



# FORUM

## ZAWODOWE

6(111)2017

*Wesołych Świąt  
i Szczęśliwego Nowego Roku*

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

## W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 5** IV Gala z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia
- 8** V Podkarpacki Kongres Położnych
- 9** 55 lat sanockiego Medyka
- 11** Spotkanie świadczeniodawców opieki długoterminowej województwa podkarpackiego
- 15** Notatka ze spotkania w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia
- 16** Szkolna pielęgniarka według Radziwiła: Będzie lekarzem, ratownikiem, negocjatorem i terapeutą jednocześnie
- 17** Dodatek „widmo” - czyli co dyrektorzy szpitali zrobili z „Zembałowem”?
- 18** Kampania społeczna NRPIP „Ostatni Dyżur”
- 20** Przewodnicząca OZZPiP Członkiem Rady Dialogu Społecznego
- 23** Stanowisko Ministra Zdrowia
- 24** Zadania pielęgniarki w redukcji czynników ryzyka miażdżycy
- 28** Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ryzykiem obniżenia jakości życia w przebiegu pylicy płuc
- 32** Nowi konsultanci
- 33** QUEEN SILVIA NURSING AWARD  
– Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii

### 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.

## SZKODA

*Kiedy choinka, leśna dama,  
Włoży już swoje stroje,  
A w kuchni ciasto piecze mama,  
Aż pachnie na pokoje,  
Wszystkich ogarnia podniecenie,  
Nas i sąsiadów z bloku...  
Szkoła, że Boże Narodzenie  
Jest tylko raz do roku.*

*A pod choinką dobry święty,  
Co ma brodzisko mleczne,  
Podarki składa i prezenty  
Dla dzieci, tych, co grzeczne.  
Dzieci radują się szalenie  
Wśród pisków i podskoków...  
Szkoła, że Boże Narodzenie  
Jest tylko raz do roku.*

*A kiedy w końcu mama prosi  
Do stołu, bo nakryte,  
To jakby anioł się unosił  
Nad nami pod sufitem.  
Za gardło chwyta nas wzruszenie  
I łezkę mamy w oku...  
Szkoła, że Boże Narodzenie  
Jest tylko raz do roku.*

Ludwik Jerzy Kern

# Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie



## Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Rok 2017 prawie już za nami. Za chwilę zerwiemy ostatnią kartkę z kalendarza. W natłoku spraw odnosi się wrażenie, że dni, tygodnie, czy miesiące uciekają nam coraz szybciej, a problemów ciągle przybywa. Czas zatem dokonać podsumowania tego co było.

Mijający rok, to kolejny rok trudnej pracy nad dalszą poprawą warunków pracy i płacy dla naszej grupy zawodowej. Utrzymano w mocy zapisy porozumienia o wzroście wynagrodzeń. Obowiązująca także od lipca br. ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych zobowiązała pracodawców do zagwarantowania pracownikom wzrostu wynagrodzeń. Samorząd zawodowy wspólnie z OZZPiP wyraził swój zdecydowany sprzeciw co do zaproponowanego współczynnika pracy, który spowodował, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem zaszerogowane zostały wspólnie z pracownikami posiadającymi niższe kwalifikacje. Sprzeciwiamy się zrównaniu pielęgniarek i położnych z wieloletnim doświadczeniem z innymi zawodami medycznymi wymagającymi średniego wykształcenia. Obecnie ustawa znów jest „otwarta” i trwają prace nad modyfikacją jej zapisów.

W roku 2017 Ministerstwo Zdrowia narzuciło nam także prowadzenie Systemu Monitorowania Kształcenia. Koleżanki i Koledzy, którzy mieli okazję się z nim zetknąć, wiedzą, że nie tak powinien wyglądać. Może został wdrożony przedwcześnie? Może wymagał większego dopracowania i dopiero później należało wprowadzić go w życie? Na chwilę obecną jest przedmiotem nauki nas wszystkich.

Bardzo ważną kwestią było opinowanie projektu ustawy o POZ, projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży.

Ustawa o POZ weszła w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. Według ustawy, docelowo każdy pacjent będzie objęty opieką zespołu POZ, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka i położna. Pracę zespołu będzie koordynował lekarz POZ, rozstrzygając jednocześnie o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego u świadczeniobiorcy. Lekarz POZ będzie odpowiedzialny za planowanie i realizowanie opieki lekarskiej nad świadczeniobiorcą w zakresie działań mających na celu: zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację świadczeniobiorcy. Pielęgniarka POZ będzie planować i realizować opiekę pielęgniarską nad świadczeniobiorcą i jego rodziną w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. W tym zakresie położna POZ realizować będzie pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną. W ramach posiadanych kompetencji, lekarz, pielęgniarka i położna, wybrani przez świadczeniobiorcę, wydawać będą skierowania na realizację zabiegów i procedur medycznych.

W Ministerstwie Zdrowia nadal prowadzone są rozmowy na temat roli pielęgniarki szkolnej, która ma zostać wzmocniona. Pielęgniarka szkolna, zgodnie z założeniami resortu zdrowia będzie opiekować się przewlekle chorymi uczniami, robić badania wzroku i słuchu, kontrolować wagę wszystkich uczniów, a także pomagać im w problemach psychicznych, takich jak spadek nastroju, bulimia czy anoreksja, a z dziewczynkami wraz z położną rozmawiać o dojrzewaniu. Te dwa akty prawne będą miały ogromny wpływ na pracę pielęgniarek i położnych POZ i pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

W dalszym ciągu oczekujemy na strategię dla pielęgniarstwa i położnictwa

poprawiającą sytuację naszej grupy zawodowej. Wypracowane rozwiązania mają zatrzymać złą passę w pielęgniarstwie i położnictwie. Ale czy tak będzie? Zobaczmy. Póki co średnia wieku pielęgniarek i położnych ciągle rośnie, a nie wszyscy absolwenci zwracają się z wnioskiem o wydanie prawa wykonywania zawodu. Praktyka w tym zakresie nie stanowi obiektu ich zainteresowania. Jeżeli już zdecydują się na pracę, to na taką, która będzie należycie wynagradzana. Mimo to nie możemy się poddać i tym trudnościom musimy się przeciwstawiać.

*Koleżanki i Koledzy,  
Znowu minął rok, znów  
za oknem pada śnieg,  
blask choinki w domu lśni  
bo świąteczne idą dni.  
Kolędniczy już odwiedzają każdy dom,  
dzwonią sanie pośród zasp,  
bo kolędy nadszedł czas.*

Przed nami Święta Bożego Narodzenia i Nowy Rok. Niech ten świąteczny czas będzie dobrym momentem do zadumy i refleksji. Niech ten czas spędzony w gronie najbliższych napełni nasze serca pokojem, szczęściem i radością, a nadchodzący Nowy Rok niech przyniesie wszystko to co najlepsze, dużo zdrowia, pogody ducha, spełnienia najskrytszych marzeń, niech będzie czasem pomyślności, realizacji osobistych i zawodowych zamierzeń.

*Spokojnych Świąt Bożego Narodzenia  
życzy  
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Renata Michalska*

# Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 października 2017 r. do 30 listopada 2017 r.

## 2 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Udział Przewodniczącej Pani Renaty Michalskiej w inauguracji roku akademickiego 2017/2018 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

## 3 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Udział Przewodniczącej Pani Renaty Michalskiej w inauguracji roku akademickiego 2017/2018 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie.

## 4 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Skarbnika ORPiP Pani Bożeny Jastrzębskiej i członka ORPiP Pani Beaty Barańskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku.

## 5 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

W Sali Regionalnego Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie odbyła się Konferencja „Życie z życia – Przeszczep Podkarpacie 2017”

## 9–10 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego Pani Krystyny Krygowskiej oraz Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego Pani Zenony Radwańskiej w Konferencji naukowej „Pielęgniarstwo polskie, europejskie, światowe” w Warszawie.

## 10 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

## 19 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Na posiedzeniu podjęto 12 Uchwał. Dotyczyły one:

przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych niebędących członkami OIPiP w Krośnie, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiego i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek 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, wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie do składu Komisji Egzaminacyjnej, podwyżki płacy dla pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej. Przyznano 3 zapomogi dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego - 24 osoby otrzymały dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

## 20 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

## 26 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w Podkarpackim Kongresie Położnych w Rzeszowie.

## 27 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w IV Gali z okazji Pracownika Służby Zdrowia zorganizowanej przez Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

## 28 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Udział członka ORPiP Pani Beaty Barańskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne” organizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie. Egzamin odbył się w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bielawskiego w Brzozowie.

Udział Skarbnika ORPiP Pani Bożeny Jastrzębskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne” organizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie. Egzamin odbył się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

## 8 LISTOPADA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w Konferencji „Aktualne problemy epidemiologiczne. Działania profilaktyczne” w Rzeszowie.

## 13 LISTOPADA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w posiedzeniu Komitetu Przewodniczących w Warszawie.

Udział Sekretarza ORPiP w Krośnie Pani Ewy Czupskiej w posiedzeniu Rady Programowej, działającej przy Zakładzie Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie.

## 14 LISTOPADA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w spotkaniu świadczących opiekę długoterminową województwa podkarpackiego w Pod-

karpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie.

### 21 LISTOPADA 2017 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Na posiedzeniu podjęto 14 Uchwał. Były to uchwały w sprawie:

stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarek do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniara z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych,

wskazania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w skład Komisji Egzaminacyjnej, wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, zakupu projektora multimedialnego, wymiany oświetlenia, udzielenia wsparcia finansowego dla położnej z Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej. Przyznano 10 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego - 60 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

### 24 LISTOPADA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w Uroczystym Ślubowaniu Klas Pierwszych z okazji 55-lecia Medycznej Szkoły Policealnej im. Anny Jenke w Sanoku.

Udział członka ORPiP Pani Beaty Barańskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne” organizowanym przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Egzamin odbył się w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bielawskiego w Brzozowie.

Udział Sekretarza ORPiP w Krośnie Pani Ewy Czupskiej w konferencji szkoleniowej „Zakażenia szpitalne, bezpieczny pacjent, bezpieczny personel – współczesne zagrożenia epidemiologiczne” zorganizowanej przez Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

## IV Gala z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia

W dniu 27 października br. w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie odbyła się IV Gala z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia, której organizatorem był Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II. Patronat Honorowy nad wydarzeniem objął Władysław Ortyl - Marszałek Województwa Podkarpackiego, którego podczas uroczystości reprezentował Stanisław Krucek – Członek Zarządu Województwa Podkarpackiego.

Podczas Gali podsumowano dwa projekty realizowane cyklicznie przez krośnieński szpital tj.: Plebiscyt Medyczny 2017 roku oraz Mecenat 2017 Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

W plebiscyie medycznym, już w piątej edycji, niemal przez cały rok, na specjalnie przygotowanych kuponach, pacjenci mogli głosować na pracowników krośnieńskiego szpitala ciesząc się w ich opinii największą sympatią. Plebiscyt odbywał się w sześciu kategoriach:

1. lekarz oddziału,
2. lekarz poradni,
3. pielęgniarka/pielęgniarz/położna/położny/ratownik medyczny oddziału,
4. pielęgniarka/pielęgniarz/położna/położny poradni,
5. rejestratorka/rejestrator/statystyk medyczny,
6. pracownik wsparcia medycznego.





Kapituła plebiscytu po przeliczeniu głosów, wyłoniła tegorocznych laureatów, którymi m. in. zostali:

### **KATEGORIA: PIEŁĘGNIAR- KA/PIEŁĘGNIARZ/POŁOŻNA/ POŁOŻNY ODDZIAŁU 2017**

I miejsce - Małgorzata Wilk – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

II miejsce - Kinga Woźniak - Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu

III miejsce - Dorota Winiarska - Oddział Gastroenterologiczny

### **KATEGORIA: PIEŁĘGNIAR- KA/PIEŁĘGNIARZ/POŁOŻNA/ POŁOŻNY PORADNI 2017**

I miejsce - Maria Wawer - Poradnia Okulistyczna

II miejsce - Urszula Zajdel – Poradnia Leczenia Jaskry

III miejsce - Jadwiga Caban – Poradnia Preluksacyjna

W ramach działań podejmowanych przez Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie zmierzających m.in. do poprawy warunków socjalnych oraz podnoszenia standardów świadczonych usług, od czterech lat kontynuowany jest projekt pod nazwą „Mecenas Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie”. Ideą „Mecenatu” jest pozyskiwanie od Darczyńców dodatkowych funduszy na modernizację kluczowych obszarów z punktu widzenia jakości obsługi pacjenta.

W pierwszej edycji Szpital objął Mecenatem newralgiczne obszary Oddziału





środki na zakup potrzebnego Szpitalowi sprzętu medycznego. Dzięki nim Wojewódzki Szpital Podkarpacki wzbogaca się nie tylko o nowy sprzęt medyczny oraz wyposażenie, ale również wzmacnia partnerską współpracę pomiędzy otoczeniem zewnętrznym. Idea projektu jest zachęcenie interesariuszy zewnętrznych do wspierania krośnieńskiego Szpitala, bowiem nie dlatego, że są do tego zobowiązani, ale dlatego że uważają to za celowe.

W tym roku uroczystość uświetniły występy Marleny Rygiel oraz Moniki Szufnarowskiej, natomiast Galę poprowadził Conrado Moreno. Na zakończenie uroczystości wystąpił kabaret Smile, który na pewno na długo zapadnie w pamięci uczestników.

Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodków. W kolejnej edycji został doposażony Oddział Opieki Paliatywnej oraz Zakład

Opiekuńczo-Lecznicy. W ubiegłym roku, natomiast poprawiono komfort i estetykę Oddziału Rehabilitacyjnego z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, a także pozyskano dodatkowe

*Wszystkim nagrodzonym serdecznie gratulujemy*

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych i Zespół Redakcyjny*



## V Podkarpacki Kongres Położnych

Dnia 26 października 2017 r. w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie odbyło się szkolenie dla położnych i pielęgniarek zatrudnionych w Oddziałach Położniczych i Neonatologicznych ze wszystkich szpitali z województwa podkarpackiego.

Organizatorem kongresu byli: Wojewoda Podkarpacki Pani Ewa Leniart oraz Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczego i Ginekologicznego Pani Krystyna Krygowska, OIPIP w Rzeszowie z Panią Anitą Drążek, OIPIP w Krośnie z Panią Renatą Michalską, oraz POIPIP w Przeworsku z Panią Elżbietą Lewandowską.

Tematem szkolenia była „Rola i zadania położnej i pielęgniarki w propagowaniu karmienia piersią i rozwiązywaniu problemów laktacyjnych”. Ogromnym

zainteresowaniem cieszył się kongres w którym uczestniczyło 196 osób.

Wykładowcami byli:

**mgr Eliza Dziadoszycz-Wójcik**, położna, certyfikowany doradca laktacyjny

Temat wykładu: „Spójność wiedzy i praktyk personelu medycznego w zakresie karmienia piersią – gwarancją większego zaufania i powodzenia w laktacji”.

**dr Barbara Piekiełko**, dietetyk

Temat wykładu: „Prawidłowe żywienie kobiet w okresie karmienia piersią”.

**mgr Katarzyna Gmur**, fizjoterapeuta

Temat wykładu: „Rola fizjoterapeuty w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka w odniesieniu do procesów doj-

rzewania i doskonalenia funkcji jedzenia noworodków”.

**mgr Katarzyna Ukleja**, doradca noszenia dzieci w chustach i nosidłach miękkich, instruktor masażu Shantala

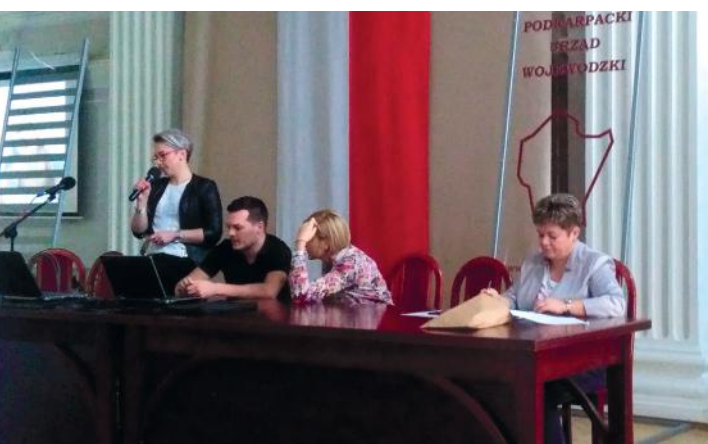
Temat wykładu: Noszenie w chuście a karmienie piersią z perspektywy doradcy noszenia dzieci.

**mgr Krystyna Krygowska**, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczego i Ginekologicznego

Temat wykładu: „Zapoznanie położnych i pielęgniarek z opracowaniem Ministerstwa Zdrowia pt: Wspieramy karmienie piersią niemowląt”.

Bardzo serdecznie dziękuję za tak liczny udział w kolejnym już kongresie i zapraszam do uczestnictwa w następnych takich spotkaniach.

*Krystyna Krygowska*





# 55 lat sanockiego Medyka

Rok 2017, to rok szczególny dla całej społeczności Medycznej Szkoły im. Anny Jenke w Sanoku. W tym roku bowiem mija 55 lat od momentu gdy pierwszy uczeń przekroczył jej mury oraz 15 lat od historycznej uroczystości nadania szkole imienia Anny Jenke i własnego sztandaru.

Świętowanie rozpoczęło się 23 listopada w czwartek od Mszy Św. w Kościele pw. Przemienienia Pańskiego w Sanoku. Natomiast uroczystości w dniu 24 listopada w sali Koncertowej Państwowej Szkoły Muzycznej rozpoczęło uroczyste Ślubowanie, które miało wymiar symboliczny i bardzo podniosły 15 ślubowanie na sztandar wg ceremoniału przyjętego po nadaniu im. Anny Jenke.

Przybyłych zaproszonych Gości przywitała dyrektor szkoły Halina Połojko oraz Samorząd Słuchaczy. Wśród nich byli przedstawiciele:

Urzędu Marszałkowskiego, Kuratorium Oświaty, Urzędu Miasta, Starostwa Powiatowego, zaprzyjaźnionych szkół i placówek z terenu miasta Sanoka, innych szkół medycznych oraz placówek

podległych Samorządowi Województwa Podkarpackiego, szkół noszących imię Anny Jenke, szkół i placówek współpracujących w zakresie praktycznej nauki zawodu, przedstawiciele Towarzystw, na czele z Towarzystwem Przyjaciół Anny Jenke, Stowarzyszeń i Fundacji oraz sponsorów. Jak na tak uroczysty Jubileusz przypadło nie zabrakło również emerytowanych dyrektorów i zasłużonych nauczycieli, absolwentów, uczniów, słuchaczy i wszystkich obecnych pracowników szkoły.

Uroczystego wprowadzenia sztandaru dokonała pierwsza absolwentka szkoły, a zarazem emerytowana nauczycielka Pani Władysława Jasik z d. W. Farajewicz. Całość ceremoniału poprowadziła dyrektor szkoły wraz z nauczycielem Panem Maciejem Kondyjskim, natomiast Uroczyste Ślubowanie na Sztandar złożyli wybrani przedstawiciele klas pierwszych ze wszystkich kierunków kształcenia.

W części oficjalnej Pani Dyrektor wygłosiła również referat okolicznościowy, który zawierał historię i misję szkoły, jej

działalność w środowisku, a zebrani mieli okazję obejrzeć prezentację przedstawiającą zmiany zachodzące w szkole na przestrzeni 55 lat.

Następnie głos zabrał Burmistrz Sanoka Pan Tadeusz Pióro, który składając gratulacje i życzenia, docenił wysiłek szkoły włożony w przygotowanie wykwalifikowanych przyszłych pracowników zawodów medyczno-społecznych.

W pełnym ciepłych słów przemówieniu Pani Maria Kurowska, Wicemarszałek województwa podkarpackiego pogratulowała pięćdziesięcioletniemu jubileuszowi, zwracając uwagę na doskonałe połączenie jej tradycji z nowoczesną edukacją medyczną.

Z przymiłowymi słowami skierowanymi do młodzieży, absolwentów, nauczycieli, kadry kierowniczej, byłych i obecnych pracowników Szkoły zwrócił się Pan Stanisław Fundakowski Wicekurator Oświaty, przekazując również życzenia i gratulacje od Pani Małgorzaty Rauch Podkarpackiego Kuratora Oświaty w Rzeszowie. Wzruszające i bardzo osobiste życzenia na ręce Haliny Połojko





przekazała Pani Renata Michalska przewodnicząca ORPiP w Krośnie, była Absolwentka Sanockiego Medyka. Piękne życzenia, podkreślające symbolikę spotkania oraz słowa klucze i cytaty z Programu Wychowawczego Anny Jenke wypowiedzieli: przedstawiciele TPAJ z Siostrą dr Bernadeta Lipian, Ks. Prałat Andrzej Skiba i Ks. Artur Janiec Dyrektor Caritas Archidiecezji Przemyskiej.

Nie zabrakło również słów podziękowań, pięknych grawertonów, kwiatów i pamiątek okolicznościowych złożonych na ręce Pani Dyrektor od zaprzyjaźnionych szkół, placówek, instytucji, sponsorów oraz absolwentów, uczniów i słuchaczy. Listy i gratulacje napłynęły również od Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej oraz Posłów na Sejm.

Nie zabrakło też słów podziękowań złożonych na ręce Pani Dyrektor od absolwentów i uczniów.

Po kolejnych wystąpieniach, gratulacjach i życzeniach dostojnych Gości nadszedł czas na część artystyczną, de-



dykowaną aktualnym i emerytowanym pracownikom, uczniom, słuchaczom, absolwentom i wszystkim przyjaciółom szkoły.

Liryczny program słowno-muzyczny wykonany przez szkolny chór „Congrazia” i zespół międzyszkolny złożony z naszych słuchaczy i uczniów I LO im. KEN przygotowały Panie Grażyna Płodzień i Krystyna Wojtowicz.

Na zakończenie dyrektor szkoły wyraziła słowa uznania i podziękowania zaproszonym gościom wszystkim sympatykom szkoły, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do jej rozwoju i osiągniętych sukcesów.

Ostatnim akcentem było wystąpienie pary tanecznej z zespołu Flamenco działającego przy SDK w Sanoku. Po uroczystości oficjalnej, zaproszeni goście, pracownicy i absolwenci, udali się do szkoły, gdzie w ławach szkolnych, w poszukiwaniu pięknych młodzieńczych przeżyć „przy małej czarnej”. Wspomnieniom nie było końca ...

W ciągu 55 lat swojego istnienia szkołę ukończyło 2449 pielęgniarek i położnych, 296 opiekunek dziecięcych, 312 ratowników medycznych, 294 terapeutki zajęciowe, 87 techników fizjoterapii, 276 techników masażystów, 227 asystentów osoby niepełnosprawnej, 199 opiekunki środowiskowe, 144 opiekunów w domu pomocy społecznej, 188 opiekunów medycznych, 84 techników usług kosmetycznych, 100 techników farmaceutycznych, 90 opiekunów osoby starszej oraz 30 techników elektroniki i informatyki medycznej. Łącznie ok. 5000 dobrze przygotowanych do zawodu osób. Najlicniejszą grupę stanowią absolventki liceum pielęgniarskiego i opiekunek dziecięcych, gdyż licealny system kształcenia cieszył się do samego końca (97 rok) dużą popularnością, gdzie systematycznie dokonywano naboru na dwie, trzy duże klasy po 45 osób.

*Halina Połojko*



# Spotkanie świadczeniodawców opieki długoterminowej województwa podkarpackiego

W sali kolumnowej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego 15 listopada br. odbyło się spotkanie świadczeniodawców opieki długoterminowej województwa podkarpackiego. W spotkaniu uczestniczyły pielęgniarki zatrudnione w podmiotach leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej domowej, opieki paliatywnej, hospicyjnej z terenu działania OIPiP w Krośnie, Rzeszowie i Przeworsku. W posiedzeniu wziął udział wicewojewoda Piotr Pilch.

W spotkaniu uczestniczyli również: członek sejmowej Komisji Zdrowia poseł Krystyna Wróblewska, dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie Robert Bugaj oraz przedstawiciele zawodów medycznych i naukowcy w dziedzinie medycyny i zdrowia.

Wydarzenie zostało zorganizowane przez wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych Bożenę Majchrowicz.

Podczas spotkania zostały poruszone następujące tematy:

- udar mózgu jako najczęstsza przyczyna niepełnosprawności po 40 roku życia. Temat ten przybliżył nam prof. dr hab. n. med. Andrzej Kwolek – Konsultant wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji,
- z kolei wolontariat w opiece długoterminowej i hospicyjnej omówiła dr hab. n. o zdrowiu prof. UR Teresa Pop – Konsultant wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii,
- leczenie ran w aspekcie żywieniowym przedstawiła mgr Marta Bakowska,
- wycenę świadczeń w stacjonarnej opiece długoterminowej bardzo skrupulatnie i szeroko omówiła dr n. med. Mariola Rybka – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych,
- a o tym jak przedstawia się sytuacja dotycząca aktualnego stanu zabezpie-

czenia Województwa Podkarpackiego w świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze poinformował nas lek. med. Robert Bugaj - Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

W trakcie konferencji dyskutowano również na temat poprawy dostępności do świadczeń w opiece długotermino-

wej domowej, pielęgnacyjno - opiekuńczej i zwiększenia nakładów finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń, m.in. wprowadzenia taryf rekomendowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych.

*Renata Michalska  
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*





RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Dziecka  
Marek Michalak

ZSS.42T.33.2017.KS

### Szanowna Pani Prezes

nawiązując do pisma Pani Prezes z 19 września 2017 r. znak: NINP- NR-PiP-DM.002.185.2.2017.TK, do którego załączone zostało Stanowisko Nr 10 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 14 września 2017 r.



RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Dziecka  
Marek Michalak

2SS.422.43.2017.KS

### Szanowny Panie Ministrze

do Rzecznika Praw Dziecka wpłynęło pismo<sup>1</sup> Pani Zofii Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (dalej: NRPiP) wraz z załączonym Stanowiskiem Nr 10 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 14 września 2017 r. w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych (dalej: Stanowisko NRPiP). Prezes NRPiP wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do wyeliminowania pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych. W Stanowisku NRPiP podniesiono, że: aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) powinno być zastąpione regulacjami prawnymi uwzględniającymi wskaźniki zatrudnienia adekwatne

w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych uprzejmie informuję, że Rzecznik Praw Dziecka wystąpił<sup>1</sup> do Ministra Zdrowia w sprawie zapewnienia dzieciom i młodzieży właściwej jakości opieki sprawowanej podczas ich hospitalizacji.

Warszawa, 26 października 2017 roku

### Pani Zofia Malas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W załączeniu przekazuje kopię ww. wystąpienia generalnego.

*Z wyrazami szacunku*  
Marek Michalak

<sup>1</sup> Wystąpienie z dnia 20.10.2017 r.  
Znak: 2SS.422.43.2017.KS

Warszawa, 20 października 2017 roku

### Pan Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

do profilu oddziału szpitalnego i realizowanych w nim świadczeń zdrowotnych. Powodem wystosowania tego postulatu jest fakt, że do Rady wpływają liczne sygnały o stosowaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych podczas dyżurów w zakładach leczniczych. Podniesiono, że: Taka praktyka nie pozwala na sprawowanie opieki z należytą starannością i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów, co ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, w tym także błędów medycznych. Sytuacja ta w oczywisty sposób dotyczy także małoletnich pacjentów.

Rzecznik Praw Dziecka, stosownie do art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2017 r. poz. 922), działa na rzecz ochrony praw niewątpliwie związane są m.in. z zagwarantowaniem im właściwej opieki sprawowanej przez pielęgniarki i położne. W piśmiennictwie podnosi się, że Dziecko jest szczególnym podmiotem opieki pielęgniarskiej. Spe-

cyficzny rodzaj trudnego doświadczenia dla dziecka stanowi hospitalizacja, która powoduje nagłą zmianę w jego życiu i wyzwała silne reakcje lęku oraz niepokoju, które są uzależnione od różnych czynników. Pierwsze wrażenie dziecka na temat szpitala i kontaktu z personelem medycznym często rzutuje na jego dalszy stosunek do hospitalizacji oraz na przebieg leczenia<sup>2</sup>

Zawód pielęgniarki oraz zawód położnej polega m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo.<sup>3</sup> Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.<sup>4</sup>

Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym niebę-

dającym przedsiębiorcą reguluje art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. 2012 poz. 1545).

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek. Minimalne normy ustala kierownik tego podmiotu po zasięgnięciu opinii:

1) kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym;

2) przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

Konstrukcja ww. przepisu obliuguje kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą do ustalenia minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych (zgodnie z. ww. rozporządzeniem) oraz do zasięgnięcia opinii podmiotów, o których mowa w art. 50 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. ustawy. **Przepis ten nit zawiera jednak nakazu uwzględnienia przez kierownika takiego podmiotu leczniczego opinii podmiotów, o których mowa w art. 50 ust. 1 pkt 3 i 2 ww. ustawy.** Ustawodawca wskazuje jedynie normy minimalne, a zatem kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może zatrudniać większą liczbę pielęgniarek i położnych, jednakże - na podstawie Stanowiska NRPiP - przypuszczać można, że rzadko to robi, kierując się m.in. przesłankami ekonomicznymi (związanymi m.in. z sytuacją ekonomiczną podmiotu<sup>5</sup>), co w konsekwencji negatywnie wpływa na możliwość zaspokojenia faktycznych potrzeb pacjentów. Ponadto przepis ten dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami a więc podmiotów leczniczych działających w następujących formach organizacyjno-prawnych: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa, jednostka wojskowa. Nie obejmuje więc swoją dyspozycją wszystkich podmiotów leczniczych.

Zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (dalej: minimalne normy), w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą uwzględnia się m.in. harmonogram czasu pracy i średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich a także liczbę pacjentów i ich potrzeby zdrowotne związane z ustaloną kategorią opieki. Rozporządzenie to weszło w życie 1 stycznia 2013 r. i od tego czasu nie było nowelizowane. Należałoby rozważyć dostosowanie przepisów prawa w ww. zakresie do obecnych warunków oraz zidentyfikowanych w tym obszarze potrzeb.

Niedostateczna obsada pielęgniarek i położnych podczas dyżurów oraz konieczność objęcia opieką zbyt dużej liczby pacjentów może powodować obniżenie jakości świadczeń zdrowotnych i opieki pielęgniarskiej oraz może mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne małych pacjentów. Zauważyć trzeba ponadto, że hospitalizacja jest trudnym doświadczeniem dla dziecka. Wiąże się z dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Konieczność pobytu w szpitalu wymaga adaptacji dziecka do nowego środowiska.

Pielęgniarka, jako osoba będąca najbliższą małego pacjenta, ma zasadniczy wpływ na jego prawidłowe przystosowanie się do warunków szpitalnych. Oddziaływanie na chore dziecko zależy od jego wieku i sposobów radzenia sobie w trudnej sytuacji. Przed pielęgniarkami na oddziałach pediatrycznych stoi zadanie właściwego wprowadzania dziecka w rolę pacjenta, minimalizowania jego niepokoju i lęku oraz nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z nim oraz z jego rodzicami.<sup>6</sup> Zatem szukanie nowych, skutecznych rozwiązań zapewniających małym pacjentom komfort hospitalizacji jest niezwykle istotne.

W marcu 2017 r. został opublikowany coroczny Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położonych. Przytoczenia wymaga następujący fragment raportu: Z opracowanej prognozy dotyczącej

liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych<sup>7</sup> w latach 2016-2030 wynika, że:

- systematycznie zwiększać będzie się liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych posiadających uprawnienia emerytalne,

- zwiększeniu ulegnie średni wiek pielęgniarek i położnych pracujących w systemie ochrony zdrowia,

- nastąpi brak prostej zastępowalności pokoleniowej pielęgniarek i położnych spowodowany drastyczną różnicą, ponad 100 tys. liczby osób nabywających uprawnienia emerytalne a liczbą osób nabywających uprawnienia do wykonywania zawodu,

-zmniejszeniu ulegnie wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców. (...) **Wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem dla Polski wynosi 5,24.**

**Wśród 13 wybranych krajów, wskaźnik ten sytuuje Polskę na ostatnim miejscu.** Raport wskazuje także na ujemne saldo migracji pielęgniarek i położnych.<sup>8</sup> W podsumowaniu ww. raportu NRPiP rekomenduje opracowanie i wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne. Ponadto NRPiP rekomenduje m.in.:

1) określenie docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na / tysiąc mieszkańców;

2) uregulowanie kwestii minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach będących przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Uwzględniając powyższe argumenty zasadnym jest podjęcie działań legislacyjnych w obszarze związanym z zatrudnieniem pielęgniarek i położonych w podmiotach leczniczych, w szczególności tych, które udzielają świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych. W tym miejscu przytoczenia wymagają przepisy Konwencji o prawach dziecka (Dz. U. z 1991 r. poz. 526), które stanowią, że Państwa-Strony uzna-

ją prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej (art. 24 ust. 1). Państwa-Strony czuwają, aby instytucje, służby oraz inne jednostki odpowiedzialne za opiekę lub ochronę dzieci dostosowały się do norm ustanowionych przez kompetentne władze, w szczególności w dziedzinach bezpieczeństwa, zdrowia, jak również dotyczących właściwego doboru kadr tych instytucji oraz odpowiedniego nadzoru (art. 3 ust. 3).

W trosce o bezpieczeństwo zdrowotne małoletnich pacjentów, na podstawie art. 10a i 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o przekazanie informacji na temat działań podejmowanych przez resort zdrowia w przedmiotowym zakresie. Proszę także o przedstawienie stanowiska dotyczącego podjęcia prac nad stworzeniem nowych założeń dotyczących norm za-

trudnienia pielęgniarek i położonych, w szczególności w jednostkach sprawujących opiekę zdrowotną nad dziećmi.

*Z wyrazami szacunku  
Marek Michalak*

<sup>1</sup> Pismo z 19.09.2017 r. NINP- NRPiP-DM. 002.185.2.2017.TK,

<sup>2</sup> M. Jakubik, A.Kierys, A.Bednarek, Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. Via Medica,

<sup>3</sup> art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, z późn. zm.),

<sup>4</sup> art. 6 ust. 1 i art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318),

<sup>5</sup> Z informacji o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli z 2016 r. pt. Informacja o wynikach kontroli RESTRUKTURYZACJA WYBRANYCH SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (LOP.430.001.2016 Nr ewid. 18/2016/P/15/092/LOP) wynika, że zadłużenie publicznych szpitali nie zmienia się od wielu lat. Pomimo przeznaczenia znacznych środków publicznych na oddłuże-

nie, łączne zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (wśród których największy udział mają szpitale) wynosi ok. 10 mld zł. Analiza zobowiązań samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazuje, że stan ich zobowiązań nie ulega istotnym zmianom (7,6-7.8 mld zł w latach 2010-2014 r.),

<sup>6</sup> M. Jakubik, A.Kierys, A.Bednarek, Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych, Via Medica,

<sup>7</sup> Z raportu wynika, że w 2016 r. liczba zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych kobiet i mężczyzn wykonujących zawód pielęgniarki wynosiła 288 395 przy czym średnia wieku tych osób wynosi 50,79. W przypadku zawodu położnej liczba kobiet i mężczyzn wykonujących ten zawód, to 36 806 zaś ich średnia wieku wynosiła 48,72. Średni wiek osób wykonujących ww. zawody wzrasta w porównaniu do lat ubiegłych,

<sup>8</sup> „Po wejściu Polski do Unii Europejskiej okręgowe rady pielęgniarek i położnych wydały 19 953 zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w UE. Dane te wskazują duże zainteresowanie wykonywaniem zawodu poza granicami kraju.”

## Notatka ze spotkania w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia

– 7 listopada 2017

Na wniosek NRPiP w dniu 7 listopada 2017 r. odbyło się spotkanie w NFZ w którym udział wzięły: Zofia Małas - Prezes NRPiP, Joanna Walewander – Sekretarz NRPiP, Teresa Kuziara – członek Prezydium NRPiP.

W trakcie spotkania omówiono problemy dotyczące:

1. kontynuacji wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w związku z wprowadzeniem sieci szpitali oraz kontynuowania podwyżek dla pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień w POZ.

2. Dodatkowego finansowania nowych uprawnień pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków i wypisywania recept oraz skierowań na badania diagnostyczne.

3. Wyceny świadczeń w zakresie opieki długoterminowej (ZOL, ZPO), oraz ujednolicenia stawki za osobodzień (30,08 zł) pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

4. Złożonych propozycji procedur odrębnie finansowanych dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, w zakresie: wizyta patronażowa dziecka, rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych rodziny, profilaktyka ADR w polipragmazji – porada dla Seniora, (pielęgniarka POZ), dla położnej POZ : porada laktacyjna (położna POZ), porada w zakresie higieny wzroku (pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania).

W trakcie spotkania przedstawiciele NFZ poinformowali o trwających już pra-

cach w zakresie rozwiązania zaistniałego problemu w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.

Ministerstwo Zdrowia i NFZ pracują nad wprowadzeniem zapisów prawnych umożliwiających realizację wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W zakresie kontynuacji wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych NFZ zobowiązał się do opublikowania na swojej stronie Komunikatu wskazującego iż środki na ten cel zostały ujęte w stawce kapitałowej lekarza POZ.

Ponadto przedyskutowano z przedstawicielami NFZ w/w propozycje NRPiP.

Uzyskano porozumienie w zakresie wprowadzenia proponowanych zmian oraz kierunków działania niezbędnego do ich realizacji.

*Sekretarz NRPiP - Joanna Walewander*

## Szkolna pielęgniarka według Radziwiłła: Będzie lekarzem, ratownikiem, negocjatorem i terapeutą jednocześnie



*Zmniejszenie liczby dzieci przypadających na pielęgniarkę to zdaniem zainteresowanych krok w dobrym kierunku. źródło: Shutterstock*

Szkolna pielęgniarka – zgodnie z założeniami resortu zdrowia – będzie musiała opiekować się przewlekle chorymi uczniami, robić badania wzroku i słuchu oraz kontrolować wagę wszystkich uczniów, a także pomagać im w problemach psychicznych, jak spadek nastroju, anoreksja czy bulimia. Z dziewczynkami – wraz z położną – porozmawia o dojrzewaniu. Przede wszystkim jednak musi przekonać do współpracy rodziców.

Pielęgniarki szkolne według nowych założeń do projektu ustawy regulującej medycynę w szkole powinny monitorować, czy rodzice zaszczepili dzieci, czy byli z nimi u dentysty albo wykonali zalecenia lekarza. Powinny też ściśle współpracować z nauczycielami i dyrektorem, a czasem nawet uczestniczyć

w radach pedagogicznych. A wszystkie potrzebne informacje na końcu przekazać lekarzowi rodzinnemu, sprawującemu opiekę nad danym uczniem. Nie osobiście ani telefonicznie, ale poprzez specjalną platformę informatyczną służącą do wymiany informacji medycznych.

Pozycja pielęgniarki w strukturze szkolnej ma zostać wzmocniona. Część zadań, którymi ma się zająć, nie jest nowa. Różnica polega na tym, że dotychczas były one zapisane tylko w rozporządzeniu ministra zdrowia. Teraz, w doprecyzowanej wersji, mają się pojawić w ustawie, i to podpisanej przez dwa ministerstwa: zdrowia i edukacji. Jednym z celów jest usprawnienie współpracy na linii szkoła – ochrona zdrowia.

– Obecnie nie jest ona dostatecznie dobra i sprawna – uważa prof. Anna Oblacińska z Instytutu Matki i Dziecka, która pracowała nad założeniami ustawy.

– Takie zmiany postulowało nasze środowisko – przyznaje Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Ale widzi też kilka problemów związanych z nowym zakresem obowiązków. Głównym jest wiek i liczba pielęgniarek szkolnych.

Źródło: [http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1074134\\_zadanie-szkolnej-pielęg0niarki-wedlug-mini-stre-zdrowia.html](http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1074134_zadanie-szkolnej-pielęg0niarki-wedlug-mini-stre-zdrowia.html)

# Dodatek „widmo” - czyli co dyrektorzy szpitali zrobili z „Zembałowem”?

Działająca od lipca ustawa o sposobie najniższego wynagradzania pracowników medycznych zobowiązała zarządzających placówkami do zagwarantowania pracownikom wzrostu wynagrodzeń. Na wypłatę docelowych stawek dyrektorzy mają czas do końca 2021 r. W przypadku zapewnienia ustawowych stawek pielęgniarkom pomysłem miało być włączenie dodatków ministra Zembała do wynagrodzenia zasadniczego.

Ustawa miała być odpowiedzią na postulat środowiska oraz w opinii rządzących racjonalną kontrpropozycją dla projektu obywatelskiego, który szybko przepadł w sejmowych przestrzeniach. Dokument wszedł w życie gwarantując podwyżki z mocą wsteczną, od 1 lipca 2017 r. Dla części placówek ustawa była tylko udokumentowaniem funkcjonujących tam już płac, jednak podmiotom w trudnej kondycji finansowej sprawiła nie lada problem. Wielu dyrektorów jeszcze jakiś czas temu w rozmowach z Polityką Zdrowotną deklarowało, że poważnie myśli o włączeniu „Zembałowego” do podstawy wynagrodzenia, część pielęgniarek walczyło o to - obawiając się, że dodatek zniknie, gdy NFZ przestanie go finansować. Ale paradoksalnie po wejściu w życie ustawy o minimalnych płacach w ochronie zdrowia, dodatek może być przynajmniej czasowo korzystniejszy.

### **NRPIP USPOKAJA, MIMO ŻE USTAWA NIE SATYSFAKCUJE**

Kilka miesięcy temu dyrektorzy rozważali kwestie włączenia dodatku wynagrodzenia zasadniczego. Wielu z nich, ostatecznie zdecydowało się na taki zabieg. Wśród nich jest m.in. Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, gdzie problem zapewnienia wynagrodzenia według wskaźników ujętych w ustawie dotyczył jedynie kilku pielęgniarek - informuje dr n. med. Małgorzata Czaplinska - z-ca dyrektora ds. lecznictwa.



- Podobna sytuacja nastąpiła w wielu podmiotach w województwie śląskim - przekazuje Polityce Zdrowotnej Iwona Borchulska, rzeczniczka Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Przynajmniej połowa podmiotów skorzystała w tym regionie z tej możliwości. - Tym sposobem obecny pan minister zarządził podwyżki środkami, które już wcześniej zagwarantował minister Zembała w postaci dodatku - tłumaczy rzecznik prasowy OZZPiP.

Nieco odmienne dane prezentuje jednak Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, która uspokaja. - Dodatek do pensji, czyli trzecia transza 400 zł brutto, jest osobnym dodatkiem i w większości pracodawcy nie włączyli go do wynagrodzenia zasadniczego na czym nam jako Naczelnej Radzie od początku zależało - przekazuje Polityce Zdrowotnej Zofia Małas, prezes NRPIP.

### **JEST ROZPORZĄDZENIE ORAZ USTAWA**

Obowiązujące dwa oddzielne akty - rozporządzenie ministra Zembała oraz ustawa Ministra Radziwiłła powinny mieć dwa źródła finansowania. Środki na realizację „Zembałowego” zostały zabezpieczone, dyrektorzy „przerzucając” je do wynagrodzenia zasadniczego, które reguluje nowa ustawa to działanie, jakie nie powinno mieć miejsca - uważają eksperci, ostatecznie jednak decyzja co

do formy wypłaty dodatku należała do zarządzających.

- Nie dziwię się środowisku, że nie chcą, aby tzw. podwyżka zembałowa była liczona do podstawy wynagrodzenia. W ten sposób bowiem mogłoby się okazać, że ustawa o minimalnym wynagrodzeniu nie będzie miała zastosowania bądź będzie miała marginalne zastosowanie dla tej grupy - wyjaśnia nam dr Dobrawa Bładun, radca prawny i ekspert ds. ochrony zdrowia Konfederacji Lewiatan. - Dla mnie jako reprezentanta pracodawców najtrudniejsze jest brak wskazania źródeł finansowania ustawy. Podwyżki dla pielęgniarek uregulowane w rozporządzeniu pochodzą wprost z budżetu NFZ i są wydzieloną pulą pieniędzy przeznaczaną przez płatnika publicznego na ten cel. W przypadku ustawy takiego bezpośredniego przełożenia nie ma, co oznacza, że podwyżki albo wygospodaruje właściciel albo uszczupli kwotę otrzymywaną z NFZ. Nic zatem dziwnego, że obecnie ustawa ma ogromny problem z wdrożeniem i wszystkie placówki „szukają” źródeł jej sfinansowania - podsumowuje ekspert.

Źródło: NIPiP

<http://www.politykazdrowotna.com/24778>, dodatek-widmo-czyli-co-dyrektorzy-szpitali-zrobili-z-zembałowem



# Kampania społeczna NRPIP „OSTATNI DYŻUR”

Polska opieka zdrowotna stoi nad przepaścią.  
Za 4 lata zniknie ze szpitali ok. 40 tys. pielęgniarek

Samotnie leżący chorzy, którzy niecierpliwą się w oczekiwaniu na wezwaną pielęgniarkę - taki obraz jest przykrą codziennością w niejednym polskim szpitalu. Powód? Zbyt mała liczba personelu, a przede wszystkim tych osób, które są na pierwszej linii frontu w kontakcie z pacjentem - pielęgniarek. Okazuje się, że może być jeszcze gorzej. Słabe płace, nadmiar obowiązków, wysoka średnia wieku, a także obniżka wieku emerytalnego mogą sprawić, że ten obraz za cztery lata będzie wyglądał jeszcze bardziej tragicznie.

**Zofia Małas**, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, podkreśla, że zawód pielęgniarki „choć piękny”, to bez potrzebnych reform, ma przed sobą trudną przyszłość.

**Paweł Bednarz**: Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia działają państwo w Zespole ds. strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Czy wierzy Pani, że ten zespół coś naprawi? Że Ministerstwo Zdrowia uwzględni postulaty pielęgniarek? Przecież, przy okazji ostatniej ustawy o płacy minimalnej w zawodach medycznych, minister Radziwiłł odrzucił postulaty pielęgniarek.

**Zofia Małas**, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych: Problemy w pielęgniarstwie nagromadziły się przez co najmniej 20 lat. W tym czasie zamiatano pod dywan wszystkie problemy pielęgniarek, a tak naprawdę to są przecież problemy pacjentów. Informacje o nas pojawiały się wyłącznie od fali strajku do fali strajku. My zawsze mówiłyśmy o warunkach pracy. Podkreślałyśmy, że malejąca liczba pielęgniarek jest niebezpieczna dla pacjenta. Bo pielęgniarka musi dokonywać wyboru. Bierze się to z natłoku obowiązków, bo tam gdzie powinno być ich pięć, jest

dwie albo i jedna. Ona nie zdąży wykonać tych wszystkich czynności, które wykonać powinna. Rodzi się wówczas problem, bo pacjent nie otrzymuje takiej opieki, jaką powinien otrzymać. Wierzę, że ten zespół coś zmieni. Ja widziałam owoce jego pracy. Chcemy zbudować strategię na przyszłość. Mamy raport, z którego wynika, że już w tej chwili, by system dobrze działał, potrzeba rok w rok mieć 10 tys. absolwentów wydziału pielęgniarstwa i położnictwa.

## A ile jest teraz tych osób?

No i tutaj pojawia się problem. Jest ich przeciętnie około 3-4 tys. Był kiedyś rocznik, w którym było 5 tys. absolwentów. Ale problem tkwi nie tylko w samej liczbie absolwentów. Niespełna połowa z tych osób występuje po prawo wykonywania zawodu, a jedynie 30 proc. z tej grupy jest zainteresowanych zatrudnieniem. Dlaczego tak się dzieje? Pracodawcy nie mają pieniędzy na etaty pielęgniarskie. Pielęgniarki odbijają się od drzwi pracodawców, a jak nie znajdują zatrudnienia, to idą do innych zawodów: firm farmaceutycznych, administracji państwowej lub wyjeżdżają za granicę. I to jest ogromny problem.

## Ale problem nie leży chyba w samej płacy?

Nie, ale to też jest ważne. Jeśli pracodawca proponuje pielęgniarkom poszukującym pracy minimalną płacę, która dziś wynosi ponad 2000 zł, to ona dokonuje wyboru i się zastanawia: po co tyrać świętek, piątek i niedziela, wykonywać pracę psychicznie i fizycznie trudną i do tego bardzo odpowiedzialną, bo chodzi przecież o życie i zdrowie chorego człowieka? Wybiera wtedy pracę w eleganckim butik, spokojniejszą i często za wyższe pieniądze. To tutaj mamy problem. Dopóki ta praca nie

będzie należycie wynagradzana, to nawet jeśli zbudujemy jakąkolwiek długoterminową strategię, to nic z tego nie będzie. To jest problem współczesnego świata. W Europie brakuje dziś 1 mln pielęgniarek. My też mamy pielęgniarki, które wyjeżdżają do Japonii, do Australii. Szukają pracy tam, gdzie będzie dobra płaca. Przykładem są tutaj norweskie pielęgniarki, które są bardzo dobrze wynagradzane. Mają tylko ok. 3 pacjentów do opieki i one pracują w tym zawodzie tylko 10 lat, bo stwierdzają, że fizycznie i psychicznie są wypalone.

## Jaka jest średnia wieku polskich pielęgniarek?

Średnia wieku w Polsce to 51 lat. Z naszego raportu i Biura Analiz Ministerstwa Zdrowia wynika, że tylko w tym roku 12 tys. pielęgniarek, od pierwszego października nabędzie uprawnień emerytalnych. Ministerstwo wyliczyło, że tych osób może być nawet 14 tys. Poza tym w naszym rejestrze mamy 40 tys. pielęgniarek powyżej 56 roku życia. Oznacza to, że w ciągu 4 lat odejdzie grubo 40 tys. osób na emeryturę. W dodatku mamy kolejne 40 tys. które skończyły 61 lat i to są de facto już pracujące emerytki. One kiedyś też odejdą na emeryturę. Ta luka pokoleniowa już jest. Wiele pielęgniarek pracuje w takich warunkach, że na dyżurze ma 30 pacjentów pod swoją opieką. Nie możemy zatem mówić o wysokiej jakości i opiece medycznej, dopóki nie będzie odpowiednich warunków pracy. Ja uważam, że na jedną pielęgniarkę powinno przypadać od 5 do 7 pacjentów. Wszelkie badania wskazują, że jeśli tych pacjentów jest więcej, to zwiększa się śmiertelność i liczba zakażeń. To wszystko jest ze sobą powiązane. W naszym ostatnim proteście nie chodziło tylko o podwyżki pieniędzy, ale o tzw. koszykowe. Czy-

li, żeby jasno było napisane, ile pielęgniarek ma być na konkretnym oddziale.

**Czy widzi zatem Pani jakiegolwiek rozwiązanie tej sytuacji tak, żeby osoby wychodzące za szkół, mogły znaleźć swoje miejsce na rynku pracy?**

Jest pewne pole manewru. Nareszcie mamy chętną młodzież do studiowania pielęgniarstwa. Chętnych jest znacznie więcej niż miejsc. Trzeba spowodować, żeby tak jak u lekarzy, 100 procent absolwentów przechodziło na rynek pracy. Do tego potrzeba godnej pensji oraz poprawienia warunków pracy. Większa liczba pielęgniarek to analogicznie mniej pacjentów przypadających do opieki. 30 proc. czynności, które w tej chwili wykonują pielęgniarki, może wykonać personel o niższych kwalifikacjach. Mamy przecież tzw. opiekunów medycznych. Te osoby mogłyby przejąć czynności sanitarne typu: zmiana pościeli, mycie pacjentów itp. Ale pracodawca musi chcieć ich zatrudnić. Jak ma do wyboru: zatrudnić pielęgniarkę za płacę minimalną i opiekuna za płacę minimalną, to woli przyjąć pielęgniarkę, bo ona ma szersze uprawnienia. Tylko wówczas pogarszają się jej warunki pracy. Ona nie jest w stanie zrobić wszystkiego. W pierwszej kolejności musi podać leki. Pielęgniacyjne czynności odkłada zaś na później. A przecież to też są jej zadania. Pacjent nie raz dzwoni, prosi, a pielęgniarka nie przychodzi. Nie przyjdzie, bo jest zajęta w tym czasie innym pacjentem, chociażby podłączaniem kroplówki. My cały czas mówimy, że poprawa warunków pracy to nie jest tylko poprawa płacy. Mamy piękne szpitale i drogie aparatury, ale ktoś musi też fizycznie pracować.

**Skąd wziąć zatem te rzesze pielęgniarzy?**

Nie jest to trudne. Mamy ich już na rynku ponad 30 tys. osób. Tylko problem polega na tym, że jeśli ci ludzie do tej pory nie znajdowali zatrudnie-

nia w szpitalach, to wyjeżdżają za granicę, bądź idą pracować do dyskontów spożywczych na kasę. Branża handlowa śmieje się, że gorzej od nich zarabiają tylko pielęgniarki. Tylko 17 proc. pielęgniarek ma wynagrodzenie w wysokości średniej krajowej. Przeważnie są to kobiety w wieku powyżej 51 lat, czyli fachowcy z wieloletnim doświadczeniem.

**Ale przecież Minister Radziwiłł przewidział podwyżki dla pielęgniarek.**

Pielęgniarki znowu zostały zlekceważone. Zostały umieszczone w ustawie w najniższej kategorii z przelicznikiem 0,64. Tam, gdzie znajdują się pracownicy o niższych kwalifikacjach, czyli

np. tam, gdzie będzie opiekun medyczny. Pielęgniarka studiuje 3 lata, a jej zakres obowiązków i odpowiedzialności jest całkiem inny od pracowników niewykwalifikowanych, czyli np. salowych. Chcemy zmian w tej ustawie. Wnosimy, żeby przenieść nasze pielęgniarki do wskaźnika wyżej, tam gdzie są inne zawody medyczne posiadające wyższe kwalifikacje. Licencjat pielęgniarstwa, magister pielęgniarstwa w ogóle nie jest obecnie doceniony.

**Mówiła Pani o luce pokoleniowej i o tym, że nie ma rąk do pracy. Może rozwiązanie jest takie jak w innych branżach, czyli leży w pracownikach ze Wschodu?**

Oni w ogóle nie są zainteresowani. Dla nich płaca nieco ponad 2 tys. złotych, nie jest satysfakcjonująca. Te osoby znają języki obce, mają doświadczenie i jeśli mają przyjechać do Polski, to wolą wyjechać dalej na zachód. Na zachodzie też są braki kadrowe. Tam już

nikt nie patrzy na to, czy to jest pracownik unijny, czy spoza Wspólnoty. Zatrudniani są na samym początku na niższych stanowiskach jako np. opiekunowie osób starszych. My w rejestrze mamy bardzo mało Ukrainek. Mogą przejść u nas roczne przeszkolenie, a potem zdać dyplom, ale nie ma zainteresowania i nie będzie, jeżeli płaca będzie tak niska.

**Jaka zatem jest wizja polskiego systemu opieki zdrowotnej za tych kilka lat?**

Na pewno jest to ogromne wyzwanie dla polskiego rządu. Bo to on jest odpowiedzialny za zabezpieczenia opieki medycznej dla obywateli. Im wcześniej rząd dostrzeże ten problem i podejmie działania, tym lepiej. Służba zdrowia musi być priorytetem dla rządu. Obecnie mamy 4,6 proc. PKB na służbę zdrowia, powinniśmy mieć 6,7 proc., tak jak mają Czesi. Wtedy zobaczylibyśmy, że jest przyływ pieniędzy. Średnia wieku Polaków wzrasta. Kiedyś nie do pomyślenia

było, że można zoperować 80-letniego człowieka na zaćmę. Polskie społeczeństwo się starzeje, w związku z tym wydłużać się będą kolejki do lekarzy. Osób starszych będzie przybywało, a przecież to one w dużej mierze są skazane na pomoc pielęgniarki. Jestem jednak optymistką, że rząd zajmie się tym problemem.

**Może takim rozwiązaniem jest rozwój prywatnego sektora?**

To są naczynia połączone. Jeśli więcej pielęgniarek przejdzie do sektora prywatnego, to zabraknie ich w sektorze państwowym. Polskie społeczeństwo nie jest jednak aż tak bogate, żeby opłacać prywatne pakiety medyczne. Niestety większości obywateli nie stać na prywatną opiekę medyczną i oczekują jej od państwa.

źródło: <https://businessinsider.com.pl/finanse/pielęgniarki-maja-problemy-z-praca/s7vkn9>



## Ostatni Dyżur

# Przewodnicząca OZZPiP Członkiem Rady Dialogu Społecznego

W poniedziałek (30.10.2017 r.) podczas posiedzenia Rady Dialogu Społecznego odbyła się w Pałacu Prezydenckim uroczystość, na której Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda powo-

łał siedmiu nowych członków Rady Dialogu Społecznego. Nominację otrzymała m.in. Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Krystyna Ptok. Gratulacje

i kwiaty na jej ręce złożyła Przewodnicząca Forum Związków Zawodowych Dorota Gardias wraz z przedstawicielami Prezydium tej centrali związkowej.



W uroczystości uczestniczyła też Rzeczniczka OZZPiP, Iwona Borchulska.

Ze względu na harmonogram przewodniczenia RDS, zaplanowany w ten sposób, że co roku kolejno przewodniczącym zostaje przedstawiciel poszczególnych stron Dialogu, tj. związków zawodowych, pracodawców i rządu – przewodnictwo w Radzie objęła strona rządowa, a bezpośrednio Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Rafalska.

Podczas posiedzenia RDS zaprezentowano także prezydencki projekt noweli ustawy o RDS i innych instytucjach dia-

logu społecznego. Zapowiedziano, że zaproponowane przez Prezydenta zmiany mają służyć wzmocnieniu dialogu na poziomie wojewódzkim, co spotkało się z uznaniem zarówno strony społecznej, jak i przedstawicieli pracodawców. Przeprowadzono również dyskusję dotyczącą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł utrzymał propozycję stopniowego zwiększania nakładów na ochronę zdrowia do 6 % PKB w 2025 roku, podkreślając, że jest to historyczna decyzja będąca znakiem dobrej zmiany. Poza tym zasygnalizował, że po przeanalizo-

waniu skutków realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017, poz. 1473) i wyciągnięciu odpowiednich wniosków jest otwartość na rozmowy dotyczące jej nowelizacji. Już teraz Minister zadeklarował, że w razie powyższych działań zaprasza przedstawicieli stron Dialogu do współpracy w zespołach ekspertów.

Źródło: OZZPiP



# NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.292.2017

Warszawa, dnia 30 października 2017 r.

### Szanowni Państwo

Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

#### Szanowni Państwo

W załączeniu, przesyłam do wiadomości pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kierowane do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, w sprawie wykreślenia Hydroxyethylamylum

(HES) ze składu zestawu przeciwwstrząsowego zawartego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz.

1658), oraz odpowiedź w tej sprawie Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Beaty Cholewki.

*Z wyrazami szacunku*

*Prezes NRPiP*

*Zofia Małas*

PPA.0762.6.2017/BW

Warszawa, 18-10-2017 r.



Ministerstwo Zdrowia

Departament Polityki  
Lekowej i Farmacji

### Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

#### Szanowna Pani Prezes,

Nawiązując do przekazanych informacji w piśmie z dnia 3 października 2017 r., znak: PPA.0762.6.2017/BW, stanowiącego odpowiedź na Pani korespondencję z dnia 30 sierpnia 2017 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.002.170.2017.TK, w sprawie przekazania informacji na jakim etapie są prace zmierzające do wprowadzenia zmian w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ra-

mach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz., 1658 t.j.), w zakresie składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki - pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, analogicznie jak to ma miejsce w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje poniżej uzupełniające informacje w przedmiotowej sprawie.

W odniesieniu do zmiany składu zestawu przeciwwstrząsowego określo-

nego 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. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.), Departament Polityki Lekowej i Farmacji poinformował, że w dniu 9 października 2017 r. Minister Zdrowia zaakceptował projekt usunięcia leku Hydroxyethylamylum (HES) ze składu zestawu przeciwwstrząsowego.



# NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

MPIP-NRPIP-DM.002.200.2017.TK

Warszawa, dnia 18.10.2017r

### Pan Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

#### Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do naszego pisma z dnia 30 sierpnia 2017 r. znak NIPiP-NRPiP-DM.002.170.2017.TK. doty-

czącego prośby o wprowadzenie do warunków zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, zapisu do-

tyczącego składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki w analogiczny sposób jak jest to uregulowane w przypadku pielęgniarki pod-

stawowej opieki oraz braku odpowiedzi na pismo, ponownie uprzejmie proszę o informację na jakim etapie są prace zmierzające do zmiany przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Jednocześnie ponownie proszę o udzielenie odpowiedzi na nasze pismo z dnia 30 sierpnia 2017 r. znak NLPiP-NRPiP-DM.022.169.2017.TK dotyczące wyjaśnienia pojęcia etat lub etat przeliczeniowy w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia opieki

zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

W załączeniu przesyłam kopie pism z dnia 30.08.2017 r.

*Z wyrazami szacunku*  
*Wiceprezes NRPiP*  
*Mariola Łodzińska*



**MINISTER ZDROWIA**  
DEPARTAMENT  
PIELĘGNIAREK  
I POŁOŻNYCH

PPP.024.64.2017.RJ/MP/JJ

Warszawa, 26.10.2017

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Szanowna Pani Prezes**

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 sierpnia 2017 r. (znak: NLPiP-NRPiP-DM.002.169.2017.TK) w sprawie wyjaśnienia pojęcia etat lub etat przeliczeniowy w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanych dalej „OWU” świadczeniodawca uwzględnia w informacji przekazywanej do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, liczbę pielęgniarek i położnych wykonujących u niego zaważd i realizujących świadczenia opie-

ki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów i równoważników etatów.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia dotyczącym § 2 rozporządzenia OWU (kopia w załączeniu), świadczeniodawca przekazując informację do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w przypadku wykonywania realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę zatrudnioną w ramach umowy o pracę uwzględnia wyłączenie czasu pracy pielęgniarki albo położnej przeznaczony na realizację świadczeń opieki zdrowotnej wynikającej z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawionym w piśmie z dnia 4 stycznia 2016 r. (kopia w załączeniu), pojęcie etat przeliczeniowy lub równoważnik etatu w ramach OWU odnoszą się do liczby godzin przepracowanych miesięcznie, nie zaś dobowo. W związku z tym, wysokość dodatkowego wynagrodzenia wynikająca z OWU dla pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowot-

nej w zakresie opieki długoterminowej domowej nie powinna odpowiadać wymiarowi etatu przeliczeniowego uzależnionego od liczby pacjentów objętych opieką, lecz powinna być uzależniona od czasu pracy przeznaczonego na realizację świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach danej umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

*Z poważaniem*

*Z upoważnienia Dyrektora*  
*Departamentu Pielęgniarek i Położnych*  
*Dorota Zinkowska*  
*Radca ministra*

*Do wiadomości:*  
*Pani Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz*  
*Stanu w Ministerstwie Zdrowia*



## NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NRPiP-P.011.110.2017

Warszawa, 7 listopada 2017 r.

#### **Pani Józefa Szczurek Żelazko**

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Przewodnicząca Zespołu ds. systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia, przyszłość kadr medycznych i sposobu ich wynagradzania

#### **Szanowna Pani Minister**

W nawiązaniu do ustaleń poczynionych na pierwszym posiedzeniu zespołu ds. systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia, przyszłość kadr medycznych i sposobu ich wynagradzania, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że najistotniejszymi zagadnieniami wymagającymi natychmiastowego odniesienia się są następujące kwestie:

1) wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne,

2) stworzenie polityki zatrudniania i wynagradzania pielęgniarek i położnych,

Wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne poprzez:

- określenie docelowego wskaźnika pielęgniarek aktywnych zawodowo na 1 tysiąc mieszkańców,
- zabezpieczenie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych,
- zabezpieczenie możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych oraz określenie zapotrzebowania na pielęgniarki i położne specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa,

- uregulowanie kwestii minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach będących przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Stworzenie polityki zatrudniania i wynagradzania pielęgniarek i położnych zgodnie z przygotowaniem zawodowym i uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych postuluje po raz kolejny o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce i upomina się o zwiększenie wynagrodzeń w służbie zdrowia oraz takie ustalenie ich wysokości, aby wynagrodzenia poszczególnych zawodów medycznych odpowiadały zakresowi ich zadań i odpowiedzialności oraz poziomowi wymaganego wykształcenia i oczekiwanego zaangażowania w procesie profilaktyki społeczeństwa oraz leczenia i pielęgnacji pacjentów.

Samodzielne zawody medyczne pielęgniarki i położnej zostały w ostatnich latach zdeprecjonowane w szczególności sposób. Na wspomniane grupy zawodowe stale nakładane są nowe obowiązki,

przy czym poziom ich finansowania jest dalece niesatysfakcjonujący. Pielęgniarki i położne obarczane są coraz większą ilością zadań, których wykonywanie powinno należeć do przedstawicieli innych zawodów medycznych albo personelu pomocniczego.

Również w sposób krzywdzący, traktuje je ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Pielęgniarki i położne stały się na mocy powołanej ustawy personelem medycznym gorszej kategorii, a wskazane dla tych grup zawodowych w załączniku do ustawy współczynniki pracy są uwłaczające i niesprawiedliwe w porównaniu ze współczynnikami przewidzianymi dla przedstawicieli innych grup zawodowych.

W związku z powyższym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych domaga się dokonania w trybie pilnym zmian w powołanej ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Z wyrazami szacunku  
Prezes NRPiP  
Zofia Małaś

**Pani Beata Cholewka**

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
 Ministerstwo Zdrowia

**Szanowna Pani Dyrektor**

W odpowiedzi na pismo z dnia 1 grudnia 2015 r., znak: IK 406197.TB, w sprawie udzielenia odpowiedzi na pytania 1, 6 i 7 zawarte w piśmie Pani Krystyny Zaleskiej, Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu, uprzejmie proszę o przyjęcie następującej informacji.

**Ad 1**

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400), świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń przekazuje za pośrednictwem serwisów internetowych informacje, o której mowa w § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia. W związku z powyższym, dla świadczeniodawców udostępniono narzędzie informatyczne, umożliwiające przekazanie omawianej informacji do oddziałów wojewódzkich NFZ. Świadczeniodawca w ww. informacji przekazuje dane o liczbie pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń w przeliczeniu na liczbę etatów. Pojęcie etat przeliczeniowy lub równoważnik etatu odnoszą się do liczby godzin przepracowanych miesięcznie nie zaś dobowo.

Liczba przepracowanych godzin w ramach równoważnika etatu wynosi przeciętnie 160 godzin miesięcznie. W miesiącu przeciętnie jest 720 godzin, co odpowiada 4,5 równoważnikom etatu. W celu uniknięcia omyłkowego wykazywania dla jednej pielęgniarki lub położnej liczby etatów, która po przekształceniu na liczbę godzin pracy przekracza ogólną miesięczną liczbę godzin ustalono, że maksymalna liczba etatów wskazanych dla pojedynczej pielęgniarki lub położnej może wynosić 4.

**Ad 6**

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanymi na podstawie art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.), rozliczenie wykonywania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu.

**Ad 7**

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia upoważniony jest do finansowania wyłącznie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem środki finansowe

przekazywane przez NFZ świadczeniodawcom, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, co znalazło odzwierciedlenie w zwiększeniu kwot zobowiązań określonych w aneksach do umów o udzielanie świadczeń opieki zawieranych w związku z realizacją przepisów ww. rozporządzenia. Wskazać również należy, że środki finansowe jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, są ściśle określone, bowiem pochodzą w szczególności ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym, wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej, zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu na dany rok.

*Z poważaniem*  
*Zastępca Dyrektora Departamentu*  
*Świadczeń Opieki Zdrowotnej*  
*Narodowego Funduszu Zdrowia*  
*Leszek Szalak*

## Stanowisko Ministra Zdrowia

**w sprawie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400).**

Świadczeniodawcy mający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w ro-

dzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenia szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazują informacje do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ o liczbie pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej i wykonujących, u tego świadczeniodawcy, za-

wód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie

podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów.

I. Przekazując tę informację świadczeniodawca uwzględnia, że § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

1) nie obejmuje pielęgniarek i położnych wykonujących zawód u podwykonawcy;

2) obejmuje pielęgniarki i położne przebywające na zwolnieniach chorobowych i na zasiłkach rehabilitacyjnych;

3) obejmuje pielęgniarki i położne przebywające na urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich albo osoby zatrudnione na zastępstwo tych osób;

4) obejmuje wyłącznie osoby zatrudnione na zastępstwo pielęgniarek i położnych przebywających na urloпах wychowawczych i na urloпах bezpłatnych;

5) obejmuje osoby oddelegowane zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 12 oraz art. 5 ust. 2 pkt 10 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;

6) obejmuje także pielęgniarki i położne wykonujące zawód w podmiocie lecz-

niczym w komórkach organizacyjnych, których zakres zadań stanowi element udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, np. na bloku operacyjnym, w pracowniach diagnostycznych, w sterylizatorni, w punkcie pobrań, a także pielęgniarki epidemiologiczne oraz pielęgniarki i położne kierujące i zarządzające zespołami pielęgniarek i położnych.

II. Przekazując ww. informację świadczeniodawca uwzględnia także, że:

1) w sytuacji wykonywania przez świadczeniodawcę więcej niż jednej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, w ramach których świadczenia są realizowane przez tę samą pielęgniarkę albo położną, świadczeniodawca decyduje w których umowach zostanie ona zgłoszona do NFZ w wymiarze proporcjonalnym do czasu pracy tej pielęgniarki albo położnej przeznaczonym na realizację danej umowy - w przypadku trudności świadczeniodawca wskazuje jedną umowę w wymiarze odpowiadającym czasowi pracy pielęgniarki albo położnej; świadczeniodawca powinien uwzględnić wyłącznie czas pracy przeznaczony

na realizację świadczeń wynikających z umowy z NFZ;

2) w przypadku wykazywania pielęgniarki albo położnej, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie innej niż stosunek pracy (umowa zlecenia, umowa o dzieło, kontrakt), świadczeniodawca wskazuje równoważnik etatu, przeliczając liczbę godzin pracy pielęgniarki w stosunku do ustawowego wymiaru czasu pracy na etacie;

3) w przypadku, gdy nie można wykazać liczby godzin na dzień 15 września 2015 r., tak by ustalić równoważnik etatu w sposób określony w ww. pkt 2, przyjmuje się średni czas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z miesiąca poprzedzającego przekazanie informacji.

III. Obowiązujące rozporządzenie nie przewiduje zgłoszenia dodatkowej liczby osób po dniu 15 września 2015 r.

IV. Podział środków przeznaczonych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych, wynika z porozumienia albo sposobu podziału pozytywnie zaopiniowanego, zgodnie z § 2 ust. 4 ww. rozporządzenia, albo jest dokonywany zgodnie z § 2 ust 5 ww. rozporządzenia.

## Zadania pielęgniarki w redukcji czynników ryzyka miażdżycy

Miażdżycą to współczesna choroba, która może wystąpić u każdego z nas. Do jej powstania prowadzą głównie czynniki ryzyka, związane z naszym codziennym stylem życia, a które często bagatelizujemy. Nieprawidłowy styl życia może doprowadzić do wielu zaburzeń i nieprawidłowości organizmu. Niewielu z nas zdaje sobie sprawę czym jest choroba, dopóki nie dotknie ona nas samych lub osoby z naszego otoczenia. Dlatego tak ważne jest podejmowanie różnych aspektów korzystnych dla zdrowia, które ograniczą ryzyko jej powstania.

### MIAŻDŻYCA – WSPÓŁCZESNA CHOROBA CYWILIZACYJNA

Miażdżycą tętnic obwodowych, to wolno postępujący, przewlekły proces powodujący zwężenie tętnic. Jest chorobą uogólnioną, objawy podmiotowe o różnym nasileniu, mogą wystąpić

w zależności od poziomu zwężenia poszczególnych naczyń<sup>1</sup>.

Obecnie miażdżycą występuje na całym świecie. Powstawanie miażdżycy zależy od częstości występowania czynników ryzyka, które sprzyjają jej rozwojowi. Częstość występowania miażdżycy, zazwyczaj określa się po przez wskaźniki zachorowalności na chorobę wieńcową<sup>2</sup>.

Ryzyko rozwoju miażdżycy, rośnie wraz z wiekiem. Najbardziej obciążeni są mężczyźni powyżej 55 roku życia oraz kobiety powyżej 65 roku życia. Mężczyźni powyżej 45 oraz kobiety powyżej 50 roku życia, powinni przynajmniej raz w roku badać poziom cholesterolu, który jest jednym z głównych czynników ryzyka miażdżycy<sup>3</sup>.

### CZYNNIKI RYZYKA MIAŻDŻYCY

Za czynniki ryzyka uznaje się stany, zachowania i sytuacje, które zwiększa-

ją ryzyko wystąpienia różnych chorób. Występowanie każdego czynnika, wpływa na podwyższenie stopnia zagrożenia zapadalności na chorobę, przebieg danej choroby i wystąpienie powikłań<sup>4</sup>.

Aby zapobiec powstawaniu chorób układu sercowo-naczyniowego należy dążyć do zmiany stylu życia, a więc do redukcji czynników które można kontrolować. Wymienia się 9 potencjalnych czynników, które można modyfikować. Są to: palenie tytoniu, podwyższony poziom cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, zmniejszona aktywność fizyczna, nieprawidłowe odżywianie, spożywanie alkoholu, a także stres<sup>5</sup>.

### JAKIE MOGĄ WYSTĄPIĆ OBJAWY?

Objawy miażdżycy mogą być różne. Przeważnie są uzależnione od miejsca powstania zwężeń i niedrożności da-



nego odcinka tętnicy. Zmiany chorobowe obejmują z reguły tętnice wieńcowe, mózgowie oraz obwodowe – kończyny dolnych. Zmiany miażdżycowe prowadzą do choroby niedokrwiennej serca w której dochodzi do niewydolności wieńcowej spowodowanej zwężeniem tętnic wieńcowych. Jednym z głównych objawów jest ból w klatce piersiowej<sup>6</sup>.

W miażdżycy tętnic mózgowych nieprawidłowe zmiany naczyniowe są nasilone u osób z przewlekłym nadciśnieniem tętniczym. W ten sposób prowadzą do powstania udarów zakrzepowo-zatorowych<sup>7</sup>.

Objawem niedokrwienia kończyny dolnej jest blednięcie oraz oziębienie skóry stopy pod wpływem zimna. Zazwyczaj niedokrwiona kończyna jest chłodniejsza, może towarzyszyć jej drętwienie i mrowienie w okolicy palców i stóp. Ważnym objawem jest chromanie przestankowe świadczące o bólu podczas chodzenia, który jest wywołany przez stały i określony wysiłek fizyczny. Występują także bóle spoczynkowe, które pojawiają się najczęściej w nocy, uniemożliwiając sen i odpoczynek<sup>8</sup>.

## STYL ŻYCIA CZYLI NASZE CODZIENNE ZACHOWANIA ZDROWOTNE

Istotny wpływ na upowszechnianie się choroby, mają głównie czynniki środowiskowe takie jak sposób odżywiania oraz tryb życia. Niewłaściwy sposób odżywiania oraz mała aktywność fizyczna prowadzą do zwiększenia ilości chorób, między innymi takich jak nadwaga, otyłość czy cukrzyca, a te z kolei sprzyjają powstawaniu miażdżycy<sup>9</sup>.

Systematyczna aktywność fizyczna niesie za sobą wiele korzyści dla organizmu człowieka. Wpływa na każdy układ, między innymi przeciwdziała powstawaniu zmian miażdżycowych. Zwiększa pojemność wyrzutową serca, dostarcza więcej tlenu, obniża poziom cholesterolu w surowicy krwi, zmniejsza poziom cukru, reguluje ciśnienie tętnicze krwi, a także sprzyja posiadaniu lepszej kondycji, prowadząc do zachowania zdrowego trybu życia<sup>10</sup>.

Spożywanie wysoko energetycznego pożywienia o dużej zawartości tłuszczów zwierzęcych i cholesterolu jest główną przyczyną występowania miażdżycy. Aby temu zapobiec należy stosować

dietyę niskoenergetyczną i produkty o małej zawartości tłuszczu<sup>11</sup>.

Modyfikacja stylu życia wiąże się z wdrożeniem pewnych zmian w codziennym życiu. Wprowadzenie takich aspektów jest początkowo bardzo trudne, a przy ich realizacji szybko można się zniechęcić, gdyż stosowane nawyki i zwyczaje muszą ulec zmianie. Istotą osiągnięcia celu jest powolne wprowadzanie tych zmian. W niektórych aspektach do ograniczenia ryzyka choroby potrzebna jest pomoc medyczna lekarzy i specjalistów. Ich zadaniem jest sprawowanie kontroli nad zdrowiem populacji, a niekiedy wdrożenie leczenia farmakologicznego<sup>12</sup>.

## DIAGNOZY PIEŁĘGNIARSKIE

Diagnoza oparta jest na uzyskanych przez pielęgniarkę danych oraz wymaga wyboru odpowiednich działań pielęgniarzkich, które według założonych celów utrzymają lub zmienią rozpoznany stan. Diagnoza w praktycznym pielęgnowaniu decyduje o istocie stanu zdrowia podmiotu opieki<sup>13</sup>.

U pacjenta, który został podmiotem przeprowadzonych przeze mnie badań

Diagnoza 27.10.2016r		
Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi spowodowane nieprawidłowym stylem życia		
Definicja	„Objętość krwi tłoczona przez serce w ciągu minuty niewystarczająca, aby sprostać wymaganiom metabolicznym organizmu”. <sup>1</sup>	
Objawy	Subiektywne: - duszność, - zmęczenie, - poranne bóle głowy.	Obiektywne: - rozdrażnienie, - potliwość, - ciśnienie tętnicze krwi 180/90 mm Hg
Cel opieki	Ustabilizowanie ciśnienia tętniczego krwi w ciągu 4 godzin.	
Planowanie opieki pielęgniarzkiej	Działania pielęgniarzkie:	Uzasadnienie:
	- obserwacja pacjenta czy nie występują u niego objawy niewydolności serca, osłuchiwanie tonów serca, zwracanie uwagi na występowanie objawów z dusznością, zmęczeniem, podwyższonym ciśnieniem żylnym.	Po przez tą obserwację ocenia się najważniejsze kryteria rozpoznania niewydolności serca – kryteria Framingham <sup>2</sup> .
	- w razie potrzeby podawanie tlenu według zaleceń lekarza	Tlen powinno podawać się, aby zmniejszyć objawy związane z hipoksemią <sup>3</sup>
	- zapewnienie choremu spokoju i odpoczynku, głównie po spożyciu posiłków i wysiłku fizycznym	Wypoczynek sprzyja obniżeniu ciśnienia tętniczego krwi oraz zmniejsza obciążenie mięśnia sercowego <sup>4</sup> .
	- monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna przed podaniem na zlecenie lekarza leków kardiologicznych	Istotna jest ocena jak chory toleruje zleconą terapię przed przyjęciem leków nasercowych <sup>5</sup> .
	- zapewnienie posiłków o ograniczonej zawartości sodu i cholesterolu	Stosowanie diety niskosodowej zmniejsza nadmiar płynu w organizmie, a dieta niskocholesterolowa zwalcza miażdżycę tętnic, która powoduje powstawanie zmian w naczyniach wieńcowych <sup>6</sup> .
Realizacja opieki pielęgniarzkiej	27.10.2016r	
	Obserwowano czy u chorego nie występują objawy niewydolności serca, osłuchiowano tony serca, a także zwracano uwagę na występowanie objawów związanych z dusznością czy zmęczeniem. Na zlecenie lekarza choremu został podany tlen; zapewniono spokój i odpoczynek. Monitorowano pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna, a także podawano posiłki o zmniejszonej zawartości sodu i cholesterolu.	
Ocena opieki pielęgniarzkiej	Po zastosowaniu działań pielęgniarzkich oraz podaniu leków zleconych przez lekarza, udało się zmniejszyć wartość ciśnienia tętniczego krwi.	

Diagnoza 28.10.2016r		
Niski poziom wiedzy pacjenta, na temat czynników ryzyka miażdżycy		
Definicja	Niedostateczna wiedza jest brakiem lub niewystarczającą ilością informacji poznawczych na dany problem. Często dochodzi do zachowań antyzdrowotnych, które stwarzają ryzyko dla zdrowia <sup>7</sup> .	
Objawy	Subiektywne:	Obiektywne:
	- brak wiedzy na temat czynników ryzyka	- brak zainteresowania pacjenta na temat choroby
Cel opieki	Uzupełnienie wiedzy pacjenta na temat czynników ryzyka w czasie 3 dni.	
Planowanie opieki pielęgniarskiej	Działania pielęgniarskie:	Uzasadnienie:
	- pomoc pacjentowi w wyborze zdrowego stylu życia	Regularne ćwiczenia, utrzymanie właściwej masy ciała, zaprzestanie palenia oraz ograniczenie spożywania alkoholu, pomagają zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka oraz inne choroby przewlekłe <sup>8</sup> .
	- ustalenie wraz z chorym celów które pozwolą zmienić zachowania zdrowotne	Podjęcie odpowiedniej decyzji oraz ustalenie realistycznych celów może poprawić rezultaty leczenia <sup>9</sup> .
	- zachęcenie pacjenta do rutynowego i regularnego dbania o zachowanie zdrowia	Osoby które ustalą regularne i rutynowe stosowanie ćwiczeń, będą je wykonywać przez dłuższy okres czasu <sup>10</sup> .
	- opracowanie dla pacjenta odpowiedniego materiału edukacyjnego, korzystanie z rysunków	Korzystanie z materiałów przystosowanych do danej osoby wywiera większy skutek niż korzystanie z materiałów standardowych <sup>11</sup> .
Realizacja opieki pielęgniarskiej	28-30.10.2016r	
	Choremu zaproponowano jak dbać o zachowanie zdrowego stylu życia oraz ustalono cele, które pozwolą zmienić dotychczasowe zachowania zdrowotne. Pacjenta zachęciano, aby regularnie i rutynowo dbał o swoje zdrowie. Indywidualnie dla pacjenta, zostały przygotowane materiały edukacyjne, dzięki którym chory pozyskał wiedzę na temat czynników ryzyka.	
Ocena opieki pielęgniarskiej	Chory posiada podstawową wiedzę oraz jest zorientowany jakie czynniki ryzyka powodują powstawanie chorób.	

określono kilkanaście diagnoz pielęgniarskich. W tabelach poniżej zostały przedstawione niektóre z nich.

Zdrowie to nic innego jak prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Sposób w jaki o nie dbamy oddziałuje na jego funkcjonowanie. Wiele czynników prowadzi do rozwoju zarówno miażdżycy oraz innych jednostek chorobowych. Każdy czynnik ryzyka wpływa na wzrost stopnia zagrożenia chorobą. Tak więc, wykluczenie szkodliwych czynników i zachowań antyzdrowotnych obniży ryzyko powstania choroby, a także poprawi jakość życia każdego z nas. Wyeliminowanie złych przyzwyczajzeń głównie zaprzestanie palenia papierosów, zwiększenie aktywności fizycznej i prawidłowe odżywianie pozwoli uniknąć rozwoju wielu groźnych schorzeń.

1 Filipiak K.J.: Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rozpoznania i leczenia chorób tętnic obwodowych. *Via Medica* [online]. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, grudzień 2011, Tom 69 [dostęp 15.05.2016, 16:15].

2 Bednarska-Makaruk M., Ciświcka-Sznajderman M.: *Miażdżycyca*. [w]: Gomułka W.S., Rewerski W.: *Encyklopedia zdrowia Tom I*. PWN, Warszawa 2011, s. 636-637.

3 Talarska D.: *Prewencja chorób sercowo-naczyniowych*. [w]: Kaszuba D., Nowicka A. (red.): *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. PZWL, Warszawa 2011, s. 29, 42.

4 Majda A.: Człowiek zagrożony chorobą z uwzględnieniem czynników ryzyka chorób. [w]: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne*. Tom I. PZWL, Warszawa 2011, s. 728.

5 Modrzejewski W., Musiał W.J.: Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego – jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. *Klasyczne czynniki ryzyka*. *Via Medica* [online]. Forum Zaburzeń Metabolicznych 08.07.2010, Tom 1, nr 2 [dostęp 29.04.2016, 18:20]. S. 106-114.

Dostęp w internecie: [https://journals.viamedica.pl/forum\\_zaburzen\\_metabolicznych/article/view/28729](https://journals.viamedica.pl/forum_zaburzen_metabolicznych/article/view/28729)

6 Kokot F.: *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*. Tom I. PZWL, Warszawa 2004, s. 92-93, 199.

7 Górski R., Ząbek M.: *Choroby naczyniowe mózgu*. [w]: Pączek L., Mucha K., Foronczewicz B. (red.): *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*. PZWL, Warszawa 2009, s. 596-597.

8 Noszczyk W.: *Choroby tętnic*. [w]: Gomułka W.S., Rewerski W.: *Encyklope-*

*dia zdrowia Tom II*. Wyd. PWN, Warszawa 2011, s. 1499-1501.

9 Bednarska-Makaruk M., Ciświcka-Sznajderman M.: *Miażdżycyca*. [w]: Gomułka W.S., Rewerski W.: *Encyklopedia zdrowia Tom I*. PWN, Warszawa 2011, s. 637.

10 Majda A.: Człowiek zagrożony chorobą z uwzględnieniem czynników ryzyka chorób. [w]: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne*. Tom I. PZWL, Warszawa 2011, s. 738-739.

11 Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka*. PZWL, Warszawa 2014, s. 452-454.

12 Katzenstein L.: *Choroby serca*. Wyd. Weltbild Media, Warszawa 2011, s. 55-56.

13 Górajek-Jóźwik J.: *Diagnoza pielęgniarska*. [w]: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne Tom I*. PZWL, Warszawa 2011, s. 286-287.

14 Maryanne Crowther, MSN, APN, CCRN; Lorraine A. Duggan, MSN, RN, APNC.: *Zmniejszona wydolność serca*. [w]: Ackley Betty J., Ladwig Gail B.: *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich*. Wyd. GC Media House, Warszawa 2011, s. 561.

15 Kasper DL, Braunwald E, Hauser S et al: Harrison's principles of internal medicine, ed 16, New York, 2005, McGraw-Hill.

16 Jessup M, Abraham WT, Casey DE et al.: 2009 focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation: developer in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation, *Circulation* 119(14): 1977-2016, 2009.

17 Fauci A, Braunwald E, Kasper DL et al.: Harrison's principles of internal medicine, ed 17, New York, 2008, McGraw-Hill.

18 Maryanne Crother, MSN, Apn, CCRN; Lorraine A. Duggan, MSN, RN, APNC.: Zmniejszona wydolność serca. [w:] Ackley Betty J., Ladwig Gail B.: Podręcznik diagnoz pielęgniarstwa. Wyd. GC Media House, Warszawa 2011, s. 566.

19 Djousse L, Granziano M: Breakfast cereals and risk of heart failure in the physicians' health study I, *Arch Int Med.* 167 (19) : 2080-2085, 2007.

20 Ślusarska B.J.: Metody wykorzystywane w edukacji do zmiany zachowań zdrowotnych. [w:] Sierakowska M., Wrońska I. (red.): Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 2015, s. 107.

21 Holmes S.: Nutrition and the prevention of cancer, *J Fam Health Care* 16(2): 43-46, 2006.

22 Corser W., Holmes-Rovner M., Lein C, et al.: A shared decision – making Primary care intervention for type 2 diabetes, *Diabetes Educ* 34(5): 841-853, 2008.

23 Hines S.H., Seng J. S., Messer K.L.: Adherence to a behavioral program to prevent incontinence, *West J Nurs Res* 29(1): 36-56, 2007.

24 Kroeze W., Werkman A., Brug J.: A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors, *Ann Behav Med.* 31(3): 205-223, 2006.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bednarska-Makaruk M., Ciświcka-Sznajderman M.: Miażdżycza. [w:] Go-

mułka W.S., Rewerski W.: Encyklopedia zdrowia Tom I. PWN, Warszawa 2011, s. 636-637.

2. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. PZWL, Warszawa 2014, s. 452-454.

3. Corser W., Holmes-Rovner M., Lein C, et al.: A shared decision – making Primary care intervention for type 2 diabetes, *Diabetes Educ* 34(5): 841-853, 2008.

4. Djousse L, Granziano M: Breakfast cereals and risk of heart failure in the physicians' health study I, *Arch Int Med.* 167 (19) : 2080-2085, 2007.

5. Fauci A, Braunwald E, Kasper DL et al.: Harrison's principles of internal medicine, ed 17, New York, 2008, McGraw-Hill.

6. Filipiak K.J.: Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rozpoznania i leczenia chorób tętnic obwodowych. *Via Medica* [online]. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, grudzień 2011, Tom 69 [dostęp 15.05.2016, 16:15].

7. Górajek-Jóźwik J.: Diagnostyka pielęgniarstwa. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D., Zahradniczek K (red.): Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne Tom I. PZWL, Warszawa 2011, s. 286-287.

8. Górski R., Ząbek M.: Choroby naczyń mózgu. [w:] Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.): Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. PZWL, Warszawa 2009, s. 596-597.

9. Hines S.H., Seng J. S., Messer K.L.: Adherence to a behavioral program to prevent incontinence, *West J Nurs Res* 29(1): 36-56, 2007.

10. Holmes S.: Nutrition and the prevention of cancer, *J Fam Health Care* 16(2): 43-46, 2006.

11. Jessup M, Abraham WT, Casey DE et al.: 2009 focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation: developer in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation, *Circulation* 119(14): 1977-2016, 2009.

12. Kasper DL, Braunwald E, Hauser S et al: Harrison's principles of inter-

nal medicine, ed 16, New York, 2005, McGraw-Hill.

13. Katzenstein L.: Choroby serca. Wyd. Weltbild Media, Warszawa 2011, s. 55-56.

14. Kokot F.: Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki. Tom I. PZWL, Warszawa 2004, s. 92-93, 199.

15. Kroeze W., Werkman A., Brug J.: A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors, *Ann Behav Med.* 31(3): 205-223, 2006.

16. Majda A.: Człowiek zagrożony chorobą z uwzględnieniem czynników ryzyka chorób. [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne . Tom I. PZWL, Warszawa 2011, s. 728, 738-739.

17. Maryanne Crowther, MSN, APN, CCRN; Lorraine A. Duggan, MSN, RN, APNC.: Zmniejszona wydolność serca. [w:] Ackley Betty J., Ladwig Gail B.: Podręcznik diagnoz pielęgniarstwa. Wyd. GC Media House, Warszawa 2011, s. 561, 566.

18. Modrzejewski W., Musiał W.J.: Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego – jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. *Via Medica* [online]. Forum Zaburzeń Metabolicznych 08.07.2010, Tom 1, nr 2 [dostęp 29.04.2016, 18:20]. s. 106-114. Dostęp w internecie: [https://journals.viamedica.pl/forum\\_zaburzen\\_metabolicznych/article/view/28729](https://journals.viamedica.pl/forum_zaburzen_metabolicznych/article/view/28729)

19. Noszczyk W.: Choroby tętnic. [w:] Gomułka W.S., Rewerski W.: Encyklopedia zdrowia Tom II. Wyd. PWN, Warszawa 2011, s. 1499-1501.

20. Ślusarska B.J.: Metody wykorzystywane w edukacji do zmiany zachowań zdrowotnych. [w:] Sierakowska M., Wrońska I. (red.): Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 2015, s. 107.

21. Talarska D.: Prewencja chorób sercowo-naczyniowych. [w:] Kaszuba D., Nowicka A. (red.): Pielęgniarstwo kardiologiczne. PZWL, Warszawa 2011, s. 29, 42.

# Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ryzykiem obniżenia jakości życia w przebiegu pylicy płuc

## WSTĘP

Pylicą płuc nazywamy przewlekłą chorobę układu oddechowego, która powstaje w wyniku długotrwałego wdychania szkodliwych pyłów. Choroba ta jest zaliczana do chorób zawodowych gdyż dotyczy ona przede wszystkim grupy osób, które w trakcie wykonywania pracy zawodowej wdychają niebezpieczne substancje. Grupa ryzyka jednak może uniknąć zachorowania lub zmniejszyć wpływ choroby na późniejsze życie. Objawy choroby postępują wraz z wiekiem, wpływając na poziom dotychczasowego życia.

## PYLICA PŁUC

Definicja pylicy płuc została określona w trakcie IV Międzynarodowej Konferencji w Sprawie Pylic, według niej to schorzenie stwierdzamy jako „nagromadzenie pyłu w płucach i reakcja mięszu płuc na jego obecność” [11]. Istnieje wiele zawodowych chorób o charakterze przewlekłym, których inicjacja zachodzi pod wpływem patogennych pyłów. Pyły te jednak nie gromadzą się w płucach więc nie uszkadzają mięszu tego narządu [12]. Znając definicję pylicy płuc, jesteśmy w stanie stwierdzić, że chorób tych nie możemy jednak zakwalifikować do pylic. Zwracając uwagę na zmiany patomorfologiczne jakie pylice tworzą w organizmie dzielimy je na dwa rodzaje: pylice kolagenowe i niekolagenowe. Zdecydowanie bardziej niesprzyjająca dla organizmu człowieka jest pylica kolagenowa, ponieważ charakteryzuje się działaniem prowadzącym do włóknienia płuc. Wpływa destrukcyjnie na budowę pęcherzyków płucnych oraz stymuluje powstawanie oraz rozwój zmian bliznowatych w płucach [3]. Do tej grupy należy: pylica krzemowa, azbestowa, talkowa oraz aluminiowa [11]. Pylice niekolagenowe, powstają w wyniku ekspozycji zawodowej na pyły o słabym

oraz hipotetycznie odwracalnym działaniu zwłókniającym lecz nie wpływają na budowę pęcherzyków płucnych. W rzeczywistości jednak granica między tymi dwoma rodzajami pylicy jest nieznacznie zarysowana co w praktyce powoduje spore trudności w określeniu z jaką pylicą mamy do czynienia. Co istotne niektóre czynniki, takie jak np. ciągłe narażenie na te same patogeny, mogą spowodować przeistoczenie pylicy niekolagenowej w kolagenową [2].

Najwyższą zachorowalność na pylicę płuc odnotowano u górników pracujących w kopalniach węglowych i jest to około 60% wszystkich pylic. Zachorowalność na pylicę w naszym kraju rozkokuje się w okolicach 600-800 nowoodkrytych przypadków rocznie z czego około 400 przypadków to pylica węglowa płuc [11]. Na podstawie wiadomości podawanych przez Centralny Rejestr Chorób Zawodowych dotyczących rozpoznania chorób zawodowych w 2015r., pylice płuc stanowią 20,2% wszystkich chorób zawodowych [18].

Pylica płuc w początkowej fazie choroby przebiega w sposób bezobjawowy lub zapoczątkowane objawy są trudno dostrzegalne. W miarę rozwoju, symptomy stają się coraz bardziej zauważalne [13]. Pierwszym niepokojącym znakiem sugerującym rozwój choroby jest nadmierna duszność nasilająca się podczas wysiłku fizycznego, w pewnym stopniu zostaje obniżona też jego tolerancja. Dla obrazu choroby charakterystyczny jest również kaszel z odpływaniem płwociny oraz pojawienie się częstych stanów podgorączkowych. Pylica prosta, która nie niesie ze sobą powikłań nie wpływa na długość życia, jednak skutecznie obniża jego jakość. Jednym z głównych powikłań pylicy jest postępujące rozległe włóknienie (PMF). Zaawansowany stopień tego powikłania może prowadzić do rozwinienia serca płucnego oraz nie-

wydolności oddechowej. PMF redukuje długość życia chorego, w najgorszym wypadku skracając go nawet o 4lata w stosunku do średniego czasu życia populacji mężczyzn w naszym kraju [2].

W życiu codziennym, termin „jakość” ma ogromną liczbę znaczeń. Nie jesteśmy w stanie określić jednej prawdziwej definicji jakości życia, nie dotyczy ono tylko samego zdrowia i choroby [15]. Jakość życia nie obejmuje tylko pojedynczych sfer życia danej jednostki ale dotyczy kompletu wszystkich sfer egzystencji. Przyjęcie modelu holistycznego, obejmującego kompleksowe podejście do człowieka w opiece nad pacjentem, sprawiło że również w medycynie zaczęto się interesować jakością życia [5]. Chory, podporządkowany chorobie jest świadomy rozmaitych problemów wynikających z pogarszającego się stanu zdrowia. Choroba często wiąże się z skróceniem długości życia, wizytami w szpitalu, samokontrolą oraz uprzykrzającymi życie objawami i powikłaniami. Człowiek jest w stanie sam określić swoją jakość życia porównując stan obecny do stanu zamierzonego. Dlatego oprócz obiektywnej oceny jakości życia chorego również ważna jest subiektywna opinia samego zainteresowanego [5]. Do subiektywnej oceny możemy zaliczyć komponenty psychiczne, fizyczne oraz społeczne. Dzięki ocenie jaką wydał pacjent, personel medyczny jest w stanie podwyższyć jakość opieki, która jest sprawowana nad daną jednostką. Pomocne są również narzędzia do dokonywania pomiarów jakości życia, które ułatwiają pracę lekarzom i pielęgniarkom, umożliwiając dostosowanie leczenia do konkretnej osoby. W rezultacie pacjent zostaje włączony w realizację procesu leczenia w sposób aktywny co wpływa na jego korzyść. Samoocena zdrowia dokonywana przez chorego stała się istotnym determinantem wpływającym na proces

leczenia i pielęgnowania oraz uznano, że jest równie ważna jak ocena kliniczna. Teraźniejsza medycyna dokłada starań żeby wydłużyć życie pacjentów przy okazji dbając o to by jakość życia pacjentów była na jak najlepszym poziomie [15].

Pielęgniarka podczas całego procesu jakim jest opieka nad pacjentem z pylicą płuc musi odnaleźć się w wielu rolach, na jej barkach spoczywa też wiele ważnych zadań dzięki którym może ona znacznie wpłynąć na jakość życia chorego człowieka. Głównym celem, do którego powinna dążyć pielęgniarka jest profesjonalne oraz rzetelne wykonywanie swoich obowiązków. Najważniejszym z nich jest pomoc drugiemu człowiekowi. W kontekście pracy zawodowej pielęgniarki pomoc pojmujemy jako podjęcie wszelkich starań dla dobra drugiego człowieka, przy jednoczesnym poszanowaniu jego decyzji oraz przygotowanie do samoopieki [19]. Działania podjęte przez personel pielęgniarski powinny mieć wpływ na poprawę jakości życia pacjenta oraz zmniejszać deficyt samoobsługi chorego. Do zadań pielęgniarskich należy całościowa opieka nad pacjentem, udział w leczeniu oraz diagnozowaniu, działania na rzecz profilaktyki powikłań i edukacja zdrowotna. Głównym zadaniem pielęgniarek podczas procesu diagnozowania jest przygotowanie pacjenta do wszelakich badań, z zachowaniem przyjętych zasad i norm. Pielęgniarka powinna obniżyć poziom lęku chorego i wyjaśniać wszystkie wątpliwości chorego, motywować go do wizyt kontrolnych w poradni chorób płuc a także zwrócić uwagę na zadbanie o ogólny stan zdrowia. Ważnym zadaniem pielęgniarki, pozwalającym na uniknięcie pogorszenia jakości życia chorego na pylicę płuc jest uwrażliwienie pacjenta na czynniki powodujące nasilenie objawów, zachęcenie do systematycznego wysiłku fizycznego a także wykonywania ćwiczeń oddechowych.

## STUDIUM PRZYPADKU

Pacjent X.Y. lat 53. Chory cierpiał na silną duszność oraz wysoką gorączkę utrzymującą się od 3 dni, skarżył się również na kaszel z odkrztuszaniem śluzowo-ropnej płwociny oraz stany podgorączkowe występujące od kilku tygodni, co zmuszało go do stosowania

niesterydowych leków przeciwzapalnych (ibuprofen). Pacjent został przyjęty na oddział internistyczny. Mężczyzna to emerytowany górnik kopalni węgla kamiennego z dwudziestosześcioletnim stażem pracy dołowej. Chory był w przeszłości wielokrotnie hospitalizowany z powodu zapaleń płuc oraz oskrzeli z rozpoznaniem pylicy płuc drobnoguzkowatej. W 51 roku życia górnika decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego stwierdzono u niego chorobę zawodową – pylicę płuc. W 2015 r. postawiono dodatkowo rozpoznanie nawracającego obustronnego śródmiąższowego zapalenia płuc (pneumonia bilateralis interstitialis recidivans) oraz serce płucne (cor pulmonale). Chory leczony był często antybiotykami, jak również okresowo sterydami wziewnymi. W badaniu przedmiotowym stwierdzono przyspieszenie oddychania do 26/min, nasilenie drżenia głosowego, stłumienie odgłosu opukowego nad podstawą płuca lewego oraz liczne trzesz-

nie co trzy dni. Okresowe występowanie zgagi i wzdęć.

- układ moczowo-płciowy: diureza dobową w normie, zabarwienie moczu prawidłowe, brak trudności w jego oddawaniu.
- układ nerwowy i narządy zmysłów: świadomość pełna, zawroty głowy (występowanie okresowe), kłujący ból w klatce piersiowej występujący przy wzmożonym wysiłku, słuch prawidłowy, chory nosi okulary.
- skóra: blada i sucha, temperatura ciała: 39,80C bez cech odwodnienia.
- stan psychiczny: nastrój obniżony, apatia, sen zaburzony: trudności w zasypianiu.

Głównym problemem pacjenta, który można było natychmiast zaobserwować była męcząca chorego duszność. W celu oceny nasilenia duszności wykorzystano skalę mMRC.

### SKALA NASILENIA DUSZNOŚCI mMRC

Stopień	Objawy
0	Duszność występująca tylko przy sporym wysiłku fizycznym
1	Duszność pojawia się podczas szybkiego marszu na płaskim terenie lub przy wchodzeniu na lekkie wzniesienie
2	Pacjent odczuwa konieczność zatrzymywania się w celu nabrania tchu, tempo jego marszu jest znacznie wolniejsze od rówieśników
3	Chory musi zatrzymać się w celu nabrania oddechu na dystansach mniejszych niż 100 m
4	Pacjent z racji odczuwanej duszności spoczynkowej nie jest w stanie opuścić domu czy samodzielnie się ubrać

czenia nad tym płucem powyżej granicy stłumienia. Wykonano RTG klatki piersiowej, po którym wstępnie rozpoznano pozaszpitalne zapalenie płuc.

Zapewniono dostęp do żył obwodowych. Pacjenta zapoznano z topografią oddziału oraz z prawami i obowiązkami pacjenta. Przeprowadzono wywiad pielęgniarski oraz uzyskano zgodę na wykonywanie zabiegów pielęgniarskich.

- układ krążenia: akcja serca miarowa, tętno 60u/min, ciśnienie tętnicze 120/70mmHg, obrzęki i omdlenia nie występują
- układ oddechowy: liczba oddechów 28/min, oddech pogłębiony, świszczący, wydzielina śluzowo-ropna, duszność spoczynkowa, kaszel napadowy
- układ pokarmowy: nadwaga (BMI: 25.83). Pacjent wypróżnia się regular-

Według tej skali, duszność pacjenta oceniona została na stopień 2. Pacjent cierpi na przewlekłą duszność związaną z chorobą śródmiąższową płuc jaką jest pylica tego narządu. Jednak podczas trwania zapalenia płuc problem się nasilił. Dodatkowo problem ten wywołuje szereg innych trudności, dlatego tak ważne było jego zminimalizowanie. Duszności zazwyczaj towarzyszy stan niepokoju o własne życie. Pacjent z tym problemem cierpi na zaburzony rytm snu, wykazuje również mniejszy apetyt oraz trudności w spożywaniu posiłków. Bardzo często taki chory ma obniżony nastrój, cierpi z powodu uzależnienia od osób trzecich [20].

**Diagnoza pielęgniarska:** Ryzyko niedotlenienia organizmu spowodowane dusznością spoczynkową.

**Objawy obiektywne:** Pogłębienie i przyspieszenie oddechów.

**Objawy subiektywne:** Uczucie braku powietrza, lęk o życie.

**Cel opieki:**

- Pomoc w uzyskaniu przez pacjenta poprawy jakości oddychania w ciągu 3 dni,
- uniknięcie niedotlenienia organizmu.

**Interwencje pielęgniarskie:**

1. Ocena stopnia duszności za pomocą skali mMRC, kontrola liczby oddechów.

Uzasadnienie empiryczne:

„Aby ocenić nasilenie duszności, zadajemy pytania o pojawienie się tego objawu, w czasie wykonywania określonych czynności. Są różne skale oceniające nasilenie duszności w stopniach.” (Ziora D., 2010)

2. Pomiar tętna, ciśnienia tętniczego krwi, ocena świadomości oraz zabarwienia skóry.

Uzasadnienie empiryczne:

„Ocena stanu chorego stanowi podstawę wyboru interwencji. Przyspieszone tętno, niskie ciśnienie tętnicze krwi, niepokój, senność, splątanie i sinica skóry są wyrazem niedostatecznej podaży tlenu.” (Kózka M., 2008)

3. Udzielanie pomocy w wykonywaniu czynności nasilających duszność, w razie potrzeby.

Uzasadnienie empiryczne:

„Skuteczność interwencji pielęgniarki zależy między innymi od właściwego doboru systemu pielęgnowania. Wskazane jest ograniczenie do minimum działań za pomocą pacjenta.” (Radzik T., Gawor A., 2015)

4. Dobór odpowiedniej pozycji ciała, ułatwiającej oddychanie np. wysoko z opuszczonymi nogami, co 2-3godz. zmiana pozycji ułożeniowej.

Uzasadnienie empiryczne:

„Zmiana pozycji ciała chorego sprzyja uruchomieniu wydzieliny w drogach oddechowych” (Kózka M., 2008)

5. Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali, w której przebywa chory (wilgotność 60-70%, temp. 18-22°C).

Uzasadnienie empiryczne:

„Niska temperatura powietrza i mała wilgotność powodują wysuszenie błon śluzowych nosa i gardła. Wysuszenie błon śluzowych osłabia barierę ochronną organizmu i zwiększa ryzyko zakażenia.” (Kózka M., 2008)

6. Motywowanie chorego do wykonywania ćwiczeń oddechowych, dwa razy dziennie, godzinę po posiłku.

Uzasadnienie empiryczne:

„Celem ćwiczeń oddechowych jest poprawa czynności układu oddechowego” (Adamska-Kuźmicka I., Czekirda M., 2004)

7. Zastosowanie tlenoterapii, według zlecenia lekarskiego, tj. 2l/min przerwy po 15-30min.

Uzasadnienie empiryczne:

„Tlen jest lekiem, powinien więc być podawany w odpowiednich dawkach i z reguły na zlecenie lekarza.” (Zalewska-Puchała J., Majda A. 2004)

8. Wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych (oklepywanie)

Uzasadnienie empiryczne:

„Oklepywanie ułatwia rozluźnienie wydzieliny w drogach oddechowych.” (Kózka M., 2008)

9. Obserwacja chorego w stanach nasilonej duszności.

Uzasadnienie empiryczne:

„Nasilenie się duszności może prowadzić do wystąpienia reakcji panicznej.” (Krzyżanowski D., Sniechowska-Krzyżanowska E., Fal.A.M, 2011)

**Planowany wynik opieki:** Poprawa jakości oddychania, niedopuszczenie do niedotlenienia organizmu, zmniejszenie lęku.

**Diagnoza pielęgniarska:** Dyskomfort psychiczny spowodowany brakiem samowystarczalności.

**Objawy obiektywne:** apatia, niechętna współpraca

**Objawy subiektywne:** złe samopoczucie

**Cel opieki:**

- poprawa samopoczucia psychicznego w ciągu dnia
- poprawa samowystarczalności pacjenta

**Interwencje pielęgniarskie:**

1. Rozmowa z pacjentem w celu szczegółowego ustalenia przyczyny pojawiania się dyskomfortu psychicznego.

Uzasadnienie empiryczne:

„Decydując o metodach i środkach postępowania, w żadnym wypadku nie można pominąć wartości wyznaczanych przez chorego oraz jego preferencji. Ważnym elementem możliwie najlepszej opieki jest aktywne

włączenie chorego w proces pielęgnowania i działania.” (Kózka M. 2008)

2. Pomoc pacjentowi z zachowaniem praw pacjenta oraz poszanowaniem jego intymności, informowanie o stanie zdrowia.

Uzasadnienie empiryczne:

„Pacjent powinien być traktowany podmiotowo, aby nie uwłaczać jego godności. Takie traktowanie umożliwi dokonywanie wyboru oraz samodzielne podejmowanie decyzji przez pacjenta. [...] Przekazana informacja pozwala również pacjentowi, świadomie uczestniczyć w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.” (Jacek A., Ożóg K., 2012)

3. Przekonywanie chorego do stałego i konsekwentnego wysiłku fizycznego w celu utrzymania dobrej kondycji fizycznej.

Uzasadnienie empiryczne:

„Trening fizyczny w wyniku zwiększania objętości oddechowej i częstości oddechów zwiększa także maksymalną wentylację.” (Przybyłowski T. 2010)

4. Informowanie pacjenta na temat działań zmierzających do poprawy jakości życia.

Uzasadnienie empiryczne:

„Wykazano również, że czynnikami determinującymi jakość życia chorych jest zarówno stan psychiczny jak i fizyczny [...] Na ocenę stanu osób chorujących mogą mieć wpływ różne zmienne, nie tylko ogólny stan zdrowia czy sprawność fizyczna, ale także dobrostan emocjonalny, możliwość uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym.” (Papuś E., 2011)

5. Zapewnienie rozmowy z psychologiem.

Uzasadnienie empiryczne:

„Kontakt terapeutyczny pomaga pacjentowi w opanowaniu lęku oraz poczucia bezradności, wpływa na jakość jego przeżyć.” (Wilczek-Rużyczka E., Pieczyrak U., 2008)

6. Współpraca z rodziną pacjenta na temat mobilizowania chorego do stałego wysiłku fizycznego.

Uzasadnienie empiryczne:

„Pielęgniarki, które budują związek terapeutyczny z rodziną chorego opierający się na zaufaniu, pokazują holistyczne podejście do sprawowania opieki; okazują zrozumienie i empatię dla cierpienia chorego, są świadome niewypowiedzianych przez pacjenta potrzeb, dbają

o komfort, wygodę, nawet jeżeli hospitalizowany o to nie prosi, potrafią same zidentyfikować potrzeby podmiotu opieki; ponadto można na nich polegać, są kompetentne, wykwalifikowane oraz oddane temu co robią.” (Mok, Chiu, 2004).

**Planowany wynik opieki:** Dobre samopoczucie pacjenta, pacjent wyedukowany na temat możliwości poprawy swojej jakości życia, poprawa samowystarczalności pacjenta.

## WYNIKI

W powyższej pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Z pomocą przeprowadzonych badań oraz wniosków wyciągniętych po rozmowie z pacjentem zaprezentowano proces choroby a także jej wpływ oraz wpływ powikłań na życie chorego. Chory, cierpiący na pylicę płuc, trafił na oddział chorób wewnętrznych z pozaszpitalnym zapaleniem płuc. Jest to jedno z powikłań, które często pojawia się w przebiegu pylicy płuc u pacjentów, nie przestrzegających wskazówek terapeutycznych. Pacjent był apatyczny, miał obniżony nastrój ale chętnie odpowiadał na zadawane pytania. Podmiot opieki charakteryzował się wysoką gorączką oraz silną dusznością o napadowym charakterze. W trakcie sprawowania opieki, nastrój pacjenta uległ poprawie, duszność i gorączka się zmniejszyła.

## ZAKOŃCZENIE

Opieka nad pacjentem z ryzykiem obniżenia jakości życia w przebiegu pylicy płuc nie należy do najłatwiejszych, ponieważ jest to choroba przewlekła i nie możliwa do wyleczenia, możliwe jest tylko złagodzenie objawów oraz troska o jak najlepszą jakość egzystencji. Efekty opieki zależne są od stopnia postępu symptomów choroby, stanu psychicznego chorego a także okresu trwania schorzenia. Jednak opieka nad pacjentem ma dla jego stanu ogromne znaczenie, możliwość wpływu na poprawę zdrowia. Podczas pracy z osobami z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu układu oddechowego priorytetem jest pomoc w akceptacji choroby, przygotowanie chorego do możliwych sytuacji, które mogą wystąpić w przebiegu schorzenia oraz uświadomienie jak pacjent może zapobiegać nieprzyjemnym powikłaniom.

Wykazując odpowiednie wsparcie fizyczne ale przede wszystkim emocjonalne istnieje wysokie prawdopodobieństwo złagodzenia nieprzyjemnych doświadczeń pojawiających się w przebiegu choroby. W procesie rozwoju pylicy płuc lub jej powikłań, np. zapalenia płuc, czynności wykonywane przez personel pielęgniarski, są działaniami w kierunku uzupełnienia działania terapeutycznego. Zadaniem pielęgniarki jest: wykonywanie zleceń lekarskich, dzięki którym pielęgniarka asystuje w procesie leczenia, wsparcie emocjonalne i fizyczne chorego podczas odczuwania trudności spowodowanych stanem zdrowia, edukacja pacjenta ale również reakcja na objawy, występujące w przebiegu choroby.

Celem mojej pracy było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ryzykiem obniżenia jakości życia w przebiegu pylicy płuc. Bardzo istotne było zapoznanie z daną jednostką chorobową. Przedstawione w pracy działania pielęgniarskie, które na celu miały zlikwidowanie lub zmniejszenie problemów chorego, miały duże znaczenie w optymalizacji jakości egzystencji pacjenta cierpiącego na pylicę płuc. Choroba bardzo często ma ogromny wpływ na nastrój chorego, dlatego zadaniem pielęgniarki jest dostosowanie indywidualnie podejście do danego pacjenta oraz wsparcie psychiczne.

*lic. piel. Katarzyna Lejkowska*

## BIBLIOGRAFIA:

1. Adamska-Kuźmicka I., Czekirda M.: Ćwiczenia oddechowe [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.2, wyd. Czelej, Lublin 2008, str.293-302.
2. Bareła-Malczewska A.: Choroby zawodowe, [red.] Chazan R.: Choroby układu oddechowego w praktyce lekarza opieki podstawowej, wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2010, str. 365-367.
3. Droszcz W.: Choroby układu oddechowego, [red.] Kokot F.: Choroby wewnętrzne, wyd. PZWL, Warszawa 2006, str. 1141.
4. Jacek A., Ożóg K.: Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny,

„Hygeia Public Health”, 2012, 47(3), str. 264-271.

5. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody Kwestionariuszowe badania jakości życia, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2012, nr 93(4), str. 632-638.

6. Kózka M., Krzeczowska B.: Zaburzenia wymiany gazowej, [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie, wyd. PZWL, Warszawa 2008, str. 133-137.

7. Kózka M.: Diagnostyka pielęgniarska wyznacznikiem interwencji, [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie, wyd. PZWL, Warszawa 2008, str.35-38.

8. Kózka M.: Nieefektywne oczyszczanie drzewa oskrzelowego. [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie, wyd. PZWL, Warszawa 2008,138-141.

9. Kózka M.: Zaburzenia wymiany gazowej, [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie, wyd. PZWL, Warszawa 2008, str.142-145.

10. Krzyżanowski D., Sniechowska-Krzyżanowska E., Fal.A.M: Pielęgniowanie osoby umierającej [w:] Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: Przewlekłe choroby w domu, wyd. Fundacja Lubią Pomagać, Gdańsk 2011, str. 217-218.

11. Marek K.: Choroby zawodowe układu oddechowego wywołane przez pył, [red.] Antczak A., Myśliwiec M., Pruszczyk P.:Wielka Interna. Pulmonologia. Część II. t.5, wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa 2010, str.409-435

12. Marek K.: Choroby zawodowe układu oddechowego, [red.] Rowińska-Zakrzewska E., Kuś J.: Choroby układu oddechowego, wyd. PZWL, Warszawa 2004, str. 357-362.

13. Marek K.: Choroby zawodowe układu oddechowego, [red.] Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011, wyd. Medycyna praktyczna, Kraków 2011, str. 702.

14. Mok E., Chiu P.C.: Nurse-patient relationships in palliative care, „Journal of Advanced Nursing”, 2004, 48(5), str. 475-483.

15. Papuć E.: Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania, „Current Problems Of Psychiatry”, 2011, nr 12(2), str. 141-145.

16. Przybyłowski T.: Badania wy-  
siłkowe w diagnostyce chorób układu  
oddechowego [red.] Antczak A., Myśli-  
wiec M., Pruszczyk P.: Wielka Interna.  
Pulmonologia. Część II. t.5, wyd. Medi-  
cal Tribune Polska, Warszawa 2010.

17. Radzik T., Gawor A.: Samopieleg-  
nacja : deficyty w zakresie wykonywania  
czynności samoobsługowych. [w:] Kózka  
M., Płaszewska-Zywko L.: Diagnostyka i in-  
terwencje pielęgniarskie, wyd. PZWL,  
Warszawa 2008, 163-174.

18. Szeszenia-Dąbrowska N., Wil-  
czyńska U.: Choroby zawodowe w Polsce  
w 2015 r., Instytut Medycyny Pracy im.  
prof. J. Nofera, Centralny Rejestr Cho-  
rób Zawodowych, Łódź 2016.

19. Ślusarska B., Zarzycka D., Zah-  
radniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa.  
Podręcznik dla studentów i absolwen-  
tów kierunków pielęgniarstwo i położ-  
nictwo, t.1, wyd. Czelej, Lublin 2008,  
str.164-174.

20. Wierzbicka A.: Pielęgowanie pa-  
cjentów z zaburzeniami w funkcyjono-  
waniu układu oddechowego, [w:] Śłu-  
sarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.:  
Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla  
studentów i absolwentów kierunków  
pielęgowarstwo i położnictwo, t.1, wyd.  
Czelej, Lublin 2008, str.521-528.

21. Wilczek-Rużyczka E., Pieczyrak U.:  
Stres i lęk. [w:] Kózka M., Płaszewska-  
Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęg-

niarskie, wyd. PZWL, Warszawa 2008,  
str. 251-260.

22. Zalewska- Puchała J., Majda A.:  
Podawanie leków przez układ oddecho-  
wy [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zah-  
radniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa.  
Podręcznik dla studentów i absolwen-  
tów kierunków pielęgniarstwo i położ-  
nictwo, t.2, wyd. Czelej, Lublin 2008, str.  
848-860.

23. Ziara D.: Badanie podmiotowe  
i przedmiotowe, [red.] Antczak A., My-  
śliwiec M., Pruszczyk P.: Wielka Interna.  
Pulmonologia. Część II. t. 5, wyd. Medi-  
cal Tribune Polska, Warszawa 2010.

## Nowi konsultanci



3 listopada 2017 r. w piątek 3 listopa-  
da wojewoda podkarpacki Ewa Leniart  
wręczyła powołania nowym konsultan-  
tom w dziedzinie medycyny ratunkowej  
oraz pielęgniarstwa psychiatrycznego.



Powołania z dniem 1 listopada 2017 r.  
otrzymali dr n. med. Marek Wojtaszek –  
w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz  
mgr Barbara Syrek – w dziedzinie pielęgn-  
iarstwa psychiatrycznego.

Dr Marek Wojtaszek pracuje jako star-  
szy asystent w Klinice Intensywnej Tera-  
pii i Anestezjologii z Ośrodkiem Ost-  
rych Zatruc w Klinicznym Szpitalu Wo-  
jewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Ponadto  
jest Kierownikiem Zakładu Ratowni-

ctwa Medycznego, Medycyny Ratunko-  
wej i Katastrof, Katedry Ratownictwa  
Medycznego na Uniwersytecie Rzeszow-  
skim, jak również adiunktem w Instytu-  
cie Położnictwa i Ratownictwa Medyc-  
znego UR.

Mgr Barbara Syrek pracuje w Dzien-  
nym Oddziale Psychiatrycznym, do nie-  
dawna na stanowisku Oddziałowej Od-  
działu Dziennego Psychiatrycznego  
i Poradni Zdrowia Psychicznego Wo-  
jewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im.  
Jana Pawła II w Krośnie, obecnie jako  
specjalistka pielęgniarstwa psychia-  
trycznego.

Konsultant w ramach pełnienia swo-  
jej funkcji wykonuje m. in. zadania opi-  
niodawcze, doradcze i kontrolne dla  
organów administracji rządowej, pod-  
miotów tworzących w rozumieniu prze-  
pisów o działalności leczniczej Naro-  
dowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika  
Praw Pacjenta jak również przeprowadza  
kontrolę dostępności do świadczeń zdo-  
rowotnych na obszarze województwa pod-  
karpackiego.

*Serdecznie gratulujemy nowo powołanym konsultantom i życzymy wytrwałości  
w realizowaniu podejmowanych działań i satysfakcji z wykonywania zawodu.*

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych i Zespół Redakcyjny**



# QUEEN SILVIA NURSING AWARD

– Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii



Trwa druga polska edycja konkursu o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii (QSNA). W ramach tego konkursu, studenci pielęgniarstwa oraz pielęgniarki i pielęgniarze w trakcie specjalizacji mają za zadanie opracować i przedstawić swoje pomysły na usprawnienie opieki nad osobami starszymi. Opis pomysłu powinien zawierać jedynie 1800 znaków.

Na zwycięzcę konkursu czeka stypendium w wysokości 25 000 zł oraz możliwość uczestniczenia w indywidualnym stażu, w trakcie którego stypendysta będzie miał praktyczną możliwość zdobycia wiedzy z szerokiego zakresu nauk medycznych, szczególnie w zakresie pielęgniarstwa.

Nie czekaj, prześlij swój pomysł już dziś!

Więcej informacji znajdziesz na stronie internetowej:

<https://www.queensilvianursingaward.pl/zloz-wniosek/>

Źródło: NIPiP

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 12 XII 2017 roku.

*„Upięłaś czepkę za młodu,  
Choć wiedziałaś że trud czeka.  
Bo tajemnicą Twego zawodu  
Jest – troska o ciało i godność człowieka.”*

**W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki**

**JANINY KOZICKIEJ**

pielęgniarki Oddziału Chorób Wewnętrznych SP ZOZ w Lesku,  
z którym była związana przez cały okres pracy zawodowej.

Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat,  
cieszyła się zaufaniem pacjentów i personelu,  
swoją obecnością wносиła spokój i życzliwość.

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy  
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.*

*Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne SP ZOZ w Lesku*

*„Zatrzymaj upływający czas we wspomnieniach,  
a przede wszystkim pamiętaj o pięknych chwilach,  
by nigdy nie poszły w zapomnienie...”*

**W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki**

**KRYSTYNY WOJNAROWSKIEJ**

pielęgniarki z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego  
z Pododdziałem Noworodkowym SP ZOZ w Lesku,  
z którym była związana przez ponad 40 lat pracy.

Lata swojej pracy zawodowej poświęciła opiece nad noworodkami,  
wykazując się profesjonalnym podejściem do wykonywanych czynności.  
Osoba skromna i życzliwa.

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy  
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.*

*Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne SP ZOZ w Lesku*



### **Podziękowanie za udział w Ślubowaniu Klas Pierwszych z okazji Jubileuszu 55-lecia Szkoły Medycznej im. Anny Jenke w Sanoku**

Składamy gorące podziękowanie za udział w uroczystym Ślubowaniu Klas Pierwszych z okazji **Jubileuszu 55-lecia Szkoły Medycznej im. Anny Jenke w Sanoku**, które odbyło się 24 listopada 2017 r. Włożyliśmy duży wysiłek, aby uroczystość miała charakter niepowtarzalny. Jesteśmy przekonani, że warto było, ponieważ w tym dniu otworzyła się przed nami przeszłość, a to sprawiło że ten dzień nabrał innego, wspaniałego wymiaru.

Wyrażamy wdzięczność za przybycie: Dostojnym Gościom, Nauczycielom, Wychowawcom, Absolwentom Szkoły, którzy swoją obecnością uświetnili uroczystość oraz podkreślili jedność z wartościami stanowiącymi tożsamość Naszej Szkoły - **„Sanockiego Medyka”**.

To dzięki Państwa zaangażowaniu młodzi ludzie mogą systematycznie poznawać tajemki trudnych zawodów medycznych na zasadzie dobrych praktyk, - **„Mistrz-Uczeń, Uczeń-Mistrz”**.

Państwa serce, obecność, osobisty przykład, rady i cenne wskazówki, sprawiają że nawet te najtrudniejsze zadania są wykonywane starannie, z wielką odpowiedzialnością, a to ma ogromne znaczenie w świecie potrzeb ludzi chorych i cierpiących. Jak istotne, nieprzemijające są to wartości dostrzec można po latach z dystansu, gdy wspomnienia przywołują wszystkich tych, którym chcemy się pokłonić z wyrazami głębokiego szacunku - **dziękując za przeszłość która daje siły i optymizm na przyszłość**.

24 listopada to również okazja do spotkań, wspomnień i godnego podsumowania minionych 55 lat. Jest to także czas na wyrażenie podziękowania za trud włożony w wychowanie i kształtowanie kolejnych nowych pokoleń Absolwentów, którzy stanowią naszą dumę potwierdzając markę i jakość Naszej Placówki

Mamy nadzieję, że to niezwykle wydarzenie pozostanie na zawsze w naszych wspomnieniach i sercach. Raz jeszcze serdecznie dziękujemy Wszystkim za przybycie i współtworzenie pięknej karty historii **Jedyniej Najstarszej Szkoły Medycznej w Sanoku**.

**Dyrektor, Nauczyciele, Uczniowie i Słuchacze MSCCKZiU w Sanoku.**

## KOMUNIKAT



### XIII Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku 2017”



**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego  
oraz  
Koło Liderów Pielęgniarstwa  
zapraszają pielęgniarki i pielęgniarzy do udziału  
w XIII Konkursie „Pielęgniarka Roku”**

**Celem konkursu jest:** wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek i pielęgniarzy prezentujących najwyższy poziom przygotowania zawodowego i zaangażowania w działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego

#### Harmonogram Konkursu:

- I etap** - wyłonienie uczestników w poszczególnych podmiotach leczniczych  
- **do 15 stycznia 2018 r.**
- II etap** - eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP - **8 marca 2018 r. godzina 12:00**  
(miejsce zostanie podane bezpośrednio zainteresowanym)
- III etap** - prezentacja własna - **9 maja 2018 r.** w Krakowie  
(szczegóły zostaną podane w Komunikacie nr 2 na stronie internetowej Towarzystwa [www.ptp.nal.pl](http://www.ptp.nal.pl))

#### Informacje dodatkowe:

- Iwona Miliszewska  
ul. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa  
Tel. 22 39 81 872, Kom. 530 553 324  
e-mail: [biuroptp@gmail.com](mailto:biuroptp@gmail.com)

#### Załącznik:

- Karta Zgłoszenia

**Prosimy o rozpropagowanie informacji wśród zainteresowanych**