdrowotne dotyczące całej lub określonej grupy osób,
- wdrożenie nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Ustawa nie nakłada obowiązku na j.s.t., a jedynie stwarza możliwość wprowadzenia programu zdrowotnego. Aby jednak go uruchomić, samorząd musi uzyskać w tej sprawie opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych. Nie jest ona wiążąca. Jednak, jak wskazał Naczelny Sąd Administracyjny (NSA) w wyroku z 19 listopada 2002 r. (sygn. II SA/Wr 1597/02), zasięgnięcie opinii przez j.s.t. jest formą współdziałania, a jeżeli jest to przewidziane przez przepisy, to nieuzyskanie jej jest kwalifikowanym naruszeniem prawa. Tym samym brak opinii agencji przed powzięciem uchwały o programie zdrowotnym należy traktować jako rażące naruszenie prawa, które

Ważne: Samorządy nie mają obowiązku, a jedynie możliwość tworzenia i realizacji określonego programu zdrowotnego. Aby jednak go uruchomić, powiat czy gmina musi uzyskać w tej sprawie opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych

powinno skutkować jej uchyceniem w trybie nadzoru przez wojewodę lub złożeniem skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego (WSA).

Programy te mogą być roczne lub wieloletnie. Korzystniejsze jest opracowywanie tych długofalowych. Pozwala to na bardziej racjonalne wydatkowanie środków przez samorząd oraz zaplanowanie świadczeń i przychodów przez placówki medyczne, gdzie programy są realizowane.

Odrębne regulacje

Przepisy umożliwiają powiatom czy gminom przekazanie środków również na cele inne (określone w odrębnych przepisach) niż te wymienione w ustawie o działalności leczniczej. Jako przykład można wskazać choćby ustawę z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, która w art. 4¹ ust 1 pkt 1 jako jedno z zadań samorządów wskazuje zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu. Tym samym daje prawo j.s.t. na przekazywanie odpowiednim placówkom medycznym środków na ten cel.

Zadania zlecone

Zgodnie z art. 38 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, samorząd może nałożyć na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ), dla którego jest podmiotem tworzącym, obowiązek wykonania określonego zadania. Przepis ten nie zawiera żadnych warunków wydania takiego zlecenia.

Poprzednio obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (ZOZ) w art. 673. zawierała analogiczną regulację, jednakże zlecenie wykonywania danego świadczenia było możliwe wyłącznie w przypadkach niezbędności ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku klęski żywiołowej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych. Przyjąć należy, iż ustawodawca świadomie zrezygnował z warunków dopuszczalności nałożenia na publiczną placówkę medyczną dodatkowych obowiązków, które wcześniej były zawarte w powołanym przepisie ustawy o ZOZ. Jak wskazuje się w piśmiennictwie, art. 38 ust. 2 pkt 2 dotyczy sytuacji nietypowych, kiedy to nie można przekazać środków



w inny przewidziany w ustawie sposób (M. Dercz, T. Rek, „Ustawa o działalności leczniczej, Komentarz”, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012 r. s. 178). Oczywiście możliwa jest interpretacja tego przepisu opierająca się na wykładni funkcjonalnej. Jednakże stanowisko takie nie wynika wprost z powołanego przepisu. Gdyby intencją ustawodawcy było ograniczenie zastosowania tego rozwiązania do przypadków wyjątkowych, nic nie stało na przeszkodzie wprowadzeniu takiego uregulowania.

Tak więc od zasady niedopuszczalności przekazywania środków finansowych przez j.s.t. podmiotowi leczniczemu istnieją wyjątki określone w ustawie o działalności leczniczej. Zakaz ten nie ma charakteru absolutnego. ■

Jan Ciechorski
dgp@infor.pl

Przedruk Dziennik Gazeta Prawna, 15-17 czerwca 2012 nr 115

Polisy dla szpitali już nieobowiązkowe

Ochrona zdrowia

Szpitala będą mogły przyjmować darowizny z leków. Na wypadek roszczeń pacjentów do końca 2013 roku będą ubezpieczać się dobrowolnie.

Hospicja dalej będą mogły korzystać z odpisu 1 proc. podatku

Sejm przyjął wczoraj nowelizację ustawy z 15 kwietnia 2012 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112,654). Posłowie musieli pilnie zmienić prawo, żeby zdjąć ze szpitali obowiązek kupowania dodatkowego ubezpieczenia od tzw. zdarzeń medycznych. A stać na to tylko nieliczne placówki. Po zmianie prawa dodatkowe polisy nie będą obowiązkowe do 2014 roku. Zmniejszy się także suma ubezpieczenia.

Posłowie podczas prac nad nowelą wprowadzili jeszcze jedną możliwość rozwiązania problemu dodatkowych ubezpieczeń.

- Szpitale będą mogły wykupić udział w polisie nie większy niż połowa sumy ubezpieczenia i w ten sposób wezmą na siebie część odpowiedzialności za ewentualne roszczenia pacjentów - podkreśla Maciej Orzechowski, poseł Platformy Obywatelskiej.

Sejm zdecydował także o wyłączeniu hospicjów spod przepisów ustawy dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej. Te nie będą więc traktowane jako przedsiębiorstwa. Dzięki temu będą mogły korzystać z odpisów 1 proc. podatku. Posłowie do rządowego projektu ustawy wprowadzili także przepis pozwalający na przekazywanie szpitalom i innym instytucjom (hospicjom, domom pomocy społecznej oraz zakładom opiekuńczo-leczniczym) darowizn z leków refundowanych. ■

Etap legislacyjny
Sejm uchwalił

Beata Lisowska
beata.lisowska@infor.pl

Przedruk Gazeta Prawna, 19 czerwca 2012 nr 117

Ekstrawolne dla rodziców. Na szczepienie dziecka

Na takie zabiegi pracownik ma dostać nawet kilka dni zwolnienia od pracy. I to płatnego

Dobra wiadomość dla zatrudnionych, gorsza dla pracodawców. Ci pierwsi zyskają dodatkowe wolne od pracy, aby przeprowadzić szczepienia ochronne u swoich dzieci lub osób niesamodzielnych, którymi się opiekują. Ci drudzy będą musieli to wolne im zapewnić i jeszcze wypłacić wynagrodzenie. Tak zakłada rządowy projekt nowelizacji kodeksu pracy, który trafił już do konsultacji społecznych. Na szczepieniach się nie kończy. Są jeszcze obowiązkowe badania sanitarno-epidemiologiczne (np. przy podejrzeniu choroby zakaźnej). Pracownik również dostanie wolne, gdy jego podopieczny będzie musiał im się poddać.

Łączny wymiar takiego zwolnienia - tylko w przypadku gdy pracownik ma jedno dziecko - może wynieść nawet kilka dni. Obowiązkiem szczepień ochronnych objętych jest bowiem 13 chorób zakaźnych Kalendarz ich wykonywania - do osiągnięcia przez dziecko pełnoletności - obejmuje 19 wizyt u lekarza. W tym jednak 10 - 12 w okresie, gdy rodzic przebywa na urlopie macierzyńskim (wtedy nie musi wykorzystywać zwolnienia).

Wolne dostanie też opiekun dziecka z podejrzeniem choroby zakaźnej

Resort pracy chce w ten sposób zlikwidować lukę w przepisach, które z jednej strony nakładają na pracujących opiekunów obowiązek stawienia się z dzieckiem lub osobą niesamodzielną na konieczne szczepienie lub badanie, ale z drugiej nie przewidują zwolnienia z pracy na dopełnienie tego obowiązku.

- Każde rozwiązanie, które ułatwia godzenie życia rodzinnego i kariery zawodowej, zasługuje na poparcie - mówi Urszula Nowakowska, prezes Fundacji Centrum Praw Kobiet. Podkreśla jednak, że konieczne są też inicjatywy, które spowodowałyby, że z uprawnień rodzicielskich - w tym zwolnień od pracy - częściej będą korzystać mężczyźni. Wtedy dodatkowe przywileje nie przyczyniałyby się do dyskryminacji matek na rynku pracy. Teraz firmy niechętnie je zatrudniają m.in. z powodu wykorzystywania takich praw.

Pracodawcom nowy pomysł zmian nie bardzo się podoba. - Z tytułu rodzicielstwa pracownikom przysługują przecież już teraz dodatkowe uprawnienia. Na czas szczepień mogą wykorzystywać dni wolne na opiekę nad dzieckiem z zachowaniem prawa do wynagrodzenia - mówi Monika Zakrzewska, ekspert PKPP Lewiatan.

Pracodawcy przypominają też, że pracujący rodzice mają jeszcze inne prawa. Przez rok po powrocie z urlopu macierzyńskiego mogą korzystać ze skróconego czasu pracy, i to z gwarancją zatrudnienia. A do 4 roku życia dziecka nie będą pracować w godzinach nadliczbowych lub porze nocnej, jeśli się na to nie zgodzą.

- Nigdy nie spotkałam się też z przypadkiem, gdy pracodawca uniemożliwił rodzicom wykonywanie szczepień u ich dzieci. Przecież firmom też zależy na tym, aby pracownik był zadowolony z miejsca pracy - uważa Monika Zakrzewska. ■

Łukasz Guza
lukasz.guza@infor.pl



Przedruk Gazeta Prawna, 19 czerwca 2012 nr 117

Darowizny wracają do placówek medycznych

Od lipca firmy znów będą mogły przekazywać leki szpitalom. To poprawi sytuację pacjentów, których nie stać na drogie terapie

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej zmienia jeden z przepisów dotyczących zasad refundacji leków. Nowe brzmienie art. 49 ust. 3 ustawy refundacyjnej precyzuje,

Od początku roku producenci leków zaprzestali ich nieodpłatnego przekazywania szpitalom

jakie formy zachęty odnoszące się do takich farmaceutyków są niedozwolone i wobec kogo nie wolno ich stosować. Zgodnie z nowym przepisem zakazane będą m.in. programy lojalnościowe, darowizny, nagrody, wycieczki i inne korzyści majątkowe i osobiste kierowane do osób indywidualnych - świadczeniobiorców (czyli pacjentów) oraz osób uprawnionych (czyli lekarzy).

- To oznacza, że działania, np. darowizny skierowane do świadczeniodawców, czyli szpitali, nie są zachętami w rozumieniu tego przepisu - tłumaczy Paulina Kieszkowska-Knapik, partner w kancelarii Backer & McKenzie.

Przepis precyzuje także, komu zachęt odnoszących się do leków refundowanych nie wolno stosować. Wymienia firmy farmaceutyczne, hurtowników, właścicieli i kierowników aptek oraz aptekarzy.

Zdaniem dyrektorów szpitali lepiej byłoby, gdyby zmienione przepisy wprost wyłączyły ich placówki spod zakazu przyjmowania darowizn.

- Tylko konkretne zapisy są w stanie rozwiązać obawy firm farmaceutycznych przed wysokimi karami finansowymi, które grożą im za stosowanie niedozwolonych zachęt - podkreśla Andrzej Mazur, dyrektor Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

Od początku stycznia, kiedy weszła, w życie ustawa refundacyjna, producenci leków refundowanych całkowicie zaprzestali bowiem ich nieodpłatnego przekazywania placówkom medycznym. W efekcie pokrzywdzeni byli pacjenci.

Szpitaly, które są w złej kondycji finansowej, całkowicie zaprzestały bowiem kupowania drogich leków, które wcześniej dostawały z darów. Na zmianę prawa czekały przede wszystkim placówki psychiatryczne, które większość leków innowacyjnych dostawały nieodpłatnie. Przykładowo Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie do końca ubiegłego roku otrzymywał od firm farmaceutycznych produkty o wartości od 700 tys. do nawet miliona złotych rocznie. Obecnie szpital musi kupować leki za pieniądze z kontraktu z NFZ, co pogorszyło jego sytuację finansową.

Zmienione przepisy ustawy refundacyjnej powinny zacząć obowiązywać 30 czerwca. Tego dnia ma wejść w życie nowela ustawy o działalności leczniczej. Na razie trafiła do podpisu do prezydenta. ■

Etap legislacyjny
Czeka na podpis prezydenta

Beata Lisowska
beata.lisowska@infor.pl

Przedruk Gazeta Prawna, 1-3 czerwca 2012 nr 106

Wchodzą w życie 2 czerwca 2012 r.

Ukarane pielęgniarki - rozporządzenie ministra zdrowia z 2 maja 2012 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia rejestru ukaranych pielęgniarek i położnych oraz sposobu i trybu wykonania prawomocnych orzeczeń sądów pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 18 maja 2012 r., poz. 545)

Omówienie: Ukarana prawomocnym orzeczeniem sądu pielęgniarka i położna zostaje wezwana do zapłaty tej kary, na wskazany rachunek bankowy podmiotu, na rzecz którego karę orzeczono. Wzywa ją właściwa ze względu na miejsce wykonywania przez nią zawodu okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Przewodniczący przesyła również wezwanie i odpis prawomocnego orzeczenia sądu zawodowego podmiotowi, na rzecz którego została orzeczona kara pieniężna. W razie orzeczenia:

- zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach,
- ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- pozbawienia prawa wykonywania zawodu

- przewodniczący okręgowej rady pielęgniarek i położnych, w terminie 14 dni od otrzymania prawomocnego orzeczenia, przesyła wszystkim podmiotom leczniczym, w których ukarana pielęgniarka lub położna udziela świadczeń, informację o ukaraniu jedną z kar określonych.

Zawieszenie prawa wykonywania zawodu polega na złożeniu dokumentu prawa wykonywania zawodu we właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu przez ukaraną pielęgniarkę lub położną okręgowej izbie na okres biegu tej kary. ■



Spotkanie z Ministrem Zdrowia

Warszawa, 6 lipca 2012 r.

Notatka ze spotkania przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w sprawie projektów umów na przekazanie dotacji ze środków budżetowych w 2012 r. na realizację zadań przejętych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od administracji państwowej.

W spotkaniu w dniu 06.07.2012 r.; które odbyło się na skutek interwencji Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gabinetnie Politycznym MZ zgłoszonej w związku z brakiem przekazania przez resort zdrowia propozycji umów na przekazanie dotacji z budżetu państwa samorządowi pielęgniarek i położnych i związanym z tym finansowaniem zadań ze składek członków samorządu, udział wzięli:

1. Przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach,
2. Przedstawiciele Departamentu Dialogu Społecznego,
3. Przedstawiciele Departamentu Prawnego,
4. Przedstawiciele Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji,
5. Przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych

(Lista obecności w załączeniu)



Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego Pan Jakub Bydłoń przedstawił przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych projekty umów na przekazanie dotacji w 2012 r. (niektóre projekty umów nie określają wartości w oparciu o przedstawione koszty czynności w ramach zadań wskazanych w umowach). Następnie przedstawione zostały założenia metodologii wyliczenia stawek czynności określonych w umowie w oparciu o koszty pracy wynikające z przyjęcia średniej płacy krajowej oraz koszty użytkowania biura w zakresie niezbędnym do realizacji zadań. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wskazali również, że opóźnienie w przekazaniu umów wynikało z dążenia do zastosowania jednolitej metodologii obliczania wysokości dotacji dla samorządu pielęgniarek i położnych oraz dla samorządu lekarskiego. Pani Beata Cholewka Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych wskazała, że pierwsze wersje projektów umów gotowe były w marcu 2012 r.

Planowana kwota dotacji dla samorządu pielęgniarek i położnych w roku 2012 wynosi 3 845 tys. zł. Samorząd oczekuje potwierdzenia, że dotacja przekazana samorządowi pielęgniarek i położnych w roku 2012 nie będzie niższa niż ww. kwota planowana.

Samorząd zwrócił się do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o przekazanie informacji dotyczącej sposobu obliczenia kosztów poszczególnych czynności oraz dokonanie symulacji podziału środków dla Naczelnej Izby oraz poszczególnych okręgowych izb na podstawie całościowych sprawozdań za rok 2011. ■



Planowanie kadr medycznych

Planowanie kadr medycznych w lecznictwie stacjonarnym

Jednym z etapów procesu gospodarowania zasobami ludzkimi w organizacji jest planowanie. Zainteresowanie problematyką planowania kadr medycznych stale wzrasta ze względu na potrzebę liczenia kosztów pracy pielęgniarki stanowiącej znaczną część rachunku kosztów szpitalnych przy ograniczonych zasobach ekonomicznych.

Planowanie zatrudnienia oznacza ilościowe podejście do wyznaczania potrzeb kadrowych organizacji oraz sposobów ich zaspokojenia. Planowanie ma na celu zapewnienie organizacji odpowiedniej liczby pracowników, o odpowiednich kompetencjach, cechach na właściwych stanowiskach pracy, w odpowiednim czasie i w ramach określonych zasobów finansowych.

Planowanie kadr medycznych jest procesem składającym się z następujących etapów:

1. Zbieranie i analiza danych w celu opracowania prognozy podaży i popytu personelu w całej organizacji.
2. Formalizowanie przez menadżerów personalnych i menadżera głównego, celów zarządzania kadrami ściśle związanych z celami szpitala.
3. Opracowywanie planów działania w zakresie wartościowania stanowisk pracy, oceny, wynagradzania, uzupełniania kadr i doskonalenia zawodowego personelu.
4. Kontrola i ocena realizacji planów czy technik kryteriów takich jak:
 - aktualny stan zatrudnienia w stosunku do planowanego/pożądanego,

- aktualna produktywność i wydajność w porównaniu z planowaną,
- stosunek rzeczywistej płynności zasobów ludzkich w stosunku do planowanej fluktuacji,
- programy rzeczywiste wdrażane w porównaniu do programów przyjętych,
- rzeczywiste efekty realizacji programów w odniesieniu do efektów przewidywanych,
- koszty realizacji i koszty zatrudnienia w stosunku do przyjętego budżetu szpitala,
- relacja między poniesionymi kosztami, a korzyściami wynikłymi z planowanego programu kształcenia pracowników.

Planowanie to zespół czynności zmierzających do racjonalnego rozmieszczenia zasobów pracowników, niezbędnych do optymalnego wykonania pracy w danym okresie planistycznym.

Nieco inaczej ujmuje ten problem Louart, który uważa, że kierowanie zasobami ludzkimi (personalem, kadrami) to zbiór działań, które polegają na rozmieszczeniu, sprzyjaniu, rozwojowi i motywowaniu ludzi potrzebnych organizacji, aby realizować jej cele. Kierowanie polega na powierzaniu ludziom określonych celów do wykonania ich realizacji i kontroli z punktu logiki systemu.

Zarządzając zasobami ludzkimi w organizacji należy stale pamiętać o tym co w swojej książce Louart umieścił jako motto **"Aby skutecznie kierować pracownikami należy najpierw nauczyć się kierować sobą"**.

Natomiast wg Poczrowskiego zarządzanie zasobami ludzkimi to działanie, które ma na celu zabezpieczenie organizacji wymaganej liczby ludzi o wymaganych kwalifikacjach, we właściwym miejscu i czasie.

Planowanie personalne jest procesem ciągłej analizy potrzeb personelu w zmieniających się warunkach, w sytuacji rozwoju strategii i polityki zarządzania zasobami ludzkimi w powiązaniu z długookresowym dążeniem do wzrostu efektywności organizacji.

Planowany personel stanowi integralną część strategii personalnej, planowania strategicznego i strategii biznesu.

Celem planowania jest:

- właściwe, całkowite wykorzystanie potencjałów ludzkich,
- racjonalizacja zatrudnienia,
- zmniejszanie kosztów zatrudnienia,
- utrzymanie wydajności i jakości pracy,
- wykorzystanie optymalne czasu pracy pracowników,
- stałe uzupełnianie wymaganych kwalifikacji zawodowych na określonych stanowiskach pracy.

Planowanie jest zadaniem trudnym ze względu na wymiary otoczenia, które stanowią szanse i zagrożenia w procesie kształtowania zasobów ludzkich w organizacji.

Planowanie powinno uwzględniać rozwój (poprzez ciągłe przekształcanie organizacji), jej cele, zadania, możliwości pozyskania ludzi o wymaganych kwalifikacjach, strategiczny plan organizacji oraz wpływ otoczenia zewnętrznego.

Najczęściej w literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące etapy planowania:

- przewidywanie popytu na określoną pracę,
- prognozowanie podaży wewnętrznej,
- prognozowanie podaży zewnętrznej,
- porównywanie przyszłego popytu i podaży,
- opracowanie planu zasobów ludzkich.

Planowanie powinno być poprzedzone:

- analizą, przeglądem opisanych stanowisk pracy z wyszczególnionymi obowiązkami, uprawnieniami i odpowiedzialnością oraz z określeniem rodzaju sprzętu, wyposażenia stanowisk w materiały niezbędne do realizacji zadań,



- sporządzeniem wykazu umiejętności, wymaganej wiedzy na danym stanowisku, kompetencji potwierdzonych certyfikatami.

Przewidywanie popytu na określoną pracę w placówce ochrony zdrowia jest trudne do określenia. Zbyt małe ilości personelu doprowadzają, że system nie może działać albo jest niewydolny, zbyt duże ilości doprowadzają do sztucznego zwiększania korzystania ze świadczeń medycznych.

Prognozowanie podaży wewnętrznej -określa liczbę i typ pracowników, którzy będą dostępni w organizacji w pewnym przyszłym momencie.

Prognozowanie podaży zewnętrznej -określa liczbę i rodzaj pracowników, których będzie można pozyskać na rynku pracy [31].

Odbywa się to na wyższych szczeblach zarządzania resortem np. sprawozdania Departamentu Pielęgniarek i Położnych przy Ministerstwie Zdrowia, biurach zatrudniania, Urzędach Marszałkowskich.

Po dokonaniu tych wszystkich analiz menadżerowie mogą sporządzać plany na wypadek niedoboru lub nadwyżek kadrowych w danej dziedzinie. Wynikiem procesu planowania jest dokument o nazwie plan zasobów ludzkich, który precyzuje co jest potrzebne organizacji: ile i jakich ludzi, na jaki czas i w jakim miejscu.

Jednak w praktyce zarządzania zasobami ludzkimi istnieją następujące podejścia do planowania :

- lekceważenie tej strefy i bieżące dostosowanie funkcji personalnej do zmiany w otoczeniu,
- dokładne badania i analizy wszystkich trendów w otoczeniu dla tworzenia innych (rezerwowych) scenariuszy działania,
- przegląd głównych trendów (tzw. scanning). Jest to podejście najbardziej efektywne i rozpowszechnione. Punktem odniesienia dla określenia jakie trendy należy wziąć pod uwagę, jest strategia organizacji w świadczeniu usług medycznych co na pewno w dłuższej perspektywie czasowej przyczyni się do większych strat niż korzyści.

Podsumowanie

Proces zarządzania zasobami ludzkimi realizowany jest w każdej organizacji.

Jednak jej zakres i sposób realizacji zależy od wielkości firmy, rodzaju usług, sytuacji na rynku pracy, przyjętych przez menadżerów różnych filozofii zarządzania.

W nowoczesnej strategii organizacji powinno się znaleźć miejsce dla **budowy planów zasobów ludzkich**.

W planowaniu zasobów ludzkich w placówkach ochrony zdrowia nie do końca można przewidzieć popyt i podaż zarówno na rynku wewnętrznym jak i na zewnątrz organizacji. Dlatego istotna jest elastyczność, wymagana od kierowników, pielęgniarek oddziałowych zaprzestania myślenia kategoriami "swojego oddziału" na rzecz ważności interesów całej organizacji. W trakcie wprowadzanych zmian konieczna jest edukacja, praca nad zmianami postaw zarówno osób zarządzających jak i pracowników.

Planowanie zasobów ludzkich przynosi oczekiwane skutki, przede wszystkim w dłuższym okresie funkcjonowania organizacji. Wynika to z rosnącego zapotrzebowania na profesjonalny kapitał ludzki jako czynnik konkurencyjności dla współczesnych przedsiębiorstw. Należy zaplanować zasoby ludzkie tak, aby załoga spełniła oczekiwania i przynosiła odpowiednie efekty wtedy, gdy są one najbardziej potrzebne.

Należy pamiętać że **„złota zasada współczesnego menedżera”** jest umiejętne planowanie kapitału ludzkiego. Jest to jeden ze znaczących kluczy, do sukcesu.

Trzeba próbować przewidzieć zmiany w otoczeniu, zarówno wewnętrznym jak i zewnętrznym oraz być przygotowanym na nie, szybko reagować i nie pozwolić wyprzedzić się konkurencji.

Wykwalifikowana i pewna załoga to klucz do sukcesu firmy, a umiejętność pozyskiwania odpowiednich ludzi oraz stworzenie im warunków skłaniających do aktywnego uczestnictwa w życiu organizacji jest wielką sztuką. ■

mgr piel. Renata Sówka

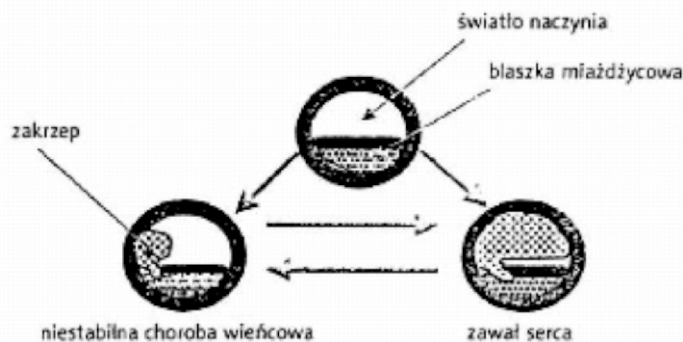
Prace dyplomowe



OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY: DEFINICJA I KLASYFIKACJA.

Ostry zespół wieńcowy (OZW) jest to ostra postać choroby niedokrwiennej serca, która klinicznie wyraża się pod postacią: niestabilnej choroby wieńcowej (API-angina pectoris instabilis), zawału serca bez załamka Q (AMI-nonQ-non Q-acute myocardial infarction), zawału serca z załamkiem Q (AMI-Q), oraz niekiedy przypadkami nagłego zgonu sercowego. Przyczyną może być pęknięcie blaszki miażdżycowej, lub jej szybką progresją, pierwotnym zakrzepem, kurczem nasierdziejowej tętnicy wieńcowej, zapaleniem, zatorowością.

Na ryc. 1. przedstawiono w uproszczeniu zależności pomiędzy dwoma klinicznymi postaciami zespołu pękającej blaszki: zawałem serca (całkowite zamknięcie naczyń wieńcowego) i niestabilną chorobą wieńcową (utworzenie zakrzepu niecałkowicie zamykającego światło naczyń).



Ryc.1. Kliniczne postaci zespołu pękniętej blaszki

Chorzy z OZW stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. Wśród nich znajdują się osoby z niestabilną chorobą wieńcową oraz odwracalnym uszkodzeniem mięśnia sercowego, jak też osoby, u których doszło do nieodwracalnego uszkodzenia, zawału serca z różnym obszarem martwicy.

Chory z podejrzeniem OZW powinien być jak najszybciej przetransportowany do szpitala. Podyktowane jest to faktem, że najlepsze wyniki leczenia osiąga się w ciągu pierwszej godziny od rozpoczęcia objawów. W tabeli 1 przedstawiono zasady postępowania w ostrym zespole wieńcowym w warunkach przedszpitalnych.

Chory z ostrym zespołem wieńcowym – postępowanie przedszpitalne – podstawowe zalecenia

- unieruchomienie chorego w pozycji leżącej (w przypadku obrzęku płuc – pozycja siedząca podparta z opuszczonymi kończynami dolnymi),
- ocena oddechu, tętna, ciśnienia tętniczego, obecności zastoju w płucach,
- wykonanie EKG, jeżeli istnieją możliwości techniczne i czas,
- w przypadku bólu w klatce piersiowej – nitrogliceryna lub inne azotany w tabl. podjęzykowych, spray (przy ciśnieniu skurczowym >90 mmHg) - powtarzane 1–2 razy co 5 min,
- kwas acetylosalicylowy – 300 mg doustnie,
- zapewnienie dostępu do żyły,
- narkotyczne leki przeciwbólowe (morfina – wstępna dawka 5 mg w ciągu 2 min, a następnie 2 mg co 5 min; z reguły wystarczająca jest dawka do 20–30 mg/24 godz.),
- zastój w płucach/obrzęk – furosemid (20-40 mg i.v.),
- szybki transport do szpitala karetką z defibrylatorem i monitorem EKG,
- unikać wstrzyknięć domięśniowych.

Tab. 1. Chory z OZW – postępowanie przedszpitalne – podstawowe zalecenia.

Klasyfikacja

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) w aktualnie obowiązującej klasyfikacji ostrych zespołów wieńcowych podstawę wstępnego rozpoznania chorych z bólem w klatce piersiowej stanowi pierwszy zapis czynności elektrycznej serca (EKG). Można na jego podstawie wnosić o wystąpieniu niedokrwienia, analizując zarówno odcinek ST, jak i załamki T.

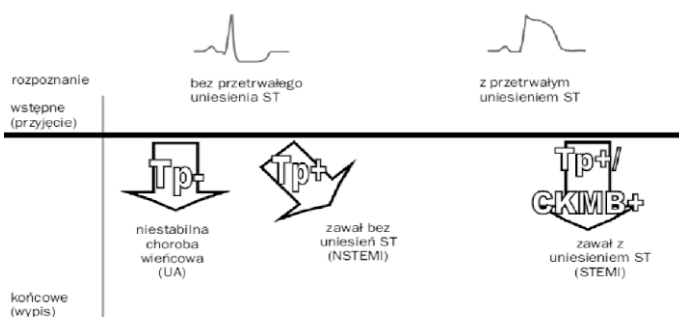
Zmiany charakterystyczne dla ostrych zespołów wieńcowych definiowane są najczęściej jako:

- nowe uniesienie odcinka ST w punkcie J powyżej 0,2 mV w odprowadzeniach V1-V3 i powyżej 0,1 mV w pozostałych odprowadzeniach (ostre zespoły wieńcowe z przetrwałym uniesieniem ST),
- obniżenie ST lub zmiany kształtów załamka T (ostre zespoły wieńcowe bez przetrwałego uniesienia ST).

Należy jednak pamiętać, że w wypadku współistnienia uniesień i obniżen odcinka ST obowiązuje rozpoznanie przetrwałego uniesienia ST.

W grupie osób z ostrym zespołem wieńcowym bez przetrwałego uniesienia ST na podstawie 12-odprowadzeniowego EKG kolejne typy ostrych zespołów wieńcowych klasyfikuje się dalej w sposób podany na rycinie (ryc. 2). Pacjent, który uwolnił markery martwicy (troponina, CK-MB) spełnia kryteria nowej definicji zawału serca.

Ostre zespoły wieńcowe



Ryc. 2. Klasyfikacja OZW w zależności od obrazu wstępnego EKG i oznaczeń biochemicznych markerów uszkodzenia mięśnia sercowego.

Od chwili otrzymania wyników oznaczeń biochemicznych nie posługujemy się już pojęciem ostrego zespołu wieńcowego, lecz rozstrzygamy, czy mamy do czynienia z zawałem

serca (chory uwolnił troponiny), czy z niestabilną chorobą wieńcową (2-krotnie oznaczone stężenia troponin w odstępie co najmniej 6-godzinnym - nie są podwyższone w charakterystyczny dla zawału sposób).

Opracowała: Krzykowska Aneta

Pielęgowanie pacjentów z chorobą wieńcową

Pielęgniarka towarzyszy choremu we wszystkich działaniach, dotyczących zdrowia, czyli zapobieganiu chorobie, pomocy w przezwyciężaniu choroby, kształtowaniu umiejętności życia z chorobą i ograniczeniach, jakie ze sobą niesie. Działania pielęgniarskie w opiece nad pacjentem z chorobą wieńcową obejmują:

- działania edukacyjne,
 - monitorowanie stanu pacjenta,
 - zapobieganie powikłaniom,
 - przygotowanie do samo-opieki i samokontroli.
- Jednym z zadań pełnionych przez pielęgniarkę jest funkcja wychowawcza. Polega ona na kształtowaniu u pacjenta poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i życie. Zadania funkcji wychowawczej pielęgniarka wykonuje poprzez realizację zadań programów promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej, których istotą jest edukacja zdrowotna. Głównym celem działań edukacyjnych jest wyposażenie chorego w wiedzę i umiejętności, które pozwolą mu na optymalne funkcjonowanie z chorobą. Wyszkolony i zmotywowany pacjent, prowadzący samokontrolę ma szansę na poprawę jakości swojego życia i dłuższe przeżycie.

Do szczegółowych zadań w zakresie edukacji zalicza się:

- przekazanie informacji dotyczących istoty choroby wieńcowej,
- przedstawienie objawów choroby i jej powikłań,
- omówienie czynników ryzyka choroby wieńcowej,
- motywowanie pacjenta do eliminacji czynników ryzyka z życia codziennego,
- przedstawienie zaleceń działań profilaktycznych,
- nauka eliminacji czynników ryzyka,
- zaznajomienie z zasadami leczenia farmakologicznego,
- nauka samokontroli.

Kolejne zadanie to zadanie diagnostyczne. Zadanie diagnostyczne obejmuje postawienie diagnozy wstępnej i szczegółowej, niezbędnej w procesie pielęgowania.

Działania w zakresie diagnozy wstępnej obejmują:

- rozpoznanie zagrożenia życia, poprzez ocenę stanu świadomości, tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, czynności elektrycznej serca,
- ocenę natężenia bólu oraz innych objawów charakterystycznych dla choroby wieńcowej,
- rozpoznanie stanu emocjonalnego,
- określenie aktualnych problemów i potrzeb chorego.

Natomiast do sformułowania diagnozy uściślonej niezbędne jest:

- systematyczne dokonywanie oceny aktualnego stanu pacjenta (stanu świadomości, tętna, RR, czynności elektrycznej serca, oddechu, diurezy, krążenia obwodowego),
- obserwacja natężenia i charakteru bólu,
- ogólna ocena stanu fizycznego pacjenta (ocena duszności, stanu skóry, stopnia odżywienia i nawodnienia),



- określenie deficytu w zakresie samoopieki,
- ocena stanu psychicznego,
- ocena sytuacji społecznej,
- ocena nastawienia pacjenta do choroby, pobytu w szpitalu, metod diagnostyczno-terapeutycznych,
- rozpoznanie możliwości intelektualnych pacjenta,
- rozpoznanie potrzeb edukacyjnych chorego i jego rodziny,
- ocena dotychczasowego stylu życia.

W procesie leczenia w zakres działań, które podejmuje pielęgniarka wchodzi: udział w farmakoterapii, badaniach oraz udział w rehabilitacji.

Zadania lecznicze pielęgniarki polegają na:

- podawaniu leków zgodnie ze zleceniem lekarza,
- obserwacji skuteczności leczenia oraz obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii,
- poinformowaniu pacjenta o możliwości wystąpienia skutków niepożądanych oraz sposobach zapobiegania im,
- pobieraniu materiału do badań,
- przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych,
- w przypadku leczenia dietetycznego wyjaśnieniu konieczności ograniczeń dietetycznych,
- prowadzeniu bilansu płynów.

Działania opiekuńczo - pielęgnacyjne dotyczą zaspakajania potrzeb pacjenta w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Są zależne od stanu pacjenta oraz potrzeb chorego i dostosowane do aktualnego deficytu w samoopiece.

Działania opiekuńcze obejmują:

- zapewnienie pacjentowi higieny osobistej i otoczenia,
- pomoc w zaspokojeniu potrzeby odżywiania i utrzymania stałości płynów,
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych,
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa,
- zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego,
- zapewnienie odpowiednich warunków wypoczynku i snu,
- umożliwienie kontaktu z rodziną, osobą duchowną,
- wsparcie psychiczne,
- przygotowanie pacjenta do samo-pielęgnacji.

Zapewnienie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej pacjentom z chorobą wieńcową jest jednym z ważniejszych warunków skutecznego leczenia. Zakres i charakter pracy pielęgniarek kardiologicznych określa rola i funkcje jakie pielęgniarka ma do spełnienia wobec pacjenta, a także specyfika postępowania prewencyjnego, opiekuńczego oraz diagnostyczno-leczniczego, które ściśle wynikają ze standardów współczesnej kardiologii. ■

mgr Urszula Matyja

Profilaktyka choroby wieńcowej

Najskuteczniejszą metodą ograniczenia umieralności i zachorowań osób ze stwierdzoną lub jeszcze nierozpoznaną chorobą wieńcową jest postępowanie profilaktyczne. Profilaktyka polega na ochronie przed niekorzystnym wpływem endogennych i środowiskowych czynników, które mogą przyczynić się do wystąpienia i rozwoju choroby.

Wyróżnić można trzy strategie profilaktyki chorób układu krążenia:

- prewencja populacyjna,
- prewencja pierwotna,
- prewencja wtórna.

Wczesna identyfikacja pacjentów z chorobą wieńcową oraz wdrożenie właściwych metod prewencji wtórnej zmniejsza ryzyko zgonu z powodów sercowo-naczyniowych, liczby hospitalizacji oraz incydentów ostrych zespołów wieńcowych. Istotne jest również podejmowanie interdyscyplinarnych działań w zakresie profilaktyki pierwotnej u osób zdrowych z dużym ryzykiem rozwoju choroby z powodu synergistycznego działania czynników ryzyka, badania naukowe dostarczyły wielu dowodów na znaczenie poszczególnych czynników ryzyka w rozwoju choroby wieńcowej, jednak pomimo oczywistych korzyści płynących z działań profilaktyki pierwotnej i wtórnej wciąż niski odsetek pacjentów stosuje się do zaleceń pracowników opieki zdrowotnej. Wyniki analizy NATPOL PLUS wykazały, że co 11 Polak nie potrafi wymienić żadnego sposobu zapobiegania chorobom układu krążenia

W Polsce wciąż jeszcze przeważa strategia prewencji wtórnej, opartej na farmakoterapii, zabiegach interwencyjnych i modyfikacji tylko niektórych czynników ryzyka. Takie postępowanie skutecznie ratuje życie pacjentów, jednak w dłuższej perspektywie dochodzi do ponownej progresji miażdżycy i powrotu dolegliwości wieńcowych. Jednocześnie stwierdza się występowanie niekorzystnych tendencji epidemiologicznych tj. występowanie choroby w coraz młodszych grupach wiekowych i zwiększonej liczby zachorowań wśród kobiet. Zwalczanie czynników ryzyka dotyczy zarówno osób bez objawów klinicznych jak i pacjentów z objawami choroby wieńcowej.

Prewencja choroby wieńcowej pierwotna, jak i wtórna rozpoczyna się przede wszystkim od zmiany zachowań zdrowotnych pacjentów. Wiele badań potwierdziło korzystny wpływ zmian dotyczących zachowań prozdrowotnych na przebieg choroby wieńcowej [2, 28,]. W badaniu Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP) wykazano wolniejszą progresję zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych. Program ten zawierał zalecenia tj. dieta niskotłuszczowa i niskocholesterolowa, ćwiczenia fizyczne, zmniejszenie masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu, przyjmowania leków wpływających na profil lipidowy. Drugim badaniem, w którym wykazano regresję zmian w tętnicach wieńcowych było Lifestyle Heart Trial, dotyczyło ono zmiany stylu życia, która obejmowała dietę niskotłuszczową, ćwiczenia fizyczne, zaprzestanie palenia tytoniu, a także psychospołeczne wsparcie w grupie osób badanych. Natomiast w badaniu Heidelberg Trial udowodniono, że wolniejszą progresję choroby wieńcowej oraz regresję zmian w tętnicach wieńcowych uzyskać można poprzez modyfikację tylko dwóch czynników ryzyka prowadząc intensywny i regularny wysiłek fizyczny oraz stosując dietę niskotłuszczową i niskocholesterolową.

Dowody skuteczności działań prewencyjnych w chorobie wieńcowej przedstawione w wielu badaniach przyczyniły się do opracowania przez narodowe i międzynarodowe towarzystwa kardiologiczne standardowych zasad postępowania profilaktycznego [28, 31]. Aktualne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) z 2007 roku dotyczące profilaktyki w chorobach układu krążenia zwracają uwagę na podejmowanie działań nie tylko w stosunku do osób chorych, ale także osób zdrowych, bez objawów klinicznych choroby wieńcowej, pozostających w grupie wysokiego ryzyka.

Prewencja pierwotna skierowana jest do całej populacji, dotyczy szczególnie osób zdrowych będących w grupie zwiększonego ryzyka u pacjentów, u których nie występują objawy kliniczne chorób układu krążenia należy odczytać ogólne

ryzyko incydentów sercowo - naczyniowych. Ogólne ryzyko to wystąpienie prawdopodobieństwa choroby sercowo-naczyniowej lub zgonu w określonym czasie, które wynika z wzajemnego wzmocnienia działania kilku czynników ryzyka. W celu określenia całkowitego ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych zalecane jest stosowanie kart ryzyka.

Karta ryzyka SCORE jest obecnie najlepszym i prostym narzędziem służącym do oceny ryzyka ogólnego u dorosłych, opracowanym w Europie, w tym także dla populacji polskiej. Umożliwia wyodrębnienie osób szczególnie zagrożonych wystąpieniem incydentów sercowo-naczyniowych, podjęcie właściwych działań prewencyjnych i leczniczych, a także monitorowanie postępu terapeutycznego. Tablice SCORE na podstawie oceny pięciu czynników ryzyka pozwalają oszacować ryzyko ogólne w ciągu 10 lat. Uwzględniają: wiek, płeć, skurczowe ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu całkowitego, palenie tytoniu.

Określenie indywidualnego ryzyka u badanych osób jest podstawowym elementem w prewencji pierwotnej, aby skutecznie objąć osoby zagrożone zachorowaniem, właściwą opieką. Wielkość ryzyka określa rokowanie a także wpływa na czas i intensywność działań medycznych.

Podstawowym celem profilaktyki wtórnej jest zapobieganie nagłym zgonom sercowym i obarczonym wysoką śmiertelnością ostrym zespołom wieńcowym.

Profilaktyka wtórna obejmuje osoby:

- ze stwierdzoną chorobą wieńcową,
- po wystąpieniu ostrych zespołów wieńcowych (OZW),
- po zabiegach rewaskularyzacji przezskórnej (PCI),
- po zabiegach chirurgicznych (CABG)

Modyfikacja stylu życia i zwalczanie czynników ryzyka w prewencji wtórnej nie różni się od zasad postępowania w ramach profilaktyki pierwotnej. Jedyną różnicą polega na intensywności prowadzonych działań profilaktycznych, które powinny być indywidualnie dostosowane do stopnia ryzyka i ogólnej kondycji pacjenta. W zakresie profilaktyki wtórnej chorób sercowo-naczyniowych istotne znaczenie ma modyfikacja stylu życia, poprzez eliminację czynników ryzyka poddających się modyfikacji. Do działań interwencyjnych w chorobie wieńcowej o udowodnionej skuteczności zalicza się:

- zaprzestanie palenia – obserwacje kliniczne oraz dane epidemiologiczne bezspornie dowodzą, że palenie papierosów ma niekorzystny wpływ i stanowi poważny czynnik ryzyka zawału serca lub nagłego zgonu sercowego. Zaprzestanie palenia tytoniu zmniejsza ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych o ponad 50%, a po 5 latach niepalenia śmiertelność jest taka sama jak w przypadku osób, które nigdy nie paliły. Rzucenie palenia poprawia zarówno przebieg choroby wieńcowej, jaki rokowanie. Dlatego pacjenci powinni być zachęceni i motywowani do zaprzestania palenia.

- racjonalizację żywienia – odpowiednio skompensowana dieta ma istotny udział w prewencji choroby wieńcowej. W żywieniu Polaków wciąż przeważa dieta bogata w nasycone kwasy tłuszczowe i sód. Racjonalne żywienie sprzyja profilaktyce choroby wieńcowej poprzez korzystny wpływ na lipidogram, czynność śródbłonna tętnic, wrażliwość na insulinę, ciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, redukcję masy ciała. Należy zachęcać pacjentów do stosowania diety niskotłuszczowej i niskosodowej, bogatej w warzywa, owoce, ryby i drób. Zalecaną przez towarzystwa kardiologiczne dietą jest dieta śródziemnomorska

- redukcję masy ciała u osób z nadwagą i otyłością - nadwaga i otyłość to powszechne zjawisko w polskim społeczeństwie. Otyłość łączy się bardzo często z podwyższonym poziomem trójglicerydów, nasiloną agregacją płytek krwi, insulinoopornością, nadciśnieniem tętniczym. Otyłość wiąże się z powa-

żnymi problemami zdrowotnymi, społecznymi a także ekonomicznymi [31]. Liczba osób otyłych wzrasta zarówno wśród dorosłych jak i dzieci, prawie 70% populacji polskiej to osoby z nadwagą i otyłością. W profilaktyce schorzeń układu krążenia szczególne znaczenie ma utrzymanie BMI w granicach prawidłowych od 18,5 do. W dążeniu do utrzymania prawidłowej masy ciała zaleca się zmniejszenie kaloryczności diety oraz zwiększenie aktywności fizycznej.

- regularne ćwiczenia fizyczne – z badania Coutrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme (CINDI) przeprowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wynika, że Polacy są najmniej aktywnym narodem w Europie. Spadek aktywności fizycznej wiąże się z rozwojem cywilizacji i zmianą stylu życia, a także brakiem wiedzy na temat pozytywnego wpływu wysiłku fizycznego na zdrowie. Brak aktywności fizycznej przyczynia się do nasilenia progresji miażdżycy i rozwoju choroby wieńcowej. Należy propagować aktywność fizyczną w ramach profilaktyki chorób układu krążenia. W procesie prewencji wtórnej aktywność fizyczną należy dostosować indywidualnie w zakresie intensywności i rodzaju wysiłku do wydolności fizycznej pacjenta, uwzględniając stan kliniczny chorego oraz tolerancję wysiłku. Do ćwiczeń fizycznych należy zachęcać wszystkich pacjentów stabilnych klinicznie, ponieważ aktywność fizyczna zwiększa tolerancję wysiłku, redukuje objawy niedokrwienia, wpływa na zmniejszenie masy ciała, korzystnie wpływa na obniżenie poziomu lipidów, ciśnienia tętniczego krwi, zwiększa tolerancję glukozy.

- kontrolę i leczenie schorzeń współistniejących – zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca mają ścisły związek z rozwojem miażdżycy. Identyfikacja tych schorzeń ma istotny wpływ na ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej a leczenie ich jest częścią profilaktyki wtórnej. Prócz farmakoterapii ważne jest także leczenie dietetyczne, redukcja masy ciała oraz prowadzenie rehabilitacji ruchowej.

Sprawozdania przedstawione przez państwa należące do Światowej Federacji Serca (WHF) wykazały, że najwięcej działań prewencyjnych podejmowanych jest w zakresie profilaktyki wtórnej, wobec grup podwyższonego ryzyka, a najmniej w ramach indywidualnej oceny zagrożenia chorobą wieńcową. W Polsce prowadzi się od kilku lat działania z zakresu promocji zdrowia zgodnie z kartą Ottawską oraz założeniami WHO i WHF, do których należą profilaktyka, edukacja zdrowotna społeczeństwa, a także polityka zdrowotna, Prawidłowo prowadzona profilaktyka zdrowia wpływa na poprawę jakości życia pacjentów.

Pielęgniarka odgrywa istotną rolę w procesie profilaktyczno-leczniczym, poprzez propagowanie prawidłowego stylu życia, określenie motywacji do eliminowania czynników ryzyka oraz pomoc w realizacji powziętych przez pacjenta celów. Do zadań pielęgniarki w procesie profilaktyczno-leczniczym jest rozpoznanie zagrożenia zdrowia pacjenta. Działania profilaktyczne realizuje w oparciu o wcześniejszą diagnozę stanu klinicznego chorego, a także planuje działania ograniczające ryzyko wystąpienia choroby lub powikłań w wyniku istniejącego schorzenia. Pielęgniarka posiada duże możliwości do oddziaływania na pacjentów, co udowodniono w badaniu Randomised Evaluation of Secondary Prevention by Outpatient Nurse Specialists, (RESPONSE), ponieważ spędza z nimi więcej czasu niż pozostali członkowie biorący udział w procesie profilaktyczno-leczniczym. Dzięki temu może łatwiej ocenić potrzeby i gotowość pacjenta do zmiany stylu życia i zachowań zdrowotnych. ■

POLSKA GRUPA MEDYCZNA CZĘSTOCHOWA
HALINA HABIREK

Zasady żywienia w cukrzycy

CELE STOSOWANIA DIETY CUKRZYCOWEJ:

- wyrównanie cukrzycy tj. utrzymywanie bliskiego normie poziomu stężenia glukozy w surowicy krwi,
 - zapobieganie wczesnym i późnym powikłaniom,
 - dostarczenie zalecanej ilości energii i niezbędnych składników odżywczych,
 - redukcja masy ciała lub utrzymanie należyj (prawidłowej) masy ciała (szczególnie ważne w cukrzycy typu 2)
- Dieta oznacza kontrolę zarówno nad ilością, jak i jakością zjadanych produktów oraz płynów, a nie tylko ograniczenie sposobu żywienia !!!

PODSTAWOWE ZALECENIA DIETYCZNE W CUKRZYCY:

- unikanie węglowodanów prostych, aż do ich zupełnego wykluczenia,
- odpowiednia częstotliwość i regularność spożywania posiłków,
- urozmaicone i zdrowe żywienie nie odbiegające od podstawowych zaleceń,
- uwzględnianie indywidualnych i kulturowych preferencji żywieniowych.

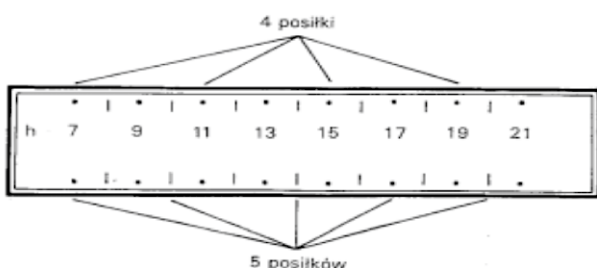
Dieta cukrzycowa to styl i przestrzeganie pewnych reguł, które mają za zadanie osiągnięcie dobrego samopoczucia i zapobieganie powikłaniom cukrzycy

W leczeniu cukrzycy typu 2 należy dążyć do trzech najważniejszych celów:

1. utrzymania poziomu cukru w granicach 90-140 mg/dl, a stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) w zakresie 6-7%,
2. obniżenia ciśnienia tętniczego poniżej 130/80 mm Hg;
3. obniżenia stężenia cholesterolu frakcji LDL poniżej 100 mg/dl; utrzymania stężenia cholesterolu frakcji HDL powyżej wartości 40 mg/dl u mężczyzn i powyżej 50 mg/dl u kobiet, obniżenia stężenia triglicerydów poniżej 150 mg/dl.

Liczba posiłków i przerwy czasowe między nimi
(wg Dz. Urz. MZiOS nr 16 z 1974 r.)

Rodzaj posiłku	Procentowy udział całodziennego zapotrzebowania energetycznego na poszczególne posiłki		
	przy 3 posiłkach dziennie	przy 4 posiłkach dziennie	przy 5 posiłkach dziennie
Śniadanie	30-35%	25-30%	25-30%
II śniadanie	-	5-10%	5-10%
Obiad	35-40%	35-40%	30-35%
Podwieczorek	-	-	5-10%
Kolacja	25-30%	25-30%	15-20%



Rozłożenie posiłków w czasie przy 4- o 5-razowym odżywianiu w ciągu dnia.

Wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych ujawniły, że zaledwie 12% chorych na cukrzycę osiąga te cele. Wymaga to starannej edukacji pacjentów (często także ich rodzin), która obejmuje naukę prawidłowego odżywiania, wprowadzenie zwiększonej aktywności fizycznej, konieczność samokontroli. Aby skutecznie chronić chorych na cukrzycę przed jej naczyniowymi powikłaniami, należy także bezwzględnie zabronić im palenia tytoniu oraz zastosować w terapii aspirynę (w przypadkach w których nie ma przeciwwskazań).

Prawidłowy udział poszczególnych składników w pokryciu dziennego zapotrzebowania na energię wg zaleceń PTD (2010)

Węglowodany < 45–50% (o niskim indeksie glikemicznym)

Białka 15–20% (stosunek białka zwierzęcego do roślinnego 50/50)

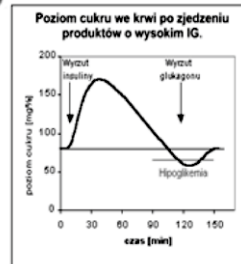
Tłuszcze 30–35%

Osoba z cukrzycą planująca swoją dietę powinna uwzględnić i kontrolować jej następujące elementy:

- węglowodany (błonnik pokarmowy),
- tłuszcze (cholesterol),
- białka,
- sól,
- alkohol,
- masę ciała i zapotrzebowanie energetyczne.

KONTROLA JAKOŚCI WĘGLOWODANÓW

- Ta sama ilość węglowodanów spożyta w postaci różnych produktów może powodować różny wzrost stężenia glukozy we krwi, dlatego opracowano tzw. indeks glikemiczny.
- Indeks Glikemiczny określa procentowo szybkość wzrostu stężenia glukozy we krwi po spożyciu produktów zawierających węglowodany w porównaniu do wzrostu jaki następuje po spożyciu tej samej ilości węglowodanów w postaci czystej glukozy.



Odpowiedź glikemiczna to cecha indywidualna, która zależy od:

- wrażliwości komórek na insulinę,
- funkcjonowania trzustki,
- czynności trawiennej przewodu pokarmowego oraz aktywności fizycznej.

Poziom glikemii poposiłkowej zależy również od tempa opróżniania żołądkowego, trawienia i wchłaniania węglowodanów.

Indeks Glikemiczny - zakresy wartości:

Niski Indeks Glikemiczny = 55 lub mniej

Średni Indeks Glikemiczny = 56-69

Wysoki Indeks Glikemiczny = 70 lub więcej

Co wpływa na indeks glikemiczny produktów ?

- rodzaj węglowodanów (np. fruktoza niski IG)
- obróbka technologiczna (np. gotowanie, stopień przetworzenia)

Pracownia Pedagogiki Lekarskiej, Instytut Medycyny, Mazowiecki Ośrodek Diagnostyki i Opieki, Pomocnika 14 tel 56-240 31 w 273, 03103 038 900

Tabela indeksów glikemicznych			
Węglowodany o wysokim indeksie glikemicznym	Węglowodany o niskim indeksie glikemicznym		
Maltosa (piwo)	110	Chleb pełnoziarnisty lub z otrąb	50
Glukoza	100	Ryż pełnoziarnisty (brązowy)	50
Ziemniaki pieczone	95	Ryż długi Basmati	50
Ryż	95	Groszek zielony w puszcze	50
Mączka ryżowa	95	Słodkie pataty	50
Skrobię modyfikowaną	95	Świeży groszek zielony	40
Purée z ziemniaków	90	Zboża pełnoziarniste bez cukru	40
Chipsy	90	Płatki zbożowe	40
Miód	85	Fasolka różowa	40
Chleb wysoko oczyszczony (hamburger)	95	Świeże soki owocowe bez cukru	40
Marchewka gotowana	85	Makaron pełnowartościowy (zboża pełnoziarniste)	50
Płatki kukurydziane	85	Pumpernikiel	40
Ryż krótko gotowany	85	Chleb żytni pełnoziarnisty	40
Ciasto ryżowe	85	Galaretki z alg	40
Ryż smaczony	85	Płatki suszone morele	35
Bób gotowany	80	Kukurydza indyjska	35
Dymia	75	Dziki ryż	35
Arbuż	75	Spaghetti (al dente)	45
Cukier (sacharoza)	70	Marchewka surowa	30
Chleb biały (bagietka)	70	Produkty z mleka	30
Zboża oczyszczone słodzone	70	Socucha fasolka	30
Białki czekoladowe	70	Soczewica brązowa, żółta	30
Ziemniaki gotowane bez skórki	70	Groch arabski	30
Coca-cola	70	Makaron z mąki z pełnego przemiału (al dente)	40
Herbatniki	70	Świeże owoce	30
Kukurydza pękająca-popcorn	70	Zielona fasolka	30
Ryż biały	70	Makaron sęowy	30
Kluski, pierożki	70	Marmolada owocowa bez cukru	22
Rodzynek	65	Soczewica zielona	22
Chleb razowy	65	Suszony groch	22
Ziemniaki w mundurkach	65	Czarna czekolada (=70% kakao)	22
Buraki	65	Fruktoza	20
Konfitury słodzone	65	Sól, orzechy ziemne	15
Fasolka marna	60	Świeże morele	15
Ryż długi	60	Warzywa zielone, pomidory	15
Banan, melon	60	Bakłażan, cukinia, czosnek, cebula	15
Spaghetti białe długie gotowane	55		
Herbatniki piaskowe	55		

- zmiana formy produktu (produkty rozdrobnione mają wyższy IG)
- dojrzewanie i przechowywanie warzyw, czy owoców
- zawartość błonnika pokarmowego (20-35 g/d) głównie frakcji rozpuszczalnych (pektyny, gumy) – niski IG
- zawartość tłuszczu – mniejsza IG
- obecność kwasów organicznych lub substancji antyodżywczych (niski IG)

Dieta o niskim indeksie glikemicznym charakteryzuje się znaczącym zwiększeniem:

- spożycia surowych owoców i warzyw,
- nasion roślin strączkowych,
- wybranych pełnoziarnistych produktów zbożowych bogatych w rozpuszczalny w wodzie błonnik pokarmowy (np. produkty z jęczmienia i owsa, pumpernikiel, kasza gryczana).

Prawidłowo zestawiona dieta o niskim indeksie glikemicznym, w pełni pokrywa zapotrzebowanie na wszystkie składniki odżywcze, składniki mineralne i witaminy, jest bogata w błonnik pokarmowy i antyoksydanty.

Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą (EASD) rekomenduje zastępowanie produktów o wysokich wartościach IG produktami o niskim IG.

KONTROLA ILOŚCI SPOŻYWANYCH WĘGLOWODANÓW

Dla osób z cukrzycą ważniejsza jest całkowita ilość węglowodanów w posiłku niż ich źródło bądź rodzaj. Sposobem oceny zawartości węglowodanów w pożywieniu może być ładunek glikemiczny

$$\text{Ładunek glikemiczny (ŁG)} = \frac{\text{Ilość węglowodanów w danej porcji w gramach} \times (\text{IG})}{100}$$

Ładunek Glikemiczny - zakresy wartości:

Niski ładunek Glikemiczny = 10 lub mniej

Średni ładunek Glikemiczny = 11-19

Wysoki ładunek Glikemiczny = 20 lub więcej

Produkty węglowodanowe o wysokim ŁG i wysokim IG (np. ziemniaki, biały chleb) powodują wysoki wzrost glikemii nawet po spożyciu niewielkiej porcji tego produktu.

Podobnie wysoki wzrost glikemii może być oczekiwany po spożyciu dużych ilości produktu o wysokim ŁG a niskim IG (np. owoce suszone, soki owocowe).

Ustalona liczba węglowodanów na dany posiłek może ulegać modyfikacji w zależności od:

- zaplanowanego wysiłku fizycznego,
- dawek insuliny,
- wyników poziomu cukru we krwi,
- dodatkowych chorób.

Alkohol

Spożywanie alkoholu przez chorych na cukrzycę nie jest zalecane.

Alkohol hamuje uwalnianie glukozy z wątroby i jego spożycie, zwłaszcza bez przekąski, może spowodować niedocukrzenie.

Nie zaleca się spożywania więcej niż 20 g/dobę alkoholu przez kobiety i 30 g/dobę alkoholu dla mężczyzn.

Umiarkowane spożycie alkoholu oznacza:

u mężczyzn = 1-3 jednostki (10-30g alkoholu)

u kobiet = 1-2 jednostki (10-20g alkoholu)

Jak przeliczyć ilość spożytego alkoholu ?

Jedna jednostka alkoholu to:

- 250 ml piwa
- jedna lampka wina (ok. 150 ml)
- jeden kieliszek wódki (ok. 30 ml)



Kiedy należy zjeść przekąskę przed snem ?

Poziom cukru we krwi [mg%]	Wielkość przekąski
< 100	sok albo mleko i przekąska
101-180	przekąska
> 181	bez przekąski

Ostre powikłania cukrzycy:

- Niedocukrzenie (Hipoglikemia)
- Nadmiar cukru w surowicy krwi (Hiperglikemia)

PRZEWLEKŁE –PÓŹNE POWIKŁANIA CUKRZYCY

- uszkodzenie wzroku (retinopatia, zaćma);
- uszkodzenie nerek (nefropatia);
- miażdżyca tętnic;
- choroby układu krążenia;
- zaburzenia czynności układu nerwowego (neuropatia).

HIPOGLIKEMIA - chory może odczuwać:

drżenie rąk, zimny pot, „wilczy apetyt”, bledność skóry, „szybkie bicie” serca, zmiana zachowania, może mieć trudności w koncentracji lub doświadczać podwójnego widzenia.

Hipoglikemię wywołują najczęściej:

- niedostosowana dawka insuliny lub leku doustnego do aktualnego poziomu cukru we krwi (zbyt duża dawka insuliny, nieprawidłowe miejsce wstrzyknięcia, zbyt duża przerwa między wstrzyknięciem a spożytym posiłkiem),
- błędy w odżywianiu (ominięcie posiłku, zmiana jego ilości -mniej węglowodanów, zbyt duża przerwa między posiłkami),
- zbyt duży, nagły wysiłek fizyczny,
- ubytek masy ciała,
- spożycie alkoholu,
- narkotyki.

Postępowanie doraźne w hipoglikemii:

- chory przytomny – 10-20 g glukozy lub osłodzony płyn; węglowodany złożone (przekąska), kontrola glikemii po 60 min.
- zaburzenia świadomości: 20% roztwór glukozy iv. (0,2 g glukozy/kg m.c.), następnie wlew 10% roztworu glukozy;

w razie braku dostępu do żyły 1 mg glukagonu im., brak poprawy - powtórzyć po 10 min. (nie podawać chorym leczonym lekami doustnymi oraz po spożyciu alkoholu)

HIPERGLIKEMIE wywołują najczęściej:

- zaniedbania w samokontroli (błędy w insulinoterapii - zbyt mała dawka insuliny lub pominięcie zastrzyku, pominięcie dawki leku doustnego),
- błędy dietetyczne (zbyt duża ilość węglowodanów w posiłku, nadmierna ilość alkoholu),
- zbyt mała aktywność fizyczna,
- dodatkowa choroba (infekcja, gorączka, zatrucie pokarmowe, uraz, operacja).

PRZEWLEKŁE – PÓŹNE POWIKŁANIA CUKRZYCY

Retinopatia cukrzycowa to uszkodzenie narządu wzroku związane ze zmianami w siatkówce, której uszkodzenie powoduje upośledzenie widzenia.

Diagnostyka: badanie dna oka

Retinopatię cukrzycową dzieli się na:

- prostą - w większości wypadków wymagającą tylko obserwacji pacjenta,
- przedproliferacyjną,
- proliferacyjną.

Dwa ostatnie stadia wymagają intensywnej terapii okulistycznej i często leczenia laserem (laseroterapii). Nieleczona retinopatia może prowadzić do utraty wzroku.

Nefropatia cukrzycowa polega na uszkodzeniu kłębuszków nerkowych, odpowiedzialnych za filtrowanie krwi i usuwanie z organizmu zbędnych i szkodliwych produktów przemiany materii.

Stan ten prowadzi do niewydolności nerek.

Neuropatia cukrzycowa - dochodzi do uszkodzenia nerwów. Objawy mogą być różnorodne i zależą od tego, które nerwy są uszkodzone. Najczęściej występuje polineuropatia obwodowa, która objawia się bardzo charakterystycznie uczuciem palenia i pieczenia stóp oraz dłoni, głównie w godzinach nocnych. U chorych z neuropatią częściej dochodzi do powstania stopy cukrzycowej.

Powikłania makroangiopatyczne:

- choroba wieńcowa,
- niedokrwienie kończyn dolnych,
- choroba naczyń mózgowych.

Choroba wieńcowa znacznie częściej występuje u chorych na cukrzycę i jest spowodowana zwężeniem tętnic wieńcowych, odpowiedzialnych za ukrwienie serca.

Choroba niedokrwienna kończyn dolnych jest wywołana miażdżycą tętnic. Początkowo objawia się bólami nóg w czasie chodzenia (chromanie przestankowe). W przypadku bardziej nasilonych zmian miażdżycowych może dochodzić do martwicy obwodowych części stopy (palce, pięta).

Choroba naczyń mózgowych zdarza się częściej u chorych na cukrzycę. Jest spowodowana zaburzeniami ukrwienia mózgu. Może doprowadzać do przejściowych niedowładów (przemijające ataki niedokrwienne) oraz do udaru mózgu.

PRZEWLEKŁE – PÓŹNE POWIKŁANIA CUKRZYCY:

- Ryzyko rozwoju stopy cukrzycowej
- deformacja stopy
- brak edukacji chorego
- niewłaściwa higiena stóp
- niewłaściwe obuwie
- Modzele (Haluksy)(duże, plackowate narośla zgrubiałej skóry

- stosunkowo miękkie, żółtawe o niewyraźnych granicach. Występują zazwyczaj na podeszwie stopy, pod jedną z główek kości śródstopia)

- długoletnia cukrzyca
- Duże ryzyko rozwoju stopy cukrzycowej
- neuropatia lub zmiany naczyniowe
- owrzodzenie w wywiadzie
- staw Charcota
- Owrzodzenie powierzchowne lub głębokie, zakażenie tkanek

Edukacja żywieniowa w cukrzycy

o Edukacja żywieniowa jest stałym, integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego w cukrzycy, w trakcie każdej wizyty.

o Program edukacji musi być tworzony przy udziale pacjenta.

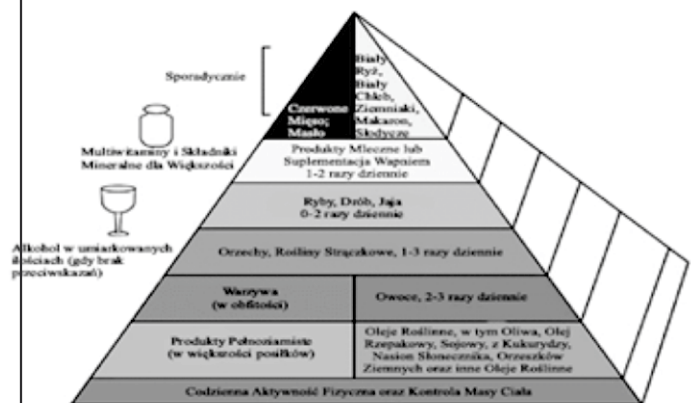
o Celem edukacji jest umożliwienie mu samodzielnego stosowania strategii terapeutycznych oraz zmodyfikowania stylu życia, ze względu na zalecany sposób odżywiania oraz aktywność fizyczną.

o W cukrzycy typu 2 szczególne znaczenie ma zmniejszenie otyłości.

o Udokumentowano skuteczność programów samodzielnego postępowania. ■

Opracowała Iwona Świerczek

Piramida Zdrowego Żywienia



Szkolenia



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

SKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek



6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatriczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07

SZKOLENIA DOKSZAŁCAJĄCE

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

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę

Planuje się również uruchomienie kursów:

1. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych – kurs specjalistyczny
2. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych – kurs specjalistyczny
3. Edukator w cukrzycy – kurs specjalistyczny
4. Kurs języka migowego

UWAGA!

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

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

KOMUNIKAT I

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszamy na XVII Jasnogórską Konferencję Naukowo – Szkoleniową Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych

**„Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze”
Cecily Saunders
- rola interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej**

która odbędzie się w dniach 24 – 27 stycznia 2013r. na Jasnej Górze w Częstochowie.

Konferencja połączona będzie z rozpoczęciem obchodów XX-lecia działalności Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.

W programie:

- Sesje warsztatowe w dniu 24.01.2013 r.,
- Sesje plenarne w dniach 25 -27.01.2013 r.
- Zwiedzanie Jasnej Góry,
- Spektakl teatralny,
- Pielgrzymka Hospicjów Polskich w dniu 27.01.2013 r.

Ważne terminy:

Termin zgłaszania uczestnictwa oraz wniesienia opłaty konferencyjnej: do 15 stycznia 2013r.

Rozpoczęcie konferencji: 24 stycznia 2013r.

Zakończenie konferencji: 27 stycznia 2013r.

Zgłaszanie uczestnictwa:

Rejestracja uczestników odbywać się będzie po wypełnieniu karty zgłoszenia uczestnictwa na stronie internetowej (www.hospicjum-czestochowa.pl) lub odsyłając kartę zgłoszenia na adres e-mailowy:

konferencja.czestochowa@wp.pl, lub pocztą na adres:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej
ul. Krakowska 45a, 42-202 Częstochowa.

Opłaty Konferencyjne:

390 PLN – opłata obejmuje: udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa, wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem, spektakl teatralny, zwiedzanie Jasnej Góry.

340 PLN – dla członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej – opłata obejmuje: udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa, wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem, spektakl teatralny, zwiedzanie Jasnej Góry.

200 PLN – opłata obejmuje: udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa, przerwy kawowe zgodne z programem.

Opłaty nie obejmują zakwaterowania.

Biuro Organizatora:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej,
42-202 Częstochowa, ul. Krakowska 45a
tel. 34 360 54 91, tel. 34 360 55 37, tel. kom. Aneta Długosz –
514 600 204, Izabela Kaptacz - 501 046 654
Karta zgłoszenia na stronie:

www: hospicjum-czestochowa.pl e-mail:
hospicjum.czestochowa@wp.pl,
konferencja.czestochowa@wp.pl ■

KOMUNIKAT

VI Ogólnopolska konferencja naukowo-szkoleniowa Z cyklu „Pielęgniarka w procesie rehabilitacji”

W dniach 20,21 września 2012 r. w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji w Tarnowskich Górach przy ulicy Śniadeckiego 1, odbędzie się V Ogólnopolska Konferencja naukowo-szkoleniowa przeznaczona dla pielęgniarek i lekarzy

„Leczenie, pielęgnacja, rehabilitacja i edukacja pacjenta z cukrzycą”

Patronat Honorowy: prof. Stanisław Rudnicki

Komitet Naukowy:

Przewodniczący - prof. Józef Opara prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Strojek

dr n. med. Krystian Oleszczyk

dr n. biol. Grażyna Kruk Kupiec - Konsultant Krajowy w
Dziedzinie Pielęgniarstwa

dr Mariola Bartusek - Przewodnicząca Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

Mgr Alicja Szewczyk –przewodnicząca Polskiej Federacji
Edukacji w Diabetologii

Komitet Organizacyjny:

Przewodnicząca - mgr Urszula Mizerska (601 091 687,
dp@repty.pl)

mgr Maria Żyłka

mgr Iwona Cogiel

mgr Justyna Kapuściok

mgr Jolanta Dyla

Zenona Foks

Tematy konferencji:

1. Nowoczesne metody leczenia cukrzycy

2. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z cukrzycą w aspekcie
powikłań cukrzycy.

3. Rehabilitacja pacjenta z cukrzycą

4. Edukacja pacjenta i rodziny z cukrzycą

5. Programy terapeutyczne dla pacjentów z cukrzycą

Biurow Organizacyjne Konferencji

„CONSULTANT” Doradztwo i Szkolenia Urszula Erfurt

ul. Wyszyńskiego 115, 42-600 Tarnowskie Góry,
uerfurt3@wp.pl

032 39 01 202 do godz. 15.00

fax: 032 285 41 23, tel. kom. 601 091 684

Koszt uczestnictwa – 200 PLN

Szczegółowe informacje oraz karta zgłoszenia: www.repty.pl

Opłata na konto:

„CONSULTANT” Doradztwo i Szkolenia Urszula Erfurt

Konto w Banku PKO BP o/ Tarnowskie Góry nr: 89 1020 2368
0000 2402 0256 1405

W ramach opłaty konferencyjnej organizatorzy zapewniają
uczestnictwo w obradach, materiały konferencyjne, serwis
kawowy, lunch oraz bankiet. Opłata konferencyjna nie
uwzględnia noclegu. Bieżące informacje dotyczące konferencji
i bazy hotelowej zamieszczone są na stronie www.repty.pl -
Konferencja „Pielęgniarka w procesie rehabilitacji” ■



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia

ALMACH

ul. Kulińska 2
87-800 Włocławek

tel. 601 256 845

Szanowna Pani

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl

www.fundacja-almach.org.pl

Halina Synakiewicz

Przewodnicząca

Okręgowej Izby

Pielęgniarek i Położnych

oraz

Członkowie Okręgowej Izby

Szanowna Pani Przewodnicząca

Szanowni Państwo

Dane mi było od 1992r organizować struktury zakładowe i regionalne OZZPiP, a w latach 1995-2005 pełnić funkcję I Przewodniczącej Zarządu Krajowego i działać na rzecz naszych zawodów.

Obecnie nadal działam dla dobra pielęgniarek i położnych oraz pacjentów, pełnię społecznie funkcję wiceprezesa Fundacji Pracy i Ochrony Zdrowia Almach. Od zawsze marzyłam zrobić coś więcej dla naszego środowiska, bo wiem, że nasze koleżanki i koledzy – renciści, emeryci, potrzebują naszej pomocy.

Od września 2012r w urokliwej miejscowości Tylmanowa rozpocznie się adaptacja wewnątrz budynku przeznaczonego przez Fundację, którą reprezentuję na I Pielęgniarski Dom Seniora na około 70-80 osób. Nasze koleżanki z terenu całego kraju będą mogły zamieszkać w nim czasowo bądź na stałe.

Zwracam się do Pani Przewodniczącej oraz Członków Okręgowej Izby o upowszechnienie informacji o Domu Seniora na swoim terenie oraz zamieszczenie jej na stronie internetowej Waszej Organizacji.

Osoby zainteresowane mogą zapoznać się z ofertą Fundacji na stronie www.fundacja-almach.org.pl lub bezpośrednio u mnie – numer 601256845.

z Koleżeńskim pozdrowieniem
Bożena Banachowicz



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie - dokument „Deklaracji poparcia Dyrektywy 2012/32/UE” + Podsumowanie Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej „Dbając o Zdrowie – narażają zdrowie”

Szanowni Państwo,

19 kwietnia 2012 roku odbył się pierwszy Ogólnopolski Kongres Ekspozycji Zawodowej „Dbając o Zdrowie – narażają zdrowie”, którego organizatorem było Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Spotkanie ekspertów z lekarzami, pielęgniarkami i przedstawicielami instytucji związanymi ze służbą zdrowia miało na celu określenie kierunku działań implementacji Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 roku dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki medycznej.

Polska jest zobowiązana do 11 maja 2013 roku wprowadzić Dyrektywę 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 roku. Dokument uznaje, że codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zgodnie z jej wytycznymi, konieczne jest też przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, określenia metod zapobiegania, jak również do monitorowania epizodów ekspozycyjnych.

Rada Ekspertów Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej podpisała „Deklarację poparcia Dyrektywy 2010/32/UE” i zobowiązała się dołożyć wszelkich starań, aby w miarę możliwości przyspieszyć i usprawnić proces implementacji nowych przepisów.

W imieniu Pani Doroty Kilańskiej z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przesyłam dokument „Deklaracji poparcia Dyrektywy 2012/32/UE” oraz list zawierający najważniejsze tezy, które były szeroko omawiane podczas Kongresu. ■

Warszawa, 19 kwietnia 2012 r.

DEKLARACJA POPARCIA DYREKTYWY 2010/32/UE

Praca w placówkach służby zdrowia naraża na ryzyko zakażeń wskutek zakłuc ostrym sprzętem medycznym. Ponad 30 patogenów, m.in. wirusy zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV, może być przenoszonych poprzez krew lub inne płyny ustrojowe. Wszystkie procedury medyczne mogą być źródłem ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny. W Polsce brakuje ujednoliconego modelu postępowania poekspozycyjnego. Obecnie istniejące przepisy nie w pełni zabezpieczają personel medyczny przed zakażeniem zawodowym. Pracownicy opieki zdrowotnej i ich rodziny mogą cierpieć przez wiele miesięcy w oczekiwaniu na informację, czy ulegli potencjalnie śmiertelnemu zakażeniu. Dodatkowo, wielu z nich musi w tym czasie przyjmować leki, które nie są obojętne dla organizmu. Problem ten dotyka całego systemu opieki zdrowotnej. Zakażenia zawodowe patogenami krwiopochodnymi mogą bowiem przyczynić się do utraty pracowników, których niedobór jest już obecnie odczuwalny. Rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji prawnych minimalizujących ryzyko ekspozycji wśród pracowników służby zdrowia.

Dyrektywa 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. uznaje, że codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na

ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zgodnie z jej wytycznymi, konieczne jest też przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, określenia metod zapobiegania (szkoleń, informacji, zwiększania świadomości), jak również do monitorowania epizodów ekspozycyjnych. Tylko dzięki tak kompleksowym działaniom możliwe jest osiągnięcie pożądanego efektu.

Oczekiwane regulacje prawne wynikające z implementacji Dyrektywy powinny objąć poniższe grupy docelowe:

- pracowników zatrudnionych przez pracodawcę w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem każdej formy zatrudnienia w sytuacji świadczenia przez nich usług,
- stażystów i praktykantów zaangażowanych w świadczenie usług w sektorze opieki zdrowotnej,
- osoby zatrudnione w sektorze opieki zdrowotnej za pośrednictwem agencji pracy czasowej,
- podwykonawców tj. osoby zatrudnione na podstawie umownego stosunku pracy (kontraktu) w sektorze opieki zdrowotnej.
- określenia i wprowadzenia procedur dotyczących eliminacji i usuwania ostrych narzędzi medycznych ze środowiska pracy,
- wyeliminowania ze środowiska pracy ostrych narzędzi medycznych i stosowania – tam gdzie to możliwe – dostępnych na rynku wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem,
- przeprowadzania cyklicznych szkoleń przez specjalistów z zakresu zakażeń krwiopochodnych, nie rzadziej niż raz na 24 miesiące, lub szkoleń wewnątrzdziałowych,
- zapewnienia pracownikom narażonym na ekspozycję dostępnych szczepień ochronnych zakończonych oznaczeniem poziomu przeciwciał anty-HBs 1-2 miesiące po szczepieniu,
- zapewnienia pracownikom możliwości przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego natychmiast po zdarzeniu,
- wprowadzenia obowiązkowego rejestru ekspozycji zawodowych (kontakt skóry z materiałem zakaźnym, zachłapanie, zakłucie, zranienie itp.),
- zapewnienia przez ustawodawcę środków finansowych na realizację zaleceń zawartych w Dyrektywie.

Z uwagi na możliwe późniejsze konsekwencje każda ekspozycja na krew lub inny potencjalnie zakaźny płyn ustrojowy winna być traktowana jak wypadek przy pracy i w ten sposób zgłaszana. Istnieje pilna potrzeba stworzenia ogólnopolskiego, ujednoliconego systemu rejestru ekspozycji zawodowych.

Mając na uwadze powyższe informacje, pragniemy wyrazić nasze zrozumienie problemu oraz poparcie dla implementacji Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w obszarze wskazanym przez Parlament Europejski. Zobowiązujemy się jednocześnie dołożyć wszelkich starań, aby w miarę możliwości przyspieszyć i usprawnić proces implementacji. ■

KALENDARIUM

od 28.06.2012 roku do 31.07.2012 roku

28.06.2012r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach XXIII zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

29.06.2012r. Na zaproszenie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Zarządu Oddziału w Katowicach oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koła Terenowego w Ra-



ciborzu Przewodnicząca OR uczestniczyła w uroczystości z okazji 55-lecia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Polsce.

29.06.2012r. W ZDZ w Częstochowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek „Leczenie ran”.

02.07.2012r. W Ośrodku Szkoleniowym przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo pediatryczne”.

03.07.2012r. W firmie „SPHINX” BIURO KONSULTINGOWE - Jan Żelechowski odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki”.

10.07.2012r. W szpitalu w Blachowni odbyło się spotkanie pielęgniarek i położnych tam zatrudnionych z dyrekcją szpitala. Na zaproszenie przedstawicieli Związków Zawodowych w spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

17.07.2012r. W SPZOZ Lubliniec odbyło się spotkanie Pani Dyrektor B. Szubert z Przewodniczącą ORPiP. Spotkanie dotyczyło współpracy szkoleniowej.

20.07.2012r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu ze Starostą Powiatu Częstochowskiego J. Krakowianem, członkiem Zarządu Powiatu Panią M. Maniszewską i przedsta-

wicielami Związków Zawodowych działających w szpitalu w Blachowni. Tematem spotkania była polityka kadrowa prowadzona przez dyrekcję szpitala: zwalnianie pielęgniarek i położnych, jednoosobowe obsady dyżurowe, zagrożone bezpieczeństwo personelu i pacjentów i obecna sytuacja finansowa szpitala.

23.07.2012r. W Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie Przewodniczących ORPiP i NRPiP oraz innych przedstawicieli odpowiedzialnych za gospodarkę finansową. Spotkanie dotyczyło projektu umowy przedstawionej przez MZ na dotację budżetową za zadania przejęte od administracji państwowej.

25.07.2012r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji rozpatrzyli 45 wniosków o dofinansowanie na kwotę 25 tys. zł oraz podjęli dwie odmowne decyzje z powodu niezgodności z regulaminem.

25.07.2012r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych, pozytywnie rozpatrzono dwa złożone wnioski.

25.07.2012r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

KSIĄŻKI ZAKUPIONE DO ZBIORÓW BIBLIOTEKI PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE PIELENGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE!

LP	TYTUŁ	AUTOR	NR INWENTARZOWY
1.	Echokardiografia. Praktyczny podręcznik wykonywania i opisywania badania	Mirosław Dłużniewski	625
2.	Kardiologia kliniczna. Schorzenia serca, układu krążenia i naczyń okołosercowych. tom 1-2 (komplet)	Jarosław Drożdż	626,627
3.	Kardiologia interwencyjna. Zabiegi przezskórne pozawieńcowe	Andrzej Bochenek, Paweł Buszman	628,629
4.	Zarys współczesnej promocji zdrowia	Dorota Cianciara	630, 631
5.	Zdrowie publiczne	Teresa Kulik, Maciej Latański	632
6.	Pediatryka i pielęgniarstwo pediatryczne	Krystyna Bernat	633, 634
7.	Reumatologia	Jacek Pazdur	635
8.	Podstawy Hematologii	Anna Dmoszyńska, Tadeusz Robak	636, 637, 638
9.	Podstawowe operacje urologiczne	Kazimierz Krajka	639
10.	Chirurgia endokrynologiczna	Stanisław Cichoń, Lech Pomorski	640, 641
11.	Chirurgia. Repetytorium	Jan Fibak	642
12.	Położnictwo praktyczne i operacje położnicze	Joachim W. Dudenhausen, Willibald Psychrembel	643, 644
13.	Prowadzenie porodu	J. Iwanowicz-Palus	645
14.	Szkoła rodzenia	Dorota Ćwiek	646, 647
15.	Powikłania pooperacyjne w ginekologii	Beata Śpiewankiewicz	648, 649
16.	Resuscytacja noworodka	Magdalena Rutkowska, Ewa Adamska, Marzanna Reško-Zachara	650, 651, 652, 653, 654
17.	Stany zagrożenia życia u dzieci	Urszula Kapłon-Kostowska, Kamila Gumprecht	655
18.	O depresji w ciąży i po porodzie: przyczyny, objawy, leczenie i zapobieganie	Iwona Koszewska	656, 657
19.	Alergologia praktyczna	Krystyna Obtulowicz	658
20.	Biegunki i zaparcia	Józef Ryżko	659
21.	Żyjąc z chorobą Parkinsona	Włodzimierz Kuran	660



Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej

Szanowni Państwo,
W imieniu Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczego WUM oraz Wydawnictwa Lekarskiego PZWL, mamy przyjemność zaprosić Państwa na Konferencję naukową „Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej”, która odbędzie się w dniach 23-24 listopada w Warszawie.

Tematyka konferencji koncentruje się wokół następujących zagadnień:

Komunikacja w opiece nad noworodkiem, w tym problemy resuscytacji w ciąży, porodzie i połogu, relacja rodzice – dziecko;

· Komunikacja z pacjentką z problemami urologicznymi, w tym nowe metody leczenia nietrzymania moczu;

· Komunikacja pomiędzy pacjentką a lekarzem ginekologiem i radiologiem, w tym w zakresie nowoczesnych technik diagnostycznych z wykorzystaniem NMR.

Do udziału w spotkaniu zapraszamy specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa: położne, lekarzy i pielęgniarki współpracujących ze sobą w ramach zespołu terapeutycznego oraz wszystkich chętnych zainteresowanych prawidłową komunikacją w problemach medycznych.

Mamy nadzieję, że program konferencji spełni Państwa oczekiwania.

Serdecznie zapraszamy

Prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

23.11.2012 r. (piątek)

8.00 – 9.00 Rejestracja uczestników

9.00– 09.15 Otwarcie konferencji, prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

9.15 – 11.30 Panel I Komunikacja z pacjentem z problemami urologicznymi Przewodniczący sesji: Prof. dr hab. Dariusz Szukiewicz

9.15 – 9.45 Komunikacja w zespole terapeutycznym, prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

9.45– 10.15 Nowe metody leczenia nietrzymania moczu, dr n. med. Janusz Zajda

10.15 – 10.45 Komunikacja w opiece położniczo-ginekologicznej okiem położnej, dr n. med. Grażyna Bączek

10.45- 11.00 Dyskusja

11.00 – 12.00 Przerwa kawowa

12.00– 13.15 Panel II Komunikacja w opiece nad noworodkiem Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Jan Oleszczuk

12.00- 12.30 Noworodki z niską masą urodzeniową. Relacja rodzice – dziecko, prof. dr hab. Jacek Rudnicki

12.30– 13.00 Resuscytacja w ciąży, porodzie i połogu, dr n. med. Dariusz Kosson

13.00 – 13.30 Komunikacja a seksualność u niepełnosprawnych, dr n. med. Remigiusz Kijak

13.30 – 13.45 Dyskusja

13.45 – 14.45 Lunch

14.45 – 15.15 Seksualność porodu, prof. dr hab. Wioletta Skrzypulec

15.15 – 15.45 Stany zagrożenia życia u matki (rzucawka), prof. dr hab. n. med. Jan Oleszczuk

15.45 – 16.15 Wykład sponsorowany

16.15– 16.30 Dyskusja

Warsztaty:

17.00–18.30 Techniki poprawiające komunikację pomiędzy lekarzem, położną, pacjentem i studentem w chorobach onkologicznych i nietrzymania moczu- standard postępowania – dr Aldona Katarzyna Jankowska, dr Janusz Zajda, dr Grażyna Bączek – Zakład Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej, mgr Bogna Dembek – Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

17.00– 18.30 Badania ultrasonograficzne, a komunikacja z pacjentką (dr Jerzy Zwoliński, Szpital Ginekologiczno – Położniczy im. św. Rodziny, Warszawa, dr Małgorzata Uchman – Musielak Zakład Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej, dr Arkadiusz Kapliński)

17.00– 18.30 Zagrożenia życia okresu noworodkowego- standardy postępowania: mgr Monika Salamończyk – Zakład Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej, WUM, mgr Anna Łozińska-Czeriak – Zakład Dydaktyki Ginekologiczno - Położniczej, WUM, dr Dariusz Kosson – Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, WUM

24.11.2012 r. (sobota)

9. 00 – 10.45 Panel I Społeczne aspekty komunikacji Przewodniczący sesji: Prof. dr hab. Eliza Grzelak

9.00 – 9.30 Integracja różnych sposobów rozumienia sytuacji – komunikacja grup zawodowych w szpitalu im. Św Zofii, mgr Zuzanna Rohn

9.30 – 10.00 Komunikowanie się z chorymi onkologicznie, Dr Mariola Kosowicz

10.00 – 10.30 Komunikacja lekarz - pacjent- perspektywa etnolingwistyczna, prof. dr hab. Eliza Grzelak

10.30 – 10.45 Dyskusja

10.45 – 11.15 Przerwa kawowa

11.15 – 12.45 Panel II Komunikacja pomiędzy pacjentem, a lekarzem Przewodniczący sesji: Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki

11.15 – 11.45 Komunikacja pomiędzy radiologiem, ginekologiem, a przydatność rezonansu magnetycznego, prof. dr hab. n. med. Monika Bekiesińska – Figatowska

11.45 – 12.15 Ultrasonografia w chorobach ginekologicznych, a komunikacja z pacjentem, Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki

12.15 – 12.45 Dyskusja

12.45 – 13.45 Lunch

Zespół terapeutyczny Znaczenie komunikacji w praktyce położnej

Warunkiem profesjonalnej opieki medycznej jest oparta na zaufaniu współpraca zespołu terapeutycznego. Warunkiem współpracy zaś znajomość zasad skutecznej komunikacji. Ale co może być skomplikowanego w zwyczajnym dzieleniu się informacjami? Okazuje się, że trzeba wiedzieć, jak mówić, by nasze słowa wywarły zamierzony skutek. I tego można się nauczyć.

dr n. med. Grażyna Bączek

prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch - Gajzlerska

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej Warszawski Uniwersytet Medyczny



Znaczenie komunikacji podkreślał już Arystoteles mówiąc, że człowiek jako istota społeczna z natury potrzebuje innych ludzi. Komunikację można najprościej zdefiniować jako proces, w którym ludzie dzielą się znaczeniami, informacjami, przekazują sobie istotne komunikaty. Uproszczony schemat komunikacji w zespole terapeutycznym z uwzględnieniem roli położnej przedstawiono na poniższym rysunku:

Przeszkody

Nieprzypadkowo obok sprzężenia zwrotnego w procesie komunikacji pojawiły się wykrzykniki – bez tego elementu komunikacja nie istnieje. Brak informacji zwrotnej od pacjentki, lekarza, pielęgniarki, psychologa, czy mój przekaz był przyjęty i zrozumiały świadczy jedynie o tym, że wysłałam komunikat. Komu? W jakim celu? Czy przyniósł efekt? Nie wiadomo, brak odpowiedzi. Po prostu brak komunikacji, choć pozornie informację przekazałam – w próżnię, nie czekając na potwierdzenie. To najistotniejszy błąd w procesie komunikowania. Tym większy, że mówimy przecież o komunikacji terapeutycznej!

Znane są też inne przeszkody komunikacyjne w praktyce położnej. Należą do nich m.in.:

- różnice w postrzeganiu,
- reakcje emocjonalne,
- niezgodność komunikatów werbalnych i niewerbalnych,
- brak zaufania do nadawcy – położnej.

Każda z tych przeszkód ma swoje źródła i konsekwencje. Ich poznanie z pewnością pomoże eliminować te przeszkody. Poznanie zawsze wiąże się z poszukiwaniem – literatury, sympozjów, konferencji. Ważne, by cały zespół terapeutyczny chciał „poznać”, poszukiwać, doskonalić swoją praktykę.

Techniki

Jest wiele technik, które wspierają komunikację. Do najprostszych, naturalnych można zaliczyć:

- empatię – np. wczucie się w sytuację stresową pacjentki,
- aktywne słuchanie pozwalające pacjentce na wyrażenie wszelkich wątpliwości i odczuć związanych z hospitalizacją,
- akceptację – pacjentka może bezpiecznie przedstawić swe obawy i zmartwienia,
- autentyczność – naturalność, otwartość,
- asertywność,
- taktowny humor.

Wydaje się, że pozornie to mało profesjonalne zachowania, takie niemedyczne. Nie da się ich udokumentować czy zapisać w postaci procedur czy standardów. Z pewnością jednak warunkują nawiązanie kontaktu z drugim człowiekiem, zwłaszcza z człowiekiem w sytuacji stresu.

Wartość

Rola i znaczenie komunikacji jest ważne w każdym miejscu praktyki położnej: w środowisku rodzinnym, w oddziale ginekologii, patologii ciąży, w sali porodowej czy w oddziale położniczo – noworodkowym. Izba przyjęć to szczególnie ważne miejsce – pierwszego kontaktu i pierwszej diagnozy, jednocześnie miejsce gdzie kulminuje się stres w momencie wejścia w system opieki szpitalnej.

Nie można zapomnieć o tym, że pracujemy w zespołach terapeutycznych. Pacjent, pacjentka potrzebują zespołu specjalistów w pożądanym w danej sytuacji dziedzinach. Członkiem zespołu, niejako jego sercem jest pacjent, pacjentka i ważne by proces komunikacji nie odbywał się w sposób paternalistyczny „nad głową pacjenta” ale do i od pacjenta. Szczególnym członkiem zespołu jest też student, studentka położnictwa. Młody człowiek, który zdobywa wiedzę, nabywa umiejętności i kształtuje swoją postawę zawodową. Komunikując się w zespole nie zapomnijmy o tym, że dajemy przykład, wzorzec, współtworzymy czyjś system wartości. To wielka odpowiedzialność, ale może być również wielką zasługą.

Kompetencja

Można zauważyć, że kwestia komunikacji nie istnieje bez pracy zespołu terapeutycznego. W rzeczywistości istnieją elementy wspólne dla obydwu tych procesów. Skuteczność współpracy w zespole, której warunkiem jest prawidłowa komunikacja, zależy od wiedzy poszczególnych członków zespołu, ich umiejętności praktycznych, kompetencji społecznych (postawa zawodowa, kultura osobista, szacunek dla odbiorcy) oraz znajomość i respektowanie kompetencji poszczególnych członków zespołu.



Schemat komunikacji, przeszkody, sposoby ich pokonywania, zasady dobrej współpracy w zespole – teoria daje nam szereg wskazówek jak postępować. Wciąż mamy jednak problemy i z komunikacją i ze współpracą w zespole. Początkiem ich zdefiniowania i rozwiązania niech będą pytania, które każdy z nas powinien sobie postawić.

Czy ja, profesjonalista w dziedzinie opieki medycznej:

- pogłębiam swoją wiedzę?
- doskonalam umiejętności?
- pracuję nad swoimi kompetencjami społecznymi?
- znam i respektuję kompetencje członków mojego zespołu?
- profesjonalnie i godnie reprezentuję mój zawód i moje kompetencje?

Może udzielone odpowiedzi pomogą rozpoznać źródła naszych problemów i w komunikacji i we współpracy w zespole terapeutycznym. ■



NIPIP-NRPIp-DM.0025.188.2012 Warszawa, 5 lipca 2012 r.

Pani/Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, iż aktualnie obowiązuje zmiana art. 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki



Sztuka Pielęgniowania
WYDAWNICTWO

Zaproszenie na Konferencję Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku

Komunikat I

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

oraz

Wydawnictwo Sztuka Pielęgniowania
zapraszają na Ogólnopolską Konferencję
„Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku”

12 października 2012, godz. 10.00-15.00

Centrum Dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
sale 233-234, I piętro, ul. Księcia Trojdena 2a

W programie Konferencji min.:

- ✓ wizerunek pielęgniarki wczoraj i dziś
- ✓ komunikowanie się z pacjentem, personelem
- ✓ marka w pielęgniarstwie
- ✓ pielęgniarstwo przyszłości: pielęgniarka w sieci, telepielęgniarstwo
- ✓ samodzielność zawodowa
- ✓ wizerunek pielęgniarki i etyka

Zgłoszenia prosimy nadsyłać na adres Wydawnictwa:

konferencja@sztukapielengnowania.pl

Koszt udziału jednej osoby 75 zł, studenci z WUM 35 zł

Nr konta 60 2340 0009 0040 2400 0000 0590

W tytule przelewu prosimy wpisać imię i nazwisko

<http://sztukapielengnowania.pl/>

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Zmiana ta nastąpiła w związku z wprowadzeniem ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

Aktualnie art. 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma następujące brzmienie: „Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. **Kontynuacja zaopatrzenia w wybrane wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na zlecenie pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.**” ■

Z poważaniem
(-) Grażyna Rogala - Pawelczyk
Prezes NRPIp

Karta zgłoszenia udziału w konferencji

Wizerunek Pielęgniarki XXI w.

Warszawa, 12 października 2012r.

Imię i nazwisko.....

Miejsce pracy.....

Stanowisko.....

Student WUM TAK NIE

e-mail.....

Tel.....

Proszę o wystawienie rachunku TAK NIE

Dane potrzebne do wystawienia faktury:

Nazwa i adres Instytucji.....

.....

NIP.....

Uczestnik nadsyłając kartę zgłoszenia oświadcza, że wyraża zgodę na wykorzystanie danych osobowych do celów organizacyjnych, z zachowaniem wymogów wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

GODZINY PRACY BIURA OIPIp

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPIp w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 14 czerwca 2012 r.

w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcą w zawodzie pielęgniarki i położnej

Na podstawie art. 55 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707) zarządza się, co następuje:

§ 1. Do podjęcia studiów, o których mowa w art. 52 ust. 3 pkt 2 i art. 53 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanych dalej "studiami zawodowymi", uprawnia świadectwo dojrzałości oraz dyplom ukończenia:

- 1) w przypadku pielęgniarek:
 - a) pięcioletniego liceum medycznego,
 - b) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
 - c) dwuipółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
 - d) trzyletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki;
- 2) w przypadku położnych:
 - a) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie położnej,
 - b) dwuipółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie położnej.

§ 2. Czas trwania studiów zawodowych nie może być krótszy niż:

- 1) w przypadku pielęgniarek:
 - a) dwa semestry lub 1150 godzin - dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych,
 - b) trzy semestry lub 2410 godzin - dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
 - c) dwa semestry lub 1984 godziny - dla absolwentów dwuipółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
 - d) dwa semestry - dla absolwentów trzyletnich szkół policealnych albo pomaturalnych;
- 2) w przypadku położnych:
 - a) trzy semestry lub 1479 godzin - dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
 - b) dwa semestry lub 1086 godzin - dla absolwentów dwuipółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych.

§ 3. 1. Program kształcenia na studiach zawodowych, w tym wymiar zajęć teoretycznych, praktycznych i praktyk zawodowych, ustala uczelnia, uwzględniając różnice pomiędzy treściami kształcenia określonymi w standardach kształcenia dla kierunków studiów pielęgniarstwa i położnictwa oraz programami nauczania zrealizowanymi odpowiednio w szkołach, o których mowa w § 1.

2. Program kształcenia dla pielęgniarek, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. a, uczelnia ustala, uwzględniając wymagania dotyczące treści kształcenia określone w załączniku do rozporządzenia.

3. Program kształcenia:

- 1) dla pielęgniarek, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. a, obejmuje kształcenie teoretyczne stanowiące nie mniej niż 400 godzin programu kształcenia i kształcenie praktyczne stanowiące nie mniej niż 750 godzin tego programu;
- 2) dla pielęgniarek, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. b-d, oraz położnych, o których mowa w § 2 pkt 2, obejmuje kształcenie

teoretyczne stanowiące nie mniej niż 33% programu kształcenia i kształcenie praktyczne stanowiące nie mniej niż 50% tego programu.

4. Przewidziane w programie kształcenia zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe mogą zostać zaliczone na wniosek studenta na podstawie udokumentowanego doświadczenia zawodowego, w zakresie wykonywanych czynności odpowiadających przedmiotowi zajęć praktycznych lub praktyk zawodowych, z uwzględnieniem długości stażu pracy, w przypadku:

- 1) pielęgniarek, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. a, nie więcej jednak niż 30% wymiaru tych zajęć i praktyk;
- 2) pielęgniarek, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. b-d, oraz położnych, o których mowa w § 2 pkt 2, nie więcej jednak niż 50% wymiaru tych zajęć i praktyk.

5. Zaliczenia zajęć praktycznych i praktyk zawodowych dokonuje kierownik podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni prowadzącej studia zawodowe, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych.

6. Zajęcia zrealizowane w ramach programu nauczania w szkołach, o których mowa w § 1, odnotowuje w indeksie kierownik jednostki, o którym mowa w ust. 5.

§ 4. 1. Po zaliczeniu przewidzianych programem kształcenia na studiach zawodowych zajęć teoretycznych i praktycznych oraz praktyk zawodowych student przystępuje do teoretycznego i praktycznego egzaminu kończącego studia zawodowe.

2. Terminy i miejsce egzaminów oraz komisję egzaminacyjną wyznacza kierownik jednostki, o którym mowa w § 3 ust. 5.

3. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi przewodniczący komisji egzaminacyjnej i członkowie komisji egzaminacyjnej.

4. O terminach i miejscu egzaminów kierownik jednostki, o którym mowa w § 3 ust. 5, zawiadamia studenta oraz komisję egzaminacyjną, w terminie nie krótszym niż 14 dni przed dniem egzaminu.

5. Egzamin teoretyczny i praktyczny nie może być przeprowadzany w tym samym dniu.

6. Komisja egzaminacyjna ocenia łącznie wyniki egzaminu teoretycznego i praktycznego, podejmując uchwałę zwykłą większością głosów. W razie równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego komisji egzaminacyjnej.

7. Ocenę łączną egzaminu kończącego studia zawodowe określa się łącznym stopniem: celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny.

8. Z przebiegu egzaminu kończącego studia zawodowe wyznaczony przez przewodniczącego komisji egzaminacyjnej członek komisji egzaminacyjnej sporządza protokół, który podpisują przewodniczący i członkowie komisji egzaminacyjnej; protokół zawiera w szczególności wynik egzaminu kończącego studia zawodowe.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: B.A. Arłukowicz

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

2) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 110, poz. 1170 oraz z 2010 r. Nr 65, poz. 420), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 102 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707).



Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. (poz. 770)

WYMAGANIA DOTYCZĄCE TREŚCI KSZTAŁCENIA DLA PIEŁĘGNIAREK ABSOLWENTÓW PIĘCIOLETNIICH LICEÓW MEDYCZNYCH

1. Grupy treści kształcenia i liczba godzin zajęć zorganizowanych

Lp.	Grupa treści kształcenia	Liczba godzin
1	2	3
1	Grupa treści podstawowych	135
2	Grupa treści kierunkowych	1015
Razem		1150

2. Składniki treści kształcenia w grupach i liczba godzin zajęć zorganizowanych

2.1. Grupa treści podstawowych - 135 godzin

Lp.	Treści kształcenia w zakresie:	Liczba godzin
1	2	3
1	Elementów anatomii z fizjologią	20
2	Biochemii i biofizyki	10
3	Farmakologii	10
4	Radiologii	10
5	Mikrobiologii i parazytologii	10
6	Zdrowia publicznego	10
7	Badań fizykalnych	25
8	Prawa	15
9	Pedagogiki	15
10	Psychologii	10

2.2. Grupa treści kierunkowych - 1015 godzin

Lp.	Treści kształcenia w zakresie:	Liczba godzin kształcenia teoretycznego	Liczba godzin kształcenia praktycznego
		265	750
1	2	3	4
1	Podstaw pielęgniarstwa	15	-
2	Filozofii i etyki zawodu	15	-
3	Promocji zdrowia	10	25
4	Podstawowej opieki zdrowotnej	20	85
5	Interny i pielęgniarstwa internistycznego	20	80
6	Neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego	15	85
7	Pediatrici i pielęgniarstwa pediatrycznego	20	85
8	Chirurgii i pielęgniarstwa chirurgicznego	20	80
9	Rehabilitacji i pielęgniarstwa niepełnosprawnych	15	85
10	Geriatrici i pielęgniarstwa geriatrycznego	20	85
11	Psychiatrici i pielęgniarstwa psychiatrycznego	10	45
12	Anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia	20	50
13	Ratownictwa medycznego	10	-
14	Opieki paliatywnej	15	45
15	Dietetyki	10	-
16	Badań w pielęgniarstwie	20	-
17	Przedmiotu do wyboru: promocji zdrowia psychicznego, zakażeń szpitalnych, języka migowego	10	-

**Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”
Spółdzielnia Pracy „Oświata” Dnia 6 czerwca 2012 roku.**



**Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek
„Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki”
„SPHINX” BIURO KONSULTINGOWE - Jan Żelechowski - Dnia 3 lipca 2012 roku**



KONFERENCJA NAUKOWA

23-24 listopada 2012 r.

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa



Wydawnictwo
Lekarskie
PZWL



Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej

Szanowni Państwo,

W imieniu Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczego WUM oraz Wydawnictwa Lekarskiego PZWL, mamy przyjemność zaprosić Państwa na Konferencję naukową, która odbędzie się w dniach 23-24 listopada w Warszawie.

Do udziału w spotkaniu zapraszamy specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa: położne, lekarzy i pielęgniarki współpracujących ze sobą w ramach zespołu terapeutycznego oraz wszystkich chętnych zainteresowanych prawidłową komunikacją w problemach medycznych.

Mamy nadzieję, że program konferencji spełni Państwa oczekiwania.

Serdecznie zapraszamy
prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

TEMATY WIODĄCE KONFERENCJI:

- » Komunikacja z pacjentem z problemami urologicznymi
- » Społeczne aspekty komunikacji
- » Komunikacja pomiędzy pacjentem, a lekarzem
- » Seksualność porodu
- » Noworodki z niską masą urodzeniową. Relacje rodzice – dziecko
- » Komunikowanie się z pacjentem onkologicznym

www.poloznictwo2012.pzwl.pl