

# FORUM

## ZAWODOWE

2(95)2015



CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

ISSN 1213-2046

# W numerze

- 3 Słowo Przewodniczącej
- 3 Uchwały, stanowiska i apele podjęte na XXIX Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych
- 5 Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 11 List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej
- 14 Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- 15 Wykorzystaj muzykę dla zdrowia
- 16 Jak poradzić sobie ze zmęczeniem w pracy
- 17 Jak długo pozostaje ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego?
- 17 Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego
- 20 Problemy etyczne w zawodzie pielęgniarki
- 23 Rola pielęgniarki rodzinnej
- 24 Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z cukrzycą
- 33 Co wynika z oceny ryzyka
- 36 Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra
- 36 Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych
- 38 „Zdrowa konkurencja - zdrowsi pacjenci”

**Radosnych chwil spędzonych  
w rodzinnym gronie,  
optymizmu i siły płynącej  
z odradzającego się życia  
- tego z okazji  
Świąt Wielkanocnych**

**życzy  
Zespół Redakcyjny**



## NASZ ADRES

### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210  
tel./fax: 13 43 694 60, 13 43 249 44  
www.oipip.krosno.pl  
e-mail: oipip@interia.pl

### Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

### 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

**Podania o zapomogi** prosimy składać  
do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

## NIM ZAMILKNĄ DZWONY

*Jeszcze dzisiaj biją dzwony  
płacz żalony płacz strwożony  
męka Pańska coraz bliżej  
oczy Syna coraz wyżej  
wypatrują Ojca.*

*Jeszcze dzisiaj dzwony płaczą  
z żalem gorzkim i rozpaczą  
wkrótce siądą do wieczerzy  
jeden nie zmówi pacierzy  
tylko zdradzi.*

*Jeszcze dzisiaj mówią dzwony  
jak zostanie upodlony  
Bóg w ciele człowieka  
jaka kaźń i śmierć Go czeka  
nim duchem powstanie.*

*Jutro zamilkną już dzwony  
świat zostanie pograżony  
w głuchej ciszy i żałobie  
staną warty przy grobie  
i wnet zasną.*

*Znów obudzą ich dzwony  
śpiew radosny śpiew natchniony  
odkupieniem win śmiertelnych  
zatrzaśnięciem wrót piekielnych  
powrotem do Ojca.*

*Nim zamilkną  
coraz ciszej biją dzwony  
coraz słabiej biją  
ludzkie serca.*

Krzysztof Kamil Baczyński



## Słowo Przewodniczącej

W dniu 20 marca 2015 r. odbył się XXIX Okręgowy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Zjazd przebiegał zgodnie z przyjętym porządkiem obrad. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych (ORPiP), Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej przedstawili okresowe sprawozdania z działalności za miniony rok. Następnie Skarbnik ORPiP przedstawił sprawozdanie z wykonania planu budżetu za rok 2014. Po krótkiej dyskusji zjazd podjął uchwałę w tej sprawie.

W dalszej kolejności Delegaci przyjęli uchwałę plan budżetu na rok 2015.

Na zjeździe zostało podjętych 5 uchwał, 2 apele i 2 stanowiska, które zostały umieszczone w dalszej części Biuletynu. Zostały również przedstawione inne materiały, w tym sprawozdanie z działalności poszczególnych organów OIPiP za rok 2014.

Po zakończeniu „Zjazdu” Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej koleżanka Małgorzata Sawicka przeprowadziła szkolenie na temat „Prawa pacjenta, prawa dziecka w szpitalu”

***Z okazji nadchodzących Świąt Wielkiej Nocy pragnę złożyć najserdeczniejsze życzenia wielu radosnych i ciepłych chwil spędzonych w rodzinnym gronie. Niech ten Świąteczny czas będzie wolny od codziennych trudów i trosk, a jednocześnie przepiękny wzajemną miłością, życzliwością, radością i pokojem. Niech Zmartwychwstanie Pańskie niesie nadzieję i siłę do pokonywania wszelkich trudności na które napotkamy.***

*Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Barbara Błażewska-Kopiczak*

## Uchwały, stanowiska i apele podjęte na XXIX Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 1 w sprawie przyjęcia Regulaminu XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Uchwała Nr 2 w sprawie przyjęcia okresowych sprawozdań z działalności

Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Uchwała Nr 3 w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z wykonania planu budżetowego za 2014 r.

Uchwała Nr 4 w sprawie uchwalenia budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na rok 2015.

Uchwała Nr 5 w sprawie przeznaczenia skapitalizowanych odsetek z rachunku bieżącego na cele statutowe.

### Stanowisko nr 1

XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 20 marca 2015 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie żądają zmiany zapisów zawartych w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre sta-

nowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

#### Uzasadnienie

Wprowadzone w/w rozporządzeniu zmiany w zakresie sposobu przeprowa-

dzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami podważają zasady samorządności zawodowej, a rola przedstawicieli samorządu zawodowego w trakcie postępowania konkur-



sowego ulega całkowitej marginalizacji pozbawiając ich jakiegokolwiek wpływu na podjęte przez Komisję Konkursową rozstrzygnięcie. Według obowiązujących przepisów wybór kandydata na kierownicze stanowisko powierzony zostaje de facto kierownictwu podmiotu leczniczego, zaś samo postępowanie konkursowe ma charakter fikcyjny i po-

zbawiony sensu. Pomimo licznych Apeli i Stanowisk ze strony samorządu zawodowego Minister Zdrowia nie podejmuje żadnych działań celem zmiany w/w rozporządzenia. w ocenie Delegatów XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie działanie Ministra Zdrowia stanowi przejaw lekceważenia nie tylko trybu legislacyjnego, ale prze-

de wszystkim środowiska pielęgniarek i położnych. Przyjęte w/w rozporządzenie w sposób rażąco dyskryminuje jego przedstawicieli uniemożliwiając samorządowi zawodowemu pielęgniarek i położnych wykonywanie powierzonych zadań.

*Sekretarz Zjazdu Renata Michalska  
Przewodnicząca Zjazdu Teresa Witusik*

## Stanowisko nr 2

XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 20 marca 2015 r.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie stanowczo sprzeciwiają się wprowadzeniu nowego zawodu o kodzie 532906 asystentka kobiety w czasie ciąży i porodu (doula).

Uważamy, że wprowadzenie tego zawodu obniży standardy i procedury jakie obecnie są stosowane wobec kobiet w ciąży, w trakcie porodu i po porodzie.

Ciągłość opieki i poczucie bezpieczeństwa przed porodem, w trakcie porodu i po porodzie w XXI wieku zapewnia położna, która posiada wyższe wykształcenie i specjalizację.

Uważamy, że wprowadzając zawód „asystentki kobiety w czasie ciąży i porodu (douli)” – istnieją obszary, w których działalność douli i położnej się nakłada, należą do nich np. wsparcie emocjonal-

ne, psychiczne, fizyczne itp. Poza tym zawód ten wprowadzono bez konsultacji i opinii środowiska, które dba o jakość i profesjonalizm świadczonych usług, ale przede wszystkim o bezpieczeństwo pacjentek.

*Sekretarz Zjazdu Renata Michalska  
Przewodnicząca Zjazdu Teresa Witusik*

## Apel nr 1

XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 20 marca 2015 r.  
w sprawie podjęcia działań dotyczących podniesienia stawki kapitacyjnej dla pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnoszą o podjęcie działań zmierzających do podniesienia stawki kapitacyjnej oraz obniżenia liczby populacji przypadających na jedną pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie:

Stawka kapitacyjna od wielu lat utrzymuje się na tym samym poziomie, natomiast wzrost kosztów związanych z prowadzeniem praktyk pielęgniarek i położnych oraz zmniejszająca się liczba populacji związana z migracją powoduje obniżenie realnego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych podstawowej opie-

ki zdrowotnej. Pozostawienie finansowania na tym samym poziomie niesie ze sobą ryzyko likwidacji praktyk co w konsekwencji wpłynie na pogorszenie dostępności do świadczeń pielęgniarskich.

*Sekretarz Zjazdu Renata Michalska  
Przewodnicząca Zjazdu Teresa Witusik*

## Apel nr 2

XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 20 marca 2015 r.  
w sprawie podjęcia działań dotyczących wzrostu ceny za osobodzier w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnoszą o podjęcie działań zmierzających do realnej wyceny osobodnia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej

Uzasadnienie:

Wzrost kosztów związanych z prowadzeniem działalności z zakresu opieki

długoterminowej domowej przy jednoczesnym obniżaniu ceny osobodnia na przestrzeni kilku lat powoduje pogorszenie warunków pracy i płacy pielęgniarek zatrudnionych w opiece długoterminowej domowej, a tym samym stwarza niebezpieczeństwo likwidacji ze względów finansowych wielu zakładów realizujących opiekę domową. Ostatecznym

wynikiem tych zdarzeń będzie znaczne ograniczenie dostępności do świadczeń, przy stale rosnącym zapotrzebowaniu na usługi w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

*Sekretarz Zjazdu Renata Michalska  
Przewodnicząca Zjazdu Teresa Witusik*

# Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za okres od 1.01.2014 r. do 31.12.2014 r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie działa na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. „O samorządzie pielęgniarek i położnych” (Dz. U.2011.174.1038) realizując zadania samorządu.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w okresie sprawozdawczym pracowała w 25 osobowym składzie. Pracą Okręgowej Rady kieruje przewodnicząca rady.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych /ORPiP/ w okresie objętym sprawozdaniem odbyła 4 posiedzenia. Wszystkie posiedzenia były prawomocne. Podjęto 98 uchwał, które zostały zrealizowane.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych /PORPiP/w składzie 16 osobowym w okresie sprawozdawczym odbyło 7 posiedzeń. Wszystkie posiedzenia były prawomocne. Podjęto 126 uchwał, które zostały zrealizowane.

Okręgowa Rada realizuje swoje zadania statutowe przy współdziałaniu pełnomocników, a także powołanych komisji i zespołów problemowych:

- Komisji ds. etyki,
- Komisji ds. położnych,
- Komisji ds. opieki długoterminowej,
- Komisji ds. pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej/POZ/ i higieny szkolnej,
- Komisji kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie,
- Komisji finansowo – socjalnej,
- Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- Komisji ds. uczestnictwa w konkursach,
- Komisji ds. kontroli indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych,
- Zespołu pielęgniarek epidemiologicznych,
- Zespołu pielęgniarek uzdrowiskowych,

- Zespołu ds. oceny minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych.

W myśl obowiązującego Regulaminu pracy ORPiP przewodniczący Komisji i Zespołów zobowiązani są do złożenia Okręgowej Radzie planów pracy na każdy rok do 15 marca, a sprawozdań ze swojej działalności do końca lutego.

Realizując zadania ustawowe w ramach realizacji działań przejętych od administracji państwowej ORPiP prowadzi rejestr pielęgniarek i położnych, w którym na dzień 31 grudnia 2014r zarejestrowanych było - 4735 pielęgniarek i 540 położnych.

W minionym roku:

- stwierdzono i wydano prawo wykonywania zawodu dla pielęgniarki, położnej - 94
- skreślono z rejestru pielęgniarek, położnych - 29
- wpisano do rejestru pielęgniarek położnych - 23
- zaprzestanie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej – 253
- wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu - 3

Do zadań Okręgowej Izby należy również wydawanie pielęgniarkom i położnym, decydującym się na podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje oraz przebieg pracy zawodowej.

Okręgowa Izba pielęgniarek i położnych w Krośnie w ramach swoich zadań zajmuje się również uznawaniem kwalifikacji zawodowych obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cudzoziemcom zamierzającym wykonywać zawód na obszarze RP. OIPiP w Krośnie wydała 16 takich zaświadczeń w przedstawanym okresie.

Jesteśmy zobowiązani również do prowadzenia Ośrodka Informacyjno- Edu-

kacyjnego, udzielającego informacji obywatelom Unii Europejskiej w zakresie regulacji prawnych dotyczących ochrony zdrowia oraz ubezpieczeń społecznych niezbędnych do wykonywania zawodu.

Okręgowa Rada sprawuje również ustawowy nadzór nad wykonywaniem indywidualnej i grupowej praktyki zawodowej. Prowadzi rejestr praktyk zawodowych, którego forma od roku 2012 została zmieniona na „elektroniczną”. Na bieżąco rozpatrywane są wnioski o nowe wpisy.

Na dzień 31 grudnia 2014 r. stan w rejestrze przedstawiał się następująco:

- indywidualne praktyki pielęgniarek – 136
- indywidualne praktyki położnych – 19

Z tego tytułu wynika obowiązek prowadzenia kontroli w/w. praktyk. Dlatego w ramach nadzoru nad indywidualnymi praktykami pielęgniarek/położnych, wskazani członkowie komisji ds. kontroli praktyk zawodowych przeprowadzili wymaganą kontrolę, wydano zalecenia pokontrolne z wyznaczonym terminem realizacji.

Ustawowym zadaniem ORPiP jest kierowanie pielęgniarek i położnych na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat. Zadania dotyczące przeszkolenia realizowane są w podmiotach leczniczych we współpracy z pielęgniarską kadrą kierowniczą tych zakładów. W roku 2014 przeszkolenia ukończyło 11 osób.

Przewodnicząca i członkowie Okręgowej Rady uczestniczyli w pracach komisji konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie/położnicze i inne kierownicze stanowiska w placówkach ochrony zdrowia.

Przewodnicząca i przedstawiciel ORPiP uczestniczyli w pracach komisji egza-

minacyjnej jako obserwatorzy w PWSZ w Krośnie na egzaminie dyplomowym. Corocznie ORPiP finansuje nagrody książkowe dla najlepszych absolwentów i symbole czepków na uroczystość symboliki zawodu dla studentów PWSZ w Krośnie i Sanoku.

Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniach Prezydium NRPiP, którego jest członkiem i w posiedzeniach Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz w pracach Komisji ds. kontraktowania świadczeń pielęgniarek i położnych. Brała udział w spotkaniu z Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ, Dyrektorem Wojewódzkiego Oddziału NFZ dla Województwa Podkarpackiego, parlamentarzystami, władzami samorządowymi.

Przewodniczące ORPiP w Krośnie, Przeworsku i Rzeszowie systematycznie uczestniczą w posiedzeniach Rady Podkarpackiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z przedstawicielami innych samorządów zawodowych jako obserwatorzy obrad.

Jednym z głównych zadań samorządu na polu legislacji jest wywieranie wpływu na kształt regulacji związanych z ochroną zdrowia publicznego, rozwojem kadr medycznych, prestiżem zawodu pielęgniarki i położnej. Realizując te zadania na bieżąco przygotowujemy opinie do tworzących się aktów prawnych.

W okresie sprawozdawczym decyzją Okręgowej Rady zorganizowano:

1. W dniu 5 marca 2014 r. w siedzibie OIPIP w Krośnie szkolenie na temat „Sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami. W szkoleniu uczestniczyło 52 osoby.

2. W dniu 12 marca 2014 r. w siedzibie OIPIP szkolenie na temat „Diagnozowanie i profilaktyka zachowań samobójczych w pracy z pacjentem oraz odpowiedzialność zawodowa w pracy pielęgniarki. Liczba uczestników 79 osób.

3. W dniu 10 kwietnia 2014 r. w Sali Art Kino przy ul Bieszczadzkiej w Krośnie szkolenie z zakresu „Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe dla członków zespołów żywieniowych w szpitalach. Szkoleniu przewodniczył doc. dr hab. Stanisław Kłęk, Prezes Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego Do-

jelitowego i Metabolizmu. W szkoleniu uczestniczyło 322 osoby.

4. W dniu 11 czerwca 2014 r. wzorem lat ubiegłych w sali Regionalnego Centrum Kultur Pogranicza, ORPiP przy współudziale z ORZOZ zorganizowali konferencję z zakresu odpowiedzialności zawodowej na temat „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej” Patronatem honorowym objęła konferencję Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk i NRPiP. Do udziału w konferencji zgłosiło się 459 osób.

5. W dniu 27 października 2014 r. zorganizowano konferencję szkoleniową na temat „Nietrzymanie moczu jako problem zdrowia społecznego” w sali Regionalnego Centrum Kultur Pogranicza. Konferencja została zorganizowana przy współudziale Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Patronat honorowy nad konferencją sprawowali: Wojewoda Podkarpacki, Wiceprzewodniczący Sejmiku Województwa Podkarpackiego i Konsultant Wojewódzki ds. Urologii dla Województwa Podkarpackiego. Do udziału w konferencji zgłosiło się 456 osób.

6. W dniu 7 listopada 2014 r. zorganizowano II Epidemiologiczną Konferencję „Choroby zakaźne nadal groźne – szczepienia ochronne” Miejsce konferencji to Dom Weselny Gąsiorów „Dwa Serca” - Krosno. Do udziału w konferencji zgłosiło się 203 osoby.

7. Konferencja szkoleniowa „Pielęgniarka rodzinna profesjonalnym wsparciem dla pacjentów i ich opiekunów. Damy radę z pielęgniarką rodzinną”, odbyła się ona w siedzibie OIPIP Krosno, 18 listopada 2014. Liczba uczestników 90.

8. Szkolenie „Zdarzenia niepożądane w pracy pielęgniarki i położnej. Szukanie winnych czy rozwiązań” skierowane było przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do członków ORPiP w dniu 16 grudnia 2014 r. W szkoleniu uczestniczyły 22 osoby.

Ponadto ORPiP przyznała dofinansowanie do konferencji szkoleniowych:

1. W dniu 7 marca 2014 r. Podkarpacki Oddział Krajowego Związku Pracodawców NZOZ Porozumienie Śląskie przy współpracy z OIPIP w Krośnie, Przeworsku i Rzeszowie zorganizował Ogólnopolską konferencję opieki długotermino-

we „Wyzwania współczesnej opieki nad osobami niesamodzielnymi” Patronat honorowy nad konferencją objęli: Prezes i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Wojewoda Podkarpacki Marszałek Województwa Podkarpackiego, Rektor Uniwersytetu Rzeszowskiego. Obrady odbyły się w Sali audytoryjnej Urzędu Marszałkowskiego w Rzeszowie. W konferencji uczestniczyło 210 osób.

2. W dniu 21 marca 2014 r. odbyła się konferencja szkoleniowa wraz z warsztatami dla pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii i pielęgniarek epidemiologicznych na temat „Zapobiegania zakażeniom szpitalnym w OIT”. Temat konferencji „Strategia zapobiegania lekoodporności w OIT: rekomendacje do profilaktyki zakażeń szpitalnych w OIT”. Konferencji patronowała Przewodnicząca Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz. Konferencji przewodniczyła Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa mgr Ewa Zawilińska przy współpracy z Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dr n o zdrowiu Barbarą Stawarz i Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

3. Dla pielęgniarek i położnych w Brzozowie z okazji Dnia Pielęgniarki i Położnej.

Zgodnie ze sprawozdaniem Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego w w/w okresie sprawozdawczym Komisja ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego przyznała następujące refundacje:

1. Studia magisterskie - 6 osób - 1.800,00 zł
2. Studia podyplomowe - 3 osoby - 1.500,00 zł
3. Specjalizacje- 38 osób - 45.600,00 zł
4. Kursy kwalifikacyjne - 50 osób - 35.000,00 zł
5. Kursy specjalistyczne - 82 osoby - 20.356,00 zł
6. Kursy doszkolające - 2 osoby - 800,00 zł
7. Konferencje, sympozja - 1 osoba - 300,00 zł

Łącznie Komisja przyznała dofinansowanie dla 182 osób na kwotę 105.356,00 zł (słownie: sto pięć tysięcy trzysta pięćdziesiąt sześć złotych).

Zatem w roku 2014 na dofinansowanie szkoleń, konferencji i prenumeraty czasopism o tematyce medycznej wydano łącznie kwotę 190.305,61 zł (słownie: sto dziewięćdziesiąt tysięcy trzysta pięć złotych i 61/100 zł).

Łącznie w konferencjach i innych w formach szkoleń organizowanych przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie uczestniczyło 1683 osoby.

Prowadząc działalność szkoleniowo – informacyjną Okręgowa Rada wydaje Biuletyn Informacyjny „Forum Zawodowe” co drugi miesiąc w nakładzie 500 – 600 sztuk. Biuletyn ten dociera do koleżanek przez pełnomocników lub drogą pocztową – bezpłatnie.

Realizuje prenumeraty czasopism medycznych, które przekazuje do środowiska zawodowego lub do biblioteki, w tym:

- Magazyn Pielęgniarki i Położnej, które przekazuje do środowiska zawodowego.

- Pielęgniarstwo XXI wieku  
- Kwartalnik „Położna – Nauka i Praktyka”

- Kwartalnik „Na Temat”, „ Wspólne tematy”,

- Dwumiesięcznik „Terapia uzależnienia i współuzależnienia” „Służba Zdrowia”.

Prowadzimy również stronę internetową. W okresie sprawozdawczym według sprawozdania Komisji finansowo – socjalnej, przyznano łącznie pomoc finansową dla 140 osób. Komisja finansowo – socjalna raz w miesiącu zgodnie z obowiązującym regulaminem przyznaje bezzwrotne zapomogi dla członków samorządu. ORPiP lub PORPiP poprzez pojęcie uchwały zatwierdza przyznane zapomogi. Łącznie w roku 2014 Komisja finansowo – socjalna przyznała zapomogi na kwotę 66.900,00 zł.

Wszystkie wnioski, które wpłynęły do Komisji finansowo – socjalnej i Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego jeśli spełniały wymagania regula-

minowe zostały rozpatrzone pozytywnie.

W dniu 16 grudnia 2015 r. na posiedzeniu ORPiP zatwierdziła zmiany w regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla członków samorządu OIPiP w Krośnie, w którym został skrócony, wymagany okres opłacania składek członkowskich przed rozpoczęciem danej formy kształcenia podyplomowego. Nowy regulamin został wdrożony z dniem 1 stycznia 2015 r.

Podsumowując informuję wszystkich delegatów, że założenia planu finansowego, podjęte stanowiska i wnioski uchwalone na XXVIII Okręgowym Zejeździe w dniu 12 marca 2014 r. zostały w całości zrealizowane.

*Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

## Sprawozdanie z realizacji uchwał Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za okres od 1 stycznia 2014r. do 31 grudnia 2014r.

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie odbyła 4 posiedzenia tj. w dniu 11 lutego, 17 czerwca, 10 września i 16 grudnia 2014 r.

W w/w okresie Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła 98 uchwał, które zostały zrealizowane.

Podjęto następujące uchwały:

Lp.	Uchwała w sprawie	Łącznie
1.	Stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej oraz wpisu do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie	34
2.	Wykreślenia pielęgniarki, pielęgniarsza z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie	11
3.	Wpisu pielęgniarki, położnej do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie	13
4.	Wydania nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki w związku z jego utratą	2
5.	Skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki, położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	8
6.	Wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat i pozytywnie złożonym egzaminie	2
7.	Przyjęcia programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	1
8.	Przyjęcia planu przeprowadzania wizytacji pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	1
9.	Wykreślenia indywidualnej praktyki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	1



10.	Przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych	4
11.	Wprowadzenia zmian w Regulaminie refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków OIPIP w Krośnie i refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych	5
12.	Pokrycia kosztów konferencji pt. „Kim jest pielęgniarka we współczesnej opiece zdrowotnej”, pokrycia kosztów konferencji Epidemiologicznej, dofinansowania konferencji szkoleniowej dla położnych, pokrycia kosztów uczestnictwa w XIV Ogólnopolskim Zjeździe Szkół Rodzenia	4
13.	Przyjęcia planów pracy Komisji i Zespołów problemowych na rok 2014, zatwierdzenia Planu pracy ORPiP oraz PORPiP w Krośnie na rok 2015, uchwalenia projektu prowizorium budżetowego OIPIP w Krośnie na i kwartał 2015 r.	3
14.	Wydania opinii dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych	3
15.	Pokrycia kosztów wymiany okien w siedzibie OIPIP	1
16.	Przyznania rekompensaty pieniężnej za pracę w Organach OIPIP w Krośnie	1
17.	Zatrudnienia pracownika w OIPIP w Krośnie i przedłużenia zatrudnienia w OIPIP w Krośnie	2
18.	Podwyżki płacy dla radcy prawnego	1
19.	Dofinansowania Domu Seniora Pielęgniarki w Tylmanowej	1
	<b>Razem:</b>	98

*Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie Renata Michalska*

# Sprawozdanie z realizacji uchwał Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.

W okresie sprawozdawczym Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie odbyło 7 posiedzeń tj. w dniu 14 stycznia, 12 marca, 15 kwietnia, 8 maja, 10 lipca, 14 października, 27 listopada.

W w/w okresie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęło 126 uchwał, które zostały zrealizowane.

Podjęto następujące uchwały:

Lp.	Uchwała w sprawie	Łącznie
1.	Stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza i położnej oraz wpisu do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie	60
2.	Wykreślenia pielęgniarki, położnej z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie	19
3.	Wpisu pielęgniarki, położnej do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie	10
4.	Skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	7
5.	Wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat i pozytywnie złożonym egzaminie	7
6.	Powołania Zespołu ds. oceny minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych	1
7.	Wykreślenia indywidualnej praktyki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	1
8.	Przyznania bezzwrotnych zapomóg dla pielęgniarek i położnych	7
9.	Refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych	6
10.	Rozstrzygnięcia konkursu „Najpiękniejsze zdjęcie z wakacji 2013 r.”, dofinansowania II Międzynarodowej Konferencji Naukowo – Szkoleniowej w Sanoku, dofinansowania remontu budynku przeznaczonego na Dom Seniora Pielęgniarki	1
11.	Zatrudnienia osoby do sprzątania pomieszczeń biurowych OIPIP w Krośnie	1
12.	Zakupu oprogramowania do obsługi finansowo-księgowej	1
13.	Dofinansowania szkolenia na temat zasad żywienia dojelitowego i pozajelitowego dla zespołów żywieniowych, dofinansowania Konferencji Naukowo-Szkoleniowej dla pielęgniarek w Brzozowie, dofinansowania VII Międzynarodowej Konferencji Naukowej w Sanoku, dofinansowania Konferencji z okazji obchodów Światowego Dnia FAS, dofinansowania Konferencji pt. „Nietrzymanie moczu jako problem zdrowia społecznego”	5
	<b>Razem:</b>	126

*Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie Renata Michalska*



# Sprawozdanie z wykonania budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

obejmujące okres 1.01.2014 r. - 31.12.2014 r.

OIPiP w Krośnie jest jednostką organizacyjną samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych posiadającą osobowość prawną, działającą na mocy ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.).

Zasadniczym zadaniem OIPiP jest pieczęć i nadzór nad wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej, ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej, stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu, współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, prowadzenie rejestrów na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej z późn. zmianami, oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z późn. zmianami, uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych oraz opiniowanie i wnioskowanie o sprawach kształcenia zawodowego.

Podstawą gospodarki finansowej OIPiP jest roczny plan finansowy, którego wykonanie za 2014 r. przedstawiono w tabeli „Wykonanie planu finansowego OIPiP w Krośnie za 2014 r.”

**Bilans otwarcia na dzień 1 stycznia 2014 r. wyniósł 60 000,00 zł, wykonanie na dzień 31 grudnia 2014 r. w kwocie 256 560,75 zł.**

**I. Przychody, na które składają się dotacje, dochód ze składek i inne wpływy:**

- opłaty za wpis do rejestru organizatorów kształcenia

- opłaty za wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

- opłaty za wynajem lokalu dla OKP-PiP Spółka z o.o. w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa w Krośnie

- opłaty za wynajem sali konferencyjnej na szkolenia realizowane przez OKP-PiP w ramach projektów (wynajem na podstawie uczestnictwa w przetargu)

- odsetki bankowe

- czynsz za wynajem lokalu na prowadzenie działalności gospodarczej (wyrób pieczęć)

- dywidenda przekazana przez OKP-PiP  
Realizacja przychodów w stosunku do założonego planu wynosi 118,67 %.

**II. Wydatki na działalność statutową Izby** zostały wykonane w 92,84 %.

Należy nadmienić, że Izba nie otrzymuje środków z budżetu państwa na prowadzenie rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i pokrywa je ze środków własnych. OIPiP ze środków własnych kontrolowała działalność indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych.

**III. Pozostałe wydatki na działalność statutową OIPiP** zostały wykonane w 92,28 %, w tym Fundusz zapomogowy zrealizowany w 112 % zakładanego planu a dofinansowanie szkoleń 87%. Wynika to z ustaleń podjętych przez poprzedni Zjazd OIPiP w Krośnie,

który Uchwałą wprowadził możliwość przesunięcia kwot zatwierdzonego planu finansowego w pozycjach: Kształcenie i doskonalenia zawodowe - refundacja kosztów, Fundusz zapomogowy.

**IV. Dotacja** - zadania przejęte od administracji państwowej zostały wykonane na poziomie 114 % planu. Przekroczenie wynika głównie z poniesionych wydatków na prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych.

OIPiP/ORPiP w Krośnie w okresie sprawozdawczym:

- zachowała płynność finansową,

- rozpatrzyła pozytywnie wszystkie wnioski o dofinansowanie szkoleń, czy też zapomogi finansowe, złożone przez pielęgniarki i położne, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulaminami,

- wyposażyła Izbę w niezbędny sprzęt (szafę i nadbudowy na szaf w pomieszczeniu okręgowego rejestru, biurko do działu księgowości, komputer do prowadzenia księgowości, oprogramowanie do prowadzenia rozliczeń podatku PIT, szafkę do kasy, centralę telefoniczną z telefaxem) oraz dokonała wymiany okien w sali wykładowej nr 212 i na holu,

- założyła lokatę finansową,

- powiększyła zaplanowaną rezerwę w budżecie na dzień 31 grudnia 2014 r. o kwotę 387 735,00 zł.

*Skarbnik ORPiP w Krośnie*

*Danuta Oberc*

## Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r.

Na podstawie art. 33 ust. 2 z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038).

PRZEWODNICZĄCA

**Stanisława Stoparczyk**

WICEPRZEWODNICZĄCA

**Anna Kędzior**

WICEPRZEWODNICZĄCA

**Jolanta Rzeszutek**

SEKRETARZ **Jolanta Walczak**

CZŁONEK **Michalina Kasprzyk**

CZŁONEK **Grażyna Miksiewicz**

przedstawia XXIX Okręgowemu Zjazdowi sprawozdanie następującej treści:

W danym okresie sprawozdawczym odbyło się pięć posiedzeń Okręgowej Ko-

misji Rewizyjnej w następujących terminach:

4 lutego 2014 r., 13 maja 2014 r., 25 czerwiec 2014 r., 17 wrzesień 2014 r., i 26 listopada 2014 r.

Na wszystkich posiedzeniach było wymagane kworum.

Tematami kontroli było:

- ustalenie planu pracy i harmonogramu pracy Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
- ocena pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

- niezapowiedziane kontrole kasy
- ocena zgodności wydatków z ustalonym budżetem
- kontrola ściągłości składek.

Podczas przeprowadzonych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji obrotów gotówki. Wydatki przebiegały zgodnie z zaplanowanym budżetem.

Praca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych nie budzi zastrzeżeń. Podjęte uchwały zostały zrealizowane. Pra-

ca pracowników Biura nie budzi zastrzeżeń.

W miesiącu lutym 2014 r. Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej złożyła sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Krośnie do Naczelnej Komisji Rewizyjnej w Warszawie.

*Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej  
Stanisława Stoparczyk*

## Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w składzie:

PRZEWODNICZĄCA:

- **Halina Paślawska,**

CZŁONKOWIE:

- **Teresa Borek,**

- **Ewa Grysztar,**

- **Jadwiga Orłowska,**

- **Ewa Poniatowska,**

- **Dorota Pająk,**

został powołany uchwałą XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 20 października 2011 r.

Do zadań Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych należy wykonywanie czynności związanych z postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych na podstawie:

- ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038)

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 1993 r. w przedmio-

cie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 9 poz. 45 z późn. zm.)

W okresie sprawozdawczym odbyło się trzy spotkania szkoleniowe przewodniczącej i członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Tematem szkolenia było:

- postępowanie przed Okręgowym Sądem Pielęgniarek i Położnych i i II instancji i procedury odwoławcze,
- odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych,
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej,
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych,
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
- Regulamin Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
- Ustawa z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

W przedstawionym okresie sprawozdawczym do Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych nie wpłynęła żadna sprawa z zakresu etyki zawodowej i przepisów prawa obowiązujących w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Biuro Okręgowego Sądu zapewniające obsługę kancelaryjną czynne jest codziennie w siedzibie Okręgowej Izby w godz. od 10.00 – 14.00.

Przewodnicząca i członkowie Okręgowego Sądu prowadzili działania prewencyjne, udzielając wyjaśnień osobom zainteresowanym z zakresu interpretacji przepisów prawnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej.

Przewodnicząca Okręgowego Sądu brała udział z głosem doradczym w posiedzeniach Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady.

*Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych  
Halina Paślawska*

## Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie

za okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.

Na podstawie art. 35 ust 1 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) zadaniem Okrę-

gowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej jest przedstawienie okręgowemu zjazdowi rocznego sprawozdania ze swojej działalności.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie na VI kadencję został powołany na podstawie uchwały XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgni-

rek i Położnych z dnia 20 października 2011 r. i działa w następującym składzie:

1. Urszula Górnik - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

2. Małgorzata Sawicka - Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

3. Marta Bryś - Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

W okresie sprawozdawczym odbyły się 4 szkolenia prewencyjne Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej tj:

1. w dniu 11 czerwca 2014 r. w Krośnie na temat „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej”. Była to konferencja szkoleniowa

zorganizowana przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przy współudziale Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Do udziału w konferencji zgłosiło się 459 osób.

2. w dniu 6 listopada 2014 r. w Lesku i Brzozowie na temat „Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej”

3. w dniu 16 grudnia 2014 r. w Krośnie na temat „Zdarzeń niepożądanych w pracy pielęgniarki i położnej”

W okresie sprawozdawczym ORZOZ wszczął 1 postępowanie sprawdzające i prowadził również 1 postępowanie wyjaśniające.

Ponadto Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczył

w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z głosem doradczym i udzielał osobom zainteresowanym porad z zakresu odpowiedzialności zawodowej i przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie czynne jest codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30 – 15.30.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie  
Urszula Górnik*

Warszawa, 21 stycznia 2015 r.

## List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych wystosowały list otwarty do Premier RP Ewy Kopacz, w którym przedstawiły żądania obu grup zawodowych wobec Rządu. Poniżej treść listu.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - reprezentujący grupę zawodową pielęgniarek i położnych - dostrzegają zagrożenia dla społeczeństwa polskiego, które wynikają z braku:

- reakcji Rządu RP na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych,

- dialogu Rządu RP ze środowiskiem pielęgniarek i położnych na temat sposobów uniknięcia skutków nadciągającej katastrofy, która będzie wynikiem drastycznego ograniczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki położne,

- strategii Rządu RP dotyczącej zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze.

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ostrzegają, iż dalsze bagatelizowanie problemu grozi załamaniem się systemu opieki zdrowotnej.**

### **ŻĄDAMY:**

1. Określenia docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców.

2. Zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.

3. Wdrożenia polityki zatrudniania pielęgniarek i położnych zgodnie z przygotowaniem zawodowym; zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

4. Wdrożenia mechanizmów gwarantujących wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:

- zgodnie z przygotowaniem zawodowym;

- zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym;

- zgodnie z zakresem zadań realizowanych w praktyce zawodowej oraz zgodnie z zakresem odpowiedzialności jaką ponoszą.

5. Zabezpieczenia możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.

6. Uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach, które są przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich

ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

7. Przeprowadzenia analizy zapotrzebowania na liczbę pielęgniarek i położnych w określonych specjalnościach, które wynikają z wymagań kwalifikacyjnych określonych przepisami prawa w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowywania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.

8. Ustalenia liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.

9. Pełnej informacji na temat działań Rządu RP prowadzących do niwelowania skutków braku pielęgniarek i położnych i jego negatywnego wpływu na zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych uznają, iż powaga sytuacji wymaga natychmiastowych działań.**

*Przewodnicząca ZKOZZPiP*

*Lucyna Dargiewicz*

*Prezes NRPiP*

*dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczym*

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

**Szanowni Państwo,**

W załączeniu przesyłam harmonogram działań NIPiP oraz OZZPiP do porozumienia w sprawie ustalenia zasad współpracy pomiędzy Ogólnopolskim

Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, a Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych zawarte w dniu 21 stycznia 2015 r., który stanowi integralną część ww. porozumienia. Powyższych

harmonogramów nie należy upubliczniać.

*Z poważaniem*

*Prezes*

*Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 - HARMONOGRAM DZIAŁAŃ NIPiP**

LP	Działanie	Termin realizacji
1.	Podpisanie Porozumień o współpracy Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych ze związkiem zawodowym pielęgniarek i położnych w sprawie działań na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych	15 grudnia 2014 r.
2.	Przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjnej na temat oceny zabezpieczenia społeczeństwa województw w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji pracowniczej pielęgniarek i położnych	15 lutego 2015 r.
3.	Organizacja kampanii informacyjnej o wynikach przeprowadzonej oceny z udziałem podmiotów mających wpływ na organizację systemu ochrony zdrowia na obszarze województwa, organizacji pacjenckich	5-12 maja 2015 r.
4.	Rozpropagowanie informacji na temat konferencji w celu zapewnienia wzięcia w nich udziału możliwie największej ilości osób, ze szczególnym uwzględnieniem osób mających wpływ na kształtowanie systemu ochrony zdrowia	15 lutego – 30 kwietnia 2015 r.
5.	Rozpropagowanie wyników konferencji oraz materiałów na ich potrzeby wytworzonych w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi największej liczbie osób	12-14 maja 2015 r.
6.	Podejmowanie działań inicjujących postępowania sądowe w sprawach stosowania nierównego traktowania albo mobbingu pielęgniarek lub położnych	Na bieżąco
7.	Informowanie organów nadzorczych oraz kontrolnych o stwierdzonych nieprawidłowościach w poszczególnych podmiotach leczniczych na obszarze działania OIPIP	Na bieżąco
8.	Zawiadamianie organów ścigania o stwierdzonych nieprawidłowościach w poszczególnych podmiotach leczniczych na obszarze działania OIPIP w przypadkach, w których nieprawidłowości te wskazywać będą na istnienie uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa	W razie potrzeby, w przypadku zaistnienia potrzeby
9.	Podejmowanie wszelkich innych działań mających na celu integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych, obronę ich godności zawodowej oraz reprezentowanie i ochronę	Praca ciągła
10.	Opracowanie sprawozdań z wykonania niniejszego porozumienia, które zostaną wykorzystane do przygotowania debaty w Sejmie nt. Sytuacji zawodowej Pielęgniarek i Położnych Przed posiedzeniem NRPiP	w czerwcu 2015 r.

**ZAŁĄCZNIK NR 2 - HARMONOGRAM DZIAŁAŃ OZZPiP**

LP	Działanie	Termin realizacji
1.	Kampania informacyjna na temat oceny zabezpieczenia społeczeństwa w Polsce w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji pracowniczej pielęgniarek i położnych	od dnia zawarcia porozumienia.
2.	Przeprowadzenie ogólnopolskiego protestu w Warszawie	w dniu 22 kwietnia 2015 r.
3.	Przekazanie informacji do zakładowych i międzyzakładowych organizacji związkowych o wejściu i procedurze prowadzenia indywidualnych sporów zbiorowych w trybie ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych	do dnia 07 lutego 2015 r.
4.	Wejście zakładowych i międzyzakładowych organizacji związkowych w indywidualne spory zbiorowe	do dnia 28 lutego 2015 r.
5.	Prowadzenie I etapu sporu zbiorowego tj. rokowań i zakończenie tego etapu — w przypadku braku zawarcia porozumienia - protokołem rozbieżności z rokowań	do dnia 30 kwietnia 2015 r.
6.	Prowadzenie różnych form akcji protestacyjnych	od dnia 01 maja 2015 r.
7.	Prowadzenie II etapu sporu zbiorowego tj. mediacji i zakończenie tego etapu - w przypadku braku zawarcia porozumienia - protokołem rozbieżności z mediacji	do dnia 15 sierpnia 2015 r.
8.	Ewentualne przeprowadzenie strajków ostrzegawczych w przypadku gdy nie będzie można osiągnąć założonych celów w trakcie trwania mediacji	w dniu 12 maja 2015 r.
9.	Prowadzenie przygotowań do strajków (referenda przed strajkowe)	do dnia 01 września 2015 r.
10.	Rozpoczęcie indywidualnych akcji strajkowych	od dnia 10 września 2015 r.



NIPiP-NRPiP-DM.0025.18.2015

Warszawa, 20 stycznia 2015 r.

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

#### **Szanowni Państwo,**

W załączeniu przesyłam kserokopię pisma dr n. o zdr. Beaty Cholewki Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych z Ministerstwa Zdrowia, która przekazuje pismo skierowane do wojewodów w sprawie uwzględnienia wymogu, przy

nabywaniu przez podmioty lecznicze składników majątku, spełnienia krajowych ram interoperacyjności, w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej, w ramach Systemu Informacji Medycznej wprowadzenie w przyszłości

dokumentacji pielęgniarskiej w postaci elektronicznej, wykorzystującej standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

*Z poważaniem  
Prezes NRPiP*

*(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek i Położnych  
PP-WPS-0760.2.2015

Warszawa, 15-01-2015 r.

### **Pani Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

#### **Szanowna Pani Prezes,**

W związku z uczestnictwem w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 13 stycznia 2015 r., w załączeniu przesyłam kserokopię pisma skierowanego do Wojewodów w sprawie uwzględnienia wymogu, przy naby-

waniu przez podmioty lecznicze składników majątku, spełnienia krajowych ram interoperacyjności, w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej, w ramach Systemu Informacji Medycznej wprowadzenie w przyszłości doku-

mentacji pielęgniarskiej w postaci elektronicznej, wykorzystującej standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

*Z poważaniem  
Dr n. o zdr.  
Beata Cholewka*

Minister Zdrowia  
MZ-PP-WPS-075-3/WK/14

Warszawa, 10-10-2014 r.

### **Panie/Panowie Wojewodowie wg rozdzielnika**

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 117, poz. 657, z późn. zm.) zwracam się do Państwa Wojewodów z uprzejmą prośbą o skierowanie, na podstawie art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 j.t, z późn. zm.), do kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w podległym Państwu województwie, prośby o uwzględnienie przy zakupie oprogramowania wymogu spełnienia krajowych ram interoperacyjności przez nabywane składniki majątku, w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych

(Dz. U. z 2012. poz. 526), w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej, w ramach Systemu Informacji Medycznej (SJM) wprowadzenie w przyszłości dokumentacji pielęgniarskiej w postaci elektronicznej, wykorzystującej standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

Wdrażane i użytkowane, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą programy informatyczne powinny również spełniać wymogi określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014 r. poz. 177 j.t, z późn. zm.) wydanego na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245).

W przepisach rozporządzenia zostały określone m.in. sposoby prowadzenia dokumentacji, w tym wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zawierającej w szczególności kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, obejmującą informacje dotyczące stanu zdrowia i przebiegu choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, a także opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W tej sprawie, pismem z dnia 17 września 2014 r. Przewodnicząca Rady do spraw e-Zdrowie w Pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), powołanej w celu przygotowania minimalnego zbioru danych o pielęgniarstwie (NMDS) dla potrzeb polityki zdrowotnej w Polsce, poinformowała Ministerstwo Zdrowia o podjętych i zrealizowanych,

przez ww. Radę oraz współpracujące z nią zespoły, czynnościach zmierzających do zastosowania w dokumentowaniu pracy pielęgniarek i położnych ICNP.

W ramach prac Rada ds. e-Zdrowia wydała m.in. rekomendację, w której przedstawia elementy, określonej przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia karty indywidualnej opieki w postaci: karty wywiadu, karty oceny, listy diagnoz, interwencji i wyników oraz raportu i karty wypisu do opieki środowiskowej. Ponadto, rekomendacja wskazuje, na potrzebę zastosowania słownika ICNP w procesie prawidłowego pielęgnowania.

Należy zauważyć szczególną przydatność wprowadzenia ICNP przy dokumentowaniu opieki pielęgniarskiej w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Uwzględniając powyższe uprzejmie proszę o wsparcie procesu wdrażania dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej w systemie elektronicznym wg standardów ICNP.

#### Otrzymują:

- Pan Tomasz Smolarz - Wojewoda Dolnośląski
- Pani Ewa Mes - Wojewoda Kujawsko-Pomorski
- Pan Wojciech Wilk - Wojewoda Lubelski
- Pan Jerzy Ostroch - Wojewoda Lubuski
- Pani Jolanta Chełmińska - Wojewoda Łódzki
- Pan Jerzy Miller - Wojewoda Małopolski

- Pan Jacek Kozłowski - Wojewoda Mazowiecki
- Pan Ryszard Wilczyński - Wojewoda Opolski
- Pani Małgorzata Chomycz-Śmigiel-ska - Wojewoda Podkarpacki
- Pan Maciej Żywno - Wojewoda Podlaski
- Pan Ryszard Stachurski - Wojewoda Pomorski
- Pan Piotr Litwa - Wojewoda Śląski
- Pani Bożentyna Pałka-Koruba - Wojewoda Świętokrzyski
- Pan Marian Podziewski - Wojewoda Warmińsko-Mazurski
- Pan Piotr Florek - Wojewoda Wielkopolski
- Pan Marek Tałasiewicz - Wojewoda Zachodniopomorski

NIPiP-NRPiP-DM.0025.82.2015

Warszawa, dnia 16 marca 2015r.

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

#### Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, iż na stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej w zakładce *Finansowanie edukacji – subwencje – ogólna dla JST* umieszczono z dnia 24 lutego 2015 roku kryteria podziału 0,4% rezerwy części oświatowej subwencji ogólnej na rok 2015.

W załączniku nr 1e znajduje się – **wniosek o zwiększenie części oświatowej subwencji ogólnej z tytułu wy-**

**posażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w tych szkołach, placówkach, które mają zagwarantowane godziny płatne przez NFZ dla pielęgniarek bądź lekarzy.**

Dokument ten daje podstawy do ubiegania się o dofinansowanie do wyposażenia **gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.** W związku z powyższym, informację

ta powinny otrzymać także pielęgniarki szkolne. Należy rozważyć potrzeby w tym zakresie mając na uwadze obowiązek prowadzenia w przyszłości dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Z poważaniem  
Wiceprezes NRPiP  
(-) Teresa Kuziara

## UNIwersytet Medyczny w Łodzi

Informacja nr 9/2015 z działalności Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

#### Szanowni Państwo!

Uprzejmie informujemy, że przedstawiciele Centrum uczestniczyli w dniu 21 stycznia w XVII posiedzeniu Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

Spotkanie dotyczyło m.in. nawiązania współpracy w zakresie tworzenia standaryzacji dokumentacji pielęgniarskiej dla potrzeb Platformy P1 oraz walidacji tłumaczenia Klasyfikacji ICNP wersja 2013.

W posiedzeniu wzięło udział 10 osób, w tym z-ca Dyrektora CSIOZ ds. Informatycznych P. Andrzej Wąciór, 6 przedstawicieli Rady oraz 3 przedstawiciele Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Medycznego (STORM).

W wyniku spotkania ustalono, że STORM podejmie współpracę z członkami Rady w zakresie wypracowania ujednoliconej architektury dokumentacji medycznej dla pielęgniarek oraz standaryzacji dokumentów, które będą podsta-

wą do gromadzenia, analizy i wymiany danych w „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)”.

#### Informacje z działalności ACBiR ICNP ®

Głównym celem Projektu jest „umożliwienie organom publicznym w tym administracji państwowej, samorządowej, przedsiębiorcom i obywatelom

gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych”. Zgodnie z założeniami projektu platforma P1 jest narzędziem implementacji szeregu spośród systemów i rejestrów zdefiniowanych w Ustawie. Obejmuje to następujące systemy zdefiniowane w Ustawie: System Informacji Medycznej (SIM),

- System Statystyki w Ochronie Zdrowia (SSOZ), System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (SEZOZ),
- Portal Edukacyjno-Informacyjny.

Jak również następujące rejestry medyczne zdefiniowane w Ustawie:

- Centralny Wykaz Usługobiorców (CWU<sub>b</sub>), Centralny Wykaz Usługodawców (CWU<sub>d</sub>), Centralny Wykaz Pracowników Medycznych (CWPM).

Ponadto platforma P1 będzie uniwersalnym mechanizmem umożliwiającym implementację rejestrów, o których mowa w art. 19 Ustawy (zwanymi dalej rejestrami przedmiotowymi).

Rada poddała również walidacji 122 terminy, z terminem kluczowym „Care”.

Ustalając polskie odpowiedniki dla terminów „Care Giver” i „Careprovider”. Kolejne spotkanie Rady 18 lutego 2015 r. i 6 marca 2015 r.

UNIwersytet Medyczny w Łodzi  
Katedra Nauczania Pielęgniarstwa,  
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydziału Nauk o Zdrowiu  
ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58  
90-136 Łódź  
Tel. 42 678 87 53, fax. 42 678 03 67  
email: dorota.kilanska@umed.lodz.pl

**Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych,  
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych**  
Grzegorz Cessak

Warszawa 2015-02-19

**Szanowna Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Naczelna Izb Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowna Pani Prezes,**

W ramach prowadzonej kampanii Lek bezpieczny, Urząd Rejestracji przygotował komunikat przypominający o obowiązku (lekarze, farmaceuci, pielęgniarki, położne, technicy farmaceutycy) lub możliwości (pacjenci i ich opiekunowie, ratownicy medyczni i diagnosty laboratoryjni) zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych.

Mając na celu podniesienie świadomości pacjentów i grup zawodowych zobowiązanych do uczestnictwa w monitorowaniu niepożądanych działań leków Urząd Rejestracji przygotował również kolejny krótki film przypominający podstawowe informacje na ten temat.

Można go obejrzeć pod adresem:  
[www.urpl.gov.pl](http://www.urpl.gov.pl).

Chcąc upowszechnić te informacje zwracamy się do Państwa z prośbą o zamieszczenie na swoich stronach internetowych wiadomości o powstaniu filmu i podania linku, pod którym można go obejrzeć.

Z poważaniem  
Grzegorz Cessak

## Wykorzystaj muzykę dla zdrowia

**Profilaktyka muzyczna służy ludziom zdrowym, którzy odczuwają zmęczenie sprawami dnia codziennego. Stosując ją systematycznie możesz poprawić swoje samopoczucie i sprawność psychofizyczną, odreagować napięcia i stresy. Dzięki temu będzie Ci łatwiej pokonywać codzienne trudy, będziesz zdrowszy, w optymizmem spojrzysz w przyszłość.**

JAK TO ZROBIĆ?

Korzystaj z muzyki, którą proponuje radio, TV, itp. Możesz również nagrać kasetę z ulubionymi i preferowanymi przez siebie utworami, gdzie na:

str. a - znajdą się dynamiczne, marszowe przeboje,

str. B - będą utwory spokojne, relaksacyjne. Twój dzień może wypełnić muzyka i ruch!

RANO - leżąc w łóżku w ciszy lub przy spokojnej muzyce oddychaj wolno. Potem napij swoje mięśnie z jednoczesnym wdechem, a z wydechem rozluźnij całe ciało. Wykonaj:

- ćw. „Embrion” - usiądź na piętach, głowa na prześcieradle, ręce wzdłuż ciała. W tej pozycji oddychaj spokojnie, rozluźniając mięśnie kręgosłupa.
- ćw. „Kot” - w kłęk podpartym; zrób wydech jednocześnie zaokrąglając plecy i chowając głowę między ramionami; na wdechu wygnij kręgosłup w „siodło” i zadrzyj głowę do góry. Powtórz 3 razy. Wstań. Wykonaj kilka marszowych kroków, wymachów rękami, itp. Zakończ głębokimi oddechami
- ćw. „Człowiek - orkiestra” - na 1 - marsz i kłaśnięcie w ręce z przodu, na 2 - marsz i oklepanie bioder z boku, na

3 - marsz i kłaśnięcie w ręce z tyłu, na 4 - marsz i oklepanie bioder z boku.

W CZASIE PRACY FIZYCZNEJ - słuchaj muzyki dynamicznej (łatwych melodii), którą możesz odtwarzać głośniej;

PRZY PRACY UMYSŁOWEJ, NAUCE - zalecana jest muzyka ułatwiająca koncentrację i skupienie uwagi (spokojna, instrumentalna, poważna), odtwarzamy ją ciszej;

GDY BOLI KARK, PLECY, RAMIONA - do łagodnego utworu możesz wykonać następujące ćwiczenie:

- miękki ruch obręczą barkową - krążenia ramionami w przód, tył, naprzemiennie do przodu i tyłu /każdy ruch powtórz 6 razy/ oraz wolne krążenia głową w jedną i drugą stronę;

CZASIE POSIŁKÓW - wykorzystaj - lubiane i preferowane przez Ciebie i Twoich bliskich - utwory. Niech płyną w tle

muzyka sprzyja rozmowom i radosnej atmosferze wspólnego przebywania;

**SPOTKANIE TOWARZYSKIE** - to czas rozmów, zwierzeń, wspomnień. Cicha, spokojna muzyka podkreśli klimat spotkania, ułatwi integrację;

**GDY DZIECI SIE NUDZĄ** - możecie wspólnie zaśpiewać piosenkę (z Twojego lub dziecięcego repertuaru). Wykorzystując Niekonwencjonalne Źródła Dźwięku (proste instrumenty domowej roboty, klaskanie, oklepywanie, pstrykanie) uatrakcyjniacie popularne piosenki. Wspólne muzykowanie i przebywanie z sobą to sprawdzony sposób poprawiający wzajemne relacje;

**JADĄC SAMOCHODEM** - zwłaszcza nocą zalecane jest słuchanie różnorodnych, dynamicznych utworów muzyki popularnej. a może zainicjujesz wspólne, rodzinne śpiewanie?

**GDY W CIĄGU DNIA CZUJESZ ZMĘCZENIE** - przy spokojnej muzyce lub w ciszy wykonaj:

- **ćw. Cook'a** - usiądź wygodnie; załóż prawą nogę na lewą; odwiedź kciuki i wsuń ręce pod pachy (ręka prawa na lewej); język ułóż na podniebieniu w punkcie „n”, zamknij oczy. Skoncentruj uwagę na oddechu, starając się go wydłużyć. Pozostań w tej pozycji dowolną ilość czasu. Potem: ustaw stopy równolegle, z rąk zbuduj „piramidkę”, połóż ręce na udach. Daj sobie chwilę na powolny powrót do rzeczywistości i uporządkowanie myśli;
- **ćw. dla zmęczonych oczu** (od czytania, TV, komputera) - zamknij oczy, oddychaj swoim tempem. Nie otwierając oczu wykonaj gałkami ocznymi każdy z następujących ruchów po 6. razy: - rysuj kreskę pionową /góradół/, - rysuj kreskę od lewej do prawej /w poziomie/, - wykonaj krążenia oczami w jedną i drugą stronę. Powoli otwórz oczy;
- w 2 godz. po posiłku połóż się w wygodnej pozycji, wykonaj **ćw. izome-**

tryczne (napnij mięśnie ciała), wyrównaj oddech. Spokojnie oddychając możesz wyobrażać sobie ciepły dzień, odpoczynek na łonie natury... czujesz się bezpieczny... Zafundowałeś sobie **RELAKS**;

- teraz wstań powoli - możesz do muzyki w szybszym tempie wykonać rytmiczny marsz, wymachy rąk, a nawet podskoki. To **ćw.** łagodnie zaktywizuje Cię do dalszej pracy;

**KIEDY TRUDNO USNAĆ** - postaraj się wykonać leżąc w łóżku **ćw. izometryczne** (odreagowujące napięcia dnia). Skieruj uwagę na oddech. Możesz leżeć w pozycji Cook'a lub innej preferowanej przez siebie. Tęm do spokojnego oddechu może być bardzo łagodna muzyka lub cisza. Myśli przepływają a Ty skupiasz się na oddechu ... Zaspiszasz...

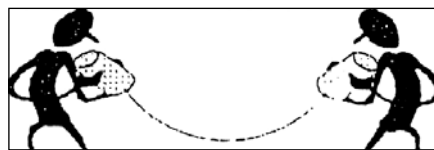
### **SPRÓBUJ, a ZOBACZYSZ, ŻE ODŻYJESZ!!!**

#### **MUZYKA + RUCH = ZDROWIE!**

W codziennym życiu otaczają nas różne dźwięki (np. ludzka mowa, dźwięki przemysłowe czy przyrody). Mogą nas koić, łączyć z drugą osobą, działać oczyszczająco, drażnić, odprężyć i aktywizować lub wyciszać.



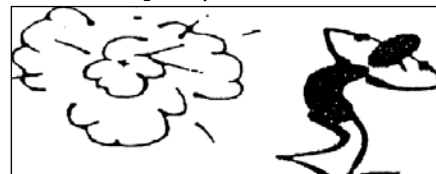
**uspokojenie** - przy rozpoznawalnej dla ucha muzyce, wolne tempo, ciche odtworzenie



**integracja** - przy cichej, akceptowanej muzyce możemy łatwiej porozumieć się ze sobą, lepiej poznawać się wzajemnie



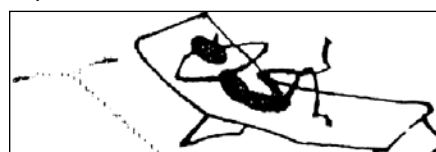
**oczyszczenie** - możemy przeżyć, gdy słuchamy jakiegoś koncertu, utworu muzyki poważnej lub innej; związane z nim silne emocje powodować mogą szczególne, osobiste przeżycia



**rozdrażnienie** - jeżeli słuchasz nieakceptowanego przez siebie rodzaju muzyki; czasem nawet lubiany utwór odtwarzany zbyt głośno może działać w taki sposób



**odprężenie** - po wykonaniu dynamicznych ruchów do popularnych przebojów



**aktywizacja** - osiągnięta poprzez wykonywanie wolniejszych lub szybszych ruchów do preferowanych przez odbiorcę utworów muzyki np. popularnej

**relaks** - odpoczynek (w różnych pozycjach) przy łagodnej, spokojnej muzyce, zawsze poprzedzony odreagowaniem napięć.

Opracowanie i wykonanie:  
Barbara Gurgoń

## **Jak poradzić sobie ze zmęczeniem w pracy**

### Charakterystyka pracy położnej

1. Zawód ten związany jest ze stałymi nieuchronnymi stresowymi sytuacjami.
2. Jest to stres złożony. Na bazie planowanego stałego napięcia pojawiają się

często bodźce równie uciążliwe związane ze zmienną amplitudą dynamiki porodu.

3. Część tych bodźców to na szczęście **EUSTRES** czyli stres pozytywny, który

utrzymuje naszą dobrą kondycję i sprawia zadowolenie. Ale jest też i **DYSTRES** potęgowany nieprzewidywalnymi zagrożeniami zdrowia matki i dziecka.



4. Położna jest pod presją różnych form odpowiedzialności zawodowej, prawnej, ambicjonalnej i ludzkiej.

5. Nasilenie stresu potęguje zmianowa, nocna praca, przerywane, szybko spożywane posiłki, sprostanie wymogom położonych, lekarzy, koleżanek, unowocześnianej aparatury i dokumentacji.

6. Skutkiem stresu jest stałe uczucie zmęczenia, niedospanie, konflikty w pracy i w domu, niksąca atrakcyjność.

7. Pojawiają się wczesne symptomy chorób: nadciśnienie tętnicze, duszność wysiłkowa, kołatanie serca, nadreaktywność, labilność emocjonalna, trudności w zasypianiu, relaksacji, nadwaga.

8. Stan ten komplikuje częste bagatelizowanie objawów, wypieranie, zła organizacja pracy i czasu wolnego, akceptacja nieprawidłowych nawyków.

9. Konsekwencją tych sytuacji może być zespół wypalenia zawodowego, nasilenie objawów chorobowych połączony z abnegacyjnym stwierdzeniem, że „taki to już zawód”.

#### SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Wskazania ogólne

- Pozytywne nastawienie i wiara w powodzenie złagodzenia stresu
- Przewidywanie sytuacji stresowych
- Świadome oczekiwanie - planowe przeciwdziałanie

d. Potwierdzenie przewidywań. Satisfakcja nawet z częściowego sukcesu. Korekta planowania

e. Doskonalenie strategii zachowań

Wczesna reakcja na bodziec stresowy

1. Ocena sytuacji. Czy nie ma zagrożenia życia, zdrowia podopiecznych, własnego?

2. Ustalenie bezpiecznej pozycji ciała.

3. Prawidłowy oddech/wdech nosem /3 sekundy/usta zamknięte, wydech /4 sekundy/ustami i nosem.

4. Symetryczne zaciśnięcie pięści, pośladek, wciągnięcie brzucha - po 1-3 sekund rozluźnienie napięcia ODDECH. Powtórzenie symetrycznych napięć /IZO/ 3 razy. Głęboki ODDECH

#### SZYBKA REDUKCJA ZMĘCZENIA W MIEJSCU PRACY

**Ciche ćwiczenia** /tempem ćwiczeń jest „odtworzana w myśli” muzyka relaksacyjna/

1. Najważniejszym ćwiczeniem jest 3-krotny spokojny, głęboki prawidłowy ODDECH

2. Korekta postawy ciała. Wraz z wdechem unosimy przodem ramiona w górę, maksymalnie rozciągamy i swobodnie wraz z wydechem opuszczamy, (ok. 10 sek.)

3. Modyfikacja ćw. 2. Jak najniżej pochylamy głowę z tułowiem i ramionami na wydechu i wraz z wdechem prostujemy kręgosłup i rozciągamy się. (ok. 12-15 sek.)

4. Na zakończenie ćwiczenia 2 i 3 możemy wykonać miękkie krążenia barkami do tyłu. ZAWSZE każde ćwiczenie kończymy powolnym oddechem. (ok. 20 sek.)

**Głośne ćwiczenia** (tempo własne bardzo szybkie, marszowe)

1. Szybkie naprzemienne oklepywanie ud (z góry i po bokach), łydek (tylko po bokach). Równocześnie wskazane są bezdźwięczne ruchy języka i stukanie stopami w podłogę. (ok. 20 sek.)

2. Doping: 2 kłasnnięcia w dłonie, 3-krotne symetryczne klepnięcia w uda. 1,2//123 1,2//123 1,2//123 1,2//123. (ok. 20 sek.)

3. Hip hop/rap. Dynamiczne połączone ze skrętem tułowia oburęczne dwukrotne oklepywanie raz prawego, a raz lewego uda w zmiennym tempie. 1,2//1,2. 1,2//1,2. 1,2//1,2. 1,2//1,2. (ok. 20 sek.)

4. Każde głośne, dynamiczne ćwiczenie kończymy krążeniami barków do tyłu i ODDECHEM.

5. Jeśli czas pozwoli po dynamicznych ćwiczeniach, powtarzamy jedno ciche. (ok. 25 sek.)

6. Na zakończenie siadamy w pozycji OTWARTEJ, z zamkniętymi powiekami, wspominając niedawny odpoczynek w lesie, na łące lub nadmorskiej plaży. (10-15 sek.)

7. Po cichym lub mieszanym układzie doraźnie wypoczęci wracamy do pracy.

## Jak długo pozostaje ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego?

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) nie przewidują terminu ważności uprawnień uzyskanych w wyniku ukończenia określonej formy kształcenia podyplomowego, w tym w szczególności kursu specjalistycznego.

Ponadto obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października

2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarstwa i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) nie zawiera postanowień odnośnie terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach. W szczególności we wzorze zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego, stanowiącym załącznik nr 10 do ww. rozporządzenia, brak jest treści wskazującej na dokony-

wanie wpisu daty ważności takiego zaświadczenia. Wobec powyższego należy wskazać, iż zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego są wydawane bezterminowo. Nie ma więc podstaw do twierdzenia, iż ukończenie ww. kursu jest ważne tylko przez okres 5 lat.

## Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego

Pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia udzielanego bez zlecenia lekarskiego, jak i wykonania świadczenia zdrowotnego na zlecenie lekarskie (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Ustawa pielęgniarska nie przewiduje nato-

miast możliwość odstąpienia od wykonywania pielęgniarskich czynności medycznych, w przeciwieństwie do lekarza, który może zarówno nie podjąć, jak również odstąpić od leczenia pacjenta (art. 38 u.z.l.)<sup>1</sup>.

#### Odmowa świadczeń zdrowotnych udzielanych bez zlecenia lekarskiego

Wykładnia literalna przepisu wskazującego okoliczności, kiedy pielęgniarka może odmówić wykonania, ogra-

nicza pielęgniarkę do dwóch sytuacji: wykonanie danego świadczenia byłoby niezgodne z sumieniem pielęgniarki lub byłoby niezgodne z zakresem posiadanych kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Ustalenie innych okoliczności, w których pielęgniarka będzie mogła odmówić wykonania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, wymaga uwzględnienia ustawowej granicy bezwzględnego obowiązku udzielania takich świadczeń przez pielęgniarkę (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Innymi słowy, pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego bez zlecenia lekarskiego, gdy zwłoka w jego udzieleniu nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.).

W związku z powyższym, pielęgniarka może odmawiać wykonania świadczenia zdrowotnego w następujących okolicznościach.

Po pierwsze, gdy wykonanie świadczenia stoi w sprzeczności ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej co do stanu zdrowia pacjenta, także na wyraźne żądanie pacjenta.

Po drugie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z sumieniem pielęgniarki. Klauzula sumienia upoważnia wyłącznie do powstrzymania się od dokonania interwencji medycznej, ale nie upoważnia do jej podjęcia. Nie można, powołując się na klauzulę sumienia, dokonać interwencji medycznej, która byłaby sprzeczna z prawem lub zasadami etyki zawodowej, np. eutanazji<sup>2</sup>.

Po trzecie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez pielęgniarkę kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

Po czwarte, kwestią otwartą jest czy odmowa wykonania przez pielęgniarkę może mieć miejsce z przyczyn natury innej niż medyczne. Uważam jednak, że należy taką ewentualność dopuścić, gdy zwłoka w jej udzieleniu nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Dopuszczam tu okoliczności związane np. z wulgarnym, czy wręcz agresywnym zachowaniem pacjenta, albo osób będących opiekunem pacjenta (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Może to być także sytuacja ilości pacjentów, którzy zwr-

cają się o wykonanie świadczenia zdrowotnego w opiece ambulatoryjnej. Pojawia się też bardzo kluczowy problem w polskich szpitalach - normy zatrudniania pielęgniarek. Zbyt duża ilość pacjentów i przeciążenie pielęgniarki ilością wykonywanych świadczeń stanowią poważne zagrożenie dla wykonywania wszystkich świadczeń zdrowotnych.

Fakt odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego zawsze powinien być odnotowany i uzasadniony w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.). Natomiast pielęgniarka zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby, która odmawia wykonania świadczenia zdrowotnego z powodu jednej z powyżej podanych okoliczności, musi wskazać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie swojemu przełożonemu (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

#### **Odmowa realizacji zlecenia lekarskiego**

Pielęgniarka ma prawo odmowy wykonania pisemnego zlecenia lekarskiego, jednakże taka sytuacja może mieć miejsce tylko w wyjątkowych okolicznościach. Uchylenie się od ustawowego nakazu realizacji zlecenia lekarskiego wymaga zachowania ustawowej procedury postępowania. Pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego w pięciu okolicznościach. Po pierwsze, wstrzymanie się pielęgniarki od wykonania zlecenia lekarskiego może być podyktowane pojawieniem się, po podjęciu decyzji przez lekarza, nowych okoliczności wymagających weryfikacji postępowania leczniczego lub wręcz stojących w sprzeczności z nim. Pielęgniarka może zaobserwować u pacjenta objawy wskazujące na konieczność wstrzymania i/lub wycofania się z kontynuacji zaordynowanego działania medycznego (zob. Postępowanie zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej). Po drugie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z jej sumieniem. Nie może się jednak sprzeciwić wykonaniu świadczenia, jeśli odmowa stworzyłaby niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Po trzecie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez nią kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.), a wykonanie zlecenia bez

tych szczególnych umiejętności mogłoby w konsekwencji doprowadzić u pacjenta do szkody. Po czwarte, wprawdzie ustawa nie wskazuje, ale nie można nie wziąć pod uwagę przypadków szczególnych, kiedy pielęgniarka jest przekonana, że lekarz podjął błędną decyzję, zagrożającą pacjentowi i narażającą go na realne niebezpieczeństwo w przypadku wykonania wydanego zlecenia, np. na skutek błędnego zapisu dawki leku albo na skutek błędnej diagnozy niedoświadczonego lekarza. Po piąte, kwestią otwartą jest czy odmowa wykonania przez pielęgniarkę może mieć miejsce z przyczyn natury innej niż medyczne. Uważam jednak, że należy taką ewentualność dopuścić, gdy zwłoka w jej udzieleniu nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Dopuszczam tu okoliczności związane np. z wulgarnym, czy wręcz agresywnym zachowaniem pacjenta, albo osób będących opiekunem pacjenta (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.).

Pielęgniarka musi podać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie swojemu przełożonemu lub osobie zlecającej (czyli lekarzowi) (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Ponadto, pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego, o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w innym podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.). Niezależnie od podania w formie pisemnej przyczyny odstąpienia od wykonania zlecenia, pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.).

Ustawodawca określił procedurę odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, jednak nie zawiera ona w moim przekonaniu wystarczających gwarancji prawnej ochrony dla osoby decydującej się odmówić wykonania zlecenia lekarskiego i pozostawia pielęgniarkę „sam na sam” z konsekwencjami podjętej decyzji. w przypadku pracowniczego zatrudnienia pielęgniarki zlecenie lekarskie nie jest poleceniem pracowniczym, ale trzeba mieć na uwadze, że pielęgniarka odmawiająca wykonania takiego zlece-

nia jest pracownikiem danego podmiotu leczniczego i dlatego zgodnie z art. 100 § 1 k.p. jej podstawowym obowiązkiem pracowniczym jest wykonywanie pracy sumiennie i starannie, w tym sumiennego i starannego uczestniczenia w zespołowym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka wykonuje czynności zawodowe lub wykonania ich odmawia, na ryzyko pracodawcy. Ustawodawca dając pielęgniarce możliwość odmowy zlecenia lekarskiego, nie zwalnia jej z obowiązków pracowniczych względem zakładu pracy. Natomiast w przypadku zatrudnienia niepracowniczego co do zasady mają odpowiednie zastosowanie przepisy o umowie zlecenia, które opierają relacje zleceniodawcy i zleceniobiorcy na zaufaniu do wykonawcy tego zlecenia. Utrata zaufania jest przesłanką rozwiązania umowy cywilnoprawnej.

Dlatego uważam, że pielęgniarki, podobnie jak lekarze, lekarze dentyści powinni wspierać się wzajemnymi opiniami czy konsultacjami w procesie wykonywania czynności zawodowych. Ustawa lekarska w wielu miejscach stanowi, że lekarz przed podjęciem ważnej decyzji względem pacjenta, powinien zasięgnąć opinii innego lekarza, najlepiej tej samej specjalności albo zwołać konsylium lekarskie. Na gruncie odpowiedzialności cywilnej tego rodzaju „wspieranie się” lekarzy jest oceniane jako realizacja obowiązku należytej staranności. Pożądane jest aby podobne regulacje znalazły się w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. Po rozwagę przedkładam następujący tryb postępowania przed podjęciem decyzji o odmowie wykonania zlecenia lekarskiego (ale również w sytuacji odmowy pacjentowi świadczenia bez zlecenia lekarskiego): przed żądaniem uzasadnienia od lekarza zasadności zlecenia, zasięgnięcie opinii innej pielęgniarki i odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej. w razie nadal istniejących uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka powinna mieć prawo żądania domagania się uzasadnienia wydanego zlecenia. Dopiero zachowanie takiej drogi starannego postępowania mogłoby otwierać dla pielęgniarki możliwość odmowy. Dla ochrony pielęgniarki przed zarzutem naruszenia należytej staranności można

rozważyć co najmniej dwa rozwiązania kontroli i nadzoru. Po pierwsze, pielęgniarka powinna uzyskać zgodę swojego przełożonego - czyli oddziałowej pielęgniarki (lub pełniącej funkcję koordynatorki) na odmowę wykonania zlecenia lekarskiego. Niewątpliwie rozwiązanie takie stanowi ingerencję w zakres samodzielności zawodowej, ale jednocześnie stanowi dodatkowe zabezpieczenie dla ryzyka pracodawcy albo zleceniodawcy przed odpowiedzialnością odszkodowawczą, a tym bardziej dla osoby odstępującej od wykonania zlecenia lekarskiego. Po drugie, fakultatywny nadzór następczy powinna sprawować izba pielęgniarska i położnych, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego, jak i na wniosek samej bezpośrednio zainteresowanej pielęgniarki. Decyzja izby powinna być ostateczna, co do oceny zasadności odmowy wykonania zlecenia lekarskiego. To ostatnie rozwiązanie może wydawać się zbyt sformalizowane, ale jest zgodne z ideą sprawowania pieczy nad zawodem pielęgniarki, tylko przez samorząd zawodowy, i do niego należy przede wszystkim ocena w zakresie standardów czynności zawodowych.

Pielęgniarka, podobnie jak lekarz, musi się kierować dobrem pacjenta. Dlatego powinna odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, które ocenia jako błędne i godzące w dobro pacjenta. Wykonanie zlecenia, o którym wie, że może spowodować u pacjenta szkodę (np. podanie niewłaściwego leku), nie zwalnia jej od odpowiedzialności prawnej. Jak zauważa M. Nesterowicz, „(...) wykształcona, doświadczona pielęgniarka może w danym przypadku mieć rację, a nie lekarz, podejmujący dopiero praktykę lub mający niewielką wiedzę w zakresie pielęgnacji czy rehabilitacji”<sup>3</sup>. Tym samym pielęgniarka jest zobowiązana do reakcji na oczywisty błąd lekarza powodujący negatywne skutki dla pacjenta<sup>4</sup>.

#### **Wskazanie możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego podmiotu**

Pielęgniarka, która odmawia udzielenia świadczenia zdrowotnego udzielanego samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, albo która odmawia wykonania zlecenia lekarskiego, ma ustawowy obowiązek poinformowania pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź

opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki lub w podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.).

Pacjent ma prawo do bycia wcześniej poinformowanym o zamiarze odstąpienia przez pielęgniarkę od wykonania przez nią świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka powinna uprzedzić pacjenta w takim czasie, aby umożliwić mu wybór innej pielęgniarki lub podmiotu leczniczego (czyli praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego). Oznacza to konieczność dysponowania przez pielęgniarkę odmawiającą udzielenia świadczenia zdrowotnego aktualnymi informacjami, do których można skierować pacjenta. Rzeczywista realizacja omawianego obowiązku pielęgniarki wymaga funkcjonowania w Polsce zintegrowanego i sprawnego systemu informatycznego o podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, aktualnym zakresie udzielanych przez nich świadczeń oraz zawartych przez nie umowach z Funduszem.

Odmowa udzielenia przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych w stosunku do pacjenta uprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymaga dodatkowego komentarza. Objęcie obywatela RP powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym i opłacanie przez niego składki łączy się z koniecznością zapewnienia mu przez władzę publiczną gwarancji ochrony ubezpieczeniowej, czyli z obowiązkiem zorganizowania dostępnej sieci świadczeniodawców. Fundusz jest odpowiedzialny za umożliwienie pacjentowi-swiadczeniobiorcy realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Fakt odmowy wykonania świadczenia przez pielęgniarkę mającą status pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego, powinien być podany do wiadomości Funduszu, z uwzględnieniem przyczyny odmowy. Fundusz ma prawo kontroli, czy w wyniku odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez pielęgniarkę nie doszło do naruszenia praw pacjenta. Nieudzielenie świadczenia zdrowotnego i konieczność poszukiwania kolejnego świadczeniodawcy, nie może naruszać prawa pacjenta do udzielenia tych

świadczeń z poszanowaniem sprawiedliwych, równych, niedyskryminujących zasad dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i zgodnie z kryteriami medycznymi.

Przedruk  
„Prawo medyczne dla pielęgniarek”  
Dorota Karkowska  
Warszawa, 2013 r.

<sup>1</sup> Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta tylko z ważnych powodów oraz za zgodą swojego przełożonego. z przepisu tego wynika jednocześnie, że lekarz inny niż mający status pracownicy (np. wykonujący zawód na tzw. kontrakcie) może odstąpić od leczenia lub go nie podjąć bez konieczności wskazania istnienia poważnych powodów (a contrario art. 38 ust. 4 u.z.l.).

<sup>2</sup> M. Żelichowski, *Klauzula sumienia, Medycyna Praktyczna* 2001.

<sup>3</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 276.

<sup>4</sup> E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, PiM 2001, nr 9, s. 38.

## Problemy etyczne w zawodzie pielęgniarki

### Kurs kwalifikacyjny opieki długoterminowej

„Człowiek jak przed tysiącami lat, tak i dzisiaj miotany jest tymi samymi popędami i instynktami, podobnie pragnie, tęskni, kocha i nienawidzi.

Wyznaje te same w gruncie rzeczy - ideały etyczne i podobnie im w codziennej praktyce zaprzecza...”

Julian Aleksandrowicz  
„U progu medycyny jutra „

Pielęgniarka w dziejach powszechnych i w historii medycyny funkcjonowała zawsze jako symbol dobroci, samarytanin, siostra, anioł. Jawiła się jako pełna poświęcenia szlachetna osoba, opiekunka tych, którymi nikt inny nie chce się już zająć.

#### PROBLEMY I DYLEMATY ETYCZNE PRACY PIELEŃNIAREK

W pracy pielęgniarek i położnych możemy wyróżnić kilka rodzajów problemów.

• **Problemy poznawcze** (nie wiem, jak dane zadanie wykonać) mogą być rozwiązywane przez odwołanie się do wyjaśnień koleżanek, przełożonych lub w wyniku wzbogacenia wiedzy w drodze samokształcenia lub zorganizowanego procesu doskonalenia.

• **Problemy praktyczne** (trudności i braki środków działania) tj. sytuacje utrudniające postępowanie zgodne z zasadami etycznymi pielęgniarek, mogą być spowodowane warunkami organizacyjno-materialnymi ich pracy( np. poważne zagęszczenie izb chorych, „dostawki” na korytarzu, brak strzykawek i igieł jednorazowego użycia, braki w obsadzie pracowników itp.). Problemy praktycz-

ne mogą być także wynikiem uwarunkowań społecznych, jak np. niezdrowej atmosfery pracy na oddziale i stosunków międzyludzkich wśród pielęgniarek. Rażącym przykładem uchybień natury edukacyjnej bywają czasem procesy adaptacyjne w toku, których absolwentki szkół pielęgniarstwa nie są wdrażane do pracy w duchu kodeksu etycznego. Dobór odpowiednich środków działania i stworzenia sytuacji ułatwiających te czynności jest więc nie tylko problem każdej pielęgniarki lub położnej, lecz również ich przełożonych odpowiedzialnych za organizację i klimat pracy danej instytucji ochrony zdrowia.

• **Problemy etyczne** z jakimi spotykają się pielęgniarki, dotyczą różnych zagadnień i mogą mieć różną złożoność. Te szczególnie trudne problemy, to właśnie dylematy etyczne, tj. rozterki sumienia w sytuacjach wymagających wyboru między dwoma równie niezadowolającymi rozwiązaniami. Etyczny dylemat odwołuje się do naszych przekonań i odczuć o tym, co my rzeczywiście uważamy za dobre i słuszne w świetle uznawanej przez nas hierarchii wartości oraz w świetle zasad moralnych i ustaleń kodeksu deontologicznego. Nie wszystkie wybory (postanowienia) są etycznymi dylematami, ponieważ w wielu przypadkach dobrze wiemy co powinniśmy uczynić, jedyną kwestią jest tylko to, czy chcemy te wybory wprowadzić w życie czy też nie.

Natomiast etyczny dylemat, to sytuacja sprzecznych moralnych żądań, wymagających naszego ustosunkowania się do nich i wyboru. Podejmując działanie

zgodnie z jedną zasadą naruszamy drugą.

Dylematy etyczne pielęgniarek mogą powstawać na podłożu określonych sytuacji właściwych dla:

1. specjalności pielęgniarstwa, tj. pielęgniarstwo kliniczne, społeczne, pediatryczne, psychiatryczne;
2. zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej pielęgniarstwa np. pielęgniarki odcinkowej, oddziałowej, naczelnej;
3. atmosfery pracy panującej w określonej jednostce organizacyjnej służby zdrowia.

W celu rozstrzygnięcia określonego dylematu wskazane jest postawienie następujących pytań, charakterystycznych dla procesu podejmowania decyzji:

1. Czy mam dostateczną ilość informacji?
2. Kto powinien brać udział w procesie rozwiązywania dylematu? Kto powinien podjąć ostateczną decyzję?
3. Kogo ta decyzja będzie dotyczyła? Czy mnie samego, czy innych osób?
4. Jakie kryteria należy brać pod uwagę? Czy tylko stan zdrowia pacjenta i związane z tym jego potrzeby, czy również warunki ekonomiczne, prawne, społeczne i rodzinne?
5. Jaki zakres zgody (pozwolenia) będzie można uzyskać od pacjenta (podopiecznego)?
6. Jakie zasady (wartości) moralne zostaną uwzględnione bądź zanegowane w proponowanych działaniach, np. życzliwości, prawdomówności, poufności, sprawiedliwości, poszanowania życia ludzkiego.



Podejmowanie etycznie słusznych wyborów jest dodatkowo utrudnione ze względu na obciążenie tego procesu silnymi niejednokrotnie emocjami, takimi jak obawa bądź gniew.

Dylematy etyczne pielęgniarek to szczególnie złożone problemy w ich działalności zawodowej, wymagające właściwego wyboru w świetle uznawanych wartości i powinności moralnych. Musimy wybierać między dwiema wartościami lub normami moralnymi, uznanymi za równie cenne, a których nie można zrealizować jednocześnie, więc często wybór jednej z nich musi dokonać się kosztem drugiej. Powstają w zasadzie na podłożu konfliktów moralnych między powinnościami lekarzy bądź pielęgniarek, a prawami pacjentów. Są to między innymi prawa do:

- Bycia poinformowanym o procesie leczenia i opieki;
- Odmowy poddania się zabiegom diagnostyczno-leczniczemu mającym również charakter badań eksperymentalno-naukowych;
- Właściwego dla danej sytuacji zdrowotnej procesu leczenia i pielęgnowania.

Prawa pacjentów do uzyskania odpowiednich informacji nie są jednak prawami absolutnymi. Może bowiem wystąpić sytuacja, gdy na przykład do pielęgniarki zwraca się pacjent z prośbą o ujawnienie mu jego stanu zdrowia (stan ten jest krytyczny w opinii lekarza). W tej sytuacji powstaje dylemat, czy powiedzieć pacjentowi prawdę (będę zgodna z zasadą prawdomówności), czy udzielić odpowiedzi wymijającej (będę zgodna z zasadą poufności, a także lojalności wobec lekarza). W znakomitej większości przypadków pielęgniarki taktownie wyjaśniają, że nie mogą udzielić odpowiedzi, ponieważ ocena rezultatów leczenia należy do kompetencji lekarza.

Inny dylemat może być spowodowany niedostateczną liczbą personelu pielęgniarskiego i niemożliwością rzetelnej pielęgnacji wszystkich chorych. Powstaje wtedy dylemat: kim się w pierwszej kolejności zajmować, jeśli dwóch lub więcej pacjentów znajduje się w ciężkim stanie.

Spostrzeżenie niewłaściwych, nieetycznych działań jednej z osób zespołu pielęgniarskiego może być przyczyną wystąpienia dylematu: czy o tym fakcie - ze

względu na dobro pacjentów - powiadomić przełożonych, czy samemu zwrócić uwagę koleżance, czy zachować milczenie, godząc się na dalsze nierzetelne postępowanie tej osoby.

Pielęgniarki w swojej pracy mogą spotkać się z dylematami jeszcze innego rodzaju, które w zasadzie w sposób bezpośredni ich nie dotyczą, a których moralnego znaczenia muszą być w pełni świadome. Są to dylematy natury biomedycznej, dotyczące badań prenatalnych, eutanazji, przeszczepów narządów ludzkich, aborcji. Podejmowane wybory ocierają się o takie podstawowe wartości, jak dar życia ludzkiego, szacunek dla tego życia. Nie są to łatwe wybory dla lekarzy, nie są to łatwe sytuacje również dla pielęgniarek, jeśli - z racji pełnionych obowiązków - w wyżej wymienionych sytuacjach i działaniach współuczestniczą.

Podejmowanie decyzji etycznych  
Zdolność do podejmowania decyzji etycznych stanowi istotę jakości pracy pielęgniarki. Do najważniejszych elementów niezbędnych w podejmowaniu decyzji etycznych należą osobiste wartości i wierzenia, ze znajomością koncepcji etycznych w praktyce pielęgniarskiej, i standardy zachowań etycznych.

Decyzja jest rodzajem czynności intelektualnej, jaką człowiek podejmuje dla wyboru właściwego w danej sytuacji celu działania i sposobów jego realizacji. Do czynników warunkujących procesy decyzyjne pielęgniarek należą:

- Czynniki merytoryczne związane ze stanem zdrowotnym podopiecznych.
- Czynniki osobowe związane z orientacją moralną.

Podstawowymi czynnikami merytorycznymi są sytuacje i potrzeby człowieka jako jednostki związane z zachowaniem jego zdrowia i życia. Z kolei do czynników osobowych rzutujących na cały proces podejmowania decyzji zalicza się zwykle poziom wiedzy i umiejętności. Ważne są tutaj wartości i orientacje moralne, które kierują życiem osobistym i zawodowym pielęgniarek i wpływają na ich postawy oraz podejmowanie decyzji.

Za szczególnie pożądane u pielęgniarek należy uznać wartości godnościowe oraz pro społeczne. Podstawową wartością w pierwszej grupie jest godność osobowa każdego człowieka. Do pozostających

czynników osobowych zalicza się doświadczenie zawodowe pielęgniarek, poparte krytycznym sądem i refleksją. Takie doświadczenie staje się źródłem wzbogacenia naszej świadomości co do istoty spełnianych przez nas zadań i czynności, staje się także źródłem rozwoju naszej samoświadomości, poznania samego siebie. Doświadczenie pozwala nam pokonywać trudności i opory w podejmowaniu coraz bardziej złożonych, samodzielných decyzji.

Wartości godnościowe i prospołeczne stanowią kryteria oceny etycznej naszych działań. Natomiast kryteriami wiążącymi się z działaniami celowymi, dotyczącymi wyboru sposobów realizacji przyjętych celów jest zasada skuteczności i ekonomiczności. Skutecznymi nazywamy takie sposoby działania, które prowadzą do zamierzonego celu, a ekonomicznymi będą takie sposoby realizacji celów, które w danych warunkach będą optymalnie oszczędne i wydajne ze względu np. na możliwości czasowe pielęgniarek oraz czas pobytu pacjenta w szpitalu.

- Integracja najważniejszych elementów niezbędnych w podejmowaniu decyzji etycznych
- Osobiste wartości i wierzenia
- Koncepcje etyczne w praktyce pielęgniarskiej
- Sposoby podchodzenia do zagadnień etyki
- Standardy zachowań etycznych
- Podstawy podejmowania decyzji etycznych

## PRZYKŁADY DYLEMATÓW

Jak powinna postąpić pielęgniarka w takiej sytuacji: duży oddział, dwie pielęgniarki na dyżurze popołudniowym, umierający pacjent, który prosi jedną, aby była przy nim bo się boi, a nie ma w tej chwili przy nim nikogo z rodziny. Czy zostać, być z tym jednym potrzebującym pacjentem, może do końca dyżuru, nie opuszczając go ani na chwilę, a jednocześnie zaniedbując innych, też wymagających pomocy, może innego rodzaju, czy obarczyć tę drugą koleżankę swoimi zadaniami, z których część może nie zostać wykonana, przez co może narazić się koleżankom z następnej zmiany; czy też odejść, zostawić tego człowieka umierającego, wykonać solidnie swoje obowiąz-

ki, ale pozbawić chorego swojej obecności w sytuacji, kiedy może za parę minut, a może godzin - on odejdzie.

Inna sytuacja: pacjent z atakiem bólowym kolki nerkowej, silny ból - chory wykorzystał wszystkie nefarmakologiczne sposoby walki z bólem, został przyjęty do szpitala, bo ból nie ustępuje. Na oddziale otrzymał kilka leków przeciwbólowych w krótkim odstępie czasu, ale prosi o następny. Lekarz twierdzi, że więcej nie może, bo kumulacja działania wszystkich poprzednich leków może być niebezpieczna i nie może dostać następnego. Pacjenta jednak nadal boli, nie może nad tym bólem zapanować, prosi o zastrzyk. Czy go podać?

Kolejna sytuacja: pacjent z chorobą nowotworową w stanie ciężkim, aby przedłużyć mu życie lekarz zleca kolejne leki. Chory jest kluty nieskończoną ilość razy, bo trudno znaleźć żyły, są kruche, pękają, na rękach występują siniaki po ukłuciach. Pielęgniarka po kilku próbach wkłucia się, podaje pół strzykawki leku, żyła pęka. Czy nadal szukać żyły, aby podać resztę, czy zostawić pacjenta w spokoju, nie wykonać tego zlecenia, wyrzucić resztę leku, obciążając swoje sumienie? Wprawdzie pacjent z chorobą nowotworową ma prawo spokojnie umrzeć bez dodatkowych cierpień, ale stoi nad nim rodzina, która chce, żeby on żył jak najdłużej, trudno też przewidzieć, na jak długo leki przedłużą jego życie, a może właśnie na ten czas, w którym rodzina zrozumie i pogodzi się ze śmiercią? Jak postąpić?

## **PROCES ROZWIĄZYWANIA DYLEMATÓW ETYCZNYCH**

Rozwiązywanie dylematów etycznych przez pielęgniarki i położne polega na podejmowaniu decyzji tj. na szczególnym dialogu i zmaganiu dwu władz umysłowych człowieka: rozumu (władzy poznawczej) i woli (władzy pożądawczej). Proces podejmowania decyzji pielęgniarsko-etycznych powinien uwzględniać pięć czynników:

1. Kontekst, czyli warunki i okoliczności działania.
2. Pojawienie się sytuacji problemowej
3. Analiza sytuacji (problemu) i czynników warunkujących podjęcie właściwych decyzji.
4. Realizacja podjętej decyzji.

5. Rezultaty podjętej i urzeczywistnionej decyzji.

Do warunków środowiska pracy zaliczamy rodzaj wykonywanych działań, miejsce, czas, stosunki społeczne, ilość personelu, czyli cechy charakteryzujące działalność określonej instytucji służby zdrowia (oddział szpitalny, przychodnia, zakład opiekuńczo-pielęgniacyjny) i jej atmosferę.

Etapem początkowym podejmowania decyzji są określone informacje, które w charakterze swoistego bodźca stwarzają dla wykonawcy sytuację problemową. Bodziec zewnętrzny to informacja docierająca od czynników zewnętrznych do świadomości wykonawcy, wskazująca, że wystąpiła sytuacja wymagająca określonej reakcji w postaci podjęcia decyzji: czy i jak działać. Natomiast bodziec wewnętrzny to osobista motywacja pielęgniarki lub położnej, jej przekonania wskazujące, że może ona zostać emocjonalnie obojętna wobec zaistniałej sytuacji, lecz musi podjąć odpowiednie działanie. Rezultatem bodźców zewnętrznych i wewnętrznych jest identyfikacja określonego problemu.

Następnym etapem jest analiza, polegająca na wnikliwym rozpatrywaniu wszelkich okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla podjęcia słusznej decyzji. Proces ten obejmuje całą osobowość pielęgniarki, jej osobiste i zawodowe przekonania, takie jak: reprezentowane wartości, uczucia, sumienie; jej „ja”. To osobowe „ja” każe jej postąpić tak, a nie inaczej, niezależnie od opinii i sądów innych osób. Dla pielęgniarki najwyższą normą moralną i podstawowym kryterium jej działań jest godność osoby ludzkiej i pochodne od niej zasady etyczne, takie jak zagadnienia dobra, sprawiedliwości, wierności podjętym zobowiązaniom. Kryteriami podejmowania etycznych wyborów są również prawa pacjentów, wywodzące się z powyższych norm i zasad, np., prawo do autonomii i prywatności (intymności), bycia poinformowanym, kompetentnej opieki, godnej śmierci. Kierując się powyższymi kryteriami należy również rozpatrzyć możliwość wyboru i ich konsekwencje dla pacjenta oraz dla samej pielęgniarki, a także dla zawodu pielęgniarki i położnej. Proces tego rozważania może przebiegać w krótszym lub dłuższym przedziale czasowym. Zależy

to od złożoności sytuacji, a z drugiej zaś - od doświadczenia pielęgniarki/położnej, od poziomu jej dojrzałości etycznej. Podejmowanie słusznych decyzji uwarunkowane jest przede wszystkim zinternalizowaniem wartości i zasad moralnych, przejawiających się w całej osobowości człowieka, w jego „morale”. W rezultacie procesu rozważania decydent podejmuje odpowiednią decyzję.

Rezultaty podjętej i urzeczywistnionej decyzji mogą dotyczyć różnych konsekwencji w odniesieniu do pacjenta, do pielęgniarki jak i do całego zawodu pielęgniarskiego. W płaszczyźnie pierwszej mogą być następstwa dodatnie, tzn. takie, które sprzyjają dobrostanowi fizycznemu, psychicznemu i duchowemu pacjenta, bądź następstwa ujemne, lub też obojętne. W drugiej płaszczyźnie - gdy mówimy o pielęgniarce - następstwa mogą przejawiać się w zdobyciu zaufania u pacjentów bądź u jej przełożonych, a także w jej reakcjach emocjonalnych przejawiających się w zadowoleniu (lub niezadowoleniu) z wykonywanej pracy, w zwiększeniu (lub osłabieniu) poczucia pewności. Obie powyższe płaszczyzny konsekwencji znajdują swe odzwierciedlenie w opiniach i poglądach całego społeczeństwa.

Pielęgniarki, nawiązując dylematy w pryzmacie afirmowania godności osobowej człowieka, jako obiektywnej normy moralnej, mogą zwiększać skuteczność swego działania w roli opiekujących się, w miarę jak pogłębiają swą znajomość uzasadnień moralnych istotnych w danych sytuacjach związanych z opieką. Mogą też rozpoznawać potencjalne sytuacje konfliktowe i dawać sobie z nimi radę jeszcze zanim pojawi się rzeczywisty konflikt. W swej intencji z pacjentami lub osobami zdrowymi mogą przyczynić się do poprawy i rozwoju moralnie właściwych stosunków społecznych, a tym samym zyskać uznanie i akceptację dla własnego zachowania etycznego. Pomagając innym ludziom w znalezieniu bogatszego i bardziej wartościowego życia pielęgniarki/położne mogą znacznie wzbogacić poczucie własnej wartości.

## **NORMY MORALNE**

Normy moralne są „regułami wskazującymi w konkretnych sytuacjach, do czego jest zobowiązany człowiek i w jaki sposób powinien realizować dobro w ży-

ciu indywidualnym i społecznym”, charakteryzują się różnym stopniem ogólności i ważności. Uszczegółowienie tych dyrektyw w przypadku etyki pielęgniarstwa znajduje swoje odbicie w deontologii pielęgniarstwa - kodeksach deontologicznych. Każda norma moralna „ma na uwadze jakieś dobro człowieka”, np. zdrowie, życie, szczęście itp. Miernikiem ważności poszczególnych norm jest więc „ranga dobra przez nie chronionego”.

W myśl powyższego, naczelną normą moralną „odnosi się do naczelnego dobra człowieka: takiego, które stanowi podstawę, wszystkich innych dóbr; takiego, które ukazuje sens moralnej powinności - obecnej” we wszystkich normach moralnych, a odnoszącej się do spełniania lub zaniechania konkretnych czynów”.

Tak pojęte normy moralne stanowią główne dyrektywy etyki normatywnej pielęgniarstwa jako dyscypliny, której naczelnym celem jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, a więc dóbr najcenniejszych w ogólnym systemie hierarchii wartości człowieka.

#### ZAKOŃCZENIE

Rozwój etyki łączy się z dociekaniem i wyjaśnianiem istoty pielęgniarstwa i pielęgnowania, ze specyficznym charakterem służby zdrowia i życia człowieka. Ideą przewodnią współczesnych pielęgniarów jest świadomość, że przyszłość pielęgniarstwa, jego rola społeczna, zdobywanie szerokiej akceptacji dla profesjonalizmu i statusu społecznego zawodu, mogą być osiągnięte tylko przez ściśle integrowanie rozwoju kompetencji pielęgniarów kształtowanych na

osiągnięciach nauki i etyki zawodowej z przejawami

Katarzyna Potoczna

#### BIBLIOGRAFIA:

K. Zahradniczek, Podręcznik dla studentów medycznych. Pielęgniarstwo. [w: Rozdział 3.

Filozoficzne i etyczne- deontologiczne podstawy pracy pielęgniarki.], Wyd. PZWL, Warszawa 2004

Wystąpienie wygłoszone na konferencji w dniu 14.10.2005 roku PT. Kompetencje pielęgniarów i położnych a odpowiedzialność moralno- zawodowa, zorganizowanej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu

B.M Korosch, C. Harding, Świadomy pacjent. Jak mówić, żeby lekarz Cię słuchał, [w: Odkrywanie problemu.], Wyd. Prószyński i S- ka S.A., Warszawa 2002

Internet [www.pielęgniarki.info.pl]

## Rola pielęgniarki rodzinnej

w organizowaniu opieki nad pacjentem obłożnie chorym w środowisku domowym

### „Pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarstwą nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania (...)”

Czy Pani/Pan zna swoją Pielęgniarkę rodzinną (Podstawowej Opieki Zdrowotnej - POZ)? To pytanie zadają przy każdej rozmowie, w której rozmówca szuka pomocy w zorganizowaniu opieki nad obłożnie chorym w domu. W 90% odpowiedź brzmi: „A kto to jest?”. W tym momencie następuje długi wywód na temat deklaracji wyboru, którą składa pacjent do lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ.

Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, wybrana przez świadczeniobiorcę, planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarstwą i pielęgnacyjną nad świadczeniobiorcą w zakresie:

1. promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
2. świadczeń pielęgnacyjnych;
3. świadczeń diagnostycznych;
4. świadczeń leczniczych;
5. świadczeń rehabilitacyjnych.

Pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarstwą nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, obejmując opieką:

1. zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, z wyłączeniem noworodka i niemowlęcia do 6 tygodni życia;

2. osoby niepełnosprawne.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z:

1. lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem, wykonuje świadczenia lecznicze;

2. pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną;

3. położną POZ;

4. pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;

5. innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;

6. przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;

7. rodziną (opiekunami) świadczeniobiorcy.

Zgodnie z w/w zapisami to pielęgniarka rodzinna powinna być organizatorem opieki nad osobą obłożnie chorą w środowisku domowym.

Najtrudniejszym momentem dla rodziny/opiekuna jest powrót bliskiej osoby ze szpitala, szczególnie wtedy, gdy nagła choroba wykluczyła ją z wcześniej pełnionych ról społecznych i stała się osobą wymagającą opieki. Życie zmienia się nie tylko dla osoby chorej, ale również dla rodziny, która musi zmierzyć się z wyzwaniem, przed jakim postawiło ją życie. Rozpoczyna się gorączkowe poszukiwanie osób, które mogłyby pomóc odnaleźć się w nowej sytuacji. Jedną z takich osób powinna być pielęgniarka POZ. To ona krok po kroku wskaże, jak przygotować mieszkanie na przyjęcie chorego, gdzie zaopatrzyć się w sprzęt potrzebny do sprawowania opieki. Ocenę poziomu wiedzy i umiejętności opiekunów w zakresie choroby, wykonywania czynności dnia codziennego i na tej podstawie przygotowuje dla opiekunów i chorego plan edukacyjny.

Pierwsze dni pobytu chorego w domu wymagają dużego zaangażowania się wszystkich osób biorących udział w opiece nad chorym i najbardziej kompetentną osobą do koordynacji tych działań jest i powinna być pielęgniarka rodzinna. Pielęgniarka wskaże innych świadczeniodawców świadczących usługi w zakresie

opieki nad pacjentem w środowisku domowym w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (Pielęgniarska opieka długoterminowa, Hospicjum domowe dla dzieci i dorosłych, Opieka długoterminowa nad pacjentem wentylowanym w środowisku domowym, itp). Korzystanie przez pacjenta z opieki świadczonej przez w/w świadczeniodawców wymaga od nich współpracy z pielęgniarką rodzinną.

Sytuacja pacjenta i rodziny niejednokrotnie wymaga pomocy nie tylko w zakresie świadczeń medycznych, ale również w zakresie świadczeń socjalnych. W planie edukacyjnym, zgodnie z oceną problemów, pielęgniarka rodzinna powinna wskazać placówki Pomocy Społecznej oraz inne ośrodki wspierające chorych i ich opiekunów.

Fundacja TZMO „Razem zmieniamy świat”, wydając poradnik „Damy Radę”,

stworzyła narzędzie edukacyjne między innymi dla pielęgniarki rodzinnej, gdzie zawarte są treści informacyjne dla opiekunów, ale również pokazana technika pielęgnacji obłożnie chorego, wskazane środki pomocnicze. To pierwszy poradnik skupiający najważniejsze treści potrzebne w zorganizowaniu opieki dla osoby obłożnie chorej w środowisku domowym.

Przekazując opiekunom wszelkie informacje zgodnie z najwyższą sztuką wiedzy pielęgniarstwa, z różnych przyczyn nie zawsze opiekunowie są w stanie sprostać zadaniom postawionym przed nimi. W takiej sytuacji pielęgniarka rodzinna wskazuje, z jakich możliwości mogą skorzystać opiekunowie, aby ich najbliższy mógł otrzymać opiekę w ośrodku stacjonarnym.

Co zrobić aby, wymienione wyżej zadania pielęgniarki rodzinnej w ramach

opieki nad pacjentem chorym w środowisku domowym nie pozostawały tylko zapisami ustawowymi, co zrobić, aby pacjent i jego rodzina nie błędzi szukając pomocy i wsparcia od profesjonalistów?

Co zrobić, aby deklaracja złożona przez pacjenta do pielęgniarki POZ nie była kartką papieru, na której zapisane są dane osobowe, ale deklaracją realizacji świadczeń wobec świadczeniobiorcy? ?

*Ewa Chlebek*

*Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie*

*Pielęgniarstwa Rodzinnego*

*Wykształcenie: pielęgniarka*

*Doświadczenie zawodowe:*

*Dolnośląski Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego,*

*Specjalista pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych.*

*Współtłasciciel podmiotu leczniczego MRE*

*Opieka we Wrocławiu.*

## Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z cukrzycą

### OGÓLNE INFORMACJE O CHOROBIE

Cukrzyca jest chorobą, która trwa od momentu powstania przez całe życie. Jest stanem całkowitego lub względnego niedoboru insuliny, prowadzącym do przewlekłe podwyższonego poziomu glukozy we krwi. Jest to wynik złożonych zaburzeń regulacji przemiany węglowodanowej, tłuszczowej i białkowej w organizmie.

U ponad 90% dzieci z cukrzycą występuje cukrzyca typu 1 wywołana zniszczeniem komórek beta wysp Langerhansa w trzustce, prowadzącym do całkowitego niedoboru insuliny. u pozostałych 10% występują inne postacie cukrzycy. Leczenie składa się z trzech zasadniczych elementów wzajemnie powiązanych:

- insulinoterapii,
- zdrowego odżywiania opartego na przeliczaniu wymienników pokarmowych,
- kontrolowanego wysiłku fizycznego.

Natomiast skuteczne prowadzenie leczenia cukrzycy opiera się na takich fundamentach jak: edukacja diabetologicz-

na, samoobserwacja, samokontrola, samoopieka.

#### Leczenie insuliną

Insulina ludzka jest sztucznie otrzymywanym hormonem o składzie identycznym jak insulina wytwarzana przez trzustkę człowieka. Jest jednym z najważniejszych hormonów wytwarzanych w organizmie człowieka, regulującym czynności komórek i tkanek.

Wśród preparatów insulinowych stosowanych obecnie u dzieci i młodzieży wyróżniamy:

- analogi insuliny szybko działającej,
- analogi insuliny długodziałającej,
- mieszanki analogowe,
- insuliny krótkodziałające,
- insuliny o pośrednim czasie działania,
- mieszanki insulinowe.

Do najczęściej stosowanych modeli insulinoterapii u dzieci i młodzieży należą:

- cztery iniekcje insuliny dziennie (np. analog szybko działający przed głównymi posiłkami, analog długodziałający przed snem, insulina krótkodziałająca przed głównymi posiłkami, insulina o pośrednim czasie działania przed snem)

- ciągły podskórny wlew insuliny przy pomocy pomp insulinowych.

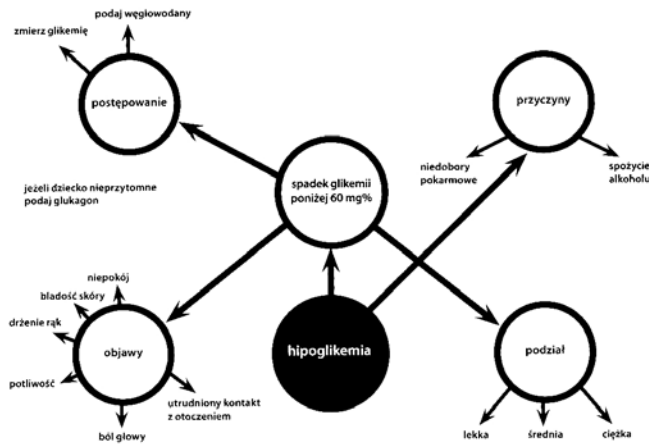
Pomimo prób z doustnym, donosowym i przezskórnym podawaniem insuliny, jedynie realistyczna w praktyce pozostaje droga podawania parentalnego, gdzie insulina wprowadzana jest podskórnie. Do tego celu służą wstrzykiwacze typu pen oraz osobiste pompy insulinowe.

Model insulinoterapii zależy od wielu czynników: wieku dziecka, upodobań żywieniowych, czynników charakteryzujących styl życia, planu aktywności fizycznej, zdolności dziecka chorego do współdziałania, możliwości akceptacji wielokrotnych iniekcji, możliwości zrozumienia przez rodzinę wymogów proponowanego schematu leczenia, współistniejących chorób.

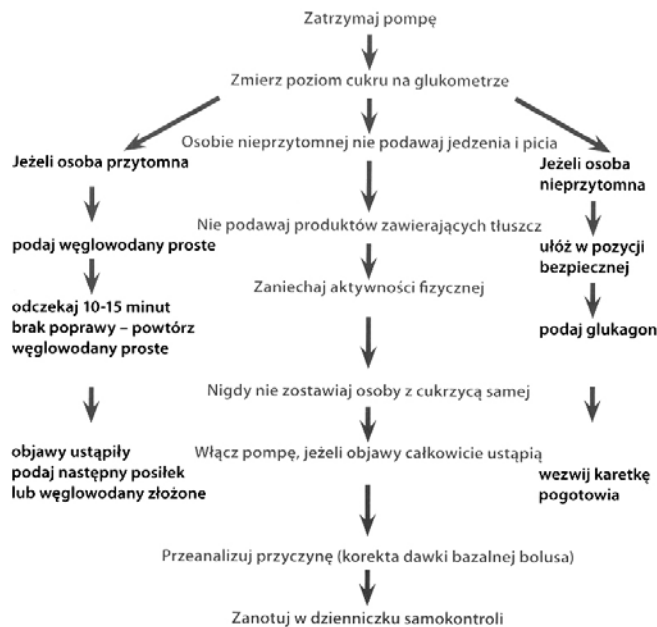
#### Zdrowe odżywianie

Prawidłowe żywienie jest bardzo ważnym elementem leczenia cukrzycy. Spożycie na „dieta w cukrzycy” zostało znacznie zmodyfikowane w ostatnich latach. Większość autorów jest zdania, że określenie „dieta” należy zastąpić określeniem „zdrowy sposób odżywiania”; dotyczyć on powinien nie tylko chorego





Rys. 1. Hipoglikemia



Rys. 2. Postępowanie w hipoglikemii

mi przebywa w szkole, na zajęciach rekreacyjnych oraz inni ludzie znajdujący się w otoczeniu osoby z cukrzycą. Hipoglikemia to krytyczny spadek poziomu glukozy we krwi, który stwarza realne zagrożenie dla organizmu. (Rys. 1.) z tego powodu niedocukrzenie wymaga zawsze szybkiej i zdecydowanej interwencji. Według najczęściej spotykanych podręcznikowych definicji o hipoglikemii mówimy wtedy, gdy poziom cukru we krwi spadnie poniżej 60 mg/dl. Osoby z cukrzycą, u których organizm jest przyzwyczajony do podwyższonych wartości glikemii mogą wykazywać objawy niedocukrzenia już wtedy, gdy poziom cukru spadnie poniżej 80-70 mg/dl.

**Przyczyny hipoglikemii**

- nadmiar insuliny (zbyt duża dawka insuliny, zbyt głębokie podanie insuliny (domięśniowo), pominięcie wymieszania insuliny w zawieszynie (mieszanki insulinowe, insuliny o pośrednim czasie działania),
- niedobory pokarmowe (zbyt mały posiłek, zbyt duży odstęp czasowy między podaniem insuliny i posiłkiem, utrata przyjętych posiłków z wymiotami lub biegunką),
- duży wysiłek fizyczny bez właściwego przygotowania.

**Objawy hipoglikemii**

1. Objawy neurogenne

Pojawiają się zwykle nagle pod wpływem nadmiernego działania insuliny. Są to: potliwość, głód, mrowienie wokół ust, drżenie rąk, tachykardia, błądź skóry, niepokój, ból brzucha, szerokie źrenice. w źle kontrolowanej cukrzycy wyżej wymienione objawy mogą występować także przy podwyższonym stężeniu glukozy we krwi bez zagrożenia niedocukrzeniem (wyrzut hormonów kontrregulujących może być spowodowany szybkim obniżaniem się glikemii np. z 430 mg/dl na 180 mg/dl).

2. Objawy neuroglikopeniczne

Związane są z niedostatecznym użytkowaniem glukozy w tkance mózgowej. Objawy te mogą pojawiać się przy zachowanej przytomności i dotyczą:

- a. funkcji psychicznych (niemożność skupienia się i zapamiętania, napady agresji lub wesołkowości - przypominające stan upojenia alkoholowego, utrudniony kontakt z otoczeniem, wstręt do jedzenia)

dziecka, ale także całej rodziny. Żywnienie w cukrzycy powinno uwzględnić trzy równorzędne parametry: skład jakościowy (węglowodany, białka, tłuszcze), wartość energetyczną w dziennej racji pokarmowej i rozkład posiłków w ciągu dnia.

**Aktywność fizyczna**

Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja połączone z ruchem są korzystne zarówno dla chorych, jak i zdrowych dzieci. Wysiłek fizyczny, aby był realizowany i nie szkodził, musi być indywidualnie dobrany dla każdego dziecka z cukrzycą. Zależy od kilku czynników: dotychczasowej aktywności fizycznej, ogólnej sprawności ustroju, stylu życia, masy ciała, ewentualnych występujących powikłań

cukrzycy. Głównym celem przy wykorzystaniu masy mięśniowej u dzieci i młodzieży z cukrzycą jest niedopuszczenie do wystąpienia stanu niedocukrzenia.

**Szczepienia**

Kalendarz szczepień obowiązkowy, jest taki sam jak dla dzieci zdrowych. Szczepienia przeciw grypie zaleca się u dzieci chorych na cukrzycę powyżej 6. miesiąca życia.

**BEZPIECZEŃSTWO W SZKOLE**

**Hipoglikemia**

Hipoglikemia jest najczęstszym ostrym powikłaniem w cukrzycy typu 1. o możliwości wystąpienia hipoglikemii powinna być poinformowana osoba z cukrzycą, jego rodzina, osoby, z który-

b. funkcji neurologicznych (zaburzenia mowy, widzenia i równowagi, objawy spastyczne, skurcze mięśniowe, nieskoordynowane ruchy gałek ocznych i oczopłaz, silny ból głowy, nudności, wymioty).

### **Podział stanów hipoglikemii i postępowanie terapeutyczne**

1. Hipoglikemia lekka (objawy wywołane głównie przez hormony kontrregulujące). w lekkim niedocukrzeniu należy oznaczyć glikemię, podać węglowodany proste - 5-15 gram węglowodanów (najszybciej poziom cukru podniesie coca-cola, cukier w kostkach, glukoza prasowana, miód, sok owocowy) oraz kanapkę lub przyspieszyć posiłek, ograniczyć aktywność fizyczną, ponownie oznaczyć glikemię i ustalić przyczynę niedocukrzenia.

2. Hipoglikemia średnio-ciężka (objawy związane głównie z zaburzoną czynnością OUN). w tym stanie konieczna bywa pomoc drugiej osoby. Postępowanie podobne do opisanego wyżej. w przypadku odmowy jedzenia należy podać dziecku do picia płyn o dużym stężeniu cukru np. rozpuszczone w Vi szklanki wody 3 do 5 kosek cukru (to bardzo ważne, gdyż rozpuszczona glukoza zacznie się wchłaniać już ze śluzówki jamy ustnej i szybko podniesie poziom glukozy).

Nie należy zastępować węglowodanów prostych słodyczami zawierającymi tłuszcze np. czekoladą, batonikiem snikers, ponieważ utrudniają wchłanianie glukozy.

3. Hipoglikemia ciężka (głębokie zaburzenie czynności OUN). w stanie neuroglikopenii nieprzytomnemu dziecku nie wolno nic podawać doustnie. Kolejność udzielania pomocy:

- ułożyć dziecko na boku
- wstrzyknąć domięśniowo glukagon (dzieciom do 25 kg 0,5 mg glukagonu, dzieciom powyżej 25 kg 1 mg glukagonu)
- wezwać pogotowie ratunkowe.

Dziecko powinno odzyskać przytomność po kilkunastu minutach i wtedy możliwe będzie podanie doustnie węglowodanów prostych i złożonych.

### **Instrukcja podawania glukagonu**

Glukagon jest to hormon wytwarzany u każdego człowieka w komórkach alfa wysp trzustkowych. Dzięki niemu zwiększa się stężenie glukozy we krwi.

1. Sprawdź datę ważności glukagonu na opakowaniu

2. Glukagon można wstrzyknąć podskórnie lub domięśniowo

3. w zestawie jest fiolka z glukagonem i strzykawka z roztworem, w którym rozpuszcza się glukagon

4. Najpierw wstrzyknij cały roztwór ze strzykawki do fiolki z glukagonem, a gdy się całkowicie rozpuści wciągnij roztwór glukagonu do strzykawki

5. Przechowuj glukagon w temperaturze podanej w ulotce załączonej od producenta

### **Postępowanie w hipoglikemii u osób z osobistą pompą insulinową (rys. 2.)**

- zatrzymaj pompę,
- zmierz glikemię na glukometrze,
- jeżeli osoba z cukrzycą jest przytomna, podaj węglowodany proste (cukier, sok owocowy, miód - 5-15 g. węglowodanów), odczekaj 10-15 minut, jeżeli nie ma poprawy, podaj ponownie cukry proste 5-15 g., jeżeli objawy ustąpią, podaj następnie posiłek lub węglowodany złożone (owoce, chleb, mleko),
- jeżeli osoba z cukrzycą jest nieprzytomna lub ma drgawki, ułóż ją w bezpiecznej pozycji, podaj zastrzyk z glukagonu domięśniowo i wezwij karetkę pogotowia,
- nie podawaj nigdy nieprzytomnej osobie jedzenia lub picia (możliwość zachłyśnięcia, uduszenia), nie podawaj nigdy produktów zawierających tłuszcze (czekolady, batonów, cukierków czekoladowych - opóźnia to wchłanianie glukozy),
- zaniechaj wysiłku fizycznego zanim wszystkie objawy hipoglikemii nie ustąpią,
- nie zostawiaj osoby z cukrzycą samej, jeżeli jest to dziecko w szkole, upewnij się, że wykwalifikowana osoba (rodzic dziecka, opiekun dziecka) odbierze je ze szkoły,
- przeanalizuj przyczynę niedocukrzenia,
- zanotuj w dzienniczku samokontroli występujące objawy, glikemię, podane węglowodany,
- włącz pompę, jeżeli dziecko poczuje się lepiej.

### **Hiperglikemia**

Organizm wykorzystuje glukozę dla uzyskania energii wyłącznie w obecności

insuliny. Stężenie glukozy we krwi wzrasta wówczas, gdy organizm nie może jej wykorzystać do uzyskania energii niezbędnej do życia. Kiedy stężenie glukozy we krwi jest wysokie, osoba z cukrzycą nie czuje się dobrze, nie jest tak aktywna jak rówieśnicy, w moczu stwierdza się cukier, to mówimy o niedostatecznej, złej kontroli cukrzycy (u osób zdrowych w moczu nie stwierdza się obecności glukozy). Przy niewłaściwym leczeniu cukrzycy lub przy dodatkowej chorobie może dochodzić do hiperglikemii.

Przyczyny hiperglikemii - ogólne:

- zaniedbania samokontroli (błędy w insulinoterapii, zbyt mała dawka insuliny, źle przechowywana insulina, przekroczona data ważności, zmętniała, pominięcie zastrzyku, odłączenie osobistej pompy insulinowej powyżej 2h),
- błędy żywieniowe (zbyt duża ilość węglowodanów w posiłku)
- zbyt mała aktywność fizyczna,
- dodatkowa choroba (infekcja, gorączka, zatrucie pokarmowe, uraz).

### **W przypadku stosowania osobistej pompy insulinowej dodatkowo mogą wystąpić przyczyny związane z:**

1. Oprzyrządowaniem pompy:

- brak insuliny w pojemniku
- nieprawidłowo wypełniony dren zestawu infuzyjnego,
- nieprawidłowe wchłanianie insuliny w miejscu wkłucia igły,
- niedrożny zestaw infuzyjny,
- przeciek insuliny w połączeniu z drenem,
- zbyt długi czas wkłucia /powyżej 72 godziny/

2. Związane z osobą użytkującą pompę:

- błędy żywieniowe,
- opuszczanie bolusa posiłkowego,
- za mała podstawowa dawka insuliny (baza),
- błąd w programowaniu pompy,
- brak oznaczeń glikemii,
- nieprawidłowe postępowanie podczas wysiłku fizycznego,
- brak reakcji na sygnał alarmowy,
- choroba, stres, miesiączka.

### **Objawy hiperglikemii:**

Dziecko może odczuwać i zgłaszać:

- wzmożone pragnienie oraz potrzebę częstego oddawania moczu,
- rozdrażnienie,

- osłabienie,
  - złe samopoczucie,
- Jeśli do ww. objawów dołączają:

- bóle głowy,
  - bóle brzucha,
  - nudności i wymioty,
- należy niezwłocznie skontaktować się z rodzicami dziecka.

**Praktyczne wskazówki postępowania podczas hiperglikemii:**

Jeśli poziom glukozy wynosi > 250 mg% uczeń powinien otrzymać dodatkową dawkę insuliny, tak zwaną dawkę korekcyjną, w celu obniżenia zbyt wysokiego poziomu glukozy.

- ilość insuliny, którą należy podać w celu obniżenia poziomu glukozy jest indywidualna dla każdego dziecka,
- informację - jaką ilość insuliny należy podać w zależności od poziomu glukozy przekażą rodzice dziecka; najlepiej, jeśli informacja będzie zawarta w formie pisemnej notatki,
- sposób podania insuliny jest zależny od metody leczenia. Dziecko leczone przy pomocy wstrzykiwaczy - poda penem odpowiednią dawkę hormonu, dziecko leczone przy pomocy pompy insulinowej - poda dawkę insuliny podając bolus (to znaczy zaprogramuje odpowiednim przyciskiem w pom-

pie wielkość dawki). Szczególnie małe dzieci wymagają wtedy kontroli, czy wprowadziły odpowiednią dawkę dziesiątą insuliny -jeśli takiej dawki w danym momencie wymagają.

**Postępowanie przy hiperglikemii u osób z osobistą pompą insulinową:**

1. Kontroluj glikemię co 1 godzinę.
2. Kontroluj zawartość acetonu, ketonów na paskach testowych.
3. Uzupełnij płyny (wypij około 1 litra w przeciągu 1,5-2 h).
4. Kontroluj pracę pompy.
5. Jeżeli występują wątpliwości związane z pracą pompy, podaj insulinę penem (jeżeli dziecko jest poza domem kilka godzin zawsze nosi przy sobie pen z insuliną szybko działającą).

**Sprzęt do prowadzenia samokontroli**

**Samokontrola glikemii.**

Glikemię za pomocą glukometru mierzą wszystkie osoby z cukrzycą, leczoną metodą intensywnej insulinoterapii (stosujący wielokrotne wstrzyknięcia przy pomocy wstrzykiwaczy oraz używający pomp insulinowych).

Do pomiaru cukru we krwi używa się następującego zestawu składającego się z: glukometru, nakłuwacza, lancetu, pasków testowych do glukometru, jał-

wego gazika bądź gazika nasączonego spirytusem, pojemnika na odpady medyczne.

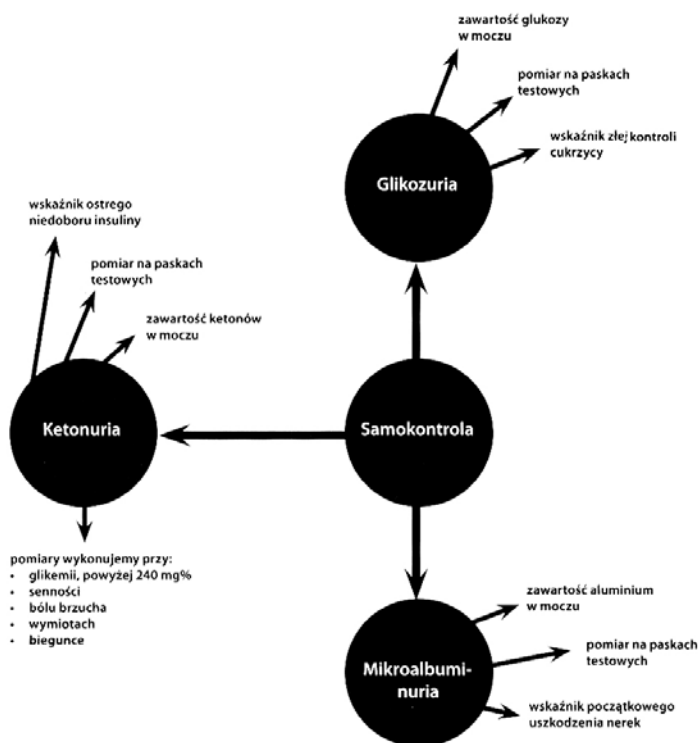
Glukometr jest to aparat, który dokonuje pomiaru poziomu cukru we krwi, naniesionej na suchy test (pasek testowy). Pomiar odbywa się przez odczytanie zmiany zabarwienia pola testowego paska lub zmierzenie zmiany w przewodnictwie elektrycznym w obrębie paska (sensora) i pokazanie wyniku w formie wartości liczbowej na ekranie glukometru. Obecnie na rynku dostępne są różne typy glukometrów. Do każdego glukometru dołączona jest instrukcja obsługi.

Nakłuwacz - przyrząd do nakłucia palca w celu uzyskania kropli krwi. Jest to automatyczne urządzenie, które zapewnia prawidłowy wymiar nakłucia i zmniejsza do minimum poczucie bólu. Można w nim regulować głębokość nakłucia w zależności od grubości skóry. w nakłuwaczu umieszczamy lancet (jest to igła, ostrzona laserem, pokryta silikonem), która powinna być wymieniana za każdym nakłuciem palca do pomiaru glikemii. Jest to igła jednorazowa. Nakłuwamy boczne palce rąk. Pomiaru glikemii powinny być wykonywane:

- w różnych porach dnia, przed i po posiłkach,
- przed, w trakcie i po zajęciach sportowych lub w związku z innym wysiłkiem,
- jeżeli podejrzewa się niedocukrzenie,
- po postępowaniu korygującym niedocukrzenie.

Prawidłowa technika badania poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru obejmuje:

1. Przygotowanie zestawu do badania glikemii (glukometr, nakłuwacz, lancet, gazik jałowy lub gazik ze spirytusem, pojemnik na odpady medyczne).
2. Sprawdzenie ważności pasków testowych do glukometru.
3. Kalibracja glukometru paskiem zawierającym kod.
4. Umycie rąk ciepłą wodą z mydłem.
5. Przygotowanie nakłuwacza z lancetem, ustawienie odpowiedniej skali regulacji na głębokość nakłucia palca.
6. Masaż dłoni, od nasady dłoni w kierunku palca, który ma być nakłuwany.
7. Nakłucie nakłuwaczem bocznej części palca.



Rys. 3. Samokontrola powikłań

8. Nałożenie uzyskanej kropli krwi na pasek testowy.

9. Zabezpieczenie miejsca nakłucia jałowym gazikiem lub gazikiem nasączonym spirytusem.

10. Zmiana lancetu w nakłuwaczu do następnego nakłucia palca w celu pomiaru glikemii.

11. Utrzymanie w czystości sprzętu do pomiaru glikemii (gluko-metru, nakłuwacza).

12. Prawidłowe postępowanie ze sprzętem do pomiaru glikemii według załączonej instrukcji obsługi.

13. Prawidłowe stosowanie zasad epidemiologicznych podczas pomiaru.

Codziennie wyniki dokonywanych oznaczeń glikemii powinny być zapisywane w tzw. dzienniczkach samokontroli.

### **Samokontrola glikozurii i ketonurii**

Badanie moczu na obecność glukozy informuje pośrednio o tym, jakie stężenia glukozy utrzymywały się we krwi w okresie, kiedy mocz zbierał się w pęcherzu moczowym (może to trwać nawet dłużej niż 2-3 godziny). Cukier zwykle nie przechodzi do moczu, nawet jeśli jego stężenie we krwi waha się w granicach od 140-160 mg/dl, znaczy to, że przy wyższym od normalnego stężeniu glukozy we krwi, w moczu nie stwierdza się jego obecności. Pojawia się dopiero po przekroczeniu tzw. progu nerkowego (w większości przypadków glikemia powyżej 180 mg/dl). Najprościej zmierzyć stężenie cukru w moczu za pomocą testu paskowego. Przy użyciu tych testów można również oznaczyć ketonurię -obecność ketonów w moczu. Wskazane jest dokładne przestrzeganie instrukcji dotyczącej badania, która załączona jest do każdego opakowania testu. Po zanurzeniu w porcji moczu części paska papierowego nasyconej odczynnikami, powstałe kolory porównuje się z wzorcami umieszczonymi na pudełeczku pasków. Jeżeli dziecko nie czuje się dobrze, a w moczu często stwierdza się cukier, to mówi się o niedostatecznej, złej kontroli cukrzycy.

W odróżnieniu od badania obecności glukozy w moczu, test na występowanie acetonu jest zasadniczą częścią monitorowania cukrzycy. Aceton pojawia się

w moczu wówczas, gdy organizm używa energię z tłuszczów.

Mocz powinien być badany na zawartość ketonów w następujących okolicznościach:

- w przypadku wymiotów, biegunki, przy bólach brzucha,
- w przypadku występowania senności,
- gdy dziecko ma czerwone policzki,
- w każdej sytuacji, kiedy glikemia przekracza 250 mg%, a dziecko czuje się niedobrze,
- gdy wyższy poziom cukru utrzymuje się dłużej niż 24 godziny.

Ketonuria w obecności hiperglikemii jest wskaźnikiem ostrego niedoboru insuliny i wymaga nagłego leczenia dla powstrzymania postępu kwasicy ketonowej. Ketonuria w obecności niskich pomiarów cukru we krwi wskazuje na stan głodzenia lub jest wynikiem kontrregulacyjnej odpowiedzi na hipoglikemię.

Do oznaczenia acetonu w moczu służą testy paskowe. Niektóre glukometry mają możliwość oznaczania ketonów we krwi. Dziecko chore na cukrzycę posiada takie testy. Testy powinny znajdować się również w gabinecie profilaktycznym u pielęgniarki szkolnej. Badanie należy przeprowadzić dokładnie według instrukcji dołączonej przez producenta do każdego opakowania testów. Opakowanie z paskami przechowywać w temperaturze poniżej +30°C do upływu podanej daty ważności na pudełku i etykiecie. Po wyjęciu paska opakowanie należy natychmiast zamknąć, ponieważ paski są wrażliwe na dłuższe działanie wilgotnego powietrza i światła.

### **Samokontrola - podawanie insuliny**

Wstrzykiwacz - pen, wielkością i wyglądem przypomina wieczne pióro. Wykonany jest na ogół z tworzywa sztucznego, czasem też częściowo z metalu. Zawiera wymienny wkład z insuliną. Jest łatwy w obsłudze i umożliwia dyskretne podanie insuliny. Peny mają niewielkie rozmiary, można je nosić ze sobą, a sam proces odmierzania insuliny jest znacznie uproszczony. Niektóre wstrzykiwacze wyposażone są również w sygnał dźwiękowy oraz wypukłe oznakowania ułatwiające odmierzanie dawki dzieciom niedowidzącym. w Polsce osoby z cukrzycą otrzymują wstrzykiwacze bezpłatnie. Jeden wstrzykiwacz jest przeznaczo-

ny do jednego preparatu insuliny, jest urządzeniem osobistym. Wstrzykiwacz, który jest aktualnie używany, nie powinien być wkładany do lodówki. Insulina, znajdująca się w penach, będących aktualnie w użyciu powinna być przechowywana w chłodnym miejscu pokoju, w temperaturze 15-25°C najwyżej przez okres jednego miesiąca.

Ważne wskazówki przy wstrzykiwaniu insuliny:

- insulinę wstrzykujemy do tkanki podskórnej położonej pomiędzy tkanką tłuszczową a mięśniami,
- skórę przemywamy wacikiem namoczonym w przegotowanej wodzie lub 0,9% roztworze soli fizjologicznej, który jest dostępny w aptekach na receptę,
- każdy rodzaj insuliny należy podawać w oddzielnym wstrzyknięciu,
- insulina nie może zostać zamrożona, ani przegrzana,
- jeśli insulina zmieniła kolor lub nie można jej równomiernie wymieszać, nie należy jej używać,
- na każdej fiolce z insuliną zaznaczona jest data, do kiedy można ją stosować, po tym terminie insulina traci swoją aktywność,
- insulin analogowych - szybko działających, długodziałających, insulin ludzkich krótkodziałających przed podaniem nie mieszamy, wszystkie insuliny średnio i długodziałające, jak również mieszanki insulinowe przed podaniem dokładnie mieszamy (nie należy nimi potrząsać, ale delikatnie w dłoniach kołysać, aż powstanie jednorodny matowo - biały płyn),
- zapas insuliny do peny przechowuje się w lodówce w temperaturze 4-8° C,
- igły do peny stosuje się tylko jeden raz (do jednej iniekcji insuliny stosuje się jedną igłę do peny), o czasie rozpoczęcia działania insuliny decyduje miejsce, w które została wstrzyknięta (najszybciej wchłania się insulina z brzucha, następnie z ramienia, okolicy międzyłopatkowej, z uda i pośladka).

### **Ciągły podskórny wlew insuliny**

Osobista pompa insulinowa jest to małe urządzenie, wielkością przypominające telefon komórkowy, ze zbiornikiem na insulinę o pojemności 3 ml, służące do ciągłego podskórego podawania



insuliny. Program sterujący działaniem pompy umożliwia ustalanie szybkości wlewu insuliny i kontrolę dawkowania.

Stosowanie pompy insulinowej umożliwia podawanie właściwej dawki insuliny przez 24 godziny na dobę. Pompa może być nastawiona na różne dawki podawane w dzień oraz w nocy. Dodatkowo insulina jest podawana poprzez naciśnięcie przycisku na pompie (bolus). Insulina jest podawana przez cewnik do igły metalowej lub insuflonu, które zostały wprowadzone podskórnie. Rozwój techniki urządzeń medycznych jest bardzo szybki, na rynku polskim obecna jest pompa insulinowa, która za pomocą dodatkowego podskórnego wkłucia mierzy poziomy glukozy, które są widoczne na monitorze pompy. Jednak większość do tej pory stosowanych pomp nie dokonuje automatycznie pomiaru cukru we krwi. Pompa automatycznie nie modyfikuje dawek insuliny adekwatnie do aktualnej glikemii. Jest to urządzenie, które dostarcza ściśle wyliczoną dawkę insuliny według danych wprowadzonych do mikrokomputera przez użytkownika. Ciągły podskórny wlew insuliny pod postacią dawki podstawowej (bazalnej) ma naśladować fizjologicznie wydzielanie insuliny jak u osoby zdrowej. Wlew insuliny bazalnej zapewnia stężenie insuliny w okresie międzyposiłkowym oraz w porze nocnej. Poposiłkowe podwyższenie stężenia insuliny jest uzyskiwane za pomocą podawania bolusów insuliny przed posiłkami. We wlewie wykorzystywany jest analog insuliny ludzkiej szybko działającej „Humalog”, bądź „Novorapid”. Wielkość dawki bazalnej oraz wielkość bolusów są ustalane na podstawie pomiarów glikemii i konsultowane podczas wizyt w poradni diabetologicznej. Wielkość bolusów jest uzależniona od: pory dnia, objętości posiłku - składu jakościowego (węglowodany, białka, tłuszcze). w pompach istnieje możliwość podawania różnych rodzajów bolusów, w zależności od składu jakościowego spożywanego posiłku. Białka i tłuszcze zawarte w posiłkach wchłaniają się dłużej niż węglowodany, dlatego w pompie można rozłożyć podawanie insuliny na kilka godzin. Bardzo przydatna jest możliwość zmiany czasowej bazy lub zaprogramowania różnych rodzajów wlewu podstawowego w zależności od występu-

jących sytuacji (zaplanowany wysiłek fizyczny, rozwijająca się infekcja).

Terapia ciągłym podskórnym wlewniem insuliny jest możliwa pod warunkiem przestrzegania zasad intensywnej insulinoterapii z dobrą samokontrolą, umiejętnością modyfikowania dawek insuliny za pomocą bolusów oraz wiedzy dotyczącej zapobiegania hipoglikemii i kwasicy - jako ostrych powikłań, pielęgnacji miejsc wkłucia i obsługą techniczną pompy. Stosowanie terapii za pomocą pompy insulinowej umożliwia zachowanie stylu życia nie bardzo odbiegającego od życia przed zachorowaniem, podnosi komfort i jakość życia dziecka z cukrzycą.

## **PORADNICTWO CZYNNE W CUKRZYCY**

### **Samoobserwacja, samoopieka.**

Samokontrola to zespół decyzji i czynności wykonywanych przez pacjenta (lub jego najbliższe otoczenie np. rodziców dzieci z cukrzycą), których celem jest ocena wyrównania metabolicznego cukrzycy i jej powikłań oraz umiejętności modyfikacji terapii. Samokontrola to te czynności i decyzje, dzięki którym pacjent również w szkole może i powinien kontrolować swoją 1 chorobę.

Samokontrola ma zasadnicze znaczenie w monitorowaniu cukrzycy z następujących powodów: aby śledzić dzienny przebieg cukrzycy, aby wykrywać epizody hipoglikemii i hiperglikemii, umożliwić bezpieczne kontrolowanie cukrzycy w domu, podczas aktywności fizycznej, podczas występowania dodatkowych chorób.

Do działań w ramach samoobserwacji należą:

- wielokrotne w ciągu dnia badania glikemii na glukometrze (przed każdym posiłkiem i podaniem insuliny, często 2 godziny po posiłku, przed snem, często w godzinach nocnych, wcześnie rano, również przed wysiłkiem fizycznym lub w trakcie jego trwania),
- prawidłowa interpretacja wyników - pozwala dokładnie dostosowywać dawki insuliny i przyjmowanie posiłków,
- dostosowanie ilości wymienników węglowodanowych (i białko-tłuszczowych) w posiłkach do aktu-

alnej glikemii i planowanych po posiłku zajęć fizycznych,

- przygotowanie do wysiłku fizycznego.
- Dzięki ciągłej edukacji diabetologicznej dziecka chorego na cukrzycę i jego rodziców, dobrze wykształcone umiejętności samoobserwacji i samoopieki pozwalają przyznać, że w szkole ekspertem w dziedzinie cukrzycy powinno i zazwyczaj jest samo dziecko (uwzględniając oczywiście wiek dziecka, czas trwania choroby), oraz w dalszej kolejności jego rodzice.

### **Zdrowe odżywianie**

Szkoła to miejsce zdobywania wiedzy, także tej związanej ze zdrowiem. w sytuacji, kiedy coraz większa grupa dzieci nie nosi do szkoły II śniadania, w zamian spożywa słodkie bułki, batony i chipsy, edukacja zdrowotna nie może pominąć edukacji żywieniowej. Obecność w klasie chorego na cukrzycę dziecka jest najdoskonalszym przykładem właściwej edukacji żywieniowej. Spożywanie przez takie dziecko na przerwie kanapki z wędliną i serem nie będzie budziło zdziwienia. Staje się tym samym prawdziwą codzienną edukacją i sposobem zmiany nawyków żywieniowych całej klasy. Właściwa edukacja żywieniowa w szkole to również konieczność kontroli dostępnego w sklepikach szkolnych dla dzieci i młodzieży asortymentu żywnościowego. Konieczne wydaje się udostępnienie kanapek, owoców oraz wody w małych butelkach.

### **Aktywność fizyczna**

Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja połączone z ruchem są korzystne dla zdrowia. Działania takie podnoszą sprawność fizyczną, przynoszą radość, a u osób z cukrzycą mogą przyczynić się do poprawy wyników leczenia, a także do zapobiegania otyłości, chorobom krążenia. Wysiłek fizyczny powinien być jednak umiejętnie stosowany. Aby był realizowany i nie szkodliwy powinien być indywidualnie dobrany dla każdej osoby z cukrzycą. Zależy to od dotychczasowej aktywności fizycznej, ogólnej sprawności ustroju, stylu życia, masy ciała, ewentualnych powikłań cukrzycy. Głównym problemem przy wykorzystaniu masy mięśniowej u dzieci z cukrzycą jest niedopuszczenie do wystąpienia hipoglikemii. w tym celu zaleca się:

- żeby każdy uczeń chory na cukrzycę zawsze przebywał w towarzystwie kolegi lub koleżanki, znającej zasady postępowania w czasie niedocukrzenia, podczas takich zajęć jak wędrówki w plenerze, biegi przełajowe, pływanie, wycieczka szkolna,
- spożycie przez dziecko niewielkiego posiłku przed zamierzonym wysiłkiem fizycznym,
- przy przedłużającym się wysiłku fizycznym ponowne spożycie dodatkowego posiłku
- wstrzykiwanie insuliny w miejsca odległe od ćwiczących mięśni np. przy biegach wstrzykiwanie insuliny w brzuch, a nie w udo,
- oznaczanie glikemii na glukometrze przed, w trakcie i po wysiłku fizycznym.

#### **Preorientacja zawodowa**

Pielegniarka wspólnie z pedagogiem szkolnym może właściwie doradzić w wyborze drogi zawodowej dla młodej osoby z cukrzycą. Dlatego warto pamiętać podczas takiej rozmowy o kilku informacjach do przekazania:

- wybór zawodu jest niezwykle ważny - praca stanowi czynnik organizujący tryb życia dorosłego człowieka, jest potrzebna ze względów materialnych ale i psychicznych, niesie korzyści ekonomiczne i daje poczucie bycia potrzebnym i docenianym,
- w wyborze zawodu bierzemy pod uwagę stan zdrowia, sprawność fizyczną, cechy osobowości, uzdolnienia i zainteresowania,
- cenne jest wykorzystywanie takich pasji jak: fotografowanie, taniec czy wystrój wnętrz - pozytywny stosunek do pracy ułatwia bowiem pełną akceptację warunków stworzonych przez chorobę,
- osoby leczone insuliną, u których występują nieświadomione stany hipoglikemii, powinny bezwzględnie unikać zawodów, w których narażałyby na niebezpieczeństwo życie i zdrowie swoje lub innych osób,
- przeciwwskazane są zawody związane z przebywaniem na wysokości, utrudniające prowadzenie unormowanego trybu życia, wymagające intensywnego wysiłku i małej ilości przerw w pracy,
- osoby z cukrzycą doskonale odnajdują się w zawodzie edukatorów (np.

cukrzyca), w administracji, bankowości, szkolnictwie, handlu, również w służbie zdrowia.

### **ŚRODOWISKO SZKOLNE A CUKRZYCA**

#### **Warunki higieniczne.**

Wykonanie badania poziomu glukozy u dziecka z cukrzycą w szkole jest konieczne do:

- rozpoznania nieprawidłowego poziomu glukozy (hipoglikemii lub hiper-glikemii),
- oceny możliwości zjedzenia drugiego śniadania,
- wyjaśnienia aktualnego ztego samopoczucia,
- podjęcia decyzji o podaniu dodatkowej dawki insuliny,
- właściwego przygotowania się do wysiłku fizycznego.

Konieczne zatem staje się umożliwienie wykonania badania krwi i moczu w razie konieczności oraz wstrzyknięcia insuliny w przypadku stosowania penów w odpowiednich warunkach (gabinet profilaktyczny, nie szkolna toaleta), pozwolenie na badanie glikemii i wstrzyknięcie insuliny nawet podczas lekcji. Dlatego bardzo ważna jest organizacja kącika dla ucznia z cukrzycą w gabinecie profilaktycznym, która powinna obejmować:

- stworzenie higienicznych warunków do pomiarów glikemii i podania insuliny,
- możliwość umycia i wytarcia rąk jednorazowym ręcznikiem,
- stały zestaw: jałowe gaziki, spirytus, zamknięty pojemnik na odpady (zużyte paski testowe, lancet z nakłuwaczą, zużyta igła po każdorazowym podaniu insuliny), pojemniki na mokre i suche gaziki,
- przechowywanie zapasów aktualnie używanej przez ucznia insuliny w lodówce w temperaturze 2-8° C (leku nie wolno zamrażać!),
- dostępność glukometru w gabinecie, pasków testowych do badania glikemii, pasków testowych do badania ketonów, dodatkowych lancetów do nakłucia palca w celu pomiaru glikemii, dodatkowych igieł do wstrzykiwaczy, kilka wstrzykiwaczy do podawania insuliny różnych firm.

#### **Środowisko społeczne szkoły.**

Działania pielęgniarki szkolnej wobec ucznia chorego na cukrzycę powinny koncentrować się na:

Obserwacji rozwoju fizycznego (prawidłowa masa ciała względem wzrostu):

- właściwego odżywiania, opartego na przeliczaniu węglowodanów w danym produkcie (zapobieganie otyłości),
- regularnego wysiłku fizycznego (uczestniczenie w zajęciach wychowania fizycznego),
- higieny ciała,
- pielęgnacji jamy ustnej,
- występowania powikłań późnych i ostrych, zagrażających życiu.

Rozmowie indywidualnej na temat:

- samokontroli choroby,
- zapobiegania ostrym i późnym powikłaniom cukrzycy,
- szkodliwości palenia tytoniu, picia alkoholu, brania narkotyków,
- funkcjonowania w grupie,
- relacji uczeń - nauczyciel.

Przeprowadzeniu lekcji informacyjnej z zakresu istoty choroby w klasach, do których uczęszczają uczniowie chorzy na cukrzycę:

- podanie informacji o udzieleniu pierwszej pomocy w chwili wystąpienia ciężkiego niedocukrzenia (pokaz podania glukagonu),
  - zapoznanie uczniów ze sprzętem do prowadzenia samokontroli.
- Przekazaniu informacji o chorobie radzie pedagogicznej:

- przeprowadzenie szkolenia z zakresu istoty choroby, leczenia, samokontroli,
- dokładne omówienie zagrożeń związanych z chorobą, które mogą wystąpić w szkole (np. hipoglikemia),
- dostarczenie materiałów edukacyjnych w formie broszur, informacji dla nauczyciela, plakatów,
- urządzenie kącika informacyjnego w pokoju nauczycielskim - powieszenie na tablicy zdjęć chorych dzieci, plakatu z objawami niedocukrzenia i instrukcji podania glukagonu.

Współpracy z rodzicami chorych dzieci poprzez:

- zaproszenie na organizowane pogadanki o tematyce zdrowotnej w czasie spotkań semestralnych,
- korespondencję listowną,

- rozmowę przy okresowych badaniach profilaktycznych.

Uczęszczanie do szkoły przez dzieci i młodzież z cukrzycą typu 1 oraz dopasowanie się do obowiązujących w niej zasad, są ważnymi wskaźnikami przystosowania do życia społecznego. Szczególne sytuacje dotyczące tej choroby w aspekcie szkoły pielęgniarka szkolna powinna bardzo szczegółowo przedyskutować z nauczycielem - wychowawcą klasy. Do tych sytuacji należy np. postępowanie w przypadku hipoglikemii. Pielęgniarka i nauczyciel powinni omówić następujące zagadnienia:

- znajomość typowych objawów niedocukrzenia, występujących u dzieci,
- unikanie opóźnień w spożywaniu posiłków, pozwolenie na dodatkowe jedzenie przed ćwiczeniami fizycznymi lub w zagrożeniu hipoglikemią,
- zachęcanie dziecka do jedzenia wszystkiego, co miało przewidziane na dany posiłek (szczególnie u młodszych dzieci szkolnych),
- zabezpieczenie w klasie produktów szybko wchłanianych np. kostek cukru, tabletek glukozowych, kartoników soku owocowego,
- w czasie hipoglikemii lub po epizodzie niedocukrzenia dziecko nie powinno być pozostawione samo,
- zachęcania dziecka, aby zgłaszało niedocukrzenie personelowi szkoły (wstyd dziecka może opóźnić interwencję i zwiększyć problem).

### Posiłki szkolne

Prawidłowe żywienie jest bardzo ważnym elementem leczenia cukrzycy. Spojrzenie na „dieta w cukrzycy” zostało znacznie zmodyfikowane w ostatnich latach. Większość naukowców jest zdania, że określenie „dieta” należy zastąpić określeniem „zdrowy sposób odżywiania”. Dotyczyć on powinien nie tylko samego chorego na cukrzycę, ale także całej rodziny. w świetle tych zasad nie ma produktów zabronionych dla osób z cukrzycą, a jedynie niektóre produkty są zalecane, inne zaś należy ograniczyć.

Dziecko chore na cukrzycę powinno w ciągu dnia dostarczać organizmowi odpowiednią ilość składników pokarmowych pochodzących z białek, tłuszczów i węglowodanów oraz minerałów i witamin - należną do wieku, płci i masy ciała.

Skład jakościowy posiłków powinien obejmować: 10-15% energii - białka, 25-30% energii - tłuszcze, 55-60% - węglowodany.

Współpracując z rodzicami pielęgniarka szkolna powinna:

- ustalić ilość spożywanych na główny posiłek (obiad w szkole) wymienników węglowodanowych i białkowo-tłuszczowych (dla dzieci z podłączoną pompą insulinową) - najlepiej byłoby żeby rodzice przekazali informacje o odżywianiu swojego dziecka w formie pisemnej,
- zaopatrzyć personel stołówki szkolnej w tablice wymienników węglowodanowych i białkowo-tłuszczowych celem codziennego określania zawartości tych wymienników w podawanym przez stołówkę posiłku.

Wymiennik węglowodanowy - 1 WW - taka ilość produktu wyrażona w gramach, która zawiera 10 gram węglowodanów przyswajalnych. Jeżeli jedna bułka (kajzerka) zawiera 3 WW, to oznacza, że poziom cukru we krwi rośnie tak, jak po spożyciu 30 g (3 x 10 g) czystego cukru. Po ustaleniu, ile WW należy spożywać, np. na śniadanie, posiłki należy komponować tak, aby w kolejnych dniach śniadania zawierały podobną liczbę WW. Dzięki temu można zapobiec wahaniom poziomu cukru we krwi.

Wymiennik białkowo-tłuszczowy - 1 WBT - to taka ilość produktu wyrażona w gramach, która jest źródłem 100 kcal z białka i tłuszczu lub tłuszczu.

### INFORMACJE DOTYCZĄCE WYCIECZEK SZKOLNYCH

Dzieci i młodzież z cukrzycą, tak samo jak osoby nie chorujące zachęca się, żeby korzystały z planów podróży. Ogólna dostępność podróżowania sugeruje uwzględnienie podstawowych zasad samokontroli oraz prawidłowego postępowania w czasie wyjazdów tak, aby były one w pełni bezpieczne i satysfakcjonujące również dla osób z cukrzycą. Aby podróż była w pełni bezpieczna i dająca zadowolenie należy wziąć pod uwagę kilka czynników dotyczących wyjazdu. Są to: długość podróży, możliwość opóźnień, relacje czasowe pomiędzy wstrzyknięciami insuliny a posiłkami, zmiany klimatyczne, zmiany w rytmie snu i posiłków (szczególnie przekraczając strefy

czasowe), dostępność żywności węglowodanowej, zmiany rodzaju wyżywienia, zmiany w nasileniu aktywności fizycznej, dostępność do służb medycznych, postępowanie w dodatkowej chorobie z dala od domu rodzinnego.

Podczas wycieczek zmienia się tryb życia, przede wszystkim może ulec zmianie odżywianie (jakość, wielkość i czas posiłków) oraz wysiłek fizyczny. Dzieci i młodzież z cukrzycą podczas wyjazdu, planując wysiłek fizyczny powinny pamiętać o ewentualnym zwiększeniu liczby spożytych węglowodanów lub obniżeniu dawki insuliny, aby zabezpieczyć się przed hipoglikemią. Aby wysiłek fizyczny podczas wyjazdu nie był szkodliwy lecz przyniósł korzyści dla organizmu osoby z cukrzycą muszą pamiętać o podstawowych zasadach:

1. Nie podejmować wysiłku fizycznego przy glikemii równej lub większej niż 250 mg/dl, gdyż może to grozić wystąpieniem kwasicy ketonowej.

2. Przy glikemii równej lub mniejszej niż 70 mg/dl również nie wykonywać wysiłku fizycznego, gdyż grozi to wystąpieniem niedocukrzenia.

3. w czasie wysiłku fizycznego wszystkie inne osoby powinny być poinformowane o ewentualnej pomocy w momencie wystąpienia niedocukrzenia.

4. Wielkość przekąski powinna być ustalona w zależności od czasu trwania i intensywności wysiłku fizycznego. Proponuje się na jedną godzinę wysiłku 2-3 WW (idealnym połączeniem jest produkt skrobiowy np. pieczywo pełnoziarniste plus 1 WW z owoców plus 1 WW z produktu mlecznego).

5. Po długotrwałym wysiłku fizycznym zagrożenie hipoglikemią może utrzymać się przez wiele godzin od momentu jego zakończenia, dlatego ważna jest kontrola glikemii przed i po wysiłku, a także przed snem aby ustalić zmianę dawkowania insuliny lub spożycie dodatkowej przekąski.

Każda podróż wymaga odpowiedniego przygotowania. Nie można zapomnieć o koniecznym wyposażeniu:

1. Apteczka, w której powinna być:
  - wystarczająca ilość insuliny, glukagon, strzykawki insuliny bądź zestawy infuzyjne do pompy insulinowej, igły do pena, peny - jednorazowe wstrzykiwacze, glukometr, nakłu-

wacz, igły do nakłuwacza, zapasowa bateria do glukometru, zapasowe baterie do pompy insulinowej (jeżeli jest stosowana), paski testowe do badania krwi i moczu na czas przewidywanego pobytu, plus (dodatkowo) po jednym opakowaniu, zapas glukozy do doraźnego zażywania. Insulinę, glukagon i glukometr powinno się zabezpieczyć przed ekstremalnymi temperaturami jeżeli takowe są przewidywane w czasie podróży. Do przewozu insuliny można użyć termosu z szerokim otworem lub innych pojemników z termoizolowaną obudową. Po dotarciu na miejsce zapas insuliny umieszcza się w chłodziarce,

- insulina, razem z całym dodatkowym wyposażeniem powinna być łatwo dostępna w bagażu podręcznym i podzielona na dwie sztuki bagażu, aby uniknąć strat w razie zagubienia bagażu lubjargonieodpowiedniego przechowywania w czasie transportu. Należy pamiętać, że insulina może być przechowywana w temperaturze pokojowej nie dłużej niż jeden miesiąc.

2. Na wypadek zagrożenia niedocukrzeniem żywność musi być dostępna w bagażu podręcznym, jak również dostateczna ilość dodatkowej żywności z węglowodanami, gdyby doszło do nieplanowanych opóźnień w podróży lub żywność podana przez linie lotnicze lub zamówiona w restauracji była niestosowna. Insulina powinna być podawana wtedy, kiedy mamy pewność, że jedzenie jest łatwo dostępne. Żywność należy zabierać ze sobą ze środków komunikacji, gdyż w dalszych etapach podróży/lub nawet w miejscu docelowym/ możemy napotkać nieprzewidziane kłopoty dotyczące odżywiania.

3. Dostępna butelkowana woda mineralna niegazowana.

4. Leki przeciwwymiotne. Jeżeli pacjent cierpi na chorobę lokomocyjną, powinien przyjąć zwykle stosowane leki na Vi -1 godzinę przed planowaną podróżą.

### **WAŻNA ROLA PIELEŃNIARKI - POMYŚL NA LEKCJĘ NT. CUKRZYCY**

Edukacja dziecka z cukrzycą daje mu możliwość panowania nad chorobą, osiągnięcia wyznaczonych celów życiowych i pełnienia ról społecznych. Współpraca pielęgniarki szkolnej w zakresie edu-

kacji zdrowotnej z klasą, w której przebywa dziecko z cukrzycą, może przyczynić się do zwiększenia poziomu świadomości dotyczącej czynników wpływających na zdrowie, zwiększających ryzyko zachorowania na cukrzycę oraz dostarczyć wiedzę, dotyczącą samej choroby. Poniżej przedstawiamy propozycje scenariusza zajęć z edukacji zdrowotnej w cukrzycy do przeprowadzenia przez pielęgniarkę szkolną.

Temat ogólny: Cukrzyca typu 1 - insulinozależna  
Temat szczegółowy: Samokontrola glikemii

Cel dydaktyczno-wychowawczy:

- zapoznanie z zasadami samokontroli w cukrzycy z uwzględnieniem samokontroli glikemii
- przekazanie wiedzy dzieciom i młodzieży na temat pomiaru cukru na glukometrze
- współdziałanie w grupie

Metody pracy: rozmowa kierowana, pokaz, zajęcia praktyczne, zabawa dydaktyczna, praca plastyczna, mapa skojarzeń.

Środki dydaktyczne: sprzęt do pomiaru glikemii (glukometr, nakłuwacz, lancet, gaziki, pojemnik na odpady, paski testowe do badania), rebusy, karta pracy (osobna do wykorzystania w wykładzie, osobna do wykorzystania podczas ćwiczeń), kredki, blok rysunkowy, czyste kolorowe kartki.

Przebieg zajęć.

- Przedstawienie tematu zajęć, jeśli jest to możliwe, to wszyscy siedzą w kręgu.
- Rozmowa o samokontroli w cukrzycy (co to jest samokontrola w cukrzycy, na czym polega, metody samokontroli, omówienie zasad samokontroli glikemii, zapoznanie ze słownictwem medycznym i normami glikemii).
- Pokaz, jak wykonuje się badanie glikemii na glukometrze, prezentacja glukometru i dodatkowego sprzętu do prowadzenia samokontroli (nakłuwacz, lancet), rozdanie prospektów pokazujących różne glukometry.
- Zabawa dydaktyczna. Dzieci rozwiązują rebusy, odgadując zwroty medyczne dotyczące samokontroli w cukrzycy, po czym wymieniają własne skojarzenia ze słowem glikemia, glukometr, cukrzyca.

- Praca plastyczna. Dzieci rysują rebusy z hasłem: glukometr, nakłuwacz, glikemia, cukrzyca, lancet, samokontrola.

- Dzieci otrzymują karty pracy: jedna to skrócony wykład o samokontroli, drugą trzeba wypełnić pisząc słowa lub rysując przedmioty kojarzące się z hasłem „samokontrola” (tak powstaje mapa skojarzeń).

- Prezentacja i omówienie prac z dziećmi.

- Według podobnego scenariusza można zaplanować przeprowadzenie zajęć na inne tematy dotyczące cukrzycy u dzieci i młodzieży.

Wymienniki węglowodanowe

Miara zawartości węglowodanów w poszczególnych produktach spożywczych. 1 WW odpowiada 10 g węglowodanów, które są zawarte w odpowiedniej liczbie gramów danego produktu (do obliczenia WW stosuje się specjalne tablice wymiennikowe).

Wymienniki węglowodanowe

Miara zawartości kalorycznej w poszczególnych produktach spożywczych. 1 WBT odpowiada 100 kcal pochodzącym z białek i tłuszczów bądź tłuszczów (do obliczania WBT stosuje się specjalne tablice wymiennikowe).

### **PIŚMIENNICTWO**

3. Czupryniak A., Jarosz-Chobot P. Dzieci i młodzież z cukrzycą w szkole oraz wybór kształcenia zawodowego. Rozdz. w: Cukrzyca typu 1. Red.: Otto-Buczkowska E. Cornetis. Wrocław 2006,446-469

4. Dębska E. Dziecko z cukrzycą typu 1 w placówkach oświatowych. Informacje dla nauczycieli. Materiał edukacyjny Krajowego Komitetu Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Cukrzycą Towarzystwa Przyjaciół Dzieci

5. Hanas R. Cukrzyca typu 1 u dzieci, młodzieży i dorosłych. Dia-Pol. Bydgoszcz 2003

6. Janikowska-Skłucka A. Wracamy do szkoły. Zebra - gazetka w paski dla użytkowników pomp insulinowych. Mini-Med 2007; 12:7-8

7. Kościńska E., Kruk-Kupiec G., Młynarczyk M. i wsp. Zalecenia Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii



i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa. Czelej, Warszawa-Lublin 2006

8. Noczyńska A. Rodzina z cukrzycą. Zebra - gazetka w paski dla użytkowników pomp insulinowych. MiniMed 2005; 7:2-5

9. Pieszko M. Obliczanie wymienników węglowodanowych. Jak to robić? Zebra - gazetka w paski dla użytkowników pomp insulinowych. MiniMed 2005; 7:12-13

10. Drzewoski J. Podręczny leksykon diabetologiczny. Delta, Warszawa 2005

**OPRACOWANIE:**

mgr Alicja Szewczyk  
Poradnia Diabetologiczna Kliniki Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

dr n. biol. Renata Adamska  
Katedra Pielęgniarstwa Pediatricznego

Uniwersytet Medyczny, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera, Poznań

Opracowanie „Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z cukrzycą - informacje dla pielęgniarki szkolnej” zatwierdzone i rekomendowane przez Konsultana Krajowego w Dziedzinie Pediatrii, doc. dr. hab n. med. Annę Dobrzańską.

## Co wynika z oceny ryzyka

- wykorzystanie systemu monitorowania pacjentów z grupy wysokiego ryzyka przy przyjęciu do szpitala w czynnym nadzorze nad zakażeniami szpitalnymi

Powikłania i zdarzenia niepożądane związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych należą do istotnych czynników mających wpływ na jakość opieki szpitalnej. Znajomość zagrożeń i ocena ryzyka podejmowanych wobec pacjenta działań terapeutycznych powinny mieć wpływ na zminimalizowanie niepożądanych efektów hospitalizacji w tym celu należy wykorzystać dostępne narzędzia pozwalające na szacowanie tego rodzaju zagrożenia, co nie jest na dzień dzisiejszy kwestią innowacyjności w zarządzaniu ryzykiem, ale obowiązkiem wynikającym z Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art 11 ust 2 i art. 14 ust 1).

Zakażenie szpitalne jest w ocenie pacjentów niewątpliwie zdarzeniem niepożądanym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Niewielu z pacjentów zdaje sobie jednak sprawę, że powikłanie to nie zawsze powstaje z winy personelu medycznego i jest wynikiem błędu w sztuce lekarskiej. Wielu pacjentów nie ma świadomości, że pewnego proggu powikłań infekcyjnych nie da się obniżyć, przynajmniej przy dzisiejszym stanie medycyny. Znajomość czynników ryzyka leżących po stronie pacjenta, których wpływu na przebieg leczenia pacjent/ rodzina niejednokrotnie sobie nie uświadamia, ma duże znaczenie nie tylko dla pomyślnego przebie-

gu hospitalizacji ale również, niestety, dla przebiegu spraw sądowych, którymi kończą się niektóre powikłane przypadki leczenia. NFZ nie przewiduje finansowania leczenia powikłań, dlatego szpitale powinny zwrócić szczególną uwagę na działania profilaktyczne w tym zakresie i to w ujęciu wieloaspektowym.

Ocena ryzyka zakażenia, dokonywana przy przyjęciu pacjenta do szpitala, powinna pozwolić na ocenę tzw. „wyjściowego” stanu pacjenta i zakwalifikowanie go do określonej grupy zagrożenia. Ocena ryzyka jest w tym wypadku bardzo ważną informacją dla personelu medycznego i powinna przełożyć się na realizację planowanych procedur w sposób minimalizujący ryzyko wystąpienia powikłań. Dodać należy, że udokumentowanie czynników ryzyka ma przełożenie na ocenę odpowiedzialności szpitala w przypadku niepowodzenia leczniczego. Równocześnie ocena ryzyka to wiedza, która powinna w przystępny sposób zostać przekazana pacjentowi/rodzinie. z punktu widzenia etyki, jasno sprecyzowany komunikat o niebezpieczeństwie związanym z leczeniem pacjenta obciążonego dużym ryzykiem infekcji może wpłynąć pozytywnie na wizerunek szpitala w przypadku hospitalizacji bez powikłań, a w przypadku ich wystąpienia - nie będzie to fakt nowy, zaskakujący dla pacjenta i jego rodziny.

W Sosnowieckim Szpitalu Miejskim Sp. z o.o. wprowadzono w związku z powyższym system czynnego nadzoru nad pacjentami zakwalifikowanymi do III grupy (wysokiego ryzyka) wystąpienia zakażenia.

W pierwszym etapie programu postawiono sobie za cel zdiagnozowanie czynników ryzyka ze strony pacjenta predysponujących do wystąpienia zakażenia szpitalnego.

Dla realizacji i etapu procesu stworzono kartę oceny ryzyka przy przyjęciu do szpitala (zał. nr 1), w której uwzględniono czynniki ryzyka istotne z punktu widzenia specyfiki szpitala takie jak: wiek, przewlekłe zakażenia, zachowania ryzykowne, zabiegi inwazyjne przeprowadzone w ostatnim półroczu, przedłużająca się antybiotykoterapia, choroby nowotworowe i związane z nimi leczenie, dializoterapia, odleżyny, choroby przewlekłe, hospitalizacja w okresie poprzedzającym przyjęcie do szpitala, urazy, stany niewydolności oddechowej i utraty przytomności, obecność cewników, ostre zakażenia.

Czynniki podzielono na 3 grupy i przypisano im ocenę ważoną, tzn. ilość punktów uzależniono od hipotetycznej na tym etapie wdrażania procesu istotności danego czynnika ryzyka. Nie wykluczono możliwość weryfikacji wagi czynników ryzyka.

Każdy przyjęty pacjent jest poddawany ocenie i zostaje zakwalifikowany do jednej z trzech grup ryzyka, z czym wiąże się m.in. dalsze procedury monitorowania zakażeń szpitalnych.

Pacjenci z grupy najwyższego ryzyka (III grupa) są objęci nadzorem czynnym. Pacjenci z tej grupy są rejestrowani w „Rejestrze pacjentów zakwalifikowanych do III grupy ryzyka zakażenia przy przyjęciu do szpitala”. Pacjent jest monitorowany przez Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych przez cały okres hospitalizacji. ZKZS rejestruje zakażenie w porozumieniu z lekarzem prowadzącym. Docelowo kartę zakażenia prowadzi lekarz prowadzący i uzupełnioną przekazuje do ZKZS po wypisie pacjenta.

Pozostali pacjenci są objęci innymi procedurami monitorowania obowiązującymi w szpitalu, a mianowicie: Grupa I (małego ryzyka) - podlega nadzorowi biernemu, tzn. wystąpienie zakażenia rejestruje lekarz prowadzący i przekazuje informację o wystąpieniu zakażenia do ZKZS w ciągu 24 godzin od rozpoznania, a zakończoną kartę rejestracji zakażenia przekazuje do ZKZS po wypisie pacjenta. Oczywiście nadzór bierny jest tu pojęciem umownym, gdyż ZKZS prowadzi w szpitalu nadzór mikrobiologiczny oraz monitoring antybiotykoterapii u wszystkich pacjentów hospitalizowanych. Grupa II (średniego ryzyka) podlega nadzorowi „biernemu poszerzonemu” (pojęcie stworzone na użytek wewnętrzny) - pacjenta monitoruje w oddziale personel łącznikowy, podejrzenie zakażenia personel łącznikowy zgłasza do ZKZS, zakażenie rejestruje lekarz prowadzący i zakończoną kartę rejestracji zakażenia przekazuje do ZKZS po wypisie pacjenta.

Na potrzeby czynnego nadzoru stworzono kartę obserwacji pacjenta z III grupy ryzyka, w której uwzględniono podstawowe dane o pacjencie, procedury wysokiego ryzyka, monitoring temperatury ciała, stosowane antybiotyki, nadzór mikrobiologiczny, która jest codziennie uzupełniana podczas konsultacji pacjenta.

Nadzór w oparciu o przedstawione narzędzia wdrożono w II półroczu 2013 r. Zanalizowane dane obejmują okres do dnia 31.12.2013 r. Liczba pacjen-

tów zarejestrowanych w III grupie ryzyka wynosi 38, co stanowi 1% wszystkich hospitalizacji. Wydaje się zasadne, by zweryfikować zasady kwalifikacji pacjentów do III grupy ryzyka w celu poszerzenia grupy badawczej. Drugim rozwiązaniem jest objęcie nadzorem również pacjentów z II grupy ryzyka.

Wśród pacjentów z III grupy zarejestrowano 8 przypadków zakażeń szpitalnych, co stanowi 21% wszystkich pacjentów z grupy wysokiego ryzyka zakażenia. 6 najczęściej występujących czynników ryzyka u pacjentów w III grupie to:

- antybiotykoterapia przed przyjęciem - 95%
- przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 m-cy - 92%
- choroby przewlekłe (cukrzyca, niewydolność krążenia) - 82%
- sztuczne drogi (cewniki) - 71%
- wiek powyżej 75 lat - 55%
- odleżyny - 42%

Z tych danych wyłania się profil pacjenta wysokiego ryzyka przyjmowanego do naszego szpitala

- to pacjent w wieku podeszłym, który cierpi na choroby przewlekłe, często z odleżynami, leczony empirycznie antybiotykami.

Najczęściej występujące czynniki ryzyka u pacjentów z III grupy, u których wystąpiło zakażenie szpitalne to:

- odleżyny - 31%
- wiek powyżej 75 lat - 29%
- sztuczne drogi (cewniki) i choroby przewlekłe (w tym niewydolność nerek) - 26%
- zaniedbania higieniczne i przeniesienie z innego szpitala - 23%

Wydaje się więc, że przy weryfikacji karty oceny ryzyka przy przyjęciu do szpitala te właśnie czynniki powinny zostać najwyższej punktowane w naszym szpitalu, ponieważ u pacjentów z takimi obciążeniami najczęściej dochodziło do zakażenia szpitalnego.

W następnym etapie należy ustalić jakie zakażenia występują u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka i jakie czynniki ryzyka, występujące podczas hospitalizacji, mogły mieć wpływ na powstanie zakażenia. Odpowiedź na to pytanie powinna wynikać z kontroli wewnętrz-

nych procedur jakie miały zastosowanie w trakcie hospitalizacji.

Uzupełnieniem procesu jest wprowadzenie działań korygujących i ocena podjętych działań. Wnioski z analizy powinny znaleźć się w Programie kontroli zakażeń. Celem tego wystąpienia nie jest analiza rodzaju zakażeń i ich przyczyn w naszym szpitalu, nie zostaną więc tu przedstawione konkretne dane.

Wystąpienie ma na celu przedstawienie, w jaki sposób można wykorzystać w praktyce ocenę ryzyka przy przyjęciu pacjenta do szpitala, by nie stała się ona jedynie nikomu niepotrzebnym, kolejnym formularzem do wypełnienia.

*Katarzyna Skibińska  
Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o.*

### **Bibliografia:**

P. Grzesiowski „Ocena ryzyka zakażenia przy przyjęciu do szpitala - propozycja formularza”; Biuletyn SHL 2009, 4(37).

„Dokumentowanie kontroli wewnętrznych w obszarze profilaktyki zakażeń szpitalnych” - materiały szkoleniowe (...), zeszyt XII; PSPE Katowice 2013.

Red. P. B. Heczko, J. Wójkowska-Mach „Zakażenia szpitalne. Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń”, Wyd. PZWL Warszawa 2009.

[http://www.emedyk.pl/artukul.php7i-dartykul\\_rodzaj=85&idartykul=632 me-dyk.pl](http://www.emedyk.pl/artukul.php7i-dartykul_rodzaj=85&idartykul=632 me-dyk.pl) Internetowa Klinika Zarządzania „Pielęgniarski monitoring zakażeń szpitalnych” E. Czapska.

<http://www.medicalnet.pl/Jeden-formularz-dó-rejestracji-zakazen-wy-tyc-zne,wiadomosc,10,drudzien,2012.aspx> P. Grzesiowski „Jeden formularz do rejestracji zakażeń - projekt”

<http://www.wbc.poznan.pl/Content-t/177764/index.pdf> Ewa Dziąba „Problem zakażeń szpitalnych w aspekcie jakości usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej”, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2010.

**KARTA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA PRZY PRZYJĘCIU PACJENTA DO SZPITALA** zał. nr 1

Imię i nazwisko ..... wiek .....

Data przyjęcia ..... Oddział ..... Nr ks. gł. ....

Punktacja	CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA	TAK
1 pkt za każdy czynnik	Wiek powyżej 75 lat lub poniżej 2 lat / wcześniactwo / ciąża (zakreślić właściwe)	
	Przewlekłe zakażenia (np. WZW B / WZW C / gruźlica / HIV)	
	Zabiegi kosmetyczne inwazyjne (w tym kolczykowanie / tatuaże)	
	Zmiany skórne / zaniedbanie higieniczne	
	Uzależnienie (alkohol, nikotyna, leki, narkotyki, inne)	
2 pkt za każdy czynnik	Zabiegi chirurg. / inwazyjne do 6 m-cy przed hospitalizacją	
	Choroba nowotworowa / radioterapia / chemioterapia / sterydoterapia/	
	Antybiotykoterapia do 3 m-cy przed hospitalizacją	
	Przetaczanie preparatów krwiopochodnych do 6 m-cy	
	Odleżyny	
	Dializoterapia	
3 pkt za każdy czynnik	Choroby przewlekłe (np. cukrzyca, niewydolność krążenia, nerek itp.)	
	Przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacja w ostatnich 6 m-cach	
	Uraz otwarty / uraz wewnętrzny / uraz wielonarządowy	
	Chory nieprzytomny / zaintubowany / po NZK / z rurką tracheostomijną	
	Sztuczne drogi (cewnik moczowy, stomia, cewnik naczyniowy itp.)	
	Aktywne ostre zakażenie	
	RAZEM:	

Liczba punktów	Grupa ryzyka	Obowiązujące postępowanie
0–6 pkt.	I – małe ryzyko	Pacjent nie jest czynnie monitorowany <sup>1</sup>
7–12 pkt.	II – średnie ryzyko	pacjent podlega <i>nadzorowi czynnemu prowadzonemu przez personel łącznikowy</i> <sup>2</sup>
13–35 pkt.	III – wysokie ryzyko	pacjent podlega <i>nadzorowi czynnemu prowadzonemu przez pielęgniarkę epidemiologiczną</i> <sup>3</sup>

LICZBA PUNKTÓW .....

GRUPA RYZYKA .....

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza**INSTRUKCJA:**

1. Kartę wypełnia lekarz oddziału przy przyjęciu
2. Wpisać odpowiednią liczbę punktów przy stwierdzeniu istnienia czynnika ryzyka, podliczyć ilość punktów
3. Zakwalifikować pacjenta do grupy ryzyka
4. Postępować zgodnie z przypisanymi wytycznymi.

**LEGENDA:**

- 1 – wystąpienie zakażenia rejestruje lekarz prowadzący i przekazuje informacje o wystąpieniu zakażenia do ZKZSz w ciągu 24 godzin od rozpoznania, zakończoną kartę rejestracji zakażenia przekazuje do ZKZSz po wypisie pacjenta.
- 2 – pacjenta monitoruje w oddziale personel łącznikowy, podejrzenie zakażenia personel łącznikowy zgłasza do ZKZSz, zakażenie rejestruje lekarz prowadzący i zakończoną kartę rejestracji zakażenia przekazuje do ZKZSz po wypisie pacjenta.
- 3 – pacjent monitorowany przez pielęgniarkę epidemiologiczną w porozumieniu z lekarzem prowadzącym, kartę zakażenia zakłada i prowadzi lekarz prowadzący i uzupełnioną przekazuje do ZKZSz po wypisie pacjenta.



# Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

## Szanowni Państwo

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że od października 2014 r. uzyskają Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bez-

płatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie

dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, której Państwo jesteście członkami.

## Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPIP,

2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu [www.libra.ibuk.pl](http://www.libra.ibuk.pl)

## Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj.: zmiany nazwiska; zmiany adresu zamieszkania; zmiany miejsca pracy; ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacje o zaprzestaniu wykonywania

zawodu; informacje o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu; informacji o przejściu na rentę, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych składa na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w re-

jestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Krośnie.

AKTUALIZACJI DANYCH MOŻEMY DOKONAĆ: OSOBIŚCIE - w dziale prawa wykonywania zawodu lub PISEMNI na adres biura:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno.

### INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI o DOFINANSOWANIE AKTUALIZACJA DANYCH W CENTRALNYM REJESTRZE JEST WARUNKIEM ROZPATRZENIA WNIOSKU

Wnioski o dofinansowanie będą rozpatrzone tylko wtedy kiedy dane zawarte we wniosku o dofinansowanie będą zgodne z danymi w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. W innym przypadku wnioski nie będą rozpatrywane.

### PROSIMY AKTUALIZOWAĆ SWOJE DANE W REJESTRZE

## Komunikat

Zarząd i członkowie Uniwersyteckiego Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Zarząd Oddziału Wojewódzkiego PTP w Lublinie zapraszają na

### FORUM DYSKUSYJNO-NAUKOWE W PIELEŃNIARSTWIE „Lider w praktyce pielęgniarskiej”

Termin spotkania:  
13 maja 2015 godz. 10.00-15.00

Miejsce spotkania:

SPSK 4 w Lublinie ul. K. Jaczewskiego 8, Aula wykładowa V piętro

Zgodnie z tradycją naszych spotkań w programie II Forum zaplanowano:

- wystąpienia liderów pielęgniarstwa
- dyskusję ekspertów i uczestników Forum
- sesję plakatową nt: „Lider w praktyce pielęgniarstwa”

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy przesyłać do na adres e-mail: [ptpsekretarzi@interia.pl](mailto:ptpsekretarzi@interia.pl)

Liczba miejsc jest ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Charakter, koszty uczestnictwa i ważne terminy;

- udział czynny: 100 zł; członkowie PTP 50 zł.; termin przesłania karty zgłoszenia uczestnictwa do 20 marca 2015, a streszczenia doniesienia do 12 kwietnia 2015,
- udział bierny z certyfikatem uczestnictwa: 10 zł; termin przesłania karty



zgłoszenia uczestnictwa do 20 marca 2015,

- udział bierny bez certyfikatu uczestnictwa - bezpłatny; termin przesłania karty zgłoszenia uczestnictwa do 20 marca 2015.

Planujemy wydruk pełnych prac w następujących czasopismach:

- Pielęgniarstwo XXI wieku,
- Journal of Education, Health and Sport,
- Problemy Pielęgniarstwa.

**Kontakt z organizatorami:**

mgr Aneta Kościółek  
Sekretarz Uniwersyteckiego Koła PTP  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
Tel. 81 448 68 05  
e-mail: ptpsekretarziainteria.pl

UNIwersytet RZESZOWSKI, WYDZIAŁ MEDYCZNY,  
INSTYTUT PIELĘGNIARSTWA i NAUK o ZDROWIU  
UNIwersytet W DEBRECZYNIE, WYDZIAŁ ZDROWIA  
UNIwersytet POŁUDNIOWOCZESKI W CZESKICH BUDEJOWICACH,  
WYDZIAŁ ZDROWIA i NAUK SPOŁECZNYCH  
UNIwersytet KONSATNYNA FILOZOFA W NITRZE,  
WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH i OPIEKI ZDROWOTNEJ

ZAPRASZAJĄ NA VIII MIĘDZYNARODOWE SYMPOZJUM

**PIELĘGNIARSTWO W PROCESIE ZMIAN - KIM JESTEŚMY i DOKĄD ZMIERZAMY?**

RZESZÓW, 10-11 WRZESIEŃ 2015 r.

Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych Rzeszów, ul. Warzywna 1

**PATRONAT HONOROWY**

- Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Rzeszowskiego - prof. dr hab. Aleksander Bobko
- Marszałek Województwa Podkarpackiego - mgr Władysław Ortyl
- Dziekan Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego - dr hab. n. med. prof. UR Artur Mazur
- Konsultant Wojewódzki ds. Pielęgniarstwa - mgr Ewa Zawilińska

**TEMATYKA KONFERENCJI:**

Pielęgniarstwo europejskie - terażniejszość i przyszłość; Telepielęgniarstwo - nowe spojrzenie na opiekę pielęgniarską; Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna - identyfikacja przeszkód w działaniu; Jakość życia w chorobie - implikacje dla praktyki pielęgniarskiej; Starość i niepełnosprawność wyzwaniem współczesnego pielęgniarstwa.

**Języki konferencji:** polski, angielski, czeski, słowacki. Organizatorzy przewidują tłumaczenie symultaniczne z języka polskiego na język angielski oraz z języka angielskiego na język polski.

**WAŻNE TERMINY:**

Termin rejestracji: 15 czerwca 2015 r. Termin nadsyłania pełnych prac: 15 czerwca 2015 r.

Formularz rejestracyjny dostępny jest na stronie internetowej: [www.symposium.eu](http://www.symposium.eu)

**Opłata konferencyjna: 250 PLN**

Opłata konferencyjna (studenci) - 100 PLN

Opłata konferencyjna (uczestnictwo bierne) -150 PLN

Pieniądze prosimy wpłacać na konto: PKO BP S.A. Oddz. i w Rzeszowie, 56

1020 4391 0000 6502 0077 0529 z dopiskiem „opłata konferencyjna VIII Symposium Pielęgniarstwa - Rzeszów”

Opłata konferencyjna zawiera: materiały konferencyjne, napoje, lunch, uroczystą kolację. Opłata nie zawiera ceny noclegu.

**KONTAKT:**

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski  
ul. Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów,  
e-mail: [kontakt@symposium.rzeszow.pl](mailto:kontakt@symposium.rzeszow.pl), tel. (17) 872 11 09

**ZAKWATEROWANIE:** Uprzejmie informujemy, że w koszt uczestnictwa w Sympozjum nie jest wliczone zakwaterowanie. Prosimy o rezerwację miejsc w hotelach we własnym zakresie.

Więcej informacji: [www.oipip.rzeszow.pl/konferencje\\_szkolenia](http://www.oipip.rzeszow.pl/konferencje_szkolenia)

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

[www.oipip.krosno.pl](http://www.oipip.krosno.pl), e-mail: [oipip@interia.pl](mailto: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: HEDOM, Krosno. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 26 III 2015 roku.

Człowiek - najlepsza inwestycja

KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCIWojewódzki Urząd Pracy  
w RzeszowieUNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNYOśrodek Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych Sp. z o. o.  
w Rzeszowieinformuje, że w okresie 01.05.2013 - 31.01.2015 r.  
zrealizowaliśmy projekt**„Zdrowa konkurencja - zdrowsi pacjenci”**współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach  
Europejskiego Funduszu Społecznego

W projekcie wzięło udział 164 pielęgniarki i 6 pielęgniarzy oraz 30 położnych ze 104 podmiotów leczniczych z woj. podkarpackiego.

Łącznie 200 osób pracujących w zawodzie pielęgniarstwie ukończyło kurs dokształcający „**Samozatrudnienie w działalności leczniczej - kontrakty pielęgniarstwie**”. Celem 112-godz. kursu było praktyczne przygotowanie do ewentualnego podjęcia indywidualnej lub grupowej działalności gospodarczej w ramach kontraktu pielęgniarstwie. Program kursu obejmował 7 modułów tematycznych, w tym zagadnienia formalno-prawne jak: Aktualne przepisy prawne dotyczące działalności leczniczej. Formy zatrudnienia w usługach pielęgniarstwie, Kontraktowanie usług z NFZ, prowadzenie dokumentacji itp.) oraz praktyczne aspekty prowadzenia własnej działalności, w tym księgowość. Uczestniczki/cy mieli także możliwość uzyskania kompetencji z zakresu: prowadzenia negocjacji, przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi oraz radzenia sobie ze stresem. Dodat-

kowo każdy uczestnik mógł skorzystać z dwóch indywidualnie wybranych:

- **kursów dokształcających** w 7 dziedzinach, w tym: Prowadzenie dokumentacji medycznej, Cewnikowanie pęcherza moczowego. Rehabilitacja pacjentów ze schorzeniami narządów ruchu, schorzeniami kardiologicznymi, neurologicznymi i onkologicznymi oraz praca z trudnym pacjentem - po 2-3 grupy z każdego kursu;

- **kursów specjalistycznych** w 6 dziedzinach: Leczenie ran dla pielęgniarek (3 grupy), Leczenie ran dla położnych (2 gr.), RKO {2 gr.}, Wykonywanie i interpretacja EKG (2 gr.), Edukator w cukrzycy (2 gr.) oraz Żywnienie enteralne (2 gr.);

- **kursów kwalifikacyjnych** - Pielęgniarstwo opieki długoterminowej i Pielęgniarstwo rodzinne - po 1 grupie.

Udział w ww. kursach był nieodpłatny, odbywał się na zasadzie oddelegowania przez pracodawców -podmioty lecznicze, które są jednocześnie mikro, małymi lub średnimi przedsiębiorstwami. Szkolenia prowadzone były w Rzeszo-

wie, Tarnobrzegu, Krośnie, Brzozowie, Rymanowie, Sędziszowie Młp. i innych lokalizacjach, dogodnych dla zainteresowanych szkoleniami. Łącznie w ramach projektu zrealizowano:

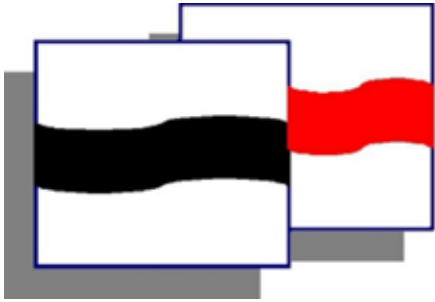
- 2240 godz. zajęć (280 dni szkoleniowych) w 20 grupach kursu dokształcającego Samozatrudnienie w działalności leczniczej;

- 360 godz. zajęć (45 dni szkol.) w ramach 15 grup pozostałych kursów dokształcających; -1819 godz. zajęć (253 dni szkol.) w ramach 13 grup kursów specjalistycznych;

- 963 godz. (118 dni szkolenia) w ramach 2 edycji kursów kwalifikacyjnych.

Wszyscy 200 uczestniczek/ów pozytywnie zaliczyły egzaminy końcowe i otrzymali zaświadczenia, więc główny cel podniesienia kwalifikacji zawodowych został osiągnięty na zakładanym poziomie. Dziękujemy pracownikom i ich podmiotom leczniczym za udział w projekcie. Mamy nadzieję, że uzyskane kompetencje i umiejętności będą przez Państwa praktycznie wykorzystane w codziennej pracy w zawodzie pielęgniarstwie.

**Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**



*„Rocznice są wniesieniem w krajobrazie naszego życia  
Kierują one nasz wzrok w stronę przebytej drogi.....”*

*Christian Schutz*



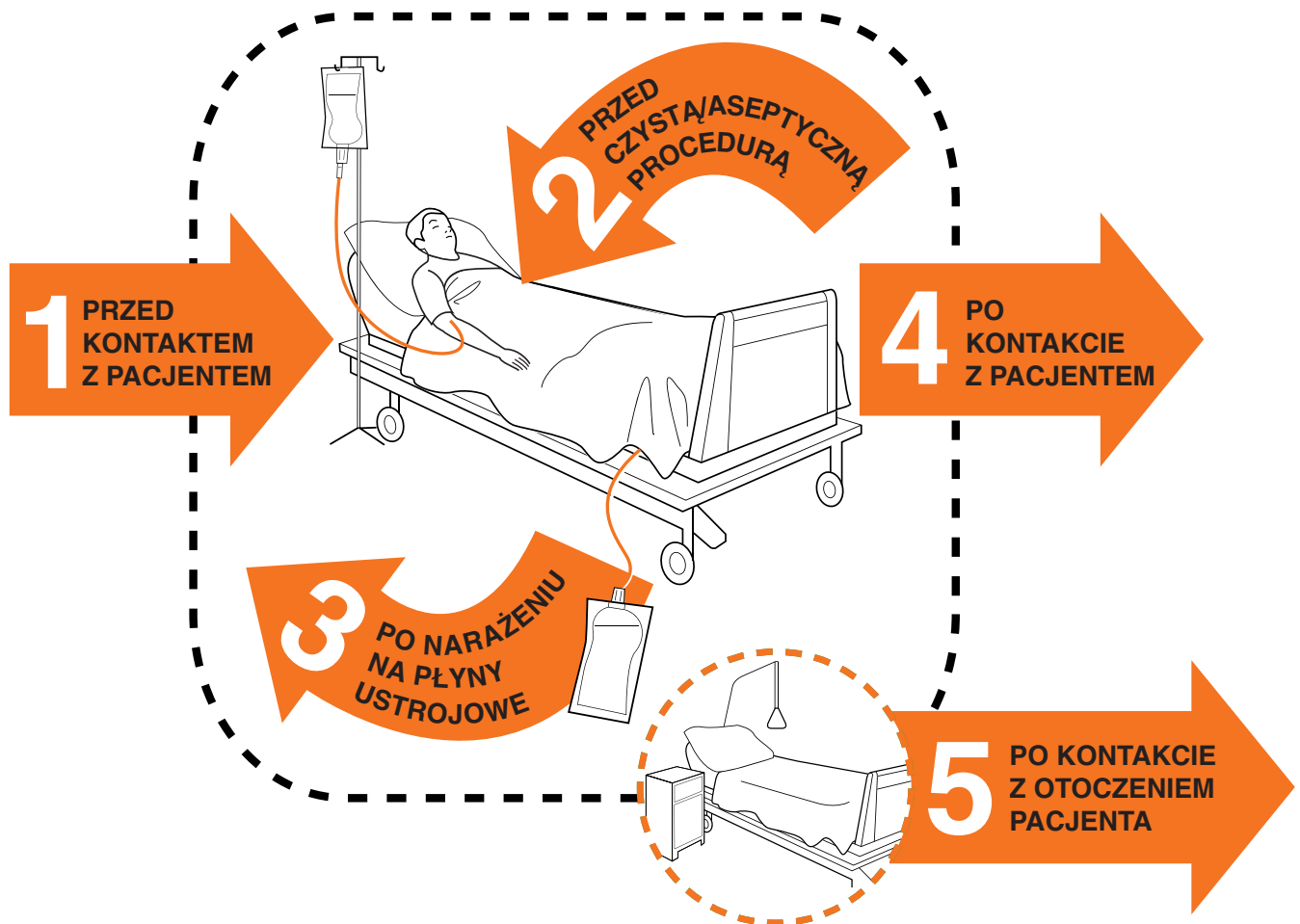
**Zapraszamy na obchody jubileuszu  
70-lecia Szkoły Medycznej w Przemyślu,  
które odbędzie się 24 października 2015 roku**

**w Medyczno-Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego  
i Ustawicznego w Przemyślu, ul. Słowackiego 85**

**W ramach obchodów organizujemy zjazd nauczycieli,  
pracowników, absolwentów i sympatyków  
Szkoły Medycznej w Przemyślu.**

**Szczegółowe informacje na stronie [www.medyk-przemysl.pl](http://www.medyk-przemysl.pl)**

# 5 MOMENTÓW HIGIENY RĄK



<b>1</b>	<b>PRZED KONTAKTEM Z PACJENTEM</b>	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce przed każdym kontaktem z pacjentem Aby chronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami przenoszonymi na Twoich rękach
<b>2</b>	<b>PRZED CZYSTĄ/ASEPTYCZNĄ PROCEDURĄ</b>	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce tuż przed wykonaniem czystej/aseptycznej procedury Aby chronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami, również pochodzącymi od niego samego
<b>3</b>	<b>PO NARAŻENIU NA PŁYNY USTROJOWE</b>	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce po możliwym kontakcie z płynami ustrojowymi (również po zdjęciu rękawic) Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
<b>4</b>	<b>PO KONTAKCIE Z PACJENTEM</b>	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce bezpośrednio po kontakcie z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
<b>5</b>	<b>PO KONTAKCIE Z OTOCZENIEM PACJENTA</b>	<b>KIEDY?</b> <b>DLACZEGO?</b>	Dezynfekuj ręce po dotknięciu jakiegokolwiek przedmiotu z otoczenia pacjenta, gdy opuszczasz to otoczenie – nawet jeśli nie miałeś kontaktu z pacjentem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5

tel. /fax 13 436 94 60

www: [oipip.krosno.pl](http://oipip.krosno.pl), e-mail: [izba@oipip.krosno.pl](mailto:izba@oipip.krosno.pl)