



FORUM ZAWODOWE

5(10) 2018

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE
ISSN 1213-2046

W numerze

- 3 Słowo Przewodniczącej
- 4 Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 5 VI Konferencja Epidemiologiczna
- 6 Inauguracja roku akademickiego 2018/2019 w PWSZ im. Stanisława Pignonia w Krośnie
- 8 Inauguracja roku akademickiego 2018/2019 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku
- 16 Stanowisko Krajowego Konsultanta w dziedzinie zdrowia publicznego w sprawie szczepień ochronnych.
- 22 NFZ wyjaśnia zasady rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne
- 23 Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej
- 25 Model osobowy współczesnej pielęgniarki
- 27 Opieka pielęgniarska nad pacjentem cierpiącym na ostre zapalenie trzustki
- 31 Opieka pielęgniarska nad pacjentem po kardiowersji elektrycznej w leczeniu migotania przedsionków
- 33 Otyłość dzieci i młodzieży poważnym problemem globalnym
- 34 Odra na terenie Polski
- 35 Przesilenie jesienne: objawy

JESIEŃ

*O, jakie rzewne widowisko:
Czerwone liście za oknami
I cienie brzoź, płynące nisko
Za odbitymi obłokami.*

*Pies nie ujada. Zły i chory
Omija cienie października,
Na tykach ciepłe pomidory
Są jak korale u indyka,*

*Na babim lecie, zawieszonym
Między drzewami jak antena,
Żałośnie drga wyblakłym tonem
Niepowtarzalna kantylena,*

*Rzednąca trawa, blade dzwońce,
Rozklekotane późne świerszcze,
I pomarszczone siwe słońce,
I ja - piszący rzewne wiersze*

JAN BRZECHWA

DYŻURY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

ROK 2018

TERMIN	OSOBA DYŻURUJĄCA
2 lipca	ORzOZ Małgorzata Sawicka
26 lipca	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
6 sierpnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka
30 sierpnia	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
3 września	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
27 września	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
1 października	ORzOZ Małgorzata Sawicka
25 października	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
5 listopada	ORzOZ Małgorzata Sawicka
29 listopada	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
3 grudnia	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
20 grudnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl,
e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne
w poniedziałek od 7.30-17.00
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

Radca Prawny
mgr Piotr Świątek
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

**Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej oraz Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych**
czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00
tel. 13 43 694 60

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca
w godzinach 10.00-14.00

**Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń po-
dyplomowych** prosimy składać do 10-go każdego
miesiąca osobiście lub listownie.

Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie



Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Za nami kolejny mały krok ze strony Ministerstwa Zdrowia dotyczący realizacji Porozumienia zawartego w dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z jednym z punktów tego Porozumienia Minister Zdrowia 29 sierpnia 2018 r. wydał rozporządzenie w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zobowiązując tym samym pracodawców do włączenia dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego i zapewniając im wypłatę podwyżki w kwocie 4 x 400 zł brutto po 2019 roku. Postanowienia omawianego rozporządzenia stanowią, że pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód w ramach umowy o pracę lub w ramach stosunku służbowego i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej od 1 września 2018 r. zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł brutto miesięcznie, a od 1 lipca 2019 r. o dalsze 100 zł brutto. Oczywiście te zapisy dotyczą pielęgniarek i położnych zatrudnionych w publicznych i niepublicznych podmiotach leczniczych posiadających umowę z NFZ. Jest to bardzo ważna i korzystna zmiana dla pielęgniarek i położnych, zwłaszcza dla pielęgniarek praktyki.

W ślad za tym rozporządzeniem Prezes NFZ wydał Zarządzenia, które wprowadziły nowe regulacje dotyczące finansowania przez świadczeniodawców wszystkich kosztów związanych ze wzrostem wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych. Jak to wygląda w praktyce? Na pewno lepiej niż do tej pory. Ale czy wszyscy świadczeniodawcy stosują się do zapisów nowych aktów prawnych? Zawiłość wydawanych aktów prawnych

budzi wiele wątpliwości dotyczących właściwego podziału środków finansowych. Świadczeniodawcy, przedstawiciele NFZ, pielęgniarki i położne mają problemy z ich interpretacją. Na bieżąco staramy się zamieszczać na naszej stronie internetowej wszystkie niezbędne informacje w tej sprawie.

W dalszym ciągu apelujemy o podjęcie pilnych działań zmierzających do objęcia podwyżkami wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód pielęgniarki i położnej zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej. Tytułem wyjaśnienia wskazujemy, że do omawianej grupy należą pielęgniarki i położne zatrudnione u podwykonawców, w domach pomocy społecznej, a także w służbie więziennej. W tej sprawie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie podjęło stosowne apele, których treść zamieszczamy w dalszej części Biuletynu.

Zwracamy również uwagę, że dnia 11 października 2018 r. Minister Zdrowia wydał kolejne rozporządzenie dotyczące norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Wprowadza ono korzystniejsze wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek położnych w oddziałach szpitalnych. Dla oddziałów niezabiegowych wskaźnik zatrudnienia będzie wynosił 0,6 na 1 łóżko szpitalne, 0,7 na 1 łóżko szpitalne dla oddziałów zabiegowych, a dla oddziałów pediatrycznych 0,8 na 1 łóżko szpitalne. Zmiany w tym zakresie zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2019 roku. Według wstępnych wyliczeń szpitale funkcjonujące na terenie działania OIPIP w Krośnie będą musiały zatrudnić dość znaczną liczbę pielęgniarek i położnych. Wydaje się to niezwykle problematyczne, ze względu na zauważalne braki kadrowe oraz fakt, że część koleżanek i kolegów odchodzi na emeryturę. Głęboko wierzymy, że i z tym problemem będziemy w stanie sobie poradzić.

W związku z protestem głodowym pielęgniarek i położnych i trudną sytu-

acją Szpitala Specjalistycznego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku solidaryzowaliśmy się z naszymi koleżankami i kolegami. Zwróciliśmy się do Zarządu Powiatu Sanockiego, Starosty Sanockiego, Dyrektora SP ZOZ-u, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Regionu Podkarpackiego w Rzeszowie z wnioskiem o podjęcie pilnych działań, które doprowadzą do rozwiązania zaistniałego sporu. W tej sprawie w dniu 23 października 2018 r. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie podjęło stosowne stanowisko. Wyraziło w nim ogromne zaniepokojenie zaistniałą sytuacją, ponieważ podjęcie przez nasze koleżanki tak radykalnej formy protestu jest dowodem wielkiej determinacji i bezsilności. Protest trwał 10 dni i zakończył się podpisaniem porozumienia. Cieszymy się, że stronom protestu udało się wypracować porozumienie a postulaty naszych koleżanek zostały uwzględnione.

W Biuletynie zamieszczamy także informacje dotyczące VI już Konferencji Epidemiologicznej. Publikujemy artykuły z inauguracji roku akademickiego 2018/2019 w PWSZ w Krośnie i PWSZ w Sanoku. Przekazujemy informacje o pierwszych absolwentach studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo i wiadomości pochodzące z NIPiP i Ministerstwa Zdrowia. Gorąco zachęcamy do lektury.

*Serdecznie pozdrawiam
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie
Renata Michalska*

Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 sierpnia 2018 r. do 30 września 2018 r.

20 sierpnia 2018 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 24 Uchwały.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wydania opinii dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, pokrycia kosztów VI Konferencji Epidemiologicznej, wytypowania kandydatów do składu Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Rzeszowie

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej.

Przyznano 6 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

48 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Posiedzenie Zespołu ds. oceny minimalnych norm zatrudnienia.

25 sierpnia 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w uroczystościach pogrzebowych śp. Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na Cmentarzu Komunalnym w Olsztynie.

10–11 września 2018 r.

Udział Pań: Anny Winiarskiej, Małgorzaty Sidor i Ewy Cipory w Ogólnopolskiej Konferencji „Bezpieczne warunki pracy pielęgniarek i położnych” zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

12–13 września 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

14 września 2018 r.

VI Konferencja epidemiologiczna „Zagrożenia zdrowia w aspekcie zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych”. Konferencja odbyła się w Kompleksie Rekreacyjno rozrywkowym „Dwa serca” w Krośnie.

20 września 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Konferencji „Pacjent jako aktywny uczestnik procesu diagnostyki, leczenia oraz partycypacji w procesie stanowienia prawa” zorganizowanej przez Marszałka Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie.

24 września 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w spotkaniu w Narodo-

wym Funduszu Zdrowia w Rzeszowie w sprawie podwyżek dla pielęgniarek i położnych.

25 września 2018 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 19 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wydania duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki w związku z jego utratą, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarskiej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, pokrycia kosztów montażu zabezpieczeń przeciw ptakom, pokrycia kosztów montażu klimatyzacji w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, dofinansowania VII Podkarpackiego Kongresu Położnych, w sprawie podwyżki płac dla pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto również dwa apele w sprawie podjęcia pilnych działań zmierzających do uwzględnienia wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód stosownie do przepisów ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w podwyżkach wynagrodzenia (dotyczy pielęgniarek i położnych zatrudnionych we wszystkich jednostkach podległych Ministerstwu Sprawiedliwości, w tym

w szczególności Służbie Więziennej oraz Domach Pomocy Społecznej).

Posiedzenie Komisji finansowo – socjalnej.

Przyznano 11 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby oraz 2 zapomogi dla członków innej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

23 osoby otrzymały dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

26 września 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w uroczystości obchodów Jubileuszu 20 – Lecia Re-

gionu Podkarpackiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Uroczystość odbyła się w Hotelu „Łańcut” w Łańcucie.

28 września 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w zwyczajnym posiedzeniu Konwentu PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku.

VI Konferencja Epidemiologiczna

Tradycyjnie, jak co roku, 14 września 2018 roku w kompleksie rekreacyjno – weselnym „Dwa serca” odbyła się **VI Konferencja Epidemiologiczna** pod hasłem **„Zagrożenia zdrowia w aspekcie zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych”** zorganizowana przez Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych działający przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Wykład inauguracyjny wygłosiła **dr hab. Jadwiga Wójkowska-Mach**, asystent Katedry Mikrobiologii CMUJ w Krakowie oraz członek Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych.

Temat wygłoszonej prezentacji brzmiał **„Pozytywna i negatywna rola flory mikrobiologicznej człowieka w kontroli zakażeń”**.

Jak wskazuje sam tytuł wykładu Pani Doktor przedstawiła drobnoustroje, które są florą fizjologiczną skóry każdego człowieka, ich wpływ w przypadku przerwania ciągłości skóry (rany), a także rolę i znaczenie układu immunologicznego w ograniczeniu inwazji drobnoustrojów chorobotwórczych.

Wirusowe Zapalenie Wątroby (WZW) to bardzo groźna i jedna z najczęstszych chorób zakaźnych na świecie. Ma zasięg globalny. Wywołana jest zakażeniem wirusowym – czynnikami sprawczymi zarówno postaci ostrej jak i przewlekłej są wirusy HBV (typu B) i HCV (typu C). Wirusy zapalenia wątroby typu B i C mają wiele cech wspólnych - przewlekła forma zakażenia każdym z nich może prowadzić do rozwoju cięż-

kich chorób wątroby, w tym jej marskości oraz nowotworu, a te w konsekwencji mogą spowodować nawet śmierć chorego.

Wykład pod tytułem **„Podstępne WZW – wciąż aktualne problemy wirusowych zapaleń wątroby”** wygłosiła **lek. med. Jolanta Kluz-Zawadzka – Konsultant Wojewódzki ds. Epidemiologii.**

Kolejny wykład **„Zasady doboru i stosowania preparatów dezynfekcyjnych w obszarze medycznym”** wygłosiła **mgr Teresa Iwaniec** – specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego Szpitala Specjalistycznego w Jasle.

Dezynfekcja jest niezwykle istotnym elementem w profilaktyce i zwalczaniu zakażeń, stanowi podstawę aseptyki



i antyseptyki. Jest nieodłącznym czynnikiem utrzymywania higieny w zakładach opieki zdrowotnej.

Bardzo istotnym elementem jest dobór preparatów dezynfekcyjnych i zastosowanie zgodnie z przeznaczeniem. W zależności od przeznaczenia preparaty dezynfekcyjne można podzielić na następujące kategorie:

- do dezynfekcji rąk
- do dezynfekcji skóry, błon śluzowych, ran
- do dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego
- do dezynfekcji powierzchni
- do zastosowania w myjniach dezynfektorach

„**Ochrona medycznych danych osobowych (RODO) w działalności pielęgniarek i położnych – aspekt formalny i praktyczny**” to tytuł ostatniego wykładu wygłoszonego przez prawnika **mgr Sławomira Poradę**, który w sposób merytoryczny i praktyczny przedstawił temat zagadnienia. Praktyczne przykłady zabezpieczenia danych medycznych w codziennej pracy pielęgniarki i położnej przedstawione w prezentacji rozwiąły pewne wątpliwości.



Konferencja skupiła 196 uczestników, była adresowana do pielęgniarek i położnych zrzeszonych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, a zatrudnionych w różnych podmiotach na terenie działania Izby. Tematyka wykładów uwzględniała zagadnienia przydatne w pracy pielęgniarki i położnej zatrudnionej w szpitalu, ale także w lecznictwie otwartym.

Myślę, że poziom merytoryczny wykładów i miła atmosfera Konferencji przyczyniły się do integracji środowiska pielęgniarskiego i położniczego.

*Przewodnicząca Zespołu
Pielęgniarek Epidemiologicznych*

mgr Bożena Jastrzębska

Inauguracja roku akademickiego 2018/2019 w PWSZ im. Stanisława Pigonia w Krośnie

4 października 2018 r.

Inauguracja roku akademickiego jest dla uczelni radosnym świętem, a w tym roku powodów do radości było wyjątkowo dużo. Niezwykle liczni byli zaproszeni goście. Nadzwyczaj hojnie dane były dary i dobre słowa. Dwudziesty rok działania Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie został otwarty uroczyście i w godnej jubileuszu atmosferze dojrzałego optymizmu.

Ceremonię zaszczylicili najwyżsi rangą urzędnicy państwowi. W swoim przemówieniu, przybliżającym filary nowej ustawy regulującej funkcjonowanie uczelni wyższych, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa





Wyższego Piotr Müller zapewnił, że rola odgrywana przez uczelnie zawodowe jest dla Polski bardzo istotna, a słowa swe poparł potwierdzeniem dotacji na inwestycje wielkości ponad 23 milionów złotych wręczonym JM Rektorowi PWSZ Grzegorzowi Przebindowi. Inaugurację swoją obecnością uświetnili także Wicewojewoda Podkarpacki pani Lucyna Podchalicz, zastępca Prezydenta Miasta Krosna pan Bronisław Baran, oraz liczni samorządowcy i rektorzy zaprzyjaźnionych uczelni.

Inauguracji towarzyszyło wręczenie pracownikom PWSZ odznaczeń. Szczególne gratulacje kierujemy do profesora Grzegorza Przebindy, Rektora PWSZ, którego Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego odznaczył Brązowym Medalem Zasłużony Kulturze Gloria Artis oraz do profesora Władysława Witalisa odznaczonego Złotym Krzyżem Zasługi. Pracownikom uczelni wręczono również Medale za Długoletnią Służbę oraz Medale Komisji Edukacji Narodowej. W imieniu krośnieńskiego środowiska akademickiego JM Rektor wręczył medale Zasłużony dla PWSZ samorządowcom, którzy nie szczędzili trudu, aby powstała uczelnia w naszym mieście: posłowi na Sejm RP dr. Bogdanowi Rzońcy oraz byłemu prezydentowi Krosna Romanowi Zimce. Niezwykle miłą tradycją było też wręczenie nagród ufundowanych przez władze samorządowe absolwentom, którzy ukończyli studia z wyróżnieniem.

Zebrani mieli także okazję wysłuchania niezwykle interesującego wykładu profesora Wojciech Zyzaka, Rektora Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. Tematem tego wystąpienia była wspólnota losów i intelektualny dialog Karola Wojtyły i Edyty Stein. Zwieńczenie uroczystości stanowił występ Zespołu Pieśni i Tańca działającego przy naszej uczelni.

Życzymy, aby tak uroczyste i radośnie rozpoczęty dwudziesty rok akademicki w PWSZ w Krośnie, przyniósł jej władzom, pracownikom, studentom oraz wszystkim, którym sprawy krośnieńskiej Uczelni leżą na sercu, sukcesy zawodowe i wiele dni pełnych pogody ducha.

Źródło: PWSZ Krosno

Inauguracja roku akademickiego 2018/2019 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku

Pierwsi absolwenci studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo

Dnia 2 października 2018 r. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku po raz osiemnasty rozbrzmiało Gaudeamus Igitur inaugurujące nowy rok akademicki 2018/2019. Wraz ze studentami rok akademicki zainaugurowali także słuchacze Sanockiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Naukę w nowym roku w sanockiej uczelni rozpoczęło blisko 1300 studentów, w tym 430 studentów pierwszego roku. W czasie uroczystości dyplomy wręczono pierwszym absolwentom studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Uroczystość, w której udział wzięli rektorzy i delegaci szkół wyższych, przedstawiciele władz państwowych, parlamentarzysty, samorządowcy, duchowni, reprezentanci środowisk lokalnych, biznesu oraz studenci rozpoczęła się uroczystą Mszą Świętą w intencji społeczności akademickiej i słuchaczy Sanockiego Uniwersytetu III Wieku w Parafii pw. Przemienienia Pańskiego w Sanoku. Mszy Świętej przewodniczył ks. prof. dr hab. Janusz Mierzwa, a homilię wygłosił ksiądz Prałat dr Andrzej Skiba. Po zakończonej mszy w asyście Orkiestry Dętej PGNiG Oddział w Sanoku uczestnicy uroczystości przeszli do Centrum Sportowo-Dydaktycznego PWSZ im. J. Grodka w Sanoku.

Zgromadzonych licznie gości przywitała JM Rektor dr Elżbieta Cipora, docent PWSZ. W swoim wystąpieniu zwróciła szczególną uwagę na nowe uwarunkowania dla funkcjonowania polskich uczelni w związku z wejściem w życie Ustawy prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, nazywanej też ustawą 2.0 lub Konstytucją dla Nauki. Rektor akcentowała, że w związku z tym faktem, przed uczelniami stoi zadanie wdrożenia w życie przepisów wynikających z ustawy. W wystąpieniu Rektor mówiła m.in.

cyt: „Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku rozpoczyna 18-ty rok swojej działalności. Prowadzimy już nie tylko studia licencjackie i inżynierskie, ale również studia magisterskie...Od bieżącego roku akademickiego uruchamiamy trzeci już kierunek studiów magisterskich – gospodarka

w ekosystemach rolnych i leśnych. Fakt ten świadczy o tym, że Uczelnia stale dostosowuje kierunki i specjalności do potrzeb lokalnego rynku pracy i oczekiwań kandydatów....”.

Pani Rektor życzyła wszystkim studentom jak najlepszego wykorzystania możliwości, które stwarza Uczelnia i speł-



nienia pokładanych w wyborze studiów nadziei i oczekiwań, a nauczycielom akademickim i wszystkim pracownikom uczelni stabilizacji i rozwoju zawodowego, a także zadowolenia z pracy zawodowej i w życiu osobistym.

Po przemówieniu inauguracyjnym i odśpiewaniu Gaude Mater Polonia nastąpiła Immatrykulacja studentów rozpoczynających po raz pierwszy naukę w PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku. Akt ślubowania odczytała Prorektor ds. dydaktyki dr Magdalena Konieczny, a Pani Rektor symbolicznym wskazaniem berła przyjęła reprezentantów poszczególnych kierunków w poczet studentów PWSZ w Sanoku.

Kolejnym ważnym punktem uroczystości było wręczenie dyplomów ukończenia studiów magisterskich pierwszym 82 absolwentom kierunku pielęgniarstwo. Był to podniosły moment nie tylko dla samych absolwentów i ich rodzin, ale również promotorów prac i całej społeczności akademickiej. Pani Rektor pogratulowała ukończenia studiów, jednocześnie życząc, aby wiadomości i umiejętności zdobyte w Uczelni zostały w pełni wykorzystane w praktyce, a nauczycielom akademickim podziękowała za przekazanie wiedzy i ukształtowanie postawy zawodowej. W trakcie wystąpienia Rektor zwróciła uwagę, że zawód pielęgniarstwa jest zawodem samodzielnym, a magister pielęgniarstwa jest przygotowany m.in. do pracy w podmiotach leczniczych i opieki społecznej, indywidualnej z pacjentem i jego rodziną w warunkach zamieszkania oraz może prowadzić samodzielną działalność gospodarczą zgodnie z kompetencjami zawodowymi i uprawnieniami.

Uroczystość uświetnili zaproszeni goście wygłaszając swoje przemówienia. Wśród przemawiających znaleźli się m.in. Senator RP Pani Alicja Zając, Wicemarszałek Województwa Podkarpackiego Pani Maria Kurowska, przedstawiciel Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego Pani Dorota Łukaszyk, Burmistrz Miasta Sanoka Pan Tadeusz Pióro, Wicestarosta Sanocki Pan Waław Krawczyk, Pan Andrzej Pańko – prezes Sanockiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Sanoku, przedstawiciel Pani Poseł do Parlamentu Europejskiego Elżbiety Łukacijewskiej i przedstawiciel Posła na



© Urząd Miasta Sanoka



© Urząd Miasta Sanoka

Sejm RP Pana dr Piotra Uruskiego oraz Rektor PWSZ im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu dr Paweł Maciaszczyk.

Wszyscy goście w swoich przemówieniach podkreślali, jak wielkie znaczenie w funkcjonowaniu społeczności miasta, powiatu, województwa odgrywa sanocka uczelnia. Z rąk przedstawiciela Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego – Pani Doroty Łukaszyk, Rektor otrzymała symboliczny czek na obligacje skarbowe zwią-

szające kapitał uczelni na finansowanie zadań inwestycyjnych Uczelni.

Wykład inauguracyjny wygłosił dr hab Waldemar Gil, który w swoim wystąpieniu podkreślał rolę i znaczenie drewna we współczesnej gospodarce światowej.

Ważnym akcentem inauguracji roku akademickiego był występ artystyczny pieśni patriotycznych nawiązujący do jubileuszu Setnej Rocznicy Odzyskania przez Polskę Niepodległości, który zaprezentował zespół Soul pod dyrekcją i przy akompaniamencie dr Moniki Brewczak.

Inauguracja roku akademickiego 2018/2019 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku to już historia. Przed uczelnią to rok szczególnie, pełen pracy, nadziei, planów i zamierzeń, będących udziałem władz uczelni, nauczycieli akademickich, studentów, administracji i całej społeczności PWSZ w Sanoku.

*dr Aneta Mielnik
kierownik Zakładu Pielęgniarstwa
PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku*



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Apel Nr 1

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 25 września 2018 r.

w sprawie podjęcia pilnych działań zmierzających do uwzględnienia wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód stosownie do przepisów ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w podwyżkach wynagrodzeń

skierowany do:

1. Ministra Sprawiedliwości
2. Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
3. Centralnego Zarządu Służby Więziennej

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie apeluje o pilne podjęcie działań zmierzających do zapewnienia wzrostu wynagrodzeń pielęgniarkom i położnym zatrudnionym we wszystkich jednostkach podległych Ministerstwu Sprawiedliwości, w tym w szczególności Służbie Więziennej.

Uzasadnienie:

Z dniem 1 września 2018 roku weszły w życie przepisy rozporządzenia Mini-

stra Zdrowia wprowadzające wzrost wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz w ramach stosunku służbowego.

Obowiązujące przepisy nie zawierają rozwiązań zapewniających pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w jednostkach podległych Ministerstwu Sprawiedliwości, w tym w jednostkach Służby Więziennej wzrostu wynagrodzeń zasadniczych na zasadach ustalonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W związku z powyższym apelujemy o pilne podjęcie działań zapewniających podwyższenie wynagrodzeń pielęgni-

kom i położnym zatrudnionym w jednostkach Ministerstwa Sprawiedliwości i Służby Więziennej. Należy podkreślić, że ta grupa pielęgniarek i położnych wykonuje swój zawód na takich samych zasadach jak ich koleżanki i koledzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych, tj. szpitale, ośrodki zdrowia. Brak wzrostu wynagrodzeń dla tej grupy członków naszego samorządu powoduje niezrozumiałe dla środowiska zróżnicowanie co do wysokości wynagrodzeń w sytuacji wykonywania takich samych obowiązków oraz związanej z tym zawodem szczególnej odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów.



ZASTĘPCA DYREKTORA GENERALNEGO
SŁUŻBY WIĘZIENNEJ

Szanowna Pani

W nawiązaniu do Apelu nr 1/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 25

Warszawa, dn. 29 października 2018 r.

BSZ.070.10.2018.AP

Pani mgr Renata Michalska

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Krośnie

września 2018 r., w sprawie nieobjęcia pielęgniarek zatrudnionych w Służbie Więziennej Porozumieniem z dnia 9 lipca 2018 r., zawartym pomiędzy Ogólno-

polskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia informuję, iż kwestie uposażenia funkcyj-

nariuszy i pracowników cywilnych Służby Więziennej są przedmiotem stałej troski Centralnego Zarządu Służby Więziennej w zakresie będącym w jego kompetencji.

Podkreślić należy, że przedmiotowe porozumienie zawarte pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, jak sama nazwa wskazuje, nie obejmuje przedstawicieli grup zawodowych zatrudnionych w więziennych podmiotach leczniczych, między innymi ze względu na fakt odrębnego finansowania, a także na brak umowy pomiędzy podmiotami leczniczymi podległymi Ministrowi Sprawiedliwości, a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż Minister Sprawiedliwości nie był uczestnikiem rozmów oraz ustaleń w sprawie powyższego porozumienia. Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1473 z późn. zm.), pracownicy zatrudnieni w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych podległych Ministrowi Sprawiedliwości objęci są zapisami tej ustawy i na

tej podstawie realizowany jest wzrost ich wynagrodzenia. Powyższy akt prawny nie dotyczy funkcjonariuszy Służby Więziennej, gdyż zatrudnieni są oni w ramach stosunku służbowego. W czasie prac legislacyjnych nad powyższą ustawą projekt nie trafił do Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej celem opiniowania. Równocześnie Związki Zawodowe Pielęgniarek i Położnych nie zgłaszały uwag do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w celu objęcia zapisami aktu również osoby zatrudnione w ramach stosunku służbowego. Należy nadmienić, iż zasadniczą większość personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w więziennej służbie zdrowia stanowią funkcjonariusze.

Podstawowym działaniem zmierzającym do uatrakcyjnienia warunków wynagrodzenia pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej jest realizacja przedsięwzięć określonych w ustawie z dnia 15 grudnia 2016 r., o ustanowieniu „Programu Modernizacji Służby Więziennej w latach 2017 – 2020”. W związku z powyższym Służba Więzienna otrzymuje środki finansowe na wzrost wynagrodzeń i uposażeń, któ-

ry realizowany jest w sposób uzgodniony z partnerem społecznym. Kolejny wzrost wynagrodzeń na mocy przedmiotowej ustawy zaplanowany jest od 1 stycznia 2019 roku.

Nadmienić należy, że obecnie prowadzone przez Ministra Zdrowia działania, zmierzające do wprowadzenia płatnego urlopu szkoleniowego w przepisach resortowych istnieją od dawna i uregulowane są w art. 146 Ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. (Dz. U. Nr 79, poz. 523 z późn. zm.) o Służbie Więziennej.

W związku z niepewną sytuacją na zewnętrznym rynku pracy, brakiem jednolitych uwarunkowań płacowych, olbrzymim deficytem kadry medycznej i obłożeniem obowiązkami, Służba Więzienna zdaje się być stabilnym pracodawcą, a troska o poziom wynagrodzeń jest stale obecna i dyskutowana, w tym również przez Związki Zawodowe Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa.

*Z poważaniem
Zastępca Dyrektora Generalnego
Służby Więziennej
mjr Marcin Strzelec*

Wykonano w 2 egz.:

1. adresat
2. a/a



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DM-0021.5.2018.MK

Warszawa, dnia 18 października 2018 r.

**Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Szanowni Państwo

W związku z ustaleniami przyjętymi na Konwencji Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w dniu 17 października 2018 r. w załą-

czeniu przesyłam pismo o sygn. NiPiP-NRPiP-DM-0021.4.2018.MK skierowane do Ministra Sprawiedliwości w dniu 3 października 2018 r. dotyczące podjęcia działań legislacyjnych pozwalających

na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w więziennej służbie zdrowia.

*Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska*



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DM-0021.3.2018.MK

Warszawą dnia 3 października 2018 r.

Pan Zbigniew Ziobro
Minister Sprawiedliwości

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań zmierzających do zagwarantowania środków finansowych na wzrost wynagrodzeń obejmujących pielęgniarki i położne zatrudnione w więziennej służbie zdrowia. W dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia a Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zostało zawarte porozumienie w sprawie podjęcia działań mających na celu poprawę warunków pracy pielęgniarek i położnych w Polsce.

W przedmiotowym porozumieniu uzgodniono, że pielęgniarki i położne zatrudnione na podstawie stosunku pracy otrzymają wzrost miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w kwocie nie mniejszej niż 1.100 zł w przeliczeniu na pełen etat. Dodatkowo dla tej grupy osób od 1 lipca 2019 r. miesięczne wynagrodzenie zasadnicze wzrośnie jeszcze o dalsze 100 zł (łącznie, zatem o kwotę 1.200 zł).

Wysokość zagwarantowanych środków finansowych została określona w §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2018 r.

poz. 1681) „Pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.), i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1.200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1.100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4. 2 powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia wynika wprost obowiązek przeznaczenia dodatkowych środków finansowych na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zna ustanowiony program „Polityki modernizacji Służby Więziennej w latach 2017-2020” przyjęty ustawą z dnia 15 grudnia 2016 r. oraz kolejną planowaną podwyżkę uposażeń funkcjonariuszy Służby Więziennej od 1 stycznia 2019 r., jednakże odnosząc się do pielęgniarek i położnych pracujących w więziennej służbie zdrowia nie jest ona na poziomie określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w więziennej służbie zdrowia powinien zostać zagwarantowany wzrost wynagrodzeń o kwotę, tożsamą wynikającą z ww. rozporządzenia. Należy podnieść, iż wynagrodzenie pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych kontraktujących świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia znacznie odbiega od wynagrodzeń pielęgniarek w służbie więziennej.

Praca pielęgniarki lub położnej w więziennej służbie zdrowia jest bardzo trudna, specyficzna, wymaga odpowiedniego przygotowania oraz wyjątkowej odporności psychicznej. Wyszakowanie pielęgniarki w służbie więziennej wiąże się z dodatkowym 2-3 letnim szkoleniem branżowym. Współczesne pielęgniarki są osobami z wyższym wykształceniem, które doskonalały swoją wiedzę w kształceniu podyplomowym. Brak wzrostu wynagrodzeń za pracę powoduje liczne rezygnacje pielęgniarek z pracy w podmiotach więziennej służby zdrowia.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o podjęcie działań legislacyjnych pozwalających na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w więziennej służbie zdrowia.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Apel Nr 2

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 25 września 2018 r.

w sprawie podjęcia pilnych działań zmierzających do uwzględnienia wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód stosownie do przepisów ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w podwyżkach wynagrodzeń

skierowany do:

1. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
2. Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie apeluje o pilne podjęcie działań zmierzających do zapewnienia wzrostu wynagrodzeń pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w Domach Pomocy Społecznej.

Uzasadnienie:

Z dniem 1 września 2018 roku weszły w życie przepisy rozporządzenia Mini-

stra Zdrowia wprowadzające wzrost wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz w ramach stosunku służbowego.

Obowiązujące przepisy nie zawierają rozwiązań zapewniających pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w Domach Pomocy Społecznej wzrostu wynagrodzeń zasadniczych na zasadach ustalonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W związku z powyższym apelujemy o pilne podjęcie działań zapewniających podwyższenie wynagrodzeń pie-

lęgniarkom i położnym zatrudnionym w Domach Pomocy Społecznej. Należy podkreślić, że ta grupa pielęgniarek i położnych wykonuje swój zawód na takich samych zasadach jak ich koleżanki i koledzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych, tj. szpitale, ośrodki zdrowia. Brak wzrostu wynagrodzeń dla tej grupy członków naszego samorządu powoduje niezrozumiałe dla środowiska różnicowanie co do wysokości wynagrodzeń w sytuacji wykonywania takich samych obowiązków oraz związanej z tym zawodem szczególnej odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.125.2018.MG

Warszawa, dnia 5 lipca 2018 r.

Pani Elżbieta Rafalska

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do pisma z dnia 21 maja 2018 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.002.50.2018.TK, które zawierało podsumowanie Ogólnopolskiej Konferencji „Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie”, organizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w dniu 18 kwietnia 2018r. w Warszawie oraz podziękowanie za objęcie Honorowym Patronatem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej powyższe-

go wydarzenia oraz prośbę rozważenia udziału przez Panią Minister w spotkaniu z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Panem Ministrem Zdrowia, w celu realizacji zawartych tam propozycji zwracamy uwagę na potrzebę podjęcia przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia działań mających na celu wypracowanie nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów.

Wobec powyższego oraz ze względu na istotne problemy mieszkańców domów pomocy społecznej, w tym problemy i potrzeby zdrowotne oraz na rolę i zadania pielęgniarek w zapewnieniu im bezpieczeństwa zdrowotnego i należytej opieki Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła w dniu 19 czerwca 2018 r. w tym przedmiocie Stanowisko nr 18, które w załączeniu przekazuję.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas



MINISTERSTWO RODZINY,
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT POMOCY
I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

DPS,V.O76.14.2Q18.WW

Warszawa, 8 sierpnia 2018 r.

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Nawiązując do pisma z dnia 5 lipca 2018 r., znak NIPiP-NRPiP-DS.015.125.2018.MG, przekazującego Stanowisko nr 18 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2018 r., skierowane do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia pragnę podziękować za apel w tej sprawie.

Uprzejmie informuję, że trwają wstępne wspólne prace pracowników Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i pracowników Departamen-

tu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia w sprawie przygotowania nowego produktu - koszyka usług adresowanego do mieszkańców domów pomocy społecznej, który zakładałby całodobowe świadczenie usług w domach pomocy społecznej, w wymiarze adekwatnym do potrzeb, łączący w sobie usługi podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej.

Zakłada się również, że najwłaściwszym rozwiązaniem byłby kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia podpisywany przez dyrektora domu pomocy społecznej. Trwają prace w tym zakresie.

W opinii Ministerstwa nierówności w wynagradzaniu tej grupy pracowników wynikają z tego, że pielęgniarki w domach pomocy społecznej w przeważającej liczbie są pracownikami samorządowymi. Trudna sytuacja finansowa samorządów często uniemożliwia podniesienie wysokości wynagrodzeń nie tylko pielęgniarek, ale także innych pracowników domów pomocy społecznej.

Z poważaniem
Dyrektor Departamentu Pomocy
i Integracji Społecznej
Krystyna Wyrwicka



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Stanowisko Nr 4

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
z dnia 23 października 2018 r.

w sprawie protestu pielęgniarek i położnych
w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku

skierowane do:

1. Zarządu Powiatu w Sanoku
2. Dyrektora SPZOZ w Sanoku

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wyraża ogromne zaniepokojenie sytuacją, jaka zaistniała w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku, w związku z podjęciem przez pielęgniarki i położne protestu głodowego.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych jako jednostka samorządu zawodowego uznaje, że podjęcie przez pielęgniarki i położne tak ostrej formy protestu stanowi dowód determinacji protestujących naszych koleżanek, które zdając sobie sprawę z olbrzymiego

ryzyka dla swojego zdrowia nie widzi innej możliwości spełnienia postulatów.

Solidaryzując się, z zgłaszanymi postulatami, zwracamy się z wnioskiem do Dyrekcji SP ZOZ w Sanoku o podjęcie niezwłocznych działań, które doprowadzą do rozwiązania zaistniałego sporu. Ufamy, że podjęcie rozmów z protestującymi pielęgniarkami i położnymi doprowadzi do osiągnięcia zadawalającego obydwie strony porozumienia.

do wiadomości:

Sekretarz
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
Ewa Czupaska

1. Przewodniczący Zarządu Starosta Sanocki
2. Zofia Małas Prezes NRPiP w Warszawie
3. Krystyna Ptok Przewodnicząca ZK OZZPiP w Warszawie
4. Halina Kalandyk Przewodnicząca OZZPiP Regionu Podkarpackiego w Rzeszowie
5. Małgorzata Sawicka Przewodnicząca Międzyzakładowej Organizacji Związkowej OZZPiP przy SPZOZ w Sanoku

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
Renata Michalska



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-025.283.2018

Warszawa, dnia 20 września 2018 r.

Pani Renata Michalska

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na pismo o sygn. OI-PiP.0010.92.2018 z dnia 13 sierpnia 2018 r. wyjaśniam, co następuje.

Zgodnie z § 13 ust. 2 pkt 17 zarządzenia nr 87/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie może realizować jednocześnie zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, dalej: „pielęgniarka POZ” oraz zadań pielęgniarki w domu pomocy społecznej. Zadania pielęgniarki opieki długoterminowej w domu pacjenta zostały opisane w ww. zarządzeniu.

Zakres świadczeń gwarantowanych realizowanych przez pielęgniarską opiekę długoterminową określa § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listo-

pada 2013 r. „w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 86 z późn. zm.) - dalej: „r.ś.g.”, zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki POZ oraz warunki ich realizacji.

Postanowienia części I ust. 4 załącznika nr 2 r.ś.g stanowią, że pielęgniarka POZ pobiera materiały do badań diagnostycznych w przypadkach, gdy świadczenie, ze względów uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, może być zrealizowane wyłącznie w domu świadczeniobiorcy. Świadczeniodawca przy zleceniu pielęgniarki POZ pobrania materiałów do badań diagnostycznych w domu świadczeniobiorcy, znajdującego się na jej liście świadczeniobiorców, jest obowiązany do:

1) Zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt pojemników na mate-

riały do zleconych badań oraz pojemnika zbiorczego do transportu pobranych próbek, odpowiadających wymogom określonym w przepisach ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1384 z późn. zm.);

2) Udostępnienia pielęgniarkę POZ w miejscu udzielania świadczeń lub w filii świadczeniodawcy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, pojemników, o których mowa w pkt 1, oraz zapewnienia w tym samym miejscu odbioru pobranych przez pielęgniarkę próbek.

Reasumując, pielęgniarka opieki długoterminowej nie powinna pobierać materiału do badania laboratoryjnego w domu pacjenta. Pobranie materiału do badań w domu pacjenta należy do zadań pielęgniarki POZ.

Prezes NRPiP - Zofia Małas



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRFiP-DM.0025.294.2018

Warszawa, dnia 3 października 2018 r.

Pan Jarosław Pinkas

Główny Inspektor Sanitarny

Szanowny Panie Ministrze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się ze Stanowiskiem Krajowego Konsultanta w dziedzinie zdrowia publicznego w sprawie szczepień ochronnych, w pełni popiera wyrażone argumenty w przedmiotowym stanowisku oraz wnosi o utrzymanie obecnie obowiązujących przepisów dotyczących obowiązkowych szczepień ochronnych, które gwarantują bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa polskiego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych reprezentując środowisko pielęgniarek i położnych, które odgrywa znaczącą rolę w profilaktyce chorób zakaźnych odrzuciła w całości obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, podejmując Stanowisko nr 22 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 sierpnia 2018 roku w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobie-

ganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w którym stanowczo sprzeciwia się autorom obywatelskiego projektu wprowadzającym zasadę dobrowolności w stosowaniu szczepień ochronnych, podnosząc w stanowisku, iż przepisy projektu znoszące obowiązek szczepień ochronnych godzą w interes publiczny społeczeństwa polskiego. W załączeniu przekazuję przedmiotowe stanowisko.

Prezes NRPiP - Zofia Małas

Stanowisko Krajowego Konsultanta w dziedzinie zdrowia publicznego w sprawie szczepień ochronnych.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „Stop NOP” w ramach obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej przedstawiło autorski projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, który przewiduje odejście od obowiązku szczepień ochronnych, wprowadzając zasadę dobrowolności w ich stosowaniu.

Zaproponowane w projekcie zapisy pozostawiają jednak instytucję szczepień ochronnych wraz z obowiązującym systemem kontroli. Zamiast powszechnego obowiązku szczepień przewidują jedynie doraźne, na wypadek wystąpienia sytuacji zagrożenia epidemicznego lub epidemii, obowiązkowe szczepienia aktywne w sytuacji ogłoszenia przez wojewodę lub ministra zdrowia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Będą one jednak wtórne do trwającego procesu szerzenia się epidemicznych zachorowań. Szczepienia ochronne powinny być zawsze prowadzone w sposób wyprzedzający wystąpienie zachorowań.

Zmiany proponowane przez Stowarzyszenie „Stop NOP” mają na celu w rzeczywistości utrudnić, a nawet uniemożliwić prowadzenie szczepień w Polsce, spowolnić proces zmian legislacyjnych, a także wprowadzić chaos w systemie szczepień.

Należy pamiętać, że odmowa zaszczepienia dziecka jest decyzją skutkującą nie tylko na zdrowie tego dziecka, ale także na odporność całej populacji. Spadek wszczepialności poniżej 90% spowoduje nawrót epidemii chorób u nas niewystępujących lub pojawiających się rzadko.

Szczegółowa analiza postulowanych zmian w ustawie przez Stop NOP

1. Zniesienie obowiązku na rzecz dobrowolności - kluczowa zmiana systemu szczepień, która spowoduje spadek liczby zaszczepionych osób.

2. Wprowadzenie w razie potrzeby konsultacji specjalistycznych w trak-

cie badań kwalifikujących do szczepień - taka możliwość istnieje.

3. Wprowadzenie dla lekarzy obowiązku udzielania informacji na piśmie o wszystkich możliwych NOP i metodach postępowania w razie ich wystąpienia, jako warunku wyrażenia zgody na szczepienie dziecka - w ulotce szczepionki i CHPL informacje te są dostępne.

4. Możliwość zgłoszenia NOP przez osobę zaszczepioną lub opiekuna do PSSE bez weryfikacji zasadności rozpoznania NOP przez lekarza - dziś takie zgłoszenie (do urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych) jest możliwe, zgodnie z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne.

5. Państwowa Inspekcja Sanitarna w drodze decyzji administracyjnej będzie rozstrzygać, w kwestii wpisu do rejestru NOP - obecnie zgłoszenie NOP w wyniku jego klinicznego rozpoznania przez lekarza skutkuje wpisem do rejestru NOP.

Czy jednak postulowana dobrowolność, jawne podważanie skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych w sytuacji pogarszającej się sytuacji epidemiologicznej w Europie nie powinny budzić niepokoju?

Pytanie to jest z gruntu retoryczne. Jednak w obliczu stale narastającej liczby przeciwników szczepień, nie wolno nam odstąpić od publicznej debaty na temat znaczenia szczepień ochronnych.

Szczepienia to jedno z najpotężniejszych narzędzi, jakim dysponuje zdrowie publiczne. Są one najskuteczniejszym sposobem w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi zagrażającymi zdrowiu i życiu. Są skuteczną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze prewencji indywidualnej, jak również kształtowania odporności całej populacji (prewencji zbiorowej).

Proces wprowadzenia na rynek nowej szczepionki jest bardzo złożony, jest poprzedzony badaniami klinicznymi szcze-

pijonki przed jej rejestracją i dopuszczeniem do obrotu i stosowania i trwa wiele lat, jest następnie kontynuowany po jej dopuszczeniu. Co więcej, szczepionki podlegają bardziej restrykcyjnym badaniom niż leki. Są również jedynym produktem leczniczym, którego każda seria jest badana przed dopuszczeniem na rynek. Co prawda, nie zapewniają one całkowitej ochrony przed zachorowaniem, ale istotne jest coś innego - szczepienie chroni przed ciężkim przebiegiem choroby i jej powikłaniami.

Jak dotąd w naszym kraju ponad 90% rodziców szczepi swoje dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień. Choć nadal działa tzw. odporność zbiorowiskowa, to obawy budzi narastająca wśród rodziców tendencja do niezaszczepienia. Rezygnują oni z tego rodzaju profilaktyki ze względu na lęk o zdrowie swojego dziecka. Lęk ten jest celowo podsycany przez aktywistów tzw. ruchów antyszczepionkowych propagandą upowszechniającą nieprawdziwe, często zmanipulowane informacje na temat szczepień. Zdają się oni zapominać, czy raczej nie chcą przyjąć argumentu, że szczepienia służą zarówno konkretnemu dziecku, jak i całemu społeczeństwu. Dlatego właśnie decyzja o niezaszczepieniu dziecka jest zawsze czymś więcej, niż jedynie osobistym wyborem rodziców.

Z danych publikowanych w biuletynach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny i Głównego Inspektoratu Sanitarnego wynika, że liczba niezaszczepionych dzieci i młodzieży do 19 roku życia (niezależnie od powodów niezaszczepienia) w ostatnich latach znacznie wzrosła. I tak: w 2010 roku odnotowano 3.437 odmów, w 2011 roku - 4.689, w 2012 roku - 5.340, w 2013 roku - 7.248. W 2014 roku zarejestrowano już 12.681 odmów, w 2015 roku - 16.689, w 2016 roku - 23.147, natomiast w 2017 było ich już 30.089.

Jeśli spadek liczby zaszczepionych w populacji będzie się pogłębiał do poziomu 80-85%, „dojdzie do powrotu cho-

Tabela 1. Spadek liczby przypadków zachorowań na choroby, na które istnieją szczepionki przed i po wprowadzeniu szczepień.

Choroba	Liczba zachorowań rocznie przed wprowadzeniem szczepienia	Liczba zachorowań rocznie po wprowadzeniu szczepienia	Spadek liczby zachorowań po wprowadzeniu szczepienia (procentowo)
Błonica	21 053	0	100%
Odra	530 162	55	99.90%
Świnka	162 344	6 584	95.90%
Krztusiec	200 752	15 632	92.20%
Poliomyelitis, (postać porażenna)	16 316	0	100%
Różyczka	47 745	11	99.90%
Zespół różyczki wrodzonej	152	1	99.30%
Ospa	29 005	0	100%
Tęžec	580	41	92.90%
Wirusowe Zapalenie Wątroby typu A	117 333	15 298	87%
Ostre zapalenie wątroby typu B	66 232	13 169	80.10%
Postać inwazyjna Hib	20 000	<50	>99.8%
Inwazyjna choroba pneumokokowa	63 067	41 550	34.10%
Ospa wietrzna	4 085 120	612 768	85

rób, które dotychczas były skutecznie zwalczane, a nawet istniała nadzieja na ich wyeliminowanie. W pierwszej kolejności będzie to odra, najbardziej zaraźliwa choroba infekcyjna spośród nich, na drugim miejscu krztusiec, następnie niezwykle groźne powodujące bezpośrednie zagrożenie dla życia: tęžec, błonica i polio. Już dziś odnotowuje się wzrost zachorowań na odrę, czy krztusiec.

Zaniepokojenie gwałtownym wzrostem liczby zachorowań na odrę w Europie wyraziła Komisja Europejska. Z najnowszego, opublikowanego w lipcu bieżącego roku raportu Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że w Europie wciąż obserwujemy wzrost zachorowań na odrę. Ogniska epidemiczne odry odnotowywane w krajach europejskich stanowią ryzyko rozprzestrzeniania i utrzymywania się odry na terenach zamieszkiwanych przez wrażliwą populację (osoby, które nie zostały zaszczepione lub wcześniej nie chorowały na odrę). Zgodnie z tym raportem, najwięcej zachorowań na odrę zarejestrowano w Rumunii (4 317), Francji (2 588), Grecji (2 238) oraz Włoszech (1 716) (dane z 11 lipca 2018 r.). Trzydzieści siedem osób zmarło z powodu odry w Europie.

Najwięcej zgonów z powodu odry odnotowano w Rumunii - 31 przypadków, ale stwierdzano je także we Włoszech, w Niemczech i Portugalii. W związku z epidemią odry oraz ryzykiem wzrostu liczby zachorowań z powodu innych chorób zakaźnych, we Włoszech liczbę chorób przeciw którym należy zaszczepić dzieci zwiększono obecnie z czterech do dwunastu, natomiast we Francji, w której obowiązkowe były szczepienia jedynie przeciw 3 chorobom zakaźnym (poliomyelitis oraz błonicy i tężcowi) od 2018 roku obowiązkowe stały się szczepienia przeciw jedenastu chorobom zakaźnym.

W wielu krajach świata nie przewiduje się wprowadzenia obowiązkowego szczepienia, jednak szczepionki są w pełni refundowane dla osób ubezpieczonych. Stosuje się ponadto wiele systemowych mechanizmów zwiększających nacisk na to, by dzieci były szczepione jak np. odmowa przyjęcia dziecka niezaszczepionego do szkoły lub przedszkola. W Niemczech rodzice pod groźbą kary finansowej są zobowiązani do odbywania spotkań z lekarzem i rozmów na temat szczepień. Podobny obowiązek istnieje w Stanach Zjednoczonych, Australii czy Francji. W Kanadzie, Sta-

nach Zjednoczonych, Francji i Australii dzieci niezaszczepione mogą zostać nieprzyjęte do szkoły. W Australii ponadto, w ramach programu o nazwie „Nie kłujesz, nie płacimy” zmniejsza się zasiłek rodzinny, jeśli dziecko nie zostało zaszczepione. W Finlandii debatowano nad możliwością pozbawienia rodziców dodatku finansowego za brak szczepień (odpowiednik naszego 500+).

Nieprawdziwe informacje na temat korelacji szczepień z występowaniem chorób w wieku wczesnodziecięcym często stanowią koronny argument przeciwników szczepień na rzecz odstąpienia od tej skutecznej metody profilaktyki. Dotychczasowe jednak wyniki badań klinicznych, z właściwie dobranymi grupami kontrolnymi oraz inne naukowe badania obserwacyjne, obejmujące duże populacje badanych osób, wykluczają związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy podaniem szczepionek, a np. wystąpieniem autyzmu. Za brakiem związku szczepionek z rozwojem autyzmu przemawia szereg przesłanek, w tym:

- opisy dzieci autystycznych pochodzą z lat 40 XX wieku, z okresu przed wprowadzeniem szczepień ochronnych, w tym przeciw odrze, śwince i różyczce,

Tabela 2. Spadek liczby zgonów na choroby, na które istnieją szczepionki przed i po wprowadzeniu szczepień.

Choroba	Liczba zgonów rocznie przed wprowadzeniem szczepienia	Liczba zgonów rocznie po wprowadzeniu szczepienia	Spadek liczby zgonów po wprowadzeniu szczepienia (procentowo)
Błonica	1 822	0	100%
Odra	440	0	100%
Świnka	39	0	100%
Krztusiec	4 034	27	99.30%
Poliomyelitis, (postać porażenna)	1 879	0	100%
Różyczka	17	0	100%
Zespół różyczki wrodzonej	--	0	--
Ospa	337	0	100%
Tęžec	472	4	99.20%
Wirusowe Zapalenie Wątroby typu A	137	18	86.90%
Ostre zapalenie wątroby typu B	237	47	80.20%
Postać inwazyjna Hib	-	<5	>99.5
Inwazyjna choroba pneumokokowa	6 500	4 850	25.4
Ospa wietrzna	105	19	81.9

- podłoże autyzmu jest uwarunkowane genetycznie. W ostatnich latach zidentyfikowano ponad 100 mutacji lub genów towarzyszących wystąpieniu autyzmu,
- wycofanie tiomersalu, składnika szczepionek podejrzanego o rozwój autyzmu, nie spowodowało zmniejszenia częstości występowania choroby, wręcz przeciwnie, częstość rozpoznawania zaburzeń autystycznych zwiększa się,
- zwiększeniu liczby dzieci ze spektrum autyzmu towarzyszy zmniejszenie liczby dzieci z nieokreślonym upośledzeniem umysłowym, zatem jedną z przyczyn większej częstości rozpoznawania autyzmu jest dokładniejsza diagnostyka neurologiczna,
- mimo badań nie ustalono mechanizmu biologicznego, który tłumaczyłby wpływ szczepień na rozwój autyzmu.

W ostatnim czasie opublikowano wyniki obszernego badania, które zweryfikowało ostatecznie głoszone przez lata

teorie przeciwników szczepień ochronnych. Artykuł z wynikami badania ukazał się na łamach czasopisma naukowego *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Autorzy, na przykładzie małych zaszczepionych przeciwko odrze, śwince i różyczce, rozwiali wszelkie wątpliwości: nie ma związku pomiędzy chorobami z tzw. spektrum autyzmu, a szczepieniami. To jeden z wielu argumentów, który obala negatywne mity. Niestety, z przykrością trzeba stwierdzić, że dyskusja na temat szczepień, to wciąż dyskurs między nauką a ideologią, choć prawda o szczepieniach jest tylko jedna, potwierdzona naukowo.

Ewolucja w zakresie szczepień ochronnych pozwala dostrzec i docenić istotną rolę szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych. Spojrzenie w przeszłość ilustruje, co ludzkość osiągnęła dzięki szczepieniom, jakie sukcesy i korzyści przyniosły szczepienia w aspekcie populacyjnym, w obliczu wyzwań wobec pojawiających się chorób oraz oczeki-

wań, co do zapobiegania ich występowaniu.

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych na przestrzeni lat uległa diametralnej zmianie. Naszym obowiązkiem jest odwoływać się do faktów. Wystarczy przeanalizować twarde dane, jakie zostały przytoczone w raporcie Zespołu Analiz i Opracowań Tematycznych Biura Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, opublikowanym w marcu 2018 r.

Kraje Unii Europejskiej wracają do idei szczepień obowiązkowych. Nie tak dawno media obiegała informacja z Włoch o tym, że tamtejszy rząd wprowadził obowiązek 12 szczepień dla dzieci, między innymi przeciwko odrze, różyczce, ospie, tężcowi, polio i WZWB. Cel tych działań to nie tylko zapobieganie epidemii, ale również aktywna walka z pseudonaukowymi twierdzeniami ruchów antyszczepionkowych i wspieranie pozytywnego obrazu szczepień w społeczeństwie.

Polska od wielu lat realizuje program powszechnych szczepień ochronnych. Jest on systematycznie modyfikowany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z uwzględnieniem sytuacji epidemiologicznej w Europie. Nadmienić należy, że sposób regulacji obowiązkowych szczepień ochronnych w polskim prawie wynika zarówno z uczestnictwa Polski w koordynowanych przez WHO międzynarodowych programach całkowitego wykorzenia (eliminacji) takich chorób zakaźnych jak polio, odrą i różyczka, jak również z krajowych programów zwalczania chorób zakaźnych, a także konieczności zapewnienia populacji ochrony przed chorobami zakaźnymi o szczególnie ciężkim przebiegu i wysokiej śmiertelności. W krajach, gdzie takie obowiązki nie ma, obserwuje się wysoką świadomość prozdrowotną społeczeństwa, dzięki której rodzice nie odstępują od chronienia, poprzez szczepienia, swych dzieci przed skutkami chorób zakaźnych. Tak jest np. w Szwecji, gdzie ponad 90% dzieci jest szczepionych. Według danych UNICEF w Szwecji statystyki wyszczepialności przeciwko polio, błonicy, krztuścowi, tężcowi, czy Ha-

emophilus influenzae typu b, sięgają 98%.

Jak stanowi art. 68 ust. 4 Konstytucji RP „Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.” Tylko powszechne poddawanie się szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób uodpornionych przeciw tym chorobom i skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerzenia się tych chorób w populacji.

Zapewnienie wysokiego odsetka osób uodpornionych w populacji obok zabezpieczenia wykonania tego obowiązku poprzez środki egzekucji administracyjnej powinno być intensywnie wspierane działaniami oświatowo-zdrowotnymi propagującymi wiedzę o roli szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym.

Obecnie trwają prace nad wprowadzeniem do przepisów prawa instytucji „opiekuńczego świadczenia kompensacyjnego” w celu realizacji zasady solidarności społecznej, na której oparty jest obowiązujący w Rzeczypospolitej Polskiej system powszechnych obowiązko-

wych szczepień ochronnych dzieci i młodzieży. Założeniem przyświecającym temu kierunkowi działania jest fakt, że wprowadzenie w drodze prawnej obowiązku realizacji szczepień dzieci i młodzieży rodzi po stronie państwa obowiązek udzielenia wsparcia tym opiekunom dzieci, którzy ten obowiązek zrealizowali, a u znajdujących się pod ich opieką dzieci wystąpiły działania niepożądane związane z wykonaniem tych szczepień.

Pomimo prowadzonych w Polsce, od kilku lat, działań na rzecz walki z oporem przeciwko szczepieniom ochronnym istnieje konieczność podjęcia nowych i wzmocnienia dotychczasowych działań, tym bardziej, iż jest to zgodne z zaleceniami Rady Europy. W lipcu 2018 roku w Sejmie RP odbyło się posiedzenie Komisji do Spraw Unii Europejskiej podczas którego przyjęto Projekt Stanowiska Rządu w związku z zaleceniem Rady Europy w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień. W stanowisku Polska poparła działania związane z globalnym planem szczepień zatwierdzonym w 2012 roku na 65 World Health Assembly.

Stanowisko nr 22 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 28 sierpnia 2018 roku w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych mając ustawowe prawo, na mocy art. 4 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. 2018r., poz. 916), do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, wnosi o odrzucenie w całości obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przygotowany przez Komitet Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”.

Zdaniem Prezydium NRPIP przepisy projektu znoszące obowiązek szczepień ochronnych godzą w interes publiczny polskiego społeczeństwa. Obecnie usta-

wowy obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu na określone choroby zakaźne nałożony jest na każdą osobę przebywającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ma silne uzasadnienie wynikające nie tylko z dbałości o zdrowie indywidualnego pacjenta, ale przede wszystkim z konieczności zadbania o zdrowie publiczne całego społeczeństwa. Na obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu wskazuje również obowiązujące orzecznictwo sądowe.

„Obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu jest konsekwencją przepisów Konstytucji RP, a w szczególności w art. 31 ust. 3, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub

porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Związek pomiędzy szczepieniami ochronnymi a ochroną zdrowia społeczeństwa jest oczywisty, przede wszystkim chronione powinny być inne osoby narażone w ten sposób na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych” (Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 października 2016r., VII SA/Wa 2539/15, Lex 215 9949).

Prezydium NRPIP wyraża negatywną opinię do projektowanej zmiany ustawy i wnosi stanowczo o jego odrzuceniu.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander
Prezes NRPIP
Zofia Małas



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiF-DiVI-002.90.2018 TK

Warszawa, dnia 13 lipca 2018 r.

Pan Łukasz Szmulski

Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Dyrektorze

W związku z docierającymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informacjami dotyczącymi problemów u zakresie podawania w warunkach do-

mowych lub gabinecie pielęgniarki rodzinnej produktu leczniczego Zypadhera 210mg, 300mg, 405mg w iniekcji domięśniowej, w załączeniu przesyłam pismo Przewodniczącego Okręgowej

Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, z prośbą o zajęcie stanowiska.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Zofia Małas



OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W KALISZU

OKRĘGOWA RADA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Kalisz, dnia 04.07.2018 r.

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu zwraca się z prośbą o podjęcie pilnych działań, mających na celu rozstrzygnięcie kwestii dotyczącej podawania w warunkach domowych oraz w gabinetach pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnych) produktu leczniczego Zypadhera 210mg, 300mg, 405mg, proszek do sporządzenia zawiesiny do wstrzykiwani o przedłużonym uwalnianiu, podawany w iniekcji domięśniowej.

Do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu wpływają zapytania od pielęgniarek rodzinnych, gdzie pacjent otrzymujący skierowanie na realizację zlecenia na podanie leku Zypadhera, ze wskazanym miejscem realizacji „dom pacjenta” oraz „gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej” powinien mieć wykonane to świadczenie.

W charakterystyce produktu leczniczego (4.2) napisano, że po każdym wstrzyknięciu produktu Zypadhera przez co najmniej 3 godziny pacjenta należy obserwować w placówce służby zdrowia przez odpowiednio przeszkolony personel w celu identyfikacji możliwych obja-

wów podmiotowych i przedmiotowych przedawkowania. Bezpośrednio przed opuszczeniem placówki służby zdrowia przez pacjenta należy upewnić się, że jest on świadomy, zorientowany i nie występują u niego żadne objawy przedmiotowe i podmiotowe przedawkowania. Jeżeli istnieje podejrzenie przedawkowania produktu, należy zapewnić ścisły nadzór medyczny i obserwować pacjenta do czasu ustąpienia objawów przedmiotowych i podmiotowych. Należy wydłużyć 3 godzinny okres obserwacji, jeżeli jest to wskazane ze względów klinicznych, w przypadku pacjentów, u których występują objawy przedmiotowe i podmiotowe przedawkowania olanzapiny.

Jeśli w celu leczenia działań niepożądanych (pkt. 4.4 CHPL) występujących po wstrzyknięciu niezbędne jest pozajelitowe podanie benzodiazepin, zaleca się przeprowadzenie dokładnej oceny stanu klinicznego pacjenta pod kątem występowania nadmiernego uspokojenia polekowego i depresji krążeniowo-oddechowej.

Punkt 4.9 CHPL mówi o postępowaniu w razie wystąpienia działań niepożądanych. Nie istnieje swoista odtrutka

przeciwko olanzapinie. Leczenie objawowe i monitorowanie czynności życiowych powinno być wdrożone zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta i powinno uwzględniać leczenie niedociśnienia oraz zapaści krążeniowej oraz podtrzymywanie czynności oddechowych. Nie należy stosować adrenalin, dopaminy ani innych środków sympatykomimetycznych wykazujących aktywność beta-agonistyczną, ponieważ beta-stymulacja może nasilić niedociśnienie. Konieczne jest monitorowanie czynności układu sercowo-naczyniowego w celu wykrycia ewentualnych zaburzeń rytmu serca. Ścisła kontrola lekarska oraz monitorowanie powinny trwać do całkowitego powrotu pacjenta do zdrowia.

Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnej) wyposażony jest w sprzęt i aparaturę medyczną który określa;

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - załącznik nr 2.

2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie

wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

W związku z powyższym pielęgniarki rodzinne otrzymując skierowanie na re-

alizację zlecenie na podanie leku Zypadhera w oparciu o powyższe zapisy w aktach prawnych oraz informacje zawarte w charakterystyce produktu powinny odmówić wykonania zlecenia w warunkach domowych oraz w gabinecie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnej). W wyposażeniu gabinetu pielęgniarki rodzinnej nie ma sprzętu do podtrzymywania czynności życiowych, ani monitorowania czynności układu sercowo-naczyniowego w celu wykrycia ewentualnych zaburzeń rytmu serca. Zapewnienia ścisłej kontroli lekarskiej może być zapewnione jedynie w gabinecie zabiegowym lekarza. Pielęgniarka jest zobowiązana wskazać pacjentowi innego

świadczeniodawcę, który spełnia warunki realizacji świadczenia.

Biorąc pod uwagę powyższe, a w szczególności bezpieczeństwo pacjenta uprzejmie proszę o zajęcie jednoznacznego stanowiska i wskazanie świadczeniodawcy, który spełnia warunki realizacji tego świadczenia.

Z poważaniem

*Przewodniczący Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
Marek Przybył*

Warszawa,

PPK.0762.7.2018JS



Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani Hanna Philips

Zastępca Dyrektora ds. medycznych

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor

W związku z pismem znak NIPiP-NR-PiP-DM-002.90.2018.TK, z dnia 13 lipca 2018 r., Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych skierowanym do Ministra Zdrowia, przekazującym pismo znak OIPiP/429/2018, z dnia 4 lipca 2018 r. Przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, w sprawie wydawania przez lekarzy zleceń do pielęgniarek poz, dotyczących podania pacjentom w warunkach domowych lub w gabinecie pielęgniarki poz iniekcji z produktu leczniczego ZYPADHERA, zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie działań w przedmiotowej sprawie. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pa-

cjentowi oraz pielęgniarcze, która podaje ten produkt leczniczy, szczególnie biorąc pod uwagę przepisy przywołane w korespondencji oraz charakterystykę produktu leczniczego Zypadhera, a zwłaszcza konieczność zabezpieczenia po każdym wstrzyknięciu pobytu pacjenta w placówce ochrony zdrowia pod obserwacją wykwalifikowanego personelu przez przynajmniej trzy godziny, ze względu na możliwość wystąpienia objawów niepożądanych, a w przypadku ich wystąpienia ścisłego nadzoru medycznego i kontroli stanu pacjenta i podjęcia zalecanych działań, takich które mogą być wykonane wyłącznie w podmiocie leczniczym, koniecznym wydaje się skierowanie do

świadczeniodawców niezbędnych informacji dotyczących opisywanej sprawy.

Uprzejmie proszę o przekazanie do Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu informacji o podjętych przez Państwa działaniach.

*Z poważaniem
Dyrektor*

*Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dr n. o zdr. Beata Cholewka*

Do wiadomości:

1. Pani Zofia Małas Prezes NRPiP
2. Pan Marek Przybył Przewodniczący ORPiP



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 15 maja 2018 r. Poz. 909

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾ z dnia 25 kwietnia 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie

Na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 oraz z 2018 r. poz. 650 i 697) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. poz. 94) wprowadza się następujące zmiany:

1) w załączniku nr 1 do rozporządzenia w wierszu 8 „Leki przeciwalergiczne, przeciwzapalne” pkt 7 otrzymuje

brzmienie: „7) Prednisoloni hemisuccinas”;

2) w załączniku nr 2 do rozporządzenia:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) Adrenalinum 1 mg/ml lub 300 µg/0,3 ml lub 150 ng/0,3 ml lub 1 mg/10 ml - roztwór do wstrzykiwań;”;

b) w części „Płyny infuzyjne” uchyla się pkt 2;

3) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) Adrenalinum 1 mg/ml lub 300 µg/0,3 ml lub 150 ng/0,3 ml lub 1 mg/10 ml - roztwór do wstrzykiwań.”;

b) w części „Płyny infuzyjne” uchyla się pkt 2.

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

Minister Zdrowia: wz. J. Szczurek-Żelazko

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

NFZ wyjaśnia zasady rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne

W celu implementacji postanowień zamieszczonych w Ocenie Skutków Regulacji do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1681), w dniu 25 września 2018 r., wydane zostało zarządzenie Nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie

szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

Mocą przepisów ww. zarządzenia zwiększono wolumen środków przekazywanych świadczeniodawcom realizującym świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wynikającym z przedmiotowego rozporzą-

dzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r., tj. w zakresie pozostałych składników wynagrodzenia oraz pochodnych od tych składników leżących po stronie pracodawcy.

Ww. środki przekazywane są zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udziela-

nie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.). Środki te przekazywane są jako wyodrębnione pozycje umowy (produkt rozliczeniowy – koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie zmieniające ogólne warunki umów w określonych zakresach świadczeń). Cena przedmiotowego produktu rozliczeniowego została ustalona na podstawie danych zamieszczonych w Ocenie Skutków Regulacji do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r., i ma charakter stały.

Biorąc pod uwagę powyższe, środki przekazywane świadczeniodawcom sta-

nowią iloczyn liczby etatów pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie stosunku pracy oraz stałej ceny ww. produktu rozliczeniowego określonej w załączniku do zarządzenia Nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W sytuacji przekazania – zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. – pielęgniarce i położnym środków zwiększających wynagrodzenie zasadnicze, kwota środków ustalona w powyższy sposób, nie podlega zwrotowi do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto, wskazać należy, że oświadczenie potwierdzające realizację porozumienia albo pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału środków albo określonego przez świadczeniodawcę sposobu podziału tych środków, którego wzór określony został w załączniku do zarządzenia Nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, nie obejmuje środków pochodzących z produktu rozliczeniowego – koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie zmieniające ogólne warunki umów.

Komunikat CKPPIP w sprawie obniżenia progu zdawalności egzaminu państwowego

W dniu 27 września 2018 roku Minister Zdrowia dokonał zmiany regulaminu egzaminu państwowego m.in. w zakresie warunków uzyskania pozytywnego wyniku egzaminu. Dotyczy to osoby zdającej poprzez uzyskanie co najmniej 60% (obniżenie z 70%) prawidłowych odpowiedzi, co stanowi odpowiednio 108 pkt dla osób:

- które ukończyły specjalizację w dziedzinach kształcenia określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin

pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, 84 pkt dla osób,

- które ukończyły specjalizację w dziedzinach kształcenia określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia,

w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

Obniżony próg ma zastosowanie do egzaminów przeprowadzonych od sesji jesiennej 2017r. W związku z powyższym osoby, które otrzymały ww. liczbę punktów lub więcej są zwolnione z obowiązku ponownego przystąpienia do egzaminu. Komisja dokona weryfikacji wyników przeprowadzonych egzaminów i podejmie odpowiednią uchwałę nie później niż w terminie 40 dni od dnia zatwierdzenia niniejszego regulaminu.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

PRZYRZECZENIE

„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczystie przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.

2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.

3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.

4. Okazywać pacjentom należyny szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.

5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością,

nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.

6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.

7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.

2. Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.

3. Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.

4. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.

5. Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.

6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.

7. Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniającej działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

I. Pielęgniarka/położna a pacjent

1. Pielęgniarka/położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do:

a. udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,

b. udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,

c. udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.

2. We współpracy z pacjentem pielęgniarka/położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.

3. Pielęgniarka/położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:

a. respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,

b. realizować świadczenia pielęgniarskie za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować

c. poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.

4. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.

5. Pielęgniarka/położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgniacyjnego.

6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.

7. Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.

8. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.

9. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka

1. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

2. Pielęgniarcę/położnej nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.

3. Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych

dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.

4. Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.

5. Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.

6. Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.

7. Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia.

8. Pielęgniarka/położna zorientowany się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.

9. Pielęgniarka/położna powinna uczestniczyć w działalności krajowych i międzynarodowych organizacji pielęgniarskich/położniczych na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, przysparzając tym samym prestiżu zawodu.

10. Pielęgniarka/położna współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.

11. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.

12. Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.

13. Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.

14. Pielęgniarka/położna chroniąc interesy zawodowe nie powinna współpracować z organizacjami mającymi

cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi.

15. Pielęgniarka/położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo-badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.

III. Pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarek i położnych

1. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.

2. Pielęgniarka/położna jest obowiązana do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu zawodowego.

3. Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie pomocą. Wzajemna ocena winna być sprawiedliwa, a krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy

1. Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.

2. Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.

3. Pielęgniarka/położna nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową.

4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna.

5. Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki/położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodu i naukowy podwładnych.

6. Pielęgniarka/położna jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania.

V. Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa

1. Pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej.

2. Pielęgniarka/położna powinna brać czynny udział w życiu społecznym i w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego, a także przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia.

VI. Przepisy końcowe

1. W przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w:

a. ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej,

b. orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,

c. uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem.

2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

3. Kodeks wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Model osobowy współczesnej pielęgniarki

Wzór obrazuje jakiś ideał - zbiór norm, wartości i cech. Opisuje lub podaje wyobrażenie jakiejś postaci, której cechy bądź czyny uważa się za godne naśladowania. Wzór osobowy to coś, co pociąga, bowiem prezentuje także cechy posiadane przez osobę wzorującą się, przez co staje się jej bliski. Wzór osobowy przeważnie jest autorytetem, a nie rzadko cechuje go pewna charyzma.

W etyce pielęgniarstwa wzór osobowy od zawsze stanowi wyobrażenie „dobrej kobiety w służbie innym”. Już Św. Wincenty a Paulo kreował wzór, op-

arty na wartościach chrześcijańskich, którego zaletami były: sprawiedliwość, troskliwość, szacunek, współczucie, łagodność, serdeczność, odpowiedzialność, punktualność, dokładność i roztropność. Później zbiór zasad stworzyła **Florencja Nightingale wymieniając wartości tj. tolerancja, prawdomówność, uczciwość, trzeźwość, punktualność, czystość i schludność**. Można więc stwierdzić, że współczesny wzór osobowy pielęgniarek wyrósł na wartościach chrześcijańskich i został modyfikowany przez F. Nightingale (w czasie po-

wstania nowoczesnego pielęgniarstwa) oraz jej następczyni. Trudne czasy I i II wojny światowej promowały wzór osobowy pielęgniarki oparty na zasadach humanizmu i patriotyzmu. Wymagał on **postępowania w zgodzie z takimi wartościami, jak dobroć, miłość bliźniego, tolerancja, sprawiedliwość, bezinteresowność, poświęcenie, altruizm, heroizm**. U nestorek uznawanych za wzorce pielęgniarstwa cenione są przede wszystkim cechy charakteru związane z postawą wobec drugiego człowieka. Istotne jest także do-

cieranie i niesienie pomocy wszystkim potrzebującym, bez względu na różnice narodowościowe, wyznaniowe czy majątkowe. Równie cenne w kształtowaniu współczesnego modelu osobowościowego pielęgniarki jest korzystanie z elementów ich teorii pielęgniarstwa. Świadomość i znajomość własnych korzeni to powód do dumy, który niesie korzyści na kształtowanie tożsamości zawodowej, wzmacnia poczucie więzi i stymuluje do wzrostu poczucia wartości, co z kolei jest istotnym elementem budowania lepszego wizerunku współczesnej pielęgniarki, wzmacniania prestiżu zawodowego i pozycji społecznej.

We współczesnym systemie opieki zdrowotnej **od pielęgniarki wymaga się profesjonalnej pomocy, kompleksowej i na bieżąco aktualizowanej wiedzy, odpowiedniej postawy moralnej oraz zaangażowania.** Na jej ocenę ma wpływ prezencja, zachowanie, wiedza i umiejętności oraz panujące wśród społeczeństwa przekonanie na temat grupy zawodowej. Na wizerunek pielęgniarki w społeczeństwie mają wpływ determinanty tj.: prestiż i cechy zawodowe — pracowitość, zaradność, samodzielność, sumienność i wykształcenie. Cechy osobiste czyli: kultura osobista, uczciwość, cierpliwość, wrażliwość, schludność oraz cechy interpersonalne - budzenie zaufania, otwartość, opiekuńczość, wyrozumiałość i rozmowność. Wszystko to składowe współczesnego modelu osobowego pielęgniarki.

Dziś pielęgniarka jest profesjonalistką w zakresie pielęgnowania, która:

- zapewnia pomoc w zależności od potrzeb i problemów zdrowotnych człowieka w zakresie promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, przywracania zdrowia;
- uczy i oddziałuje wychowawczo, wspiera, zastępuje, służy pomocą poprzez partnerskie współdziałanie, organizuje i kieruje;
- jest członkiem zespołu interdyscyplinarnego,
- podejmuje działania na rzecz podnoszenia jakości i efektywności pielęgnowania.

To pielęgniarka podejmuje działania jako członek zespołu, który kształtuje politykę zdrowotną, uczestniczy w pro-

gramach badawczych oraz realizuje zadania w opiece nad zdrowiem.

Badania przeprowadzone przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wykazały, że na pozycję zawodową pielęgniarek wpływa profesjonalizm, uczuciowość, rzetelność zawodowa i poziom wykształcenia. Natomiast badania przeprowadzone przez E. Grochans i wsp. odnośnie optymalnego modelu pielęgniarki pokazały, że model „anioła dobroci” czyli pielęgniarka uśmiechnięta, cierpliwa, dająca otuchę, jest najbardziej oczekiwany przez pacjentów. **Każda pielęgniarka buduje wizerunek zawodu przez codzienną postawę i pracę.** Zatem troska o dobrą markę pielęgniarstwa powinna przyświecać w pracy, kontaktach zawodowych i społecznych. Dobry wizerunek to podstawowe rzeczy: ubiór - czysty i schludny, życzliwość i uśmiech. Istotne jest by kultura osobista była czynnikiem, który wzbogaca samą pielęgniarkę oraz jej relację z pacjentem.

Współczesny model osobowościowy pielęgniarki kreowany jest również przez akta prawne – ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz kodeks etyki zawodowej.

W kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej w części szczegółowej zaznaczone jest, by pielęgniarka we współpracy z pacjentem. Okazywała życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarzać atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia. Winna jest również szanować godność osobistą i intymność drugiego człowieka, świadczenia pielęgniarstwa realizować za zgodą pacjenta. Powinna zapewnić humanitarną opiekę uwzględniając godne warunki umierania z poszanowaniem uznawanych wartości człowieka. **Również we współpracy z innymi pielęgniarkami powinna przekazywać kolegom po fachu swoją wiedzę i umiejętności zawodowe, a także wzorce kulturowe i poszanowanie człowieka.** Powinna kształtować poczucie odpowiedzialności za pracę. Jej praca powinna charakteryzować się rzetelnością, pracowitością, dokładnością i uczciwością. Podstawowym celem etyki zawodowej jest sprzyjanie dobremu wykonywaniu zawodu, wzbudzanie zaufania społecznego, wzmacnianie po-

czucia obowiązku. Pielęgniarka powinna być przede wszystkim dobrym człowiekiem, który niezależnie od pełnionej roli społeczno-zawodowej i różnorodnych sytuacji w środowisku pracy będzie przejawiał i urzeczywistniał swoje człowieczeństwo.

Stawanie się pielęgniarką nie jest tylko sprawą nabycia określonych umiejętności i przyswajania form zachowania właściwych dla określonych sytuacji zawodowych. Jest także sprawą poznania przez nią wartości moralnych zawodu w taki sposób, który wywrze głęboki wpływ na jej intelekt, osobowość i styl życia. Należy pamiętać, że żyjemy w czasach, w których pomiędzy pacjentem a nami wkraczają supertechnologie. Dokonując jakiegokolwiek wyboru związanego z zawodem, zawsze należy rozważyć nie tylko swój punkt widzenia, ale także sytuację chorego.

Dziś śmiało można stwierdzić, że model osobowy współczesnego pielęgniarstwa nie ztraca swoich korzeni, lecz wręcz czerpie z nich najważniejsze zasady, cechy które codziennie stosuje w pracy zawodowej z drugim człowiekiem. Przed pielęgniarstwem otwierają się coraz to nowe ścieżki rozwoju, piękem jest jednak nie zatracanie podstawowych wartości: profesjonalizmu, charyzmy z działaniu oraz poszanowania dla drugiego człowieka i jego godności.

W mojej opinii najlepsze pielęgniarki są cierpliwe, zorganizowane i pełne współczucia. Ich zadaniem jest myśleć krytycznie, zwracać uwagę na każdy szczegół, bowiem od jakości ich działań zależy zdrowie i życie drugiego człowieka. Dobra pielęgniarka to ta, która potrafi działać pod presją czasu, w stresie, to ta która codziennie nabywa nowych umiejętności, by pomóc innym.

Pisarz Andrzej Szczypiorski o pielęgniarkach pisze tak: to „**odkrywca, wielki rycerz i artysta, która pochyla się każdego dnia nad łóżkiem chorego, pomaga znosić cierpienie, ból i lęk, pomaga wyzdrowieć i co najtrudniejsze – umrzeć**”.

Przedruk z bloga: pielgniarkabyc.pl

Opieka pielęgniarska nad pacjentem cierpiącym na ostre zapalenie trzustki

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, trzustka, opieka pielęgniarska.

STRESZCZENIE

Na przełomie ostatnich kilkunastu lat, gdzie na piedestał wysunęła się postawa powszechnie hołdująca konsumpcjonizmowi, daje się zaobserwować znaczny wzrost zachorowalności na choroby układu pokarmowego. Jest to o tyle zatrważające z uwagi na fakt, iż dotyczą one nie tylko osoby dorosłe, aletakże dzieci w różnym wieku.

Oprócz szerokiego wachlarzu nowotworów, refluksu żołądkowo – przełykowego, celiakii, alergii pokarmowych czy kamicy żółciowej, coraz częściej dotykającą społeczeństwo chorobą jest ostre zapalenie trzustki (OZT). Analizując ją z perspektywy patofizjologii dochodzi

się wówczas do niepodważalnych w żaden sposób wniosków świadczących o tym, iż większość przyczyn powodujących wystąpienie stanu zapalnego trzustki u człowieka uwarunkowane jest nie do końca zdrowym stylem życia, na który składa się między innymi niewłaściwa dieta, niedobór aktywności fizycznej, brak samokontroli, nieprawidłowe rozładowywanie negatywnych emocji spowodowanych sytuacjami stresowymi.

Mimo aktualnie lansowanych w mediach trendów zachęcających do zdrowego stylu życia wciąż wysoki odsetek ludności nie zmienia swoich dotychczasowych przyzwyczajzeń, które niezaprzeczalnie oddziałują na kondycję zdrowotną organizmu i tym samym są przyczyną wielu chorób.

Niniejsze badanie przeprowadzono w oparciu o metodę kazuistyczną, na którą to składały się: autorski kwestionariusz ankiety dotyczący oceny stopnia zaawansowania wiedzy o nowo rozpoznanej chorobie, szczegółowy wywiad pielęgniarski, pomiary pośredni oraz bezpośredni, obserwacja i analiza dokumentacji medycznej.

Opierając się na indywidualnym przypadku jednego z pacjentów cierpiącego

na OZT zaobserwowano szereg problemów pielęgnacyjnych, zarówno w obszarze zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, za których to pomoc z rozwiązaniu odpowiedzialny jest personel pielęgniarski.

WSTĘP

Do ostrego zapalenia trzustki dochodzi wskutek zbyt szybkiej aktywacji enzymów odpowiadających za trawienie węglowodanów, tłuszczów i białek na terenie komórek trzustki, a nie jak to fizjologicznie się odbywa w dwunastnicy. Prowadzi to wówczas do wystąpienia obrzęku, krwawych wylewów, co w konsekwencji skutkuje martwicą komórek i niewydolnością niniejszego narządu [1]. Do powstania stanu zapalnego predisponuje przede wszystkim nieodpowiednia dieta, która destrukcyjnie wpływa nie tylko na trawienie pokarmów i płynów, ale także na homeostazę pozostałych układów narządów wewnętrznych. Niewłaściwe nawyki żywieniowe ukierunkowane na spożywanie nadmiaru posiłków bogatych w tłuszcze zwierzęce, skutkujące chorobami dróg żółciowych i zbyt częste spożywanie napojów alkoholowych to według badaczy analizujących przypadki zachorowalności na OZT najczęstsze przyczyny doprowadzające do powstania opisywanego stanu klinicznego. Oprócz tego mogą go powodować między innymi wady anatomiczne, urazy jamy brzusznej, a w tym błędy jatrogenne z powodu założenia T – drenu czy wykonania endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ERCP), porażenie prądem elektrycznym, zakażenia bakteryjne, wirusowe, grzybicze i pasożytnicze czy choroby układu sercowo – naczyniowego. Warto również nadmienić, że średnio co 10 przypadek zachorowania na OZT ma charakter idiopatyczny. OZT z punktu widzenia anatomopatologii dzieli się na: śródmiąższowo – obrzękowe stanowiące postać łagodną, w której to nie stwierdza się wystąpienia powikłań w postaci martwicy i zakaże-

nia tkanek, a leczenie trwa do kilkunastu dni oraz martwiczo – krwotoczne mające ciężki przebieg i będące tym samym poważnym zagrożeniem dla zdrowia, a nawet życia pacjenta, przez co wymaga starannej i długotrwałej rekonwalescencji. Według statystyk prowadzonych przez ostatnie lata na OZT cierpią zarówno kobiety, jak i mężczyźni w wieku około 50 – 55 lat. Coraz częściej pojawiają się przypadki zachorowalności wśród populacji dziewczynek do 18 roku życia spowodowane najczęściej powstawaniem kamieni żółciowych oraz wadami anatomicznymi w budowie trzustki [2,3,4,11,12]. Według danych epidemiologicznych z 2009 roku wskaźnik zapadalności na OZT w populacji osób dorosłych wynosił 240/mln ludności/rok i ma tendencje wzrostowe [5].

Klasyczny przypadek zachorowania na OZT objawia się bólem zlokalizowanym w lewym nadbrzuszu, mającym charakter opasujący i promieniujący jednocześnie do kręgosłupa. Oprócz tego pacjent uskarża się na występowanie silnych nudności i wymiotów, które nie przynoszą znaczącej ulgi. W wyniku wysokiej gorączki będącej odpowiedzią organizmu na toczący się proces zapalny daje się zaobserwować u chorego silne osłabienie, wzmożoną potliwość i zaczerwienienie twarzy. W przypadku powikłanej postaci choroby do powyższych objawów dochodzą tachykardia, żółtaczka w zapaleniu o etiologii kamiczej, nadciśnienie tętnicze, niedodma, wysięk w jamie opłucnej, porażenie jelit dające się poznać po wzmożonym napięciu mięśni brzucha i ich jednoczesnym wzdęciu.

Na poziomie laboratoryjnym OZT objawia się przede wszystkim wzrostem amylazy i lipazy we krwi średnio trzykrotnie, leukocytozą, wzrostem CRP, mocznika, glukozy, trój glicerydów przy jednoczesnym niedoborze erytrocytów, hemoglobiny, wapnia, tlenu oraz albumin. Dodatkowy wzrost stężenia parametrów wątrobowych świadczy o zapaleniu trzustki spowodowanym obecnością

kamieni żółciowych. Badania obrazowe tj. ultrasonografia czy tomografia komputerowa jamy brzusznej w przypadku OZT uwidaczniają powiększenie trzustki z równoczesnym zatarciem jej granic, niejednorodność miąższu, obrzęk tkanek, a w postaci zaawansowanej martwicy, zbiorniki płynowe i torbiele rzekome [6,8,16].

Leczenie OZT ma za zadanie zmniejszenie odczuwania silnych dolegliwości bólowych w obrębie jamy brzusznej oraz procesu samostrawienia narządu, usunięcie przyczyny powstania zapalenia w przypadku etiologii kamiczej, a tym samym zmniejszenia ryzyka wystąpienia groźnych powikłań w postaci ropni, martwicy, zbiorników płynowych, torbieli rzekomych, ostrej niewydolności nerek, zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC), zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) czy zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) [10]. Na proces terapii leczniczej w przypadku OZT składa się wprowadzenie odpowiedniej diety, podawanie środków o działaniu przeciwbólowym, bakteriobójczym i przeciwgrzybiczym, wykonanie ERCP po ustabilizowaniu stanu pacjenta zmagającego się z zapaleniem o podłożu kamiczym celem zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby i wystąpienia niedrożności dróg żółciowych.

W przypadku postaci martwicy – krwotocznej OZT pacjent leczony jest w oddziale intensywnej terapii (OIT), gdzie całokształt czynności wchodzących w skład terapii leczniczej obejmuje wentylowanie mechaniczne, tlenoterapię, odżywianie enteralne lub parenteralne, podawanie środków farmakologicznych o szerokim spektrum działania, agresywną płynoterapię, dietoterapię, stałe monitorowanie parametrów oddechowych, krążeniowych, laboratoryjnych, terapię nerkozastępczą itd. [7,15,17,18]

Odpowiednie odżywianie w przypadku OZT jest szczególnie ważne i ma za zadanie ochronić trzustkę przed całkowitym samostrawieniem. W pierwszym okresie zapalenia wskazana jest dieta ścisła, która polega na podawaniu składników odżywczych drogą dożylną przez krótki okres. Przy tym wskazane jest regularne odsysanie nagromadzonych

w żołądku soków trawiennych. Następnie stosuje się dietę płynną podawaną przez założoną sondę do żołądka lub jelit, bądź rozpoczyna się doustne podawanie małych ilości płynów.

Kolejno przechodzi się do diety kleikowej, a dalej w miarę poprawy stanu i nabierania sił fizycznych do diety lekkostrawnej z ograniczeniem błonnika pokarmowego i tłuszczów zwierzęcych. Dla pacjenta z OZT szczególnie ważne jest regularne spożywanie posiłków zgodnych z zaleceniami żywieniowymi w przypadku schorzeń trzustki. W bardziej zaawansowanej postaci OZT zaleca się stosowanie diety dojelitowej, a w przypadku powikłań w postaci niedrożności jelit odpowiednią ilość pokarmów i płynów podaje się drogą parenteralną [9,13,14].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszej pracy jest zdobycie wiedzy dotyczącej opieki świadczonej przez pielęgniarkę wobec pacjenta cierpiącego na OZT na poziomie diagnostyki, pielęgnowania, leczenia, rehabilitacji, edukacji i prewencji.

OPIS PRZYPADKU

Podmiotem prowadzonych badań był pacjent w wieku 63 lat, będący od dłuższego czasu pod stałą opieką poradni specjalistycznych z powodu cukrzycy, otyłości skrajnej (BMI = 42,16) i nadciśnienia tętniczego. Chory 10 lat temu przeszedł rozległy zawał mięśnia sercowego, a 2 lata później poważny uraz kręgosłupa, z powodu którego przebywa do dnia dzisiejszego na rencie chorobowej. Pacjent został przyjęty do szpitala w trybie pilnym z powodu silnego bólu nadbrzusza, który nie ustępował przez kilkanaście godzin, mimo podania silnych środków przeciwbólowych i rozkurczowych, uporczywych nudności i wymiotów, a także silnego osłabienia. W momencie przyjęcia do SOR chory oceniał ból na 8 punktów w skali NRS. Nie pamiętał, czy członkowie jego najbliższej rodziny chorowali na OZT. W trakcie przeprowadzania badania fizykalnego w 11 dobie hospitalizacji zaobserwowano obrzęki ciastowate zlokalizowane na kończynach dolnych, duszność wysiłkową, wysuszone śluzówki jamy ustnej, chropowaty i jasnoróżowy język oraz zaburzenia mobilności. Oprócz tego chory uskarżał się na

konieczność częstego oddawania moczu i obniżony nastrój spowodowany ówczesną kondycją zdrowotną.

Każdy z powyżej wymienionych problemów pielęgnacyjnych poddano skrupulatnej ocenie za pomocą odpowiednich skal i kwestionariuszy, a tym samym sklasyfikowano według przyjętych indywidualnie kryteriów. Sprawność pacjenta oceniono na 85 punktów w skali Barthel, umiejętność wykonywania czynności samoobsługowych na 4 pkt w skali ADL, nasilenie duszności na 3 pkt w skali mMRC, a ryzyko wystąpienia depresji na 10 pkt według skali Becka. Oprócz tego oceniono u chorego ryzyko wystąpienia chorób sercowo – naczyniowych wykorzystując skalę SCORE i uzyskano wynik powyżej 10%, a także z uwagi na pojawiającą się częstomocz poddano ocenie ryzyko rozrostu gruczołu krokowego i oszacowano wynik na 7 pkt. W dwunastej dobie hospitalizacji wręczono choremu autorski kwestionariusz ankiety składającej się z 8 pytań, mający na celu ocenę stopnia zaawansowania wiedzy na temat OZT. Hospitalizowany udzielił 7 na 8 poprawnych odpowiedzi, co dowodzi o szerokim poziomie wiedzy na temat nowo rozpoznanej choroby.

MATERIAŁ I METODY

Badanie opisywanego przypadku zostało przeprowadzone w październiku 2017 roku z zastosowaniem metody kazuistycznej, zwaną częściej w nomenklaturze medycznej metodą indywidualnego przypadku. Informacje o stanie zdrowia pacjenta zebrano korzystając z technik badawczych tj. obserwacja, wywiad, pomiary i analiza dokumentacji medycznej.

Do szczegółowej oceny objawów i problemów pielęgnacyjnych pacjenta wykorzystano szereg specjalistycznych skal i kwestionariuszy, a całokształt danych o stanie zdrowia chorego zgromadzono w karcie opieki pielęgniarstwa, dzięki której personel pielęgniarski po dokładnym przeanalizowaniu informacji w połączeniu ze zdobytą wiedzą teoretyczną i doświadczeniem praktycznym jest w stanie prawidłowo określić wszystkie problemy pielęgnacyjne pacjenta i zaplanować działania pielęgniarstwa tak, by po ich zrealizowaniu móc odnieść pozytywny wynik opieki.

WYNIKI

Szczegółowa analiza przypadku uwi doczniła u pacjenta szereg deficytów i problemów pielęgnacyjnych. Na szczególnie dużą uwagę zasługują przede wszystkim uporczywe dolegliwości bólowe, które objawiały się wzmożonym napięciem mięśni brzucha i wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, a także powodowały u pacjenta obniżony nastrój, apatię i brak zainteresowania otoczeniem. Chcąc zminimalizować ten problem podawano leki przeciwbólowe na zlecenie lekarskie, monitorowano i oceniano stopień zaawansowania bólu przed i po ich podaniu, przeprowadzono analizę kondycji psychicznej, wcześniejszych doświadczeń bólowych i mogących potencjalnie wystąpić skutków farmakoterapii, a także zachęcano do stosowania niefarmakologicznych metod zmniejszania bólu np. wizualizacji. Pacjent w wyniku czasowego wyłączenia odżywiania doustnego uskarżał się na suchość błon śluzowych jamy ustnej stanowiącą tym samym ryzyko wystąpienia stanu zapalnego. Chory zgłaszał uczucie pieczenia i zmniejszenie pragnienia, a ponadto w trakcie badania fizykalnego zaobserwowano suchość śluzówek oraz chropowaty, wysuszony język o jasnoróżowej barwie. Zaproponowano wykonywanie toalety jamy ustnej z użyciem miękkiej szczoteczki, jak też płukanie jamy ustnej środkami antybakteryjnymi, solą lub czystą wodą w zależności od upodobań chorego. Oprócz tego kontrolowano stan jamy ustnej, stopień nawodnienia i odżywienia, a także oceniono ryzyko wystąpienia chorób spowodowanych nieprzyjemnym oddechem. Nowo rozpoznana jednostka chorobowa w połączeniu z chorobami współistniejącymi doprowadziła u pacjenta do deficytu w zakresie samopielęgnacji, który objawiał się trudnościami w poruszaniu, osłabieniem, zmęczeniem, dusznością wysiłkową.

W wyniku tego udzielono choremu pomocy w zakresie toalety ciała, mobilizowano do wykonywania czynności samopielęgnacyjnych, zapewniono dostęp do środków higienicznych, zachowano warunki intymności oraz zapewniono bezpieczeństwo w trakcie wykonywania toalety ciała. Organizm pacjenta wykazywał także duże tendencje do nietolerancji wysiłku fizycznego, co było spowodowa-

ne nie tylko OZT, ale także współistniejącymi problemami kardiologicznymi i otyłością skrajną. Jako, że stanowi to poważne zagrożenie dla zdrowia monitorowano u chorego podstawowe parametry życiowe, pobierano krew do badań laboratoryjnych celem ustalenia stężenia elektrolitów i gazometrii, dostosowywano ilość wysiłku fizycznego do aktualnego stanu pacjenta, zapewniono komfortowe warunki do snu i wypoczynku, zachęcano do podejmowania czynności mających na celu regulację rytmu wypróżniania, a także wspierano psychicznie. Z uwagi, że istniało wysokie ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno – elektrolitowych oraz węglowodanowych cyklicznie monitorowano parametry życiowe oraz stężenie glukozy we krwi włósczkowej, przetaczano płyny na zlecenie lekarskie, obserwowano stan chorego pod kątem wystąpienia niekorzystnych objawów, zachęcano do samodzielnego prowadzenia dzienniczka samokontroli cukru we krwi. Hospitalizowany gromadził w sobie duże pokłady lęku o stan zdrowia i dalsze życie, stąd też udzielono mu wsparcia psychicznego, zachęcano do podejmowania aktywności dostosowanej do aktualnego stanu celem odwrócenia uwagi, zapewniono ciszę i spokój, monitorowano stan pacjenta i oceniano nasilenie objawów związanych z lękiem. Oprócz tego lęk o zdrowie powodował u pacjenta zaburzenia snu, które starano się zmniejszyć poprzez przeprowadzenie rozmowy ukierunkowanej na dotychczasową higienę snu, godziny zasypiania oraz czynniki zakłócające zasypianie, zapewnienie odpowiednich warunków do wypoczynku czy podawanie na zlecenie lekarza środków o działaniu nasennym. Powyżej ujęte działania pielęgniarские prowadzono przez cały okres hospitalizacji. W wyniku skrupulatnego przestrzegania standardów postępowania w określonych problemach pielęgnacyjnych większość z nich udało się zminimalizować. Zalecono także choremu, by po powrocie do środowiska domowego zwracał szczególną uwagę na powtarzające się objawy będących przyczyną hospitalizacji, stosował się do zaleceń pielęgniarских, zgłaszał się na kontrolne wizyty lekarskie, dbał o kondycję fizyczną i psychiczną organizmu.

Równie ważną płaszczyznę, jaką realizuje personel pielęgniarский wobec pacjenta z OZT jest edukacja na temat jednostki chorobowej. Celem weryfikacji poziomu zaawansowania wiedzy wręczono hospitalizowanemu autorski kwestionariusz ankiety zawierający podstawowe informacje o chorobie, metodach leczenia i zaleceniach po powrocie do środowiska domowego. Pacjent będący podmiotem niniejszych badań pomimo posiadania wykształcenia zawodowego posiadał rozległy zakres wiedzy dotyczący OZT.

Informacje o chorobie zdobył dzięki szerokiemu wachlarzowi zainteresowań i pasji czytania, dzięki czemu miał większą świadomość o konsekwencjach, jakie może nieść zbagatelizowanie objawów i niestosowanie się do zaleceń lekarskich i pielęgniarских. Pomimo tego tuż przed zakończeniem pobytu w oddziale wręczono choremu materiały dydaktyczne zawierające nie tylko zbiór informacji o OZT, ale także o chorobach sercowo – naczyniowych i konsekwencjach zaawansowanej postaci otyłości.

DYSKUSJA

Rezultaty osiągnięte w niniejszym badaniu pod kątem analizy problemów pielęgnacyjnych pacjenta cierpiącego na OZT stają się porównywalne z badaniami przeprowadzonymi przez Jarocką I., Perkowską U. [19], które wykazały, że chorzy z OZT najczęściej muszą zmierzyć się z silnymi dolegliwościami bólowymi, nudnościami i wymiotami, dyskomfortem fizycznym i psychicznym z powodu założonej sondy dojelitowej, a także ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań z powodu żywienia dojelitowego, zakażenia, wstrząsu czy niewydolności oddechowej. Pacjent podany za przykład w niniejszej pracy doświadczył uporczywego bólu jamy brzusznej, który częściowo ustępował dopiero po podaniu dużej ilości leków o działaniu przeciwbólowym i rozkurczowym. Ponadto chory zmagał się z dyskomfortem fizycznym i psychicznym ze względu na czasowe założenie sondy, która w pewien sposób utrudniała mu wykonywanie czynności dnia codziennego. U hospitalizowanego tak samo, jak w modelu opieki pielęgniarskiej według Kowalewskiej M. [20] monitorowano parametry oddechowe, krążeniowe i laboratoryjne celem

ewentualnego wczesnego wykrycia zaburzeń wodno – elektrolitowych i węglowodanowych. Pacjenta edukowano pod kątem zapobiegania powikłaniom tak samo jak w zaleceniach po zakończeniu leczenia szpitalnego Kapały W. [21], który za fundament profilaktyki nawrotu OZT stawia racjonalną dietę ze zmniejszeniem produktów mlecznych, smażonych, kiszonych, świeżych owoców, słodczy i ostrych przypraw, a przede wszystkim stałą abstynencją od napojów alkoholowych.

Kompleksowa opieka pielęgniarska nie koncentruje się tylko na czynnościach zawartych w algorytmach postępowania, ale także na wsparciu psychicznym i właściwej komunikacji zarówno z samym chorym, jak i jego rodziną. Pacjenci z OZT doświadczają wielu różnych problemów pielęgnacyjnych, stąd też wymaga się od personelu pielęgniarskiego interdyscyplinarnej wiedzy dotyczącej funkcjonowania człowieka w każdym obszarze życia. Zakres kompetencji i zadań, jakie realizuje wynika z funkcji zawodowych ujętych w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej. Podstawą nawiązania relacji pielęgniarka – pacjent jest właściwa komunikacja. To właśnie dzięki niej pomoc, jaką udziela personel pielęgniarski może być skuteczniejsza, aniżeli w przypadku zaburzonej formy, a co gorsze jej braku. Należy brać pod uwagę to, że każdy pacjent w różny sposób może odczuwać określone dolegliwości, interpretować je i przeżywać, dlatego tak ważne jest indywidualne podejście do każdego i próba określenia, z jakimi uczuciami musi się zmierzyć w danej sytuacji. Komunikacja ze strony pielęgniarki powinna być nacechowana empatią, serdecznością, cierpliwością i prawdowością, a wtedy ma szansę na jasny przepływ informacji. Personel pielęgniarski, dzięki właściwej komunikacji ma szansę na bardziej efektywne przekazywanie wskazówek edukacyjnych, których sumienne przestrzeganie przez pacjenta może uchronić go przed powikłaniami i nawrotem choroby [22]. Dzięki jasnemu przekazowi informacji ze strony personelu medycznego podmiot niniejszych badań pod koniec okresu hospitalizacji i w miarę poprawy stanu ogólnego rozpoczął stosowanie diety mającej na celu nie tylko zapobieganie

nawrotom OZT, ale także redukcję masy ciała.

WNIOSKI

1. Do obszaru zadań, jakie realizuje personel pielęgniarski w ramach funkcji diagnostycznej zalicza się między innymi przygotowanie chorego do badań diagnostycznych zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym, a przy tym asystowanie lekarzowi w trakcie inwazyjnych badań diagnostycznych, pobieranie materiałów do analiz laboratoryjnych, monitorowanie parametrów życiowych, przeprowadzanie badania fizykalnego.

2. Funkcja pielęgnacyjna realizowana przez personel pielęgniarski opiera się przede wszystkim na umożliwianiu choremu odpowiednich warunków do snu, jedzenia, wypoczynku przy jednoczesnym ograniczeniu bodźców, które mogą je zaburzać, zapewnieniu odpowiedniego sprzętu z zależności od potrzeb pacjenta, pomoc w zakresie wydalania i toalety ciała, zastosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej, umożliwienie kontaktu z rodziną, psychologiem, duchownym, zapoznanie z prawami pacjenta i zasadami panującymi w oddziale, wsparcie psychiczne i pomoc w emocjonalnym radzeniu sobie z chorobą, bądź niepełnosprawnością.

3. Personel pielęgniarski w ramach funkcji rehabilitacyjnej zapoznaje chorego i jego rodzinę z zasadami obowiązującymi przy zmianie opatrunku, zapobieganiu zakażeniom i odleżynom, uczy jak odkrztuszać zalegającą wydzielinę z dróg oddechowych, umożliwia kontakt ze społeczeństwem, prowadzi działania w ramach rehabilitacji przyłóżkowej, pionizuje chorego, wykonuje ćwiczenia bierne, masaż leczniczy oraz drenaż ułożeniowy, udziela wsparcia.

4. Zakres czynności realizowany przez personel pielęgniarski w ramach funkcji terapeutycznej zwanej również leczniczą obejmuje działania realizowane na zlecenie lekarskie, do których zalicza się między innymi cewnikowanie kobiety, asystowanie lekarzowi w trakcie cewnikowania mężczyzny, zakładanie opatrunków, sondy dożołądkowej oraz kaniuli obwodowej, podawanie tlenu, pielęgnowanie ran, odsysanie układu pokarmowego i oddechowego, wykonywanie EKG, monitorowanie i dokumentowanie stanu

hospitalizowanego, dostosowywanie diety do jednostki chorobowej, wykonywanie zabiegów dorektalnych itp.

5. Funkcja profilaktyczna realizowana przez personel pielęgniarski opiera się przede wszystkim na uświadomieniu choremu i jego rodzinie znaczenia działań prewencyjnych. Zalicza się tu między innymi zapobieganie wystąpieniu zakażeń, obserwację pod kątem wystąpienia skutków ubocznych przyjmowanych leków bądź niepokojących symptomów, dokumentowanie stanu chorego, stosowanie zalecanej diety, motywowanie do dbania o swoją kondycję zdrowotną czy dawanie dobrego przykładu.

6. Szeroko pojęta funkcja edukacyjna realizowana przez personel pielęgniarski koncentruje działania mające na celu mobilizowanie chorego do stosowania diety z ograniczeniem spożycia tłuszczów i błonnika, przyjmowania enzymów trzustkowych w razie konieczności, całkowitego wyeliminowania napojów alkoholowych i tytoniu z użytkowania, regularnych wizyt lekarskich i kontrolnych badań diagnostycznych, przyjmowania zaleconych leków, obserwacji swojej kondycji zdrowotnej i wczesnego rozpoznawania dodatkowych objawów, zapobiegania otyłości, kontroli masy ciała i regularności wypróżnień.

7. Komunikacja z pacjentem cierpiącym z powodu bólu ostrego w przebiegu zapalenia trzustki ma szczególne znaczenie w procesie rekonwalescencji, zarówno dla samego chorego, jak i jego rodziny i ma wpraw na celu stworzenie odpowiednich warunków do nawiązania kontaktu, zbudowanie zaufania, a dalej udzielenie wsparcia psychicznego, przekonanie o korzyściach zmiany nastawienia do choroby, zachęcenie do wykonywania określonych działań pozytywnie wpływających na zdrowie chorego, a także na poczucie psychiczne członków rodziny, zapewnianie potrzeb i akceptację przez nich choroby.

*Licencjat pielęgniarstwa
Aleksandra Glazar*

BIBLIOGRAFIA

1. Narkiewicz O., Domagała W., Chosia M., Uraśńska E.: Podstawy patologii. PZWL Warszawa 2010, s. 419.

2. Matyszkiewicz J., Głuszek S., Kozieł D.: Ostre zapalenie trzustki – powikłanie endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej. [W:] *Przegląd Gastroenterologiczny* 2012, 7/2, s. 103 – 107.

3. Knapik Z.: Stany nagłe w chorobach przewodu pokarmowego. Wyd. Urban & Partner Wrocław 2000, s. 425.

4. Dąbrowski A.: Gastroenterologia tom I. Wyd. Medical Tribune Polska Warszawa 2010, s. 292.

5. Noszczyk W.: Chirurgia repetytorium. WL PZWL, Warszawa 2009, s. 359.

6. Dąbrowski A.: Choroby trzustki. [W:] *Choroby wewnętrzne* pod red. Gajewski P. Wyd. Medycyna Praktyczna Kraków 2012, s. 524, 525.

7. Rupniewska – Ładytko A., Zielińska – Borkowska U.: Leczenie ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki. [W:] *Postępy Nauk Medycznych* t. XXVII, nr 8, 2014 s. 592 – 596.

8. Pilch – Kowalczyk J., Baron J.: Diagnostyka obrazowa w ostrym zapaleniu trzustki. [W:] *Postępy Nauk Medycznych* 6/2014, s. 405 – 409.

9. Dzieniszewski J., Jarosz M.: Rola żywienia w etiopatogenezie i leczeniu chorób trzustki. [W:] *Nowa Medycyna* 10/1999, s. 303 – 310.

10. Włodarczyk B., Stefańczyk L., Małecka – Panas E., Gąsiorowska A.: Powikłania naczyniowe w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia trzustki. [W:] *Postępy Nauk Medycznych* 28/ 8B, 2015 s. 16 – 22.

11. Jamer T.: Etiologia ostrego zapalenia trzustki – niedoceniony problem w pediatrii. [W:] *Developmental Period Medicine* 19/3, 2015, s. 341 – 346.

12. Szałowska D., Bąk – Romaniszyn L.: Ostre zapalenie trzustki u 15 – letniej dziewczynki. [W:] *Pediatrica Medycyna Rodzinna* 2012 8/3, s. 258 – 262.

13. Meier R., Sobotka L., Jaworski T.: Leczenie żywieniowe w ostrym i przewlekłym zapaleniu trzustki. [W:] *Podstawy żywienia klinicznego* Korta T., Kłęk S., Łyszkowska M. Wyd. Scientifica, Kraków 2013, s. 531, 534.

14. Ciborowska H., Rudnicka A.: Żywnienie w zapaleniu trzustki. [W:] *Dietyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*. WL PZWL, Warszawa 2012, s. 368, 369.

15. Małecka – Panas E. (red.): Stany nagłe w gastroenterologii. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2014, s.157, 158.

16. Rowiński W.: Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek. WL PZWL, Warszawa 2006, s. 334, 335.

17. Skrzydło – Radomańska B. (red.): Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia tom II. Wyd. Czelej Lublin 2013, s. 312, 313.

18. Krawczyk M. (red.): Chirurgia dróg żółciowych i wątroby. WL PZWL, Warszawa 2013, s. 191.

19. Jarocka I., Perkowska U.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami trzustki. [W:] *Pielęgniarstwo internistyczne* pod red. Jurkowska G., Łagoda K., WL PZWL, Warszawa 2011, s. 227 – 233.

20. Kowalewska M.: Pacjent z ostrym zapaleniem trzustki. [W:] *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym* pod red. Kózka M. WL PZWL Warszawa 2010, s. 167 – 169.

21. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wyd. Czelej Lublin 2006, s. 165, 166.

22. Wolska – Lipska K.: Komunikowanie z pacjentem i jego rodziną. [W:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie* pod red. Kwiatkowskiej A., Krajewskiej – Kułak E., Panek W., WL PZWL, Warszawa 2012, s. 96, 97.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po kardiowersji elektrycznej w leczeniu migotania przedsionków

Zaburzenie, jakim jest migotanie przedsionków wymaga kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem od momentu przyjęcia go do szpitala poprzez cały proces diagnostyki, hospitalizacji oraz rekonwalescencji. Opieka pielęgniarska nad pacjentem rozpoczyna się na etapie diagnostyki, kiedy wywiad oraz badanie fizykalne, które wykonuje pielęgniarka lub pielęgniarz są kluczowymi składowymi poprawnie prowadzonej diagnostyki. Personel pielęgniarski rozpoczyna swoją opiekę nad pacjentem od nawiązania stabilnego pełnego zaufania kontaktu oraz zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, które jest podstawą do

prowadzenia skutecznego procesu leczenia oraz współpracy.

Pielęgniarka/pielęgniarz opiekę nad pacjentem rozpoczyna od przeprowadzenia szczegółowego wywiadu dotyczącego całości obrazu sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent. Pielęgniarka powinna zadać pytania dotyczące wystąpienia, przebiegu oraz okoliczności zakończenia epizodu wstąpienia migotania przedsionków. Osoba prowadząca wywiad z pacjentem powinna pamiętać również o istotności występowania chorób współistniejących, zażywanych leków oraz stosowania używek. Mimo ogromnej wagi odpowiedniej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem od rozpoczęcia hospitalizacji najważniejszymi elementami

sprawowania opieki pielęgniarskiej nad chorym z migotaniem przedsionków, który został zakwalifikowany do przeprowadzenia zabiegu kardiowersji elektrycznej jest opieka sprawowana bezpośrednio przed zabiegiem, w trakcie jego trwania a w szczególności bezpośrednio po nim, kiedy pielęgniarka/pielęgniarz są osobami pierwszego kontaktu z pacjentem [Wierzbicka A., 2011].

Istotną składową opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po kardiowersji w przebiegu AF jest pozostawianie z pacjentem aż do momentu jego wybudze-

nia oraz odzyskania przez niego pełnej świadomości po znieczuleniu ogólnym, które zazwyczaj jest stosowane w tego typu zabiegach. Pielęgniarka lub pielęgniarz pozostając z pacjentem zwraca uwagę na jego oddech, miarowość, tor oddechu oraz ilość oddechów na minutę. Jeżeli stan ogólny pacjenta wymaga udrożnienia dróg oddechowych pielęgniarzka/pięgniarnarz może podtrzymywać kątę żuchwy pacjenta w celu poprawy drożności dróg oddechowych.

W zależności od potrzeby personel pielęgniarzki podaje pacjentowi tlen według zlecenia lekarskiego. Gdy stan pacjenta umożliwia nawiązanie kontaktu słownego pielęgniarzka/pięgniarnarz podejmuje próbę nawiązania oraz utrzymania kontaktu z pacjentem. Poprzez rozmowę sprawdza również stan świadomości pacjenta poprzez zadawanie krótkich zrozumiałych pytań jak np.: „Słyszysz mnie pan/pani? / Gdzie pan/pani jest? / Jaki zabieg miał/a pan/pani wykonywany?” [Kunzig H. 2016].

Personel pielęgniarzki dokonuje również oceny funkcjonowania układów organizmu człowieka: układu oddechowego oraz układu krążenia. Niezbędna jest również ocena skóry pacjenta w okolicach przykładania elektrod podczas wykonywania zabiegu w celu wykluczenia wystąpienia poparzeń [Ślusarska B. 2011].

Pielęgniarka i pielęgniarz muszą być szczególnie wyczuleni na wystąpienie u pacjenta tzw. lęku dezintegracyjnego, który objawia się zaburzeniami orientacji, stanem pobudzenia, niepokojem. W przypadku wystąpienia takiego stanu pielęgniarzka powinna uspokajać pacjenta, informować go o miejscu jego pobytu, zasadności hospitalizacji.

W przypadku nasilenia objawów możliwe jest stosowanie sedacji zgodnej ze zleceniem lekarza [Trojanowska I. 2014].

Personel pielęgniarzki zapewnia możliwość stałego intensywnego nadzoru kardiologicznego zarówno przed zabiegiem jak również po jego zakończeniu. Monitorowanie parametrów życiowych takich jak: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturację oraz czynności elektrycznej serca jest niezbędne w celu zapobiegania powikłaniom, a w razie potrzeby szybkiej reakcji na ich wystąpienie. Jednym z elementów opieki nad pacjentem

po kardiowersji jest podtrzymywanie dostępu żylnego w przypadku konieczności szybkiego działania wymagającego podania leków. Pielęgniarka/pięgniarnarz powinni zwracać również uwagę na wystąpienie ponownego epizodu migotania przedsionków [Kurowska K. 2012; Nowicki G. 2009].

W opiece prowadzonej przez personel pielęgniarzki należy zwrócić również uwagę na ogólny stan zdrowia pacjenta pod względem prawdopodobieństwa wystąpienia upadków lub urazów. Pacjenci mogą cierpieć na subiektywne objawy towarzyszące arytmii zaburzające równowagę oraz wpływać na koordynację ruchową. Pielęgniarka powinna asekurować pacjenta podczas prób pionizacji oraz uruchamiania w celu zapobiegania wypadkom [Nowacka – Zarzycka W. 2015].

W skład opieki pielęgniarzki nad pacjentem po kardiowersji elektrycznej w leczeniu migotania przedsionków wchodzi również edukacja pacjenta z zakresu profilaktyki występowania epizodów migotania przedsionków. Należy poinformować pacjenta, że powinien on całkowicie odrzucić używki jak tytoń, alkohol, narkotyki oraz kofeinę. Pacjentom cierpiącym z powodu AF zaleca się unikanie sytuacji stresowych oraz doskonalenie technik aktywnego, skutecznego relaksu. Ważnym aspektem jest stosowanie zdrowej, zbilansowanej diety oraz utrzymywanie prawidłowej masy ciała. Należy jednak pamiętać o unikaniu nadmiernego wysiłku fizycznego. Warto, aby pielęgniarzka/pięgniarnarz przeprowadziła z pacjentem rozmowę edukacyjną dotyczącą czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia napadu AF. Niezbędne jest również regularne przyjmowanie leków zleconych przez lekarza, o konieczności, czego powinna pacjenta poinformować pielęgniarzka. Osoby zmagające się z migotaniem przedsionków należy motywować do prowadzenia samokontroli objawów towarzyszących epizodom choroby w celu odpowiedniego przygotowania oraz zachowania bezpieczeństwa podczas napadu. Pielęgniarka może zachęcić pacjenta do prowadzenia np. dzienniczka samokontroli, dzięki czemu będzie mógł on doskonalić techniki pomiarów tętna, obserwacji swojego

stanu zdrowia oraz interpretowania wyników. Należy również motywować chorego do poprawy, jakości życia jeżeli istnieje taka konieczność oraz pielęgnować pozytywne nastawienie do hospitalizacji i radzenia sobie z chorobą, które są kluczowe w skutecznym procesie leczenia. Z uwzględnieniem, że pacjenci bardzo często na postawioną diagnozę reagują strachem, niepokojem, poczuciem bezradności. [Ciechaniewicz W. 2009; Kapala A. 2011; Kurowska K. 2012; Nowicki G. 2009; Nowacka – Zarzycka W. 2015; Opolski G. 2007; Talarska D. 2011; Wróblewska I. 2012].

BIBLIOGRAFIA

1. Ciechaniewicz W.: Podstawowe pojęcia dotyczące opieki, zdrowia i choroby.

[W]: Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi, pod red. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwalkiewicz E., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 15–30.

2. Kapala A.: Kontrola parametrów życiowych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2011, nr 7-8, s. 26–27.

3. Kunzig H., Lemberger P., Anestezjologia na dyżurze. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2016, s. 86–92.

4. Kurowska K., Korecińska M.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych po zabiegach kardiologicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2012, nr 1/2012, s. 20–25.

5. Kurowska K., Korecińska M.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych po zabiegach kardiologicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2012, nr 1/2012, s. 20–25.

6. Nowacka–Zarzycka W., Szymańska K.: Stany emocjonalne człowieka a ich wpływ na schorzenia układu sercowo-naczyniowego. *Pielęgniarstwo Specjalistyczne*, 2015, nr 2(8), s. 8–11.

7. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A.: Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego wśród osób pracujących. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, tom 17, nr 4, s. 321–327.

8. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A.: Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego.

niowego wśród osób pracujących. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, tom 17, nr 4, s. 321–327.

9. Opolski G., Lukas W., Steciwko A. (red.): *Choroby serca i naczyń. Poradnik lekarza rodzinnego*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007, s. 152–168.

10. Ślusarska B., Arendarczyk M., Uchmanowicz I., Mróz A., Kaszuba D., Łągoła K.: *Model opieki nad pacjentem ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi na podstawie wybranych opisów przypadków*. [W]: *Pielęgniarstwo Kardiologiczne*, pod red. Kaszuba D., Nowicka A., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, s. 273–277.

11. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red.): *Pielęgniarstwo internistyczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 101–102.

12. Trojanowska I.: *Przygotowanie chorego do zabiegu*. [W]: *Anestezjologia i intensywne opiece*, pod red. Wołowicka L., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 40–45.

13. Wierzbicka A.: *Pielęgowanie pacjentów z zaburzeniami w funkcjonowaniu serca i układu krążenia*. [W]: *Podstawy pielęgniarstwa, tom I Założenia teoretyczne*, pod red. Ślusarska B., Zaryzcka D., Zahradniczek K., Wydawni-

ctwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 563–575.

14. Wróblewska I., Kupczyk M.: *Jakość życia pacjentów cierpiących na choroby kardiologiczne*. *Badania własne prowadzone na terenie województwa opolskiego*. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2012, vol. 1, nr 3, s. 55–58.

Fragment pracy licencjackiej

Autor pracy: Natalia Frodyma-Stefanik

Promotor pracy:

dr n. med. Renata Rabiasz

Otyłość dzieci i młodzieży poważnym problemem globalnym



Problem otyłości i nadwagi dotyczy 10 proc. dzieci i młodzieży na świecie. Szacuje się, że do 2025 r. będzie 177 milionów 5-17 latków z nadwagą oraz 91 milionów z otyłością.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, w Europie otyłość dotyka przeciętnie jednego na trzech chłopców i jedną na pięć dziewczynek w wieku od sześciu do dziewięciu lat. Tak szybkie tempo wzrost wiąże się ze wzrostem liczby zachorowań na choroby związane z otyłością. Odnosząc się do tempa wzrostu otyłości przewiduje się, że w 2025 r. ok. 12

milionów dzieci będzie miało nieprawidłową tolerancję glukozy, 4 miliony zachoruje na cukrzycę typu 2, 27 milionów będzie miało nadciśnienie, a u 38 milionów dojdzie do stłuszczenia wątroby lub nagromadzenia tłuszczu w tym organie.

Wśród głównych przyczyn otyłości u nastolatków raport Światowej Organizacji Zdrowia wymienia:

- Słodzone napoje oraz posiłki typu fast-food

Do spożywania słodzonych napojów każdego dnia przyznaje się 19 procent badanych. Codzienne wypijanie szklanki

słodzonego napoju (330 ml) to dodatkowe spożycie w ciągu roku kilkunastu kilogramów cukru!

- Zbyt mała ilość warzyw i owoców w codziennej diecie

W 2014 roku zaledwie 38 proc. badanych europejskich nastolatków jadło codziennie owoce, a 36 proc. warzywa. To właśnie warzywa i owoce stanowią nieocenione źródło witamin i minerałów tak potrzebnych do prawidłowego rozwoju.

- Brak aktywności fizycznej

Tylko 15 proc. młodych Europejki jest aktywnych a wśród chłopców odsetek

ten sięga 25 proc. Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży spada z wiekiem.

Zgodnie z zaleceniami WHO właściwy poziom aktywności to 60 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego każdego dnia.

- Siedzący tryb życia

Młodzi ludzie spędzają około 60 proc. swojego dnia siedząc. Aż ponad 80 procent 15-letnich chłopców i 70 proc.

dziewczynek spędza przed ekranem komputera czy tabletu ponad dwie godziny dziennie. Od 2002 roku odsetki te drastycznie poszybowały w górę, co wiąże się m.in. z rozpowszechnieniem internetu i komputerów, jak i ze spadkiem zainteresowania tradycyjną telewizją.

Badania dowodzą, że większość młodych ludzi nie wyrasta z problemu otyłości a czterech na pięciu otyłych nasto-

latków będzie miało problemy z wagą w wieku dorosłym.

Przedruk: OIPiP Częstochowa

Źródło:

<https://gis.gov.pl/zdrowie/otylosc-dzieci-i-mlodziezy-powaznym-problemem-globalnym/>

Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie przypadków odry w naszym kraju

Odra na terenie Polski

Na terenie Polski, w okresie od 1 stycznia do 15 października 2018 r. zarejestrowano 128 przypadków zachorowań na odrę. W analogicznym okresie roku 2017 zgłoszono ich 58.

Zachorowania na odrę w Polsce są związane przede wszystkim z zawlecaniem choroby z zagranicy lub zakażeniem osób, które nie są zaszczepione przeciwko odrze przez osoby nie będące narodowości polskiej.

Główny Inspektor Sanitarny apeluje o dopełnienie obowiązku szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce wobec dzieci, które dotychczas nie zostały zaszczepione.

Zachorowania o charakterze i rozmiarach ognisk epidemicznych mogą wystąpić głównie wśród niezaszczepionych społeczności lokalnych lub w środowisku szkolnym, jeśli stopień uodpornienia dzieci i dorosłych jest niewystarczający dla uzyskania tzw. odporności zbiorowskiej, która powstaje gdy liczba osób uodpornionych osiąga co najmniej 95%.

Indywidualne ryzyko zachorowania na odrę występuje u każdej osoby, która nie była szczepiona przeciw tej chorobie (lub jej wcześniej nie przechorowała).

Stosowanie szczepień ochronnych ma zasadnicze znaczenie w zapobieganiu zachorowaniom na odrę. Ze względu na wysoką zaraźliwość choroby oraz jej przenoszenie się drogą powietrzną szczepienie nie może być zastąpione jakimikolwiek innymi środkami ochrony.

Stosowana w Polsce szczepionka przeciwko odrze jest skuteczna i bezpieczna.

Niepokojący jest fakt wzrostu liczby osób odmawiających szczepień dzieci. Zgodnie z danymi z państw, w których odsetek osób niezaszczepionych jest znacznie niższy niż w Polsce, wynika, że obserwuje się tam znacznie większą liczbę przypadków odry.

Zdecydowana większość osób, które zachorowały na odrę to osoby niezaszczepione.

Odra jest wysoce zaraźliwą chorobą wirusową. Łatwo przenosi się z osoby chorej na osoby nieuodpornione. Człowiek jest jedynym rezerwuarem wirusa. Wirus ten przenosi się drogą kropelkową (kaszel, kichanie osoby chorej na osoby zdrowe) oraz przez bezpośrednią styczność z wydzieliną z nosa, gardła lub moczem osoby chorej. Od momentu zakażenia wirusem odry do wystąpienia pierwszych objawów choroby może upłynąć 10-12 dni.

Osoba zakażona jest zaraźliwa dla innych na około 4 dni przed wystąpieniem wysypki i innych objawów wskazujących na zakażenie.

Zachorowania na odrę odnotowują: Belgia, Bułgaria, Finlandia, Niemcy, Węgry, Włochy, Grecja, Szwecja, Luksemburg, Szwajcaria, Francja, Dania, Czechy, Rumunia, Hiszpania, Litwa, Łotwa, Holandia, Norwegia, Wielka Brytania, Polska, Serbia, Ukraina, Rosja i Izrael. Do dnia 5 października 2018 r. na terenie UE najwięcej przypadków zachorowań na odrę zarejestrowano w Rumunii (5 100 przypadków), Francji (2 702), Grecji (2 290), Włoszech (2 248). W krajach

spoza UE najwięcej zachorowań odnotowuje: Ukraina – w 2018 r. odnotowano ponad 32 tys. zachorowań, Rosja (1 953), Serbia (5 741). W 2017 roku w Europejskim Regionie WHO zanotowano ponad 24 tysiące zachorowań. W 2016 roku było ich niewiele ponad 5 tysięcy. W okresie od stycznia do września 2018 roku w Europejskim regionie WHO odnotowano ponad 52 tys. przypadków odry.

Odra jest groźna z powodu występowania powikłań po zachorowaniu.

Przyczyną zgonów są zwykle powikłania po odrze, które występują najczęściej u dzieci poniżej 5 roku życia oraz u dorosłych w wieku powyżej 20 roku życia.

Należy podkreślić bardzo wysoką efektywność szczepień przeciw odrze. Po podaniu pierwszej dawki szczepionki odporność uzyskuje ok. 95-98% osób zaszczepionych. Natomiast podanie drugiej dawki szczepionki pozwala osiągnąć odporność u niemalże 100% osób zaszczepionych.

Pamiętajmy, szczepienie jest jedyną skuteczną metodą pozwalającą na uniknięcie zakażenia.

Warszawa, 2 listopada 2018 r.

Dr hab. n. med. Jarosław Pinkas

Główny Inspektor Sanitarny

Krajowy Konsultant

w dziedzinie zdrowia publicznego

Źródło: <https://gis.gov.pl/zdrowie/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-przypadkow-odry-na-swiecie-i-w-kraju/>

Przesilenie jesienne: objawy

Przesilenie jesienne to zespół wielu objawów psychicznych i fizycznych, które są związane z nagłymi zmianami pogodowymi. Pojawiają się ona u osób, które mają mniejszą zdolność adaptacji do zmieniających się warunków atmosferycznych. Co to jest jesienne przesilenie? Jakie są jego objawy? Jakie są sposoby na jesienne przesilenie?

Jesienne przesilenie to nie choroba, lecz zespół charakterystycznych objawów osłabienia organizmu, które są związane ze zmieniającymi się warunkami pogodowymi. O jesiennym przesileniu można mówić, gdy objawy te utrzymują się krótki czas. Jeśli jednak na złe samopoczucie skarżymy się dłużej niż kilka tygodni, należy poszukać innej przyczyny takiego stanu.

PRZYCZYNY

Zmienne warunki pogodowe: zachmurzenie, ciągłe opady deszczu, niższa temperatura i wcześniej zapadający zmrok to nie jedyne przyczyny pogorszenia samopoczucia. Po bogatym w warzywa i owoce lecie sięgamy po kaloryczne, tłuste i ciężkostrawne potrawy, które sprawiają, że czujemy się zmęczeni i ociężali. Rzadziej niż latem przebywamy na świeżym powietrzu, a niewystarczająco dotleniony organizm gorzej znosi nagłe zmiany pogody.

Jednak najczęstszym czynnikiem, który wpływa na pogorszenie stanu zdrowia, jest mniejsza niż latem ilość światła. Jego deficyt doprowadza do choroby zwanej SAD (Seasonal Affective Disorder). Jest to choroba afektywna, sezonowa, znana powszechnie jako depresja

sezonowa. Najczęściej jej przyczyną jest krótszy dzień i zmniejszona ilość światła słonecznego, a objawami rozdrażnienie, ospałość, brak motywacji i apatia. Choroba afektywna występuje częściej u ludzi młodych (między 20 a 30 rokiem życia). Bardziej narażone są na nią kobiety.

JESIENNE PRZESILENIE - OBJAWY

Objawy jesiennego przesilenia to przede wszystkim **objawy psychiczne**, które przypominają objawy depresji, tj:

- nieuzasadnione przygnębienie
- apatia
- wahania nastroju
- lęk
- drażliwość
- brak motywacji do działania.

Najczęstsze **objawy fizyczne** to:

- wzmożony apetyt (jedzeniem staramy się sobie poprawić nastrój) lub odwrotnie utrata smaku i apetytu
- osłabienie apetytu i związane z tym brak energii
- senność
- problemy ze snem
- u kobiet nasilają się objawy napięcia przedmiesiączkowego.

Jednak najbardziej charakterystycznym objawem depresji sezonowej jest utrata dotychczasowych zainteresowań, które stanowiły źródło satysfakcji oraz niechęć do jakichkolwiek kontaktów towarzyskich.

Ogólne osłabienie i spadek odporności sprzyja zakażeniom górnych dróg oddechowych, wówczas pojawia się katar, ból gardła, kaszel, chrypka i podwyższona temperatura.

JESIENNE PRZESILENIE - JAK SOBIE Z NIM RADZIĆ?

Przede wszystkim należy zadbać o skomponowanie właściwej, energetycznej diety. W związku z tym w jesiennym jadłospisie powinny się znaleźć świeże warzywa i owoce. Dla zwiększenia odporności niezbędne są witaminy z grupy B, odpowiadające za prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego. Dostarczą ich produkty pełnoziarniste, kasze, ciemny ryż a także kiełki i rośliny strączkowe. W jesiennie dni można sobie pozwolić na odrobinę czekolady, która jest bogata w żelazo i magnez - pierwiastek który pomaga łagodzić stres i poprawia koncentrację.

Należy pamiętać o przyjmowaniu 2,5 litrów płynów dziennie, nie tylko w postaci wody mineralnej, lecz także herbat ziołowych, zup warzywnych czy świeżo wyciskanych soków.

Aby organizm mógł prawidłowo funkcjonować potrzebuje odpowiedniej dawki ruchu. W czasie wykonywania ćwiczeń dochodzi do regulacji pracy serca, układu krążenia i stymulacji trawienia. Jednak co najważniejsze, ćwiczenia regulują oddech tonizując nasz układ nerwowy.

Jakie choroby ulegają zaostrzeniu jesienią?

- choroby gośćcowe
- choroba wieńcowa
- choroby alergiczne
- padaczka
- nieżyty nosa, gardła, krtani
- grypa
- choroby psychiczne.

Przedruk: OIPiP Częstochowa

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60

www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 15 XI 2018 roku.

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o. o.
realizuje projekt dofinansowany z Funduszy Europejskich
**pt. „WYŻSZE PIEŁĘGNIARSKIE KWALIFIKACJE
– NA PRZYSZŁOŚĆ OBLIGACJE”**

Celem projektu jest zwiększenie kalifikacji i umiejętności zawodowych
u 570 osób dorosłych zawodu pielęgniarskiego z woj. podkarpackiego.
Dofinansowanie projektu z **UE: 1 012 596 zł**

**W ramach projektu zapraszamy pielęgniarki, pielęgniarzy i położne
do udziału w dofinansowanych kursach**

KWALIFIKACYJNYCH:

- Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęg.
- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęg.
- Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęg. i położnych
- Pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęg.
- Pielęgniarstwo transplantacyjne dla pielęg.

SPECJALISTYCZNYCH:

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych
- Wywiad i badania fizykalne
- Leczenie ran dla pielęg.

Udział w ww. kursach jest bezpłatny:

uczestniczki/cy biorą w nich udział z własnej inicjatywy.

Preferowaną w projekcie grupą uczestników są pielęgniarki/arze i położne
w wieku 50+ lub z wykształceniem co najwyżej średnim.

Blizsze informacje:

na stronie www.okppip.pl

w Biurach projektu:

- Rzeszów - ul. Rymanowska 3, Tarnobrzeg - ul. 1 Maja 1
- Krosno - ul. Bieszczadzka 5

Kontakt: tel. 17/ 77 88 481, kom. 508 867 547, email: projekty@okppip.pl



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

