




ISSN 1898-9519

BIULETYN

INFORMACYJNY

*Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Nr 3/79/2011



*... Kasztany z drzew spadają nam pod nogi,
Pożółkłe liście niesie drogą wiatr.
Przechodnie idą, tuląc się do płotów,
Zziębnięte twarze kryjąc w fałdach pałt.
Jadące auta przecierają oczy
I woda sphywa z ich gumowych rzes.
I coraz ciemniej robi się na dworze,
I wszystko to ma swój jesienny sens.
I wszystko to ma swój jesienny sens.
- Krzysztof Daukiszewicz*

**BIULETYN
INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca

OIPIP w Białej Podlaskiej

ul. Okopowa 3 pok. 218

21-500 Biała Podlaska

tel. : 83 342 86 28

tel/fax.: 83 343 60 83

e-mail: oipipbp@poczta.onet.pl

www.oiPIP-bp.pl

Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Czynne pon.-pt. 8⁰⁰-16⁰⁰

**INFORMATOR OIPIP
W BIURZE OIPIP
DYŻURY PEŁNIĄ:**

Radca Prawny

mgr Irena Hołubowicz

Czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

**Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
mgr Janina Dziejic-Płanda
drugi i czwarty piątek miesiąca
*w godz. 15⁰⁰-16⁰⁰***

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych
Cecylia Kielczewska
pierwszy poniedziałek miesiąca
*w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰***

**Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:
BANK SPÓŁDZIELCZY
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010**

Rada Programowa Biuletynu

**dr n. med. Ewa Czeczewska
dr n. med. Aneta Stanisławek
mgr Dorota Fedoruk
mgr Małgorzata Smeđra**

Redakcja Biuletynu:
Joanna Głowacka, Anna Olesiejuk, Elżbieta
Celmer vel Domańska,
Iwona Denicka, Ilona Bilko

Druk: Zakład Poligraficzny
tel. 83 342 03 53, 83 343 51 51

W NUMERZE:

I. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.....	4
II. Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.....	8
III. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje.....	12
IV. Opinie Konsultantów.....	15
V. Dział prawny.....	16
VI. PTP informuje	18
VII. Konferencje i szkolenia.....	21
VIII. Referaty.....	22
IX .Z załobnej karty.....	29

**ZACHĘCAMY CZŁONKÓW
SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA
Z BIULETYNU.**

*Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie
wśród członków Samorządu*

**Koleżanki pielęgniarki i położne jeżeli
chcecie złożyć gratulacje, podziękowania,
kondolencje, zamieścić prace własne -
NAPISZCIE - my wydrukujemy.**

Redakcja nie zwraca materiałów.
Zastrzegamy sobie prawo skracania
przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na
nośnikach elektronicznych (płyta CD)
*OIPiP nie odpowiada za treść ogłoszeń
ofert pracy za granicą dla personelu
medycznego!!!*

Mieście nadzieję

Mieście nadzieję!... Nie tę lichą, marną
Co rdzeń spróchniały w wątły kwiat ubiera,
Lecz tę niezłomną, która tkwi jak ziarno
Przyszłych poświęceń w duszy bohatera.

Mieście odwagę!... Nie tę jednodniową,
Co w rozpaczliwym przedsięwzięciu pryska,
Lecz tę, co wiecznie z podniesioną głową
Nie da się zepchnąć ze swego stanowiska.

Mieście odwagę... Nie tę tchnącą szalem,
która na oślepięci leci bez oręża,
Lecz tę, co sama niezdołanym wałem
Przeciwnym losom stałością zwycięża.

Przestańmy własną pieścić się boleścią,
Przestańmy ciągłym lamentem się poić:
Kochać się w skargach jest rzeczą niewieścią,
Mężom przystało w milczeniu się zbroić...

Lecz nie przestajmy czić świętości swoje
I przechowywać ideałów czystość;
Do nas należy dać im moc i zbroję,
By z kraju marzeń przeszły w rzeczywistość
Adam Asnyk

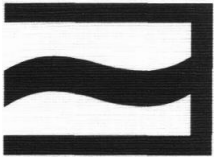
Koleżanki i Koledzy, Czytelnicy Biuletynu!

Oddajemy do Waszych rąk ostatni, w tej kadencji numer naszego pisma.

W szesnastu numerach, jakie wydaliśmy w ciągu czterech lat zamieszczaliśmy ważne informacje z prac Naczelnej Rady, bieżące wydarzenia z życia Naszej Okręgowej Izby, niezbędne w codziennej praktyce zmiany w przepisach prawnych i inne, ciekawe wiadomości dotyczące środowiska pielęgniarek i położnych pochodzące ze źródeł związkowych i towarzystw naukowych. Niezmiernie cieszyła nas aktywność publikacyjna pielęgniarek i położnych z terenu działalności białskiej izby. Na łamach biuletynu zamieściliśmy ponad 30 prac własnych naszych koleżanek i kolegów. Szatę graficzną zawdzięczamy pomysłowości i zdolnościom informatycznym Iwonki Denickiej.

Dziękuję pozostałym członkom zespołu redakcyjnego: Eli Celmer vel Domańskiej, Ani Olesiejuk, Ilonie Bilko, Dorocie Fedoruk za miłą współpracę, wszystkim czytelnikom za zainteresowanie naszym pismem.

Joanna Głowacka
Przewodnicząca Komisji Informacji
OIPiP w Białej Podlaskiej



Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Dwadzieścia lat minęło, jak jeden dzień...

12 września br. w Warszawie, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) podsumowała 20 lat swojej działalności. Zaprezentowano nie tylko sukcesy minionych lat, ale dyskutowano także o wyzwaniach, jakie stoją przed organizacją w dynamicznie rozwijającym się sektorze usług pielęgniarskich.

Spotkanie przebiegło pod hasłem „**Pielęgniarstwo w XXI wieku – nowoczesne, samorządne, odpowiedzialne**”. Te trzy cechy zostały uznane za kluczowe dla organizacji i jego funkcjonowania na dynamicznie zmieniającym się rynku usług zdrowotnych. Dlatego tak duży nacisk kładziemy na kluczowe obszary działalności samorządu zawodowego – **profesjonalizm – odpowiedzialność – zaufanie społeczne**”.

Podczas spotkania z mediami w każdej z kategorii zaprezentowano kluczowe zadania realizowane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. „Jako organizacja skupiająca około 300 tysięcy pielęgniarek i położnych wychodzimy naprzeciw oczekiwaniom naszego środowiska zawodowego, ale także chcemy reprezentować interesy pacjentów, aby jak najlepiej odpowiadać na potrzeby zdrowotne społeczeństwa”. – mówi Elżbieta Buczkowska Prezes NRPiP. Podkreślono, iż **samorządność organizacji wyraża się w: sprawowaniu pieczy i nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodów oraz stwierdzaniu prawa wykonywania zawodu osobom, które legitymują się odpowiednimi kwalifikacjami i dają gwarancję rzetelnego wykonywania zadań zawodowych, określeniem kierunków rozwoju zawodowego, wypowiedaniem się w sprawach zdrowia społeczeństwa oraz polityki zdrowotnej państwa. Uczestnicząc w opiniowaniu aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia samorząd podejmował wiele inicjatyw i uwag legislacyjnych.**

„Dynamiczne zmiany demograficzne, kulturowe, odkrywanie nowych chorób, nowe zadania i zakresy obowiązków determinują zmiany w zawodzie pielęgniarki/położnej. Za kluczowy obszar rozwoju zawodowego uznajemy edukację, przede wszystkim podyplomową oraz dobrą praktykę zawodową. **Edukacja to nowoczesny system przygotowania do zawodów, który obecnie jest na poziomie studiów wyższych oraz zreformowany system kształcenia podyplomowego – mamy 26 specjalizacji (22 w pielęgniarstwie oraz 4 w położnictwie).**” – mówi Elżbieta Garwacka – Czachor, wiceprezes NRPiP

Reforma polskiego systemu ochrony zdrowia wpłynęła na przemiany również w pielęgniarstwie. „Profesjonalna praktyka zawodowa oraz samodzielność w wykonywaniu zadań zawodowych wiążą się z poszerzeniem zakresu kompetencji, zarządzaniu praktyką pielęgniarską przez same pielęgniarki/położne, standaryzacją praktyki zawodowej, zawieraniem umów bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia pielęgniarskie i położnicze.” – mówi Elżbieta Buczkowska, Prezes NRPiP.

Za nowoczesne podejście do zawodu uznano kwestię samodzielności i związanej z tym zwiększonej odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. **Samorząd posiada wewnętrzny system odpowiedzialności zawodowej - rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz sąd pielęgniarek i położnych. Prowadzony jest rejestr ukaranych.** Te struktury m.in. wpływają na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz kształtują zachowania i postawy etyczne pielęgniarek i położnych.

Źródło: http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=47&n_id=2995


 MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011-07-13

MZ-OZZ-024-24998-8/AWI/11

Pani
 Elżbieta Buczkowska
 Prezes
 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W związku z kierowanymi do Ministerstwa Zdrowia licznymi pytaniami dotyczącymi pobierania opłaty skarbowej za dokonanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz za wydanie zaświadczenia o wpisie, uprzejmie przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie, z uprzejmą prośbą o przekazanie do wiadomości okręgowych rad pielęgniarek i położnych, będących organami prowadzącymi rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą w odniesieniu do praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z art. 105 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą podlega opłacie w wysokości odpowiednio:

- 1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego – w przypadku praktyki zawodowej;
 - 2) 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 – w przypadku podmiotu leczniczego.
- Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa wyżej.

NACZELNA IZBA
 DIELI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Opłacie tej podlega czynność organu polegająca na dokonaniu wpisu (zmiany wpisu). Jednocześnie czynność ta nie podlega opłacie skarbowej, w związku z brzmieniem art. 3 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. Nr 225, poz. 1635, z późn. zm.), zgodnie, z którym nie podlega opłacie skarbowej dokonanie czynności urzędowej, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlega ona innym opłatom o charakterze

W odniesieniu do kwestii pobierania opłaty skarbowej za wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, informuję, że wydanie takiego zaświadczenia nie wymaga uiszczenia opłaty skarbowej, zgodnie bowiem z art. 1 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o opłacie skarbowej, **opłacie podlega wydanie zaświadczenia na wniosek**. Natomiast jak wynika z art. 104 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr „jest obowiązany wydać zaświadczenie w terminie 30 dni od wpływu wniosku”, zatem zaświadczenie to jest wydawane z urzędu, a nie na wniosek.

z pozdrowieniami

Marek Haber

MINISTER ZDROWIA
 PODSEKRETARZ STANU

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Prawny

Warszawa, dnia 21 lipca 2011 r.

MZ-PR-WL-024-27604-2/AK/11

Dot.: NIPIP-NRPIP-DM.0025.113.2011

W774304
Nierozstrzygnięte

Pani

Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 27 czerwca 2011 r., w sprawie zapytań związanych z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”, uprzejmie informuję, co następuje:

Odnosząc się do pytania: „czy w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej uzyskanie wpisu do rejestru przez pielęgniarkę jako np. indywidualna praktyka wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego nie wyklucza jednocześnie uzyskania przez tę pielęgniarkę wpisu do rejestru na inny rodzaj praktyki – np. indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania?”, należy wskazać, iż zgodnie z dotychczasową wykładnią nieobowiązujących już przepisów dotyczących wpisu do rejestru, uzyskanie przedmiotowego wpisu w zakresie indywidualnej praktyki pielęgniarki skutkowało jednocześnie możliwością wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, bez konieczności dokonywania dodatkowego wpisu do rejestru w tym zakresie.

Kierując się powyższą wykładnią oraz mając na uwadze praktykę, jaka wykształciła się na gruncie wspomnianych wyżej przepisów, można również przyjąć, iż wpis do rejestru w zakresie indywidualnej praktyki pielęgniarki będzie skutkowało możliwością wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania oraz indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, bez konieczności dodatkowego wpisu do rejestru.

Natomiast, uzyskanie wpisu do rejestru jedynie w zakresie wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, będzie pociągało za sobą konieczność oddzielnego wpisu do rejestru w zakresie wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, i odwrotnie.

Natomiast, jeśli chodzi o dokonywanie wpisu indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, należy wyraźnie podkreślić, iż do czasu wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z rejestru (*vide* art. 105 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej), nie ma możliwości złożenia stosownego wniosku.

Utrzymane w mocy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i grupowych praktyk pielęgniarek, położnych (Dz. U. Nr 203, poz. 1465, z późn. zm.), nie obejmuje swym zakresem indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Jednocześnie pragnę poinformować, iż trwają intensywne prace nad projektem rozporządzenia stanowiącym wykonanie delegacji art. 105 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Z wyrazami szacunku
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Alina Białasiewicz-Makulska

MINISTERSTWO ZDROWIA Warszawa, 2 września 2011 r.
Departament
Organizacji Ochrony Zdrowia
 MZ-OZZ-551-25789-3/MZ/11

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych
ul. Pory 78
02-757 Warszawa

[Signature]

W załączeniu przesyłam stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie rejestru praktyk wykonywanych przez pielęgniarki i położne w podmiotach leczniczych, z uprzejmą prośbą, o przekazanie do wiadomości Okręgowym Izbom Pielęgniarek i Położnych.

[Stamp: NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Warszawie, 05.09.2011, WPLYNEŁO Nr dz. 2230]

[Signature: Mieczysław Kotłowski]

Załącznik:
 Pismo z dnia 1 września 2011 r., znak: MZ-OZZ-551-25789-2/MZ/11

MINISTERSTWO ZDROWIA Warszawa, dnia 1 września 2011 r.
PODSEKRETARZ STANU
 Marek Haber

MZ-OZZ-551-25789-2/MZ/11

Pani
Elżbieta Wrona
Przewodnicząca Stowarzyszenia
Pielęgniarek i Położnych
Kontraktowych
ul. Witkiewicza 55a/1
71-125 Szczecin

Odpowiadając na pismo z dnia 26 sierpnia 2011 r., w sprawie rejestru praktyk wykonywanych przez pielęgniarki w podmiotach leczniczych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień:

Zgodnie z art. 208 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej organy prowadzące rejestry praktyk lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą te rejestry na dotychczasowych zasadach do dnia 31 grudnia 2011 r. Jednocześnie uchylone zostały przepisy ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, z późn. zm.), które te zasady określały. Do czasu wydania nowego aktu wykonawczego, utrzymane w mocy zostały natomiast przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i grupowych praktyk pielęgniarek, położnych (Dz. U. Nr 203, poz. 1465, z późn. zm.).

W związku z powyższym, do czasu określenia szczegółowych zasad prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zastosowanie mają przepisy tego rozporządzenia w zakresie, w jakim nie jest to sprzeczne z ustawą o działalności leczniczej. Należy jednak stwierdzić, iż określony w powyższym rozporządzeniu wzór zaświadczenia o wpisie do rejestru, nie może być stosowany w określonej przez to rozporządzenie treści,

gdyż zawiera odwołanie do uchylonego przepisu ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Jednakże, brak rozporządzenia określającego szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu w rejestrze, nie może być przyczyną odmowy rejestracji. Na podstawie przepisów art. 100 i art. 104 ustawy o działalności leczniczej, zainteresowany podmiot ma prawo złożyć wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a organ prowadzący rejestr jest obowiązany dokonać wpisu do rejestru oraz wydać stosowne zaświadczenie o tym wpisie, w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku wraz z oświadczeniem. W przypadku, gdy w powyższym terminie organ prowadzący rejestr nie dokona wpisu, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu.

W tym miejscu trzeba wyraźnie podkreślić, iż przepisy ustawy o działalności leczniczej nie dają podstawy do odmowy przyjęcia wniosku o wpis w rejestrze. Przepisy ustawy dają natomiast możliwość badania wniosku przez organ rejestrowy, w wyniku którego organ może odmówić wpisu kierując się przesłankami określonymi w art. 108 ust. 1 ustawy. Wnioskodawca z kolei ma prawo złożenia odwołania od wydanej przez organ decyzji zgodnie z przepisami kodeksu postępowania administracyjnego.

Jednocześnie pragnę poinformować, iż prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia stanowiącym wykonanie delegacji art. 105 ust. 4 ustawy, znajdują się na etapie końcowym. Projekt został przekazany do Rządowego Centrum Legislacji z wnioskiem o zwolnienie z rozpatrzenia przez Komisję Prawniczą. Po uzyskaniu przedmiotowego zwolnienia, projekt zostanie przedłożony do podpisu Ministra Zdrowia.

[Signature: M. Haber]

Do wiadomości:
 Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Decyzją
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 14 czerwca 2011 r.

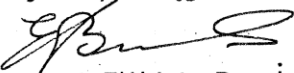
Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

przyznano

Medal XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych

za prowadzenie środowiska zawodowego ku nowym celom, nowej jakości pracy, nowemu rozumieniu potrzeb pacjenta; za stworzenie ram dla rozwijania samorządności i wszelkie, niezbędne działania dla jej urzeczywistnienia.

Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych


dr n. biol. Elżbieta Buczkowska

Warszawa, 12 września 2011 r.

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	132/V/11	29 czerwca 2011r.	Przyznania zapomogi losowej.
2.	133/V/11		Wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk położnych.
3.	134/V/11		Wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do prac w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.
4.	135/V/11		Określenia kalendarza wyborczego.
5.	136/V/11	28 września 2011r.	Pozyskania danych osobowych delegatów VI kadencji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	214/V/11	28 kwietnia 2011	Refundacji kosztów kształcenia.
2.	215/V/11		Wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu położnej.
3.	216/V/11		Wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk pielęgniarek.
4.	217/V/11		Zakupu kwiatów na uroczyste rozdanie dyplomów w PSW im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.
5.	218/V/11		Przyznania zapomogi losowej.
6.	219/V/11	23 maja 2011	Refundacji kosztów kształcenia.
7.	220/V/11		Wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie poddyplomowe pielęgniarek i położnych.
8.	221/V/11		Wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu położnej.
9.	222/V/11		Wpisania do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i wydania zaświadczenia.
10.	223/V/11		Wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie poddyplomowe pielęgniarek i położnych.
11.	224/V/11		Wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie poddyplomowe pielęgniarek i położnych.
12.	225/V/11		Wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do prac w komisjach konkursowych na stanowisko ordynatora oddziału w WSzS w Białej Podlaskiej.

13.	226/V/11	29 czerwca 2011	Refundacji kosztów kształcenia.
14.	227/V/11		Wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
15.	228/V/11		Wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w pracach komisji egzaminacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego.
16.	229/V/11	28 lipca 2011	Refundacji kosztów kształcenia.
17.	230/V/11		Wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
18.	231/V/11		Wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
19.	232/V/11		Wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk pielęgniarek.
20.	233/V/11		Wpisania do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i wydania zaświadczenia.
21.	234/V/11		6 września 2011r.
22.	235/V/11	Wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych jako kandydata na członka wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych I kadencji.	
23.	236/V/11	Wytypowania pielęgniarki do pracy w komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ftyzjopulmonologii WSzS w Białej Podlaskiej	
24.	237/V/11	Wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych	
25.	238/V/11	Zakupu upominków dla przewodniczących organów OIPiP, członków ORPiP oraz przewodniczących komisji problemowych.	
26.	239/V/11	28 września 2011r.	Refundacji kosztów kształcenia.
27.	240/V11		Wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat wykonywania zawodu pielęgniarki.
28.	R/72/V/11 - R/80/V/11		Uchwały dotyczące prawa wykonywania zawodu i rejestru pielęgniarek i położnych.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Sekretarz ORPiP w Białej Podlaskiej

Kalendarium OIPiP w Białej Podlaskiej

17.01.2011r.	Warsztaty edukacyjne dla położnych, pielęgniarek noworodkowych i pediatrycznych – organizowane przez OIPiP oraz firmę PELARGOS.
24.03.2011r.	Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.
28.03.2011r.	Warsztaty szkoleniowe „Pierwsza pomoc przedmedyczna w stanach zagrożenia życia niemowląt i noworodków. Standardy postępowania” – organizowane przez OIPiP oraz firmę PELARGOS.
31.03.2011r.	Symposium Naukowo-Szkoleniowe pod honorowym patronatem Polskiego Towarzystwa Osteoporozy i Osteoartrozy promującego akcją „NIE ŁAM SIĘ” – organizowane przez OIPiP oraz Państwową Szkołę Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.
07-08.04.2011r.	Konferencja „Prawo medyczne w praktyce pielęgniarki i położnej” – uczestniczą: Krystyna Chwalczuk i Dorota Golec.

11-12.04.2011r.	Kontrola organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Szczecińskiej OIPiP – uczestniczy: Ewa Czeczewska .
12.04.2011r.	Posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej. Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
20.04.2011r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej – Bogusławy Lipki.
28.04.2011r.	Posiedzenie Prezydium i ORPiP w Białej Podlaskiej.
29.04.2011r.	Uroczyste wręczenie dyplomów ukończenia studiów, kierunki: Pielęgniarstwo i Ratownictwo Medyczne – uczestniczy: Ewa Czeczewska .
05.05.2011r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – Anny Krać.
10.05.2011r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
12.05.2011r.	Majówka z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej – uczestniczy: Elżbieta Celmer vel Domańska .
19.05.2011r.	Jubileusz XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych UM w Lublinie – uczestniczy: Ewa Czeczewska .
26.05.2011r.	Uroczysta Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, Dnia Położnej oraz XX-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.
31.05.2011r.	Szkolenie członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych. II Konferencja pt. „Aktualne problemy zdrowia publicznego” organizowana przez Collegium Mazovia, Polskie Towarzystwo Higieniczne, Państwową Inspekcję Sanitarną – uczestniczy: Małgorzata Smeđra .
07.06.2011r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP. Uroczyste obchody XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach – uczestniczy: Ewa Czeczewska .
10.06.2011r.	Szkolenie pt. „Wiedza, praktyka, odpowiedzialność”.
14-15.06.2011r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczy Ewa Czeczewska Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
15.06.2011r.	Posiedzenie Komisji Informacyjnej OIPiP.
21.06.2011r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – Małgorzaty Rogalskiej.
27.06.2011r.	Kontrola Naczelnej Komisji Rewizyjnej.
01.07.2011r.	Warsztaty edukacyjne dla położnych środowiskowych/rodzinnych „Dieta kobiety karmiącej.” – organizowane przez OIPiP oraz firmę PELARGOS.
12.07.2011r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – Ewy Maksymiuk.
20.07.2011r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – Wiesławy Bandzerewicz.
27.07.2011r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa WSPRiTS w Białej Podlaskiej – uczestniczy: Ewa Czeczewska . Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
28.07.2011r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
08-09.08.2011r.	Spotkanie Komisji ds. Kształcenia Przed i Podyplomowego oraz Standardów i Kwalifikacji Zawodowych – uczestniczy: Ewa Czeczewska .
29.08.2011r.	Spotkanie Komitetu Organizacyjnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
30.08.2011r.	Udział w Komisji Konkursowej na najlepszą pracę magisterską, organizowanej przez NIPiP – uczestniczy: Ewa Czeczewska .
08.09.2011r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Dziecięcego WSzS – uczestniczy: Elżbieta Celmer vel Domańska .
08-09.09.2011r.	II Międzynarodowa Konferencja naukowa „Współczesny człowiek w zdrowiu i chorobie” organizowana przez PSW w Białej Podlaskiej – uczestniczy: Ewa Czeczewska .
13-15.09.2011r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczy Ewa Czeczewska Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
20.09.2011r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
21.09.2011r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – Ewy Burzec.
22.09.2011r.	Zebranie Okręgowej Komisji Wyborczej.
28.09.2011r.	Posiedzenie Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Sekretarz ORPiP w Białej Podlaskiej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje
Delegaci VI kadencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych
w Białej Podlaskiej na lata 2011-2015.

Lp.	Nazwisko i Imię	Nr rejonu wyborczego	Miejsce pracy
1.	Aleksandruk Małgorzata	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
2.	Bielecka Małgorzata	VI	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie o/Biała Podlaska
3.	Bronisz-Dąbrowska Katarzyna	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
4.	Bunia Krystyna	VI	NZOZ Praktyka Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „ZDROWIE” w Międzyrzecu Podlaskim
5.	Celmer vel Domańska Elżbieta	VI	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
6.	Chwalczuk Krystyna	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
7.	Chwedoruk Małgorzata	II	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim
8.	Cydejko Barbara	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
9.	Czarnacka Zofia	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
10.	Czekiel Agnieszka	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
11.	Czerniewicz Bożena	II	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim
12.	Doroszuk Barbara	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
13.	Duda Andrzej	VII	Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białej Podlaskiej
14.	Dziedzic-Płanda Janina	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
15.	Gęborys Maja	VI	NZOZ OMSz i Opieki w Domu Chorego „VITA” w Białej Podlaskiej
16.	Głowacka Joanna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
17.	Golec Dorota	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
18.	Grabowski Paweł	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
19.	Gregor Jolanta	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
20.	Gromysz Barbara	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
21.	Horegląd Mariola	VI	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie o/Biała Podlaska
22.	Jakubiuk Anna	II	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim
23.	Janke Marzena	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
24.	Kaliszuk Anna	VI	Urząd Miasta Biała Podlaska
25.	Kiełczewska Cecylia	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
26.	Klimiuk Dorota	VI	Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białej Podlaskiej
27.	Krasa Anna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
28.	Kuźmiuk Anna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
29.	Ladko Jolanta	VI	NZOZ OMSz i Opieki w Domu Chorego „VITA” Biała Podlaska
30.	Lewczuk Jolanta	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
31.	Łazowska Alina	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
32.	Łukaszuk Bożena	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
33.	Łukomska Aurelia	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
34.	Maciuk Małgorzata	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
35.	Matwiejczuk Danuta	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
36.	Migasiuk Anna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
37.	Muszyńska Agnieszka	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim

38.	Nowakowska Bożena	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
39.	Oleszczuk Renata	VI	NZOZ Ośrodek Zdrowia w Tuścu
40.	Olisiejuk Anna	VI	WOMP CP-L w Lublinie Oddział w Białej Podlaskiej
41.	Osypińska Hanna	II	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim
42.	Papińska Wacława Grażyna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
43.	Pastuszka Agnieszka	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
44.	Pawlik Danuta	VI	Państwowa Szkoła Wyższa Biała Podlaska
45.	Plebanowicz Agnieszka	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
46.	Rater Joanna	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
47.	Rodak Anna	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
48.	Samoszuk Teresa	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
49.	Sarzyński Tomasz	VII	Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białej Podlaskiej
50.	Sinicka Joanna	VI	NZOZ Przych. Rej. Nr 2 Biała Podlaska
51.	Skiba Krystyna	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
52.	Skrzeczowska Bożena	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
53.	Smędra Małgorzata	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
54.	Sobich Radosław	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
55.	Soćko Barbara	VI	NZOZ „Senio-Vita” Zespół Długoterminowej Opieki Domowej w Białej Podlaskiej
56.	Staniszewska Mirosława	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
57.	Stipura Joanna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
58.	Ślifirczyk Anna	VI	Państwowa Szkoła Wyższa w Białej Podlaska
59.	Ślusarczyk Grażyna	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
60.	Tchórzewski Mirosław	VII	Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białej Podlaskiej
61.	Tereszko Iwona	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
62.	Wała Alicja	VI	NZOZ Przych. Rej. Nr 1 Biała Podlaska
63.	Walczuk Anna	VI	NZOZ Przych. Rej. Nr 1 Biała Podlaska
64.	Wasilow-Żyłka Małgorzata	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
65.	Weremczuk Danuta	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
66.	Wińska Agnieszka	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
67.	Wodzińska Barbara	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
68.	Wojciechowska Joanna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
69.	Zabielska Danuta	IV	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
70.	Zdunek Tadeusz	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
71.	Zieniuk Marzena	III	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
72.	Zienkowska Grażyna	I	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej



Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
składa serdeczne gratulacje
laureatkom Konkursu na Najlepszą Pielęgniarkę WSzS w Białej Podlaskiej,
Paniom:
Bożenie Nowakowskiej
Anettcie Terpilowskiej – Pasik
oraz **Annie Radkiewicz**

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY!

W WSzS w Białej Podlaskiej, z okazji obchodów 25-lecia szpitala, przeprowadzony został Konkurs na Najlepszą Pielęgniarkę/Położną, którego celem było wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek/położnych liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, wysokiej kulturze osobistej, zaangażowaniu w pracę i opiekę nad pacjentami.

Do pierwszego etapu Konkursu zgłoszonych zostało 39 pielęgniarek. Zgłoszeń dokonywali pacjenci, przełożeni i współpracownicy. Do testu składającego się z 56 pytań sprawdzających wiedzę ze wszystkich niemal obszarów pielęgniarstwa oraz historii naszego szpitala przystąpiło ostatecznie 27 pielęgniarek pracujących w WSzS w Białej Podlaskiej.

Laureatkami Konkursu na Najlepszą Pielęgniarkę WSzS w Białej Podlaskiej zostały:

I nagroda - Bożena Nowakowska - pielęgniarka Oddziału Intensywnej Terapii

II nagroda - Anetta Terpilowska – Pasik – pielęgniarka Oddziału Geriatrycznego

III nagroda - Anna Radkiewicz – pielęgniarka Oddziału Urazowo-Ortopedycznego

Oficjalne nadanie tytułu Najlepsza Pielęgniarka WSzS w Białej Podlaskiej oraz wręczenie statuetek i przyznanie nagród odbyło się 22.09.2011 r. podczas Konferencji z okazji Jubileuszu 25-lecia WSzS Białej Podlaskiej.

*Wszystkim uczestniczkom Konkursu, a w szczególności Laureatkom
składam serdeczne gratulacje!!!*

*mgr Cecylia Kielczewska
Naczelną Pielęgniarką WSzS w Białej Podlaskiej*



OIPIP/VII/42/2011

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno
ul. Bieszczadzka 5
tel. fax. (0-13) 43 694 60
NIP 684-20-48-594

Nr konta
PKO BP o/ Krosno
Nr 70 1020 2964 0000 6302 0003 5998
REGON 370011089

Krosno, dnia 1 lipca 2011 r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych
ul. Okopowa 3
21-500 Biała Podlaska

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, która zwróciła się o pomoc finansową dla syna naszej koleżanki – Mateusza Uliasa, składamy gorące podziękowania za przekazane środki.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Barbara Błażejowska – Kopiczak

Opinie Konsultantów

Światowy Dzień Mycia Rąk

Mycie rąk doczekało się swojego święta i jest nim 15 październik każdego roku. I medytacja obchodów odbyła się w 2008 roku. To okazja by zastanowić się nad tym czy we właściwy sposób dbamy o higienę rąk. Większość infekcji przenosimy na rękach i dłoniach, dlatego regularne ich mycie i właściwe suszenie może uchronić nas przed poważnymi dolegliwościami min układu pokarmowego. Właściwa higiena dłoni, na co dzień, zarówno w domu, szkole, miejscu pracy ma kluczowe znaczenie dla naszego zdrowia i bezpieczeństwa i jest najprostszym sposobem profilaktyki chorób. Jeśli po skorzystaniu z toalety unika się wody i mydła to bakterie kałowe z okolicy odbytu mogą zagrażać zdrowiu wielu ludzi. Dworce kolejowe, centra handlowe, poręcze w autobusach, piloty od telewizora czy woda święcona w kościele, do której sięgają wierni to bogata siedliska bakterii, ale i wirusów w okresach wzmożonych zachorowań na grypę i przeziębienia. Warto, zatem przypomnieć i stosować zasady poznane jeszcze w przedszkolu. Ręce myjemy zawsze po skorzystaniu z toalety, niezależnie od tego co tam robiliśmy. Także po zabawie ze zwierzakiem, po każdym powrocie do domu, przed podejściem do dziecka, przed przygotowaniem posiłku i jedzeniem, nawet przed wykonaniem makijażu oraz zawsze, gdy mamy czas i czujemy taką potrzebę. Jako rodzice powinniśmy pamiętać o nauce tych podstawowych zasad także własnych i cudzych dzieci. Czasem warto zobaczyć wyposażenie szkolnej lub przedszkolnej toalety i zwrócić uwagę na wywiadówce na tę podstawową zasadę higieny. W krytycznych sytuacjach warto zapewnić sobie i dziecku chusteczki nawilżające.

Jako pracownicy ochrony zdrowia mamy również obowiązek zawodowy szerzenia oświaty zdrowotnej. Zatem stan szkolnych toalet to element zainteresowania w pracy pielęgniarek szkolnych.

Większość zakażeń w ochronie zdrowia jest przenoszona przez ręce personelu medycznego. Badania naukowe prowadzone w ośrodkach uniwersyteckich udowadniają, że na brudnych rękach personelu znajduje się około 124 – 130 szczepów bakteryjnych. Pomimo, że powszechnie wiadomo, że mycie rąk jest najbardziej skutecznym, tanim i łatwo dostępnym sposobem zapobiegania zakażeniom w naszym kraju jest to jedna z najbardziej lekceważonych metod. Brak nawyku mycia rąk dotyczy wszystkich pracowników ochrony zdrowia, od lekarzy poprzez pielęgniarki i położne po salowe. Duża część personelu medycznego, a także personelu kuchni, pralni, transportu wykazuje brak świadomości w zakresie higieny rąk, nie wykazuje też chęci do zmiany swoich negatywnych nawyków. Na zwrócenie uwagi pracownicy obrażają się, nie dbają o własne zdrowie ani o zdrowie pacjentów, którzy powierzyli im swoje zdrowie, którzy udając się do placówki leczniczej mieli nadzieję, że usługi medyczne będą im świadczone w bezpieczny sposób.

Poprzez staranne mycie rąk mydłem lub innym środkiem myjącym z rąk usuwa się około 90% mikroorganizmów. Efekt ten można osiągnąć tylko wtedy, kiedy ręce pozbawione są biżuterii, paznokcie krótko obcięte, a skóra jest pozbawiona zmian chorobowych. Profesjonalizacji zawodu pielęgniarki i położnej na pewno nie sprzyjają zdobione tipsy, długie kolorowe paznokcie i oryginalna biżuteria. Jako grupa zawodowa zgubiliśmy gdzieś po drodze dobre wzorce z czasów kształcenia przeddyplomowego, o których mówiła chluba polskiego pielęgniarstwa Pani Stefania Wołynia, pora do nich powrócić. W życiu jest czas na pracę, która stawia określone wymagania i czas na życie prywatne. Ręce profesjonalnej pielęgniarki i położnej XXI wieku powinny być czyste, wypielęgnowane i zadbane, aby mogły nieść bezpieczną a nie brudną pomoc.

Literatura:

1. Ciuruś J.M.: Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych a jakość usług medycznych. Poradnik praktyczny, Łódź, 1999, Wydawnictwo Adi
2. Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie ryzyka przenoszenia zakażeń przez personel medyczny noszący sztuczne paznokcie tzw. tipsy w kontakcie z pacjentem.

mgr Małgorzata Kępa – Mitura

*Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego
dla województwa lubelskiego*

DZIAŁ PRAWNY §

INFORMUJEMY O WEJŚCIU W ŻYCIE NOWYCH USTAW O ZAWODACH I SAMORZADZIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

-Nowa ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011r.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem art. 93 ustawy, który wchodzi w życie po upływie 14-
<http://www.izbapiel.org.pl/upload/Nowa%20ustawa%20o%20samorządzie%20pielęgniarek%20i%20położnych.pdf>

- Nowa ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011r.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem art. 95 i art. 99 ustawy, które wchodzi w życie z dniem
23 sierpnia 2011 r. - <http://www.izbapiel.org.pl/upload/Nowa%20ustawa%20o%20zawodach.pdf>

Zainteresowanych odwołujemy na podane strony internetowe.

Zachęcamy do zapoznania się z treścią ustaw!!!

Redakcja

Opinia w sprawie zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezyjologiczną

Zgodnie z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1998 r. Nr 37, poz. 215 ze zm.) lekarz będący w trakcie specjalizacji (a więc również lekarz rezydent) może wykonywać znieczulenie, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii. Przedmiotowy nadzór został również wprowadzony w zakresie prowadzenia przez lekarza rezydenta intensywnej terapii (§ 18 pkt 3 powyższego rozporządzenia). Powyższe rozporządzenie wprowadza więc zasadę bezpośredniego nadzoru nad pracą lekarza rezydenta przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii. W związku z powyższym wykonywanie przez pielęgniarkę anestezyjologiczną pracy z lekarzem rezydentem, który nie podlega obowiązkowemu, bezpośredniemu nadzorowi przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, co odbywa się za przyzwoleniem lekarza nadzorującego i dodatkowo bez wiedzy ordynatora oddziału, może rodzić uzasadnione wątpliwości co do prawidłowości przestrzegania standardów postępowania oraz procedur medycznych w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii i może prowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Ponadto należy podkreślić, iż zgodnie z § 13 ust. 1 powyższego rozporządzenia lekarz anestezyjolog powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia. Rozporządzenie wskazuje również, iż podczas znieczulenia lekarzowi towarzyszy przeszkolona pielęgniarka.

Natomiast zgodnie z § 13 ust. 3 powyższego rozporządzenia lekarz anestezyjolog dokonujący znieczulenia może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia reanimacji innego pacjenta, jeśli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia. Tym samym bezpośrednio osobą odpowiedzialną za prawidłowość prowadzenia całej procedury medycznej jest lekarz, a pielęgniarka pełni rolę towarzyszącą, jest współuczestnikiem podczas wykonywania danego świadczenia leczniczego. W związku z powyższym, jeżeli pielęgniarka prowadzi czynności w ramach powyższej procedury medycznej pozostając sama z pacjentem przez 30-40 minut, to przestaje być współuczestnikiem przy udzielaniu danego świadczenia i staje się głównym podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie procedury medycznej, co nie powinno mieć miejsca.

Sporządził Przemysław Ośka - Asystent ds. prawnych NIPiP

Zatwierdził: Iwona Choromańska - Radca prawny NRPIP

Stan prawny na dzień 14.07.2010 r.

KOMUNIKAT**Dodatki do wynagrodzeń ratowników**

Ministerstwo Zdrowia wychodząc naprzeciw postulatowi środowiska ratowniczego przygotowało projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przywracający dodatki do wynagrodzenia dla członków zespołów ratownictwa medycznego oraz dla dyspozytorów medycznych. Przepis nawiązuje do stanu obowiązującego do 1 lipca 2011 r. tj. do czasu wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.). Przedmiotowa ustawa uchylila ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), która to ustawa w art. 32¹ przewidywała dodatki do wynagrodzenia dla osób (pracowników) wykonujących zawód medyczny w zespołach wyjazdowych pogotowia ratunkowego, a także dla pracowników wykonujących zawód medyczny poza zespołami wyjazdowymi pogotowia ratunkowego. Po 1 lipca br. w przypadku, gdy w umowie o pracę nie wyszczególniono tego dodatku, a był on wypłacany pracownikom wyłącznie na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, to z dniem uchylenia ustawy przestała obowiązywać podstawa prawna do jego wypłacania. Natomiast jeżeli dodatek ten był przewidziany w

umowie o pracę lub w wewnętrznych przepisach zakładowych tj. na podstawie postanowień układów zbiorowych pracy i innych opartych na przepisach w sprawie porozumień zbiorowych, regulaminów oraz statutów, to jest nadal wypłacany, chyba że pracodawca zmienił umowy o pracę w trybie wypowiedzenia zmieniającego lub zmienił przepisy wewnątrzzakładowe. W tej sytuacji zasadne jest przywrócenie przepisów w zakresie dodatków dla członków zespołów ratownictwa medycznego zatrudnionych przez dysponenta jednostki, a także dla pracowników (wykonujących zawód medyczny) zatrudnionych przez dysponenta jednostki poza zespołami ratownictwa medycznego. Projekt przewiduje wysokość dodatków na dotychczasowym poziomie tj. 30 % dla członków zespołów ratownictwa medycznego i 20 % dla dyspozytorów medycznych liczone na podstawie stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Projektowany przepis – podobnie jak art. 32¹ ustawy o zoz – ach – dotyczyć będzie osób zatrudnionych przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego na podstawie umowy o pracę.

*/-/ Piotr Olechno
Rzecznik Prasowy*

Stanowisko Ministra Zdrowia dotyczące obowiązywania art.2 ustawy z dnia 22 października 2010r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 230, poz. 150)

Przepis art. 2 ustawy z dnia 22 października 2010 r. *o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* ma charakter epizodyczny. Jest to przepis własny ww. ustawy, który funkcjonuje samodzielnie, niezależnie od kwestii obowiązywania ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej. Jego treść jest następująca:

„Art. 2. 1. Od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy do dnia 31 grudnia 2012r. w przypadku wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), wobec samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w stosunku do kwoty wynikającej z poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej tego samego rodzaju lub zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany do przeznaczenia nie mniej niż 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie, na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym zakładzie, przy czym $\frac{3}{4}$ tych środków kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznacza na wzrost wynagrodzeń osób wykonujących zawód pielęgniarstwa albo położnej w tym zakładzie.

2. Wykonywanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, następuje w uzgodnieniu z zakładową organizacją związkową. W przypadku gdy w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa więcej niż jedna organizacja związkowa, organizacje wspólnie uzgadniają wykonanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1.

3. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, wykonuje obowiązek, o którym mowa w ust. 1, w uzgodnieniu z pracownikiem wybranym przez załogę do reprezentowania jej interesów.

4. W przypadku niezgodnienia wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 1, w terminie 30 dni od dnia przekazania propozycji sposobu jej wykonania, decyzję podejmuje kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

5. Do wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których przedmiotem jest wyłącznie stosowanie leków w rozumieniu tej ustawy, nie stosuje się przepisów ust. 1-4.

6. Do wzrostu rocznej stawki kawitacyjnej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 136 ust. 9 albo 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się przepisy ust. 1-4.

7. Kontrolę wykonywania obowiązku, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza:

1) podmiot, który tworzył zakład;

2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007r. o Państwowej Inspekcji Pracy (dz. U. Nr 89, poz. 589, z późn. zm.).

8. W przypadku naruszenia przez kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 1:

1) podmiot, który stworzył zakład, może rozwiązać bez wypowiedzenia umowę o pracę albo rozwiązać umowę cywilnoprawną, albo odwołać tego kierownika;

2) Państwowa Inspekcja Pracy wydaje, na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007r. o Państwowej Inspekcji Pracy, nakaz usunięcia stwierdzonych uchybień w ustalonym w nakazie terminie.

Trzeba wyraźnie podkreślić, że przepisy art. 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o *działalności leczniczej* (Dz.U. Nr 112, poz. 654) uchylają wyłącznie ustawę z dnia 30 sierpnia 1991r. o *zakładach opieki zdrowotnej*. Natomiast w mocy pozostają przepisy omawianego art. 2 ustawy z dnia 22 października 2010r. o *zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*. Jak już wspomniano na wstępie art. 2 mają charakter przejściowy i ze swojej istoty pozostają w obrocie prawnym do chwili kiedy nie wygasną w wyniku spełnienia się zapisanej w nich normy prawnej o charakterze czasowym. Stanowi o tym wyraźnie art. 2 ust. 1 zgodnie z którym od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. ustawy z dnia 22 października) do dnia 31 grudnia 2012 r. w przypadku wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), wobec samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w stosunku do kwoty wynikającej z poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej tego samego rodzaju lub zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany do przeznaczenia nie mniej niż 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie, na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym zakładzie, przy czym $\frac{3}{4}$ tych środków kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznacza na wzrost wynagrodzeń osób wykonujących zawód pielęgniarki albo położnej w tym zakładzie.

Należy nadmienić, że zgodnie z Zasadami techniki prawodawczej niezbędnym warunkiem uchylecia tego typu przepisu jest jego bezpośrednie uchylenie ustawowe.

Z upoważnienia

MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Haber

Źródło: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/stanowisko_ustawa_piel_06102011.pdf



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie informuje

Z prac PTP

List Pani Doroty Kilańskiej Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego do dyrektorów ZOZów i placówek zatrudniających pielęgniarki i położne.

Szanowni Państwo!

Mając na uwadze najwyższe dobro -życie ludzkie i jego ochronę, dla których to celów powołano opiekę zdrowotną, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie apeluje o zadbanie o warunki pracy pielęgniarek i dostarczenie odpowiednich narzędzi do pracy, aby w dobie niedoborów i prognozowanego kryzysu zasobów zatrzymać pielęgniarki w systemie w dobrym zdrowiu i z korzyścią dla jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjentów.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wyraża troskę o bezpieczeństwo pracy personelu pielęgniarskiego, jego zdrowie i równowagę między życiem prywatnym a pracą. Równowaga ta została poważnie naruszona poprzez złe praktyki zatrudniania, wynagradzania i oszczędności finansowe kosztem tej ważnej, dla bezpieczeństwa pacjentów, grupy zawodowej.

Poddajemy pod rozważę treści załączonych stanowisk i prognozowane konsekwencje niewłaściwej polityki zdrowotnej realizowanej w jednostkach ochrony zdrowia. Podkreślamy, że opieka pielęgniarska jest filarem procesu terapeutycznego. Nie wystarczy piękne ściany i wysokiej klasy sprzęt, najważniejszy jest człowiek pomagający drugiemu człowiekowi w radzeniu sobie z problemami i sytuacją trudną.

Pielęgniarki będąc na "pierwszej linii" kontaktu pacjenta z innymi członkami zespołu mogą skutecznie reagować na potrzeby pacjentów, zauważać problemy związane z procesem leczenia. Posiadają wysokie umiejętności do realizacji swoich zadań potrzebują tylko narzędzi np. w postaci „przyjaznego środowiska pracy”, wolnego od zranień przemocy i poczucia bezpieczeństwa finansowego oraz sprzętu, dzięki któremu ich praca stanie się lepsza i bardziej atrakcyjna dla potencjalnych kandydatów do zawodu.

W czasach, kiedy rynek pracy oferuje wiele ciekawych zawodów, niewymagających takiego wysiłku psychicznego, poświęcenia osobistego i znaczącego wysiłku fizycznego tak jak praca pielęgniarki trudno jest pozyskać nowe kadry do bez stworzenia systemu zachęt.

Bez Państwa rzetelnej oceny sytuacji i konsekwentnej strategii budowania bezpiecznego środowiska pracy pielęgniarek, nie będzie możliwa opieka na poziomie pozwalającym pacjentom na szybkie odzyskiwanie zdrowia, zapobieganiu wykluczeniu i powrotom do pracy. Należy podkreślać, że system ochrony zdrowia przywraca zdrowie tym, którzy po powrocie do pracy pośrednio przyczyniają się do wzrostu dochodu narodowego dla dobra całego społeczeństwa w tym także zakładu, którym Pan/i zarządza.

Prawo wspólnotowe stworzyło wiele uregulowań, które mają służyć jak najdłuższemu zatrzymaniu pracowników w pracy w związku ze „Starzejącą się Europą”. Według prognoz pracownicy, których mamy dzisiaj w zdecydowanej większości będą nimi za 20 lat i dlatego trzeba im stworzyć odpowiednie warunki, by osiągać dobre wyniki ekonomiczne.

Komisja Europejska od dawna podkreśla, że każda złotówka zainwestowana w zasoby ludzkie w ochronie zdrowia zwróci się wielokrotnie pod postacią satysfakcji pacjentów i lepszych wyników ekonomicznych jednostki, ale i zmotywowanego chętnego do pracy personelu. Jeszcze raz ośmielam się prosić o zwrócenie uwagi na ten ważny aspekt zarządzania – zarządzanie zasobami ludzkimi w kontekście jakości opieki i bezpieczeństwa pracy dla pacjentów i samych pielęgniarek.

Z wyrazami szacunku
Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Dorota Kilańska



STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELEŃNIARSKIEGO w sprawie umów cywilno-prawnych zawieranych przez pielęgniarki

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie z zaniepokojeniem obserwuje zmiany, jakie wprowadza reforma systemu opieki zdrowotnej, szczególnie w kwestii rodzaju umów zawieranych między pielęgniarkami i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Zaniepokojenie Towarzystwa budzi sytuacja pacjentów korzystających z usług podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w których pielęgniarki pracują w ramach umów cywilno-prawnych, jak również sytuacja pielęgniarek zawierających takie umowy.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że zawieranie umów cywilno-prawnych przez pielęgniarki nie może być arbitralnie narzucone przez reformę systemu opieki zdrowotnej. Należy dołożyć wszelkich starań, aby była to wyłącznie forma fakultatywna, pozostająca w gestii indywidualnego wyboru każdej pielęgniarki. Ponadto pielęgniarki podejmujące pracę w ramach umów cywilnoprawnych powinny uzyskać wszelkie informacje związane zarówno z pozytywnymi jak i negatywnymi stronami kontraktu. Pielęgniarki powinny być w pełni świadome konsekwencji pracy w ramach takiej umowy.

Oczekujemy przyjęcia przez Rząd Polski Dyrektywy dotyczącej czasu pracy wobec sektora ochrony zdrowia. Należy także dołożyć wszelkich starań, aby wdrożyć procedury monitorowania czasu pracy pielęgniarki zatrudnionej na podstawie umowy cywilno-prawnej. Szczególną rolę powinny odgrywać w tych działaniach pielęgniarki pełniące funkcje menadżerów. Monitorowanie czasu pracy ma znaczenie nie tylko z punktu widzenia bezpieczeństwa pielęgniarki, ale przede wszystkim dla bezpieczeństwa pacjenta.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uważa również, że w systemie ochrony zdrowia, gdzie opieka sprawowana jest w systemie ciągłym, podstawową formą zatrudnienia pielęgniarek powinna być umowa o pracę. Jest to istotne dla ciągłości opieki oraz realizacji procesu pielęgnowania zgodnie ze sztuką pielęgniarską.

Obserwujemy, że przekształcenia szpitali w spółki nie służą bezpieczeństwu pacjentów, jak to zakładali reformatorzy. Przeciążenie pielęgniarek pracą jest tak duże, że nie są one w stanie wywiązywać się ze swoich podstawowych obowiązków – pielęgnować pacjentów, a wykonywane zadania mają charakter czysto techniczny. W wielu podmiotach nie ma możliwości kontynuowania kształcenia ustawicznego (http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stnowiska/21_PTP_STAN_07_12_2010.pdf), które ma zapobiegać zdarzeniom niepożądanym i pracy nieskutecznymi metodami. Występuje także presja pozostawiania pielęgniarek na jednoosobowych obsadach na dyżurach mających negatywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów <http://www.youtube.com/watch?v=R5FrzoHM-3E>.

Ograniczanie kosztów, poprzez politykę zmniejszania liczby personelu obsługującego coraz większą liczbę potrzebujących opieki, skutkuje zagrożeniem ich zdrowia i życia. Takie działania mające tylko na celu ekonomizację systemu doprowadzą do wcześniejszych odejść z zawodu i pogłębienia narastającej sytuacji kryzysu wynikającego z braku personelu pielęgniarskiego. Młodzi ludzie nie są zainteresowani zawodem, w którym trzeba ciężko pracować oraz ponosić odpowiedzialność za życie ludzkie. Ostrzegamy przed kryzysem, jaki dotyka pielęgniarstwo. Działania powodujące odchodzenie pielęgniarek z zawodu są niebezpieczne dla przyszłości systemu opieki zdrowotnej, zarówno z powodu starzejących się kadr pielęgniarek, jak i z powodu starzejących się odbiorców usług pielęgniarskich.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zdaje sobie sprawę z motywacji pielęgniarek podejmujących pracę w ramach umów cywilno-prawnych. Widzimy, że wynika to często z niskich zarobków pielęgniarek i chęci zabezpieczenia sobie odpowiedniego poziomu życia – i przez to podejmowania pracy ponad swoje siły, sprzyja temu brak personelu pielęgniarskiego na rynku pracy; małe zainteresowanie zawodem, z powodu niskiej jego atrakcyjności dla młodych ludzi.

Rząd Polski powinien dołożyć wszelkich starań, aby zabezpieczyć pracę pielęgniarki i uczynić ją na tyle atrakcyjną, aby praca dodatkowa była wyborem a nie koniecznością, a co najważniejsze, by nie zagrażała tak bezpieczeństwu pacjenta, jak i pielęgniarki.

Każda pielęgniarka ma prawo do równowagi między pracą a snem i wypoczynkiem. Praca w godzinach ponadwymiarowych, ponad siły zaburza prawidłowe funkcjonowanie organizmu, co grozi wcześniejszym odejściem pielęgniarki z systemu w wyniku utraty zdrowia, a poprzez to stratą wysoko wykwalifikowanego, doświadczonego pracownika medycznego.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie podkreśla również, że pielęgniarki mają prawo do zabezpieczenia społecznego – przede wszystkim do przyzwoitej emerytury dającej poczucie bezpieczeństwa finansowego.

Tło

Na podstawie zamówionej przez Towarzystwo analizy prawnej różnic między umową o pracę oraz umową cywilno-prawną (kontraktem) można twierdzić, że istnieje wiele takich właściwości umowy cywilno-prawnej, które można oceniać, jako niekorzystne dla pielęgniarki. Dlatego PTP stoi na stanowisku, że każda pielęgniarka powinna dokładnie znać warunki, na jakich zawiera kontrakt z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Przede wszystkim, pielęgniarka powinna mieć świadomość, że nie ma przepisów prawnych, które w tym przypadku regulują kwestie urlopu wypoczynkowego czy obowiązek umożliwienia pielęgniarce podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Warto także pamiętać, że pielęgniarka pracująca w ramach umowy cywilno-prawnej będzie mieć minimalne świadczenia emerytalne z powodu niskiej wysokości składek na ubezpieczenie społeczne.

W ramach umowy cywilno-prawnej inny jest także zakres odpowiedzialności majątkowej pielęgniarki. Pielęgniarka powinna mieć na uwadze, że w ramach tzw. kontraktu, za szkody wyrządzone pacjentom odpowiadać będzie solidarnie z zakładem opieki zdrowotnej do pełnej wysokości szkody.

Z punktu widzenia jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjenta, istotne jest także to, że nie ma przepisów, które regulowałyby czas pracy pielęgniarki w ramach tzw. kontraktu oraz czas koniecznego odpoczynku pielęgniarki.

W 2011 roku Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie przeprowadziło badania ankietowe wśród państw-członków Europejskiej Federacji Towarzystw Pielęgniarskich przy UE (EFN) na temat form umowy o pracę, jakie podpisują pielęgniarki w reprezentowanych przez towarzystwa narodowe państwach oraz obowiązującego czasu pracy. Z pośród 29 państw, do których został wysłany kwestionariusz – otrzymaliśmy odpowiedzi z 15 (zwrotność 51,72%). Państwa, które podzieliły się swoimi doświadczeniami to: Czechy, Słowenia, Luxemburg,

Węgry, Irlandia, Grecja, Bułgaria, Hiszpania, Holandia, Norwegia, Niemcy, Wielka Brytania i Dania. Dwa pozostałe państwa udzieliły odpowiedzi anonimowo.

Analiza zgromadzonego materiału wykazała, że dominującą formą umowy o pracę pielęgniarek w Europie jest etat w pełnym (zwykle 36 - 40 godzinowy wymiar czasu pracy w tygodniu) lub niepełnym wymiarze czasu pracy.

Umowa cywilno-prawna, a więc samozatrudnienie, stanowi bardzo rzadką formę zawierania umowy przez pielęgniarki z pracodawcą. W Czechach, Luxemburgu, w Danii i w Niemczech jest to zaledwie kilka % (często zaledwie 0,01%). Na Węgrzech ok. 6%, w Irlandii mniej niż 5% (pielęgniarki są wówczas zatrudniane poprzez agencje pielęgniarskie, jest to bezpieczniejsza forma zatrudnienia aniżeli nasz kontrakt), w Holandii - kilkaset pielęgniarek, w UK – około 120 położnych. Przy czym bardzo dokładnie przestrzegane są normy czasu pracy zarówno dla bezpieczeństwa pracodawcy, pielęgniarki, a przede wszystkim pacjenta, który oddaje w ręce pielęgniarek swoje zdrowie i życie z zaufaniem, którego nie wolno zawieść.

W pozostałych państwach, które wzięły udział w naszej ankiecie, samozatrudnienie pielęgniarek nie występuje. Pielęgniarki podejmujące pracę w ramach tzw. kontraktów najczęściej pracują poza podmiotami realizującymi

opiekę w systemie ciągłym - więcej http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/EFF_survey_outcome_2011.pdf.

Warszawa, 21 lipca 2011 r.



Konferencje i szkolenia



**Stowarzyszenie Opieki
Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej**



**Polskie Towarzystwo
Pielęgniarek Opieki Hospicyjnej**

zapraszają do wzięcia udziału
w XVI Jasnogórskiej Konferencji
Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych
„Praktyka w opiece paliatywnej wyrazem uczuć, troski i empatii”
**która odbędzie się w dniach 27-29 stycznia 2012r.
na Jasnej Górze w Częstochowie.**

Szanowni Państwo!

W imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego mamy zaszczyt zaprosić do udziału w XVI Jasnogórskiej Konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Praktyka w opiece paliatywnej wyrazem uczuć, troski i empatii”, która odbędzie się w dniach 27-29 stycznia 2012 roku w Częstochowie.

W Konferencji wykładawcami będą specjaliści z zakresu medycyny paliatywnej, opieki paliatywnej, psychologii, fizjoterapii, teologii praktykujący w jednostkach opieki paliatywnej i ruchu hospicyjnym.

Głównym tematem Konferencji będzie interdyscyplinarna kompleksowa opieka nad chorymi u kresu życia.

Wiodące tematy sesji plenarnych i warsztatów z zakresu:

- medycyny paliatywnej
- pielęgniarstwa opieki paliatywnej
- psychoonkologii
- teologii pastoralnej

Zapraszamy również wszystkich do wzięcia udziału w Pielgrzymce Hospicjów Polskich.

Miejsce Konferencji:

Częstochowa, Dom Pielgrzyma im. Jana Pawła II ul. Wyszyńskiego 1/31

Ważne terminy:

Termin nadsyłania streszczeń i prezentacji do akceptacji przez Komitet Naukowy: 15 grudnia 2011r.

Termin potwierdzenia przyjęcia streszczeń i prezentacji: 30 grudnia 2011r.

Termin zgłaszania uczestnictwa oraz wniesienia opłaty konferencyjnej: do 10 stycznia 2012r.

Rozpoczęcie konferencji: 27 stycznia 2012r.

Zakończenie konferencji: 29 stycznia 2012r.

Zgłaszanie uczestnictwa:

Rejestracja uczestników odbywać się będzie po wypełnieniu karty zgłoszenia uczestnictwa na stronie internetowej (www.hospicjum-czestochowa.pl) lub odsyłając kartę zgłoszenia: e-mailem na adres e-mailowy: konferencja.czestochowa@wp.pl, lub pocztą na adres: Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej ul. Krakowska 45a, 42-202 Częstochowa

Opłaty Konferencyjne:

350 PLN – opłata obejmuje:

- udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych
- materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa
- wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem
- spektakl teatralny
- zwiedzanie Jasnej Góry

Opłata nie obejmuje zakwaterowania

170 PLN – opłata obejmuje:

- udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych
- materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa
- przerwy kawowe zgodne z programem

REFERATY

MENOPAUAZĄ NIE MUSI BYĆ UCIAŻLIWA

Menopauza jest to czas kiedy ustaje miesiączka, a jajniki ostatecznie przestają wytwarzać jajeczka. O menopauzie możemy mówić wtedy, gdy kobieta nie dostała okresu od pełnego roku. Obejmuje ona kobiety w wieku od 40 do 58 lat, średnio jest to wiek około 51 lat.

Menopauza jest naturalnym biologicznym wydarzeniem, któremu nie trzeba zapobiegać. Naturalna menopauza jest procesem stopniowym. Jajniki zaczynają produkować mniejszą ilość hormonów niż wcześniej – jest to tak zwana faza przedmiesiączkowa. Kiedy menopauza przychodzi przed 40 rokiem życia nazywana jest przedwczesną menopauzą.

Objawy menopauzy:

- nieregularne miesiączki
- uderzenia gorąca i nocne poty
- depresja
- sucha skóra
- drażliwość
- zaburzenia snu, bezsenność
- niepokój
- suchość pochwy
- obniżona ochota na sex
- częste oddawanie moczu
- uczucie zmęczenia
- budzenie się wcześniej rano
- problemy z koncentracją
- problemy z pamięcią
- bóle głowy
- bóle mięśni

Gdy zauważysz któreś z objawów zwróć się do lekarza, wykona on niezbędne badania krwi, USG, cytologię, mammografię oraz przeprowadzi z Tobą wywiad celem dalszej diagnozy.

Uderzenie gorąca, drażliwość, wzrost ryzyka choroby serca oraz osteoporozy-czynniki zagrażające zdrowiu, związane z poziomem estrogenów powinny być leczone, ale o tym decyduje Twój lekarz. Nieodzowna jest zdrowa dieta, która polepsza zdrowie kobiet. Zmniejszy ryzyko chorób serca, osteoporozy i nowotworów. Dzienna porcja kalorii to około 1800 kcal. W naszym menu powinien się znaleźć wapń i magnez. Wapń wzmocni kości i będzie blokował hormony odpowiadające za nasze tycie. Potrzebna też będzie odpowiednia dawka witaminy D, która ułatwia wchłanianie wapnia z pożywienia.

Na dobrą przemianę materii korzystny wpływ mają witaminy z grupy B, zwłaszcza B1, B2, B6. Znajdziemy je w kaszach, fasoli, białym serze, rybach, w ciemnozielonych warzywach np. szpinak. Posiłki powinny być urozmaicone, w niewielkich porcjach, najlepiej 5 razy dziennie.

- Na śniadanie zalecana jest owsianka, niewielka bułeczka z chudą wędliną z sałatą. Drugie śniadanie to np. szklanka naturalnego jogurtu i kromka pieczywa chrupkiego.
- Na obiad nie bójmy się zup. Może to być np. zupa krem z groszku, brokułów czy kalafiora. A na drugie danie ryba lub chude mięso, ziemniaki i surówka.
- Podwieczorek np. szklanka soku, owoce.
- Na kolację sałatka warzywno-owocowa, kromka ciemnego pieczywa, herbata zielona.

Musimy pamiętać o ograniczeniu alkoholu i kofeiny co zredukuje symptomy niepokoju, bezsenności i wypłukiwania wapnia. Rzucenie palenia zmniejszy ryzyko chorób serca i osteoporozy, a regularna gimnastyka redukuje fale gorąca.

Odpowiednią wagę utrzymują takie ćwiczenia jak:

- pływanie
- spacerowanie
- wchodzenie po schodach
- jazda rowerem
- ćwiczenia odpornościowe /podnoszenie odważników/ co zwiększa wytrzymałość kości i zmniejsza ryzyko osteoporozy.

Bardzo ważnym elementem jest relaks:

- ciepła kąpiel
- spokojna muzyka

- masaż

- spokojny oddech pomogą znieść napięcie i niepokój.

Często potrzebna jest zastępcza terapia hormonalna. Dostępnych jest kilka typów hormonów. Zaliczają się do nich naturalne, syntetyczne oraz pochodzenia roślinnego. Preparaty hormonalne dostępne są w tabletkach, żelu, pierścieniach dopochwowych, zastrzykach, plastrach na skórę.

Każda z nas okres ten przechodzi inaczej, lecz pamiętać musimy, że nie musi być „ciężko”.

Literatura u autorek:

Agata Radomińska, Marzanna Stasiewicz
Położne zatrudnione w WSzS w Białej Podlaskiej

KLINICZNY I PIELEGNACYJNY PROBLEM PACJENTA Z TRACHEOSTOMIĄ

Tracheostomia – jest to przetoka tchawicza – bezpośrednie połączenie tchawicy z atmosferą z ominięciem górnych dróg oddechowych i utrzymanie przez pewien czas za pośrednictwem rurki wprowadzonej w otwór tchawicy.

Tracheotomia – jest to zabieg chirurgiczny polegający na wykonaniu sztucznego otworu w powłokach szyjnych oraz tchawicy i uzyskaniu tym sposobem nowej drogi oddechowej.

Biorąc pod uwagę stopień niedotlenienia pacjenta wyróżniamy tracheotomię nagłą i nienagłą, a uwzględniają miejsce, w którym wykonuje się rozcięcie tchawicy – jest to tracheotomia górna, środkowa i dolna.

Wskazania do tracheotomii dzielimy w następujący sposób:

- upośledzenie drożności dróg oddechowych – są to wady wrodzone, urazy, zakażenia, nowotwory złośliwe, ciała obce,
- niewydolność oddechowa – są to choroby płuc, nieprawidłowości w obrębie klatki piersiowej, dysfunkcje nerwowo-mięśniowe,
- zabezpieczenie drożności drzewa tchawiczno-oskrzelowego.

Jedną z częstych przyczyn wykonania tracheotomii jest rak krtani. W tym przypadku zabieg ten wykonuje się niejednokrotnie ze wskazań życiowych jako zabieg ratujący życie (w sytuacji narastającej duszności krtaniowej).

Każda choroba a w szczególności nowotworowa zaburza dotychczasowe życie i funkcjonowanie. Panuje powszechne przekonanie, że zachorowanie na chorobę nowotworową przesądza o losie człowieka. Takie obciążenie psychiczne wynika z faktu zagrożenia życia, pojawienia się leczenia, dolegliwości bólowych, uzależnienia od innego człowieka, od leków, konieczności hospitalizacji, co wpływa traumatyzująco na pacjenta. Człowiek chory nie powinien pozostać sam ze swoim cierpieniem. Człowiek zmęczony chorobą i cierpieniem wymaga szczególnej uwagi. Oprócz wsparcia rodziny i najbliższych ważną rolę w opiece nad takim pacjentem spełnia pielęgniarka. Opieka nad chorym z chorobą nowotworową należy do najtrudniejszych zadań pielęgniarki. Każdy człowiek jest inny i każdy inaczej przeżywa swoją chorobę. Opieka pielęgniarska nabiera tutaj szczególnego znaczenia, bowiem w przebiegu tej choroby powstają liczne problemy, nie tylko somatyczne, ale również psychiczne i społeczne.

Profesjonalna opieka, holistyczne podejście, zrozumienie, empatia, nie składanie obietnic bez pokrycia, a jednocześnie nie odbieranie nadziei, to będzie najcenniejszy dar, jaki możemy im ofiarować.

Przygotowanie przedoperacyjne i pielęgnacyjne po zabiegu.

Przygotowanie przedoperacyjne:

Przygotowanie chorego zaczyna się od momentu podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym. Cały zespół pracowników oddziału zabiegowego musi zdawać sobie sprawę z ważności dobrego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. Chory najczęściej boi się każdego zabiegu, znieczulenia oraz powikłań. Chory boi się fizycznego okaleczenia oraz śmierci. Każdy pacjent czekający na zabieg operacyjny ma wiele pytań, wątpliwości, obaw, z którymi chciałby się z kimś podzielić.

Przygotowanie psychiczne:

Chory ma prawo do uzyskania pełnych informacji o stanie swojego zdrowia, o planowanym zabiegu operacyjnym, o grożących mu powikłaniach zarówno w przypadku poddania się operacji jak i w sytuacji niezdecydowania się na zabieg operacyjny. Ma prawo do samodzielnego podjęcia decyzji dotyczącej leczenia operacyjnego.

W przygotowaniu psychicznym należy uwzględnić następujące elementy:

- rozmowa z lekarzem, który będzie operował, który powinien wyjaśnić istotę planowanego zabiegu,
- rozmowa z lekarzem anestezjologiem, który powinien poza zebraniem wywiadu przekazać pacjentowi informacje dotyczące znieczulenia i powikłań. Pacjent świadomie i dobrowolnie wyraża pisemną zgodę na wykonanie znieczulenia,
- kontakt z rodziną – nie należy ograniczać choremu kontaktu z najbliższymi lub umożliwić kontakt telefoniczny,
- kontakt z duchownym – jeżeli pacjent ma taką potrzebę należy uszanować jego wolę.
- uspokojenie pacjenta i zapewnienie przyjaznej atmosfery.

Przygotowanie fizyczne:

- szczepienie pacjenta przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
- wykonanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych,
- przygotowanie skóry pacjenta, higiena całego ciała,
- sprawdzenie podstawowych parametrów życiowych pacjenta,
- wyjęcie ruchomych protez zębowych i ich zabezpieczenie,
- zawieszenie chorego do bloku operacyjnego.

Pielęgniarka z oddziału jest odpowiedzialna za zawieszenie pacjenta do bloku operacyjnego.

Pielęgnacja po zabiegu:

Pielęgnowanie pacjenta z tracheostomią polega na utrzymaniu drożności rurki tracheotomijnej i drzewa tchawiczo-oskrzelowego oraz utrzymanie prawidłowej wentylacji płucnej, co można osiągnąć przez:

- odsysanie wydzieliny
- leczenie tlenem
- nawilżanie powietrza wdychanego
- pielęgnowanie rany
- znoszenie stanów skurczowych oskrzeli.

Ponadto należy:

- monitorować natężenie bólu rany pooperacyjnej i stosować leczenie przeciwbólowe,

- poprawić samopoczucie pacjenta spowodowane nieestetycznym wyglądem (rurka tracheostomijna) poprzez zapewnienie atmosfery wsparcia i życzliwości,
- umożliwić nawiązanie kontaktu z otoczeniem poprzez udostępnienie kartki i długopisu do pisemnego wyrażania potrzeb oraz umiejętne odczytywanie niewerbalnej komunikacji pacjenta (pacjent bezpośrednio po zabiegu nie ma możliwości werbalnej komunikacji z otoczeniem),
- zmniejszyć lęk spowodowany wymianą rurki tracheostomijnej poprzez edukację pacjenta odnośnie konieczności wymiany i jej pozytywnych aspektach,
- przygotować pacjenta do czyszczenia rurki wewnętrznej oraz zmiany opatrunku poprzez naukę techniki czyszczenia rurki oraz dostarczenie fachowej literatury.

Dalsza jakość życia pacjenta będzie zależała od umiejętności pokonywania trudności, zasobów zdrowotnych, psychicznych i społecznych.

Literatura u autorek:

lic. piel. Anna Lubańska

lic. piel. Elżbieta Parchomiuk

Pielęgniarki WSzS w Białej Podlaskiej

STOMIA – PROBLEM XXI WIEKU

STOMIA - jest to celowo i sztucznie wykonane połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią ciała.

KOŁOSTOMIA - jest to połączenie światła jelita grubego ze skórą.

ILEOSTOMIA - jest to połączenie światła jelita krętego ze skórą powłok brzusznych.

Stomia to szok dla każdego chorego, czasem nawet większy niż sama choroba i związane z nim leczenie. Dlatego wypracowanie wzajemnego zaufania i dobrego kontaktu z pacjentem ma kluczowe znaczenie i owocuje szybszą rehabilitacją oraz powrotem do zdrowia. Obowiązkiem pielęgniarki i lekarza w stosunku do pacjenta jest rzetelna informacja o jego chorobie, stosowanym leczeniu i planowanych zabiegach. Tylko umiejętnie i rzeczowo przekazane wiadomości zmniejszają lęk i pozwalają łatwiej oswoić się z nową rzeczywistością. Przed każdą osobą zaangażowaną w opiekę stomijną stoi zatem ogromne wyzwanie, któremu można sprostać posiadając odpowiednią wiedzę i doświadczenie. W przygotowaniu pacjenta do zabiegu wyłonienia stomii szczególną rolę odgrywa lekarz rozpoznający chorobę, która do niej prowadzi. Przeważnie jest to lekarz pierwszego kontaktu, chirurg lub gastroenterolog. Największą rolę jednak odgrywa chirurg oraz pielęgniarka stomijna, która posiada wiedzę i umiejętności. To właśnie pielęgniarka jest osobą, która spędza z pacjentem najwięcej czasu. Przygotowuje do zabiegu, pielęgnuje i zaopatruje stomię, ucząc pacjenta wykonywać te czynności samodzielnie. W przygotowaniu pacjenta do życia ze stomią niezaprzeczalną rolę odgrywa również rodzina, znajomi, oraz wolontariusze – których argumentem, który często okazuje się decydujący – sami

mają stomię i swoją postawą pokazują że ze stomią można normalnie żyć. Należy dążyć do tego aby pacjenci u których planowany jest zabieg wyłonienia stomii mieli zapewnioną jak najlepszą opiekę zarówno przed jak i po operacji.

Dla pacjenta opuszczającego szpital i rozpoczynającego samodzielne życie ze stomią, pomocnicze będą wskazówki pielęgniarskie, wydrukowane i dołączone do karty informacyjnej i wyprawki stomijnej. Wskazówki to rady dla chorego, które ułatwią powrót do warunków domowych i ochronią go przed popełnieniem błędów np. dietetycznych. Zalecenia należy dobierać odpowiednio do stanu chorego. Po pierwsze należy uczulić pacjenta by zawsze miał przy sobie sprzęt stomijny i materiały do mycia skóry np. chusteczki lub wilgotną i suchą gazę. Umożliwi mu zmianę sprzętu w razie nieprzewidzianych sytuacji np. w publicznej toalecie. Po drugie, ważne jest by chory informował lekarzy, ordynujących mu leki w postaci tabletek i kapsułek, że ma stomię. Pacjent ze stomią zażywający leki doustne powinien oglądać zawartość worka stomijnego by wiedzieć czy leki, które zażył, rozpuściły się i wchłonęły. Jeżeli to się nie stało to powinien zgłosić to lekarzowi. Po trzecie, wskazówki powinny zawierać rady dietetyczne. Pacjent ze stomią, swoją dietę po operacji powinien rozszerzać stopniowo, to znaczy każdego dnia może wzbogacić ją o jeden nowy produkt. Rozszerzenie diety chory musi połączyć z obserwacją reakcji swojego organizmu. Posiłki spożywane przez chorego muszą być świeże /z wyjątkiem pieczywa/. Przygotowywane w krótkim czasie przed spożyciem i z produktów pozbawionych sztucznych barwników i konserwantów.

Chory powinien spożywać wartościowe posiłki kilka razy w ciągu dnia, powoli /tak by pokarm był dokładnie przeżuty/ i miłej atmosferze. W pierwszym okresie po operacji wytworzenia stomii, rekonwalescent powinien odchodzić od stołu z umiarem niedosytu.

Pokarmy i płyny należy przeżuwać z zamkniętymi ustami, a pijąc starać się nie oddychać ustami, gdyż polykanie powietrza podczas jedzenia i picia może być przyczyną powstawania wzdęć.

Wskazane pokarmy dla chorych z wylonioną stomią:

gruboziarniste, czerstwe pieczywo, kasze /jaglana, jęczmienna, gryczana, chude ryby i mięso, najlepiej białe, chudy nabiał, płatki kukurydziane i ryżowe-owoce, warzywa, płyny w ilości ok.2 l. na dobę, wywary jarzynowe i chude buliony.

Z czasem pacjent sam ustali listę pokarmów, które nie wpływają negatywnie na jego samopoczucie. Chorych trzeba uczulać, że pożywienie musi być dobrze rozdrobnione, że w zależności od rodzaju spożytych pokarmów wydany stolec zmieni barwę i nie jest to powód do niepokoju. We wskazówkach, jakich udzielamy pacjentowi trzeba też przypomnieć o konieczności zazywania ruchu. Spacerowanie oraz włączenie się do lekkich prac domowych są z całą pewnością wskazane. Ruch i ktywność jest koniecznym elementem powrotu do zdrowia, ułatwiając proces trawienia, a także pomagając w utrzymaniu stałej wagi ciała.

Prawidłowe żywienie jest niezbędne dla każdego człowieka, niezależnie od płci i wieku. Szczególne znaczenie ma dla osób po operacjach jelit, ze stomią,

którzy wkraczają w nowy etap życia wyleczeni, ale nie zwolnieni od obowiązku dbania o swoje zdrowie i kondycję.

Zamknięcie stomii – odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego po wykonaniu czasowej przetoki jelitowej, zależy od charakteru pierwotnej choroby, w celu leczenia, której została ona wykonana. U chorych operowanych z powodu chorób innych niż nowotworowe, stomię można zamykać po 2-3 miesiącach od założenia. U pacjentów po zabiegach resekcyjnych jelita z powodu chorób nowotworowych okres ten powinien wynosić średnio 18 miesięcy. Operacja zamknięcia stomii i odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego powinna być poprzedzona oceną wydolności zwieraczy odbytu w badaniu monometrycznym.

Pacjenci chirurgiczni niezależnie od rodzaju zabiegu, doświadczają przejściowych zaburzeń nastroju /reakcji depresyjnych/ trwających od 6 tyg. do 6 miesięcy po operacji. Stąd tak ważne jest, aby osoby ze stomią otrzymały informację o dostępnych sposobach i możliwościach uzyskania fachowej pomocy tak ze strony przeszkolonych psychologów jak i towarzyszt stomijnych. Tego rodzaju problemów w żaden sposób się nie uniknie, będą one występować, niezależnie od postępu medycyny i coraz doskonalszego sprzętu.

Podsumowując można stwierdzić, że po mimo ciągłego postępu w technice operacyjnej, oraz doskonaleniu opieki nad chorymi, problem stomii pozostaje nadal aktualny.

Literatura u autorek:

lic. piel. Elżbieta Parchomiuk

lic. piel. Anna Lubańska

Pielęgniarki WSzS w Białej Podlaskiej

PRZYGOTOWANIE PACJENTA

Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK DO HEMODIALIZ

Głównymi przyczynami rosnącej liczby pacjentów z chorobami nerek są takie schorzenia cywilizacyjne jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Na świecie żyje około 600 ml osób z chorobą nerek co w przeliczeniu na Polskę daje liczbę ok. 4 ml. Grupa szczególnie zagrożona tj. IV i V stadium przewlekłej choroby nerek obejmuje około 150 tys. osób. Obecnie różnymi metodami leczenia nerkozastępczego objętych jest ok. 20 tys. osób zaś pozostała grupa 130 tys. jest objęta opieką nefrologów i stopniowo jest przygotowywana do momentu, kiedy należy rozpocząć leczenie. Od ok. 10 lat trwają prace nad programem wczesnego wykrywania chorób nerek, aby jak najwcześniej objąć opieką tych pacjentów, zastosować odpowiednie leczenie, a tym samym opóźnić konieczność stosowania leczenia nerkozastępczego.

Nadrzędnym celem wynikającym z prowadzenia profesjonalnej edukacji zdrowotnej jest uzyskanie przez pacjentów wysokiego poziomu świadomości własnej

choroby oraz szeroko pojęta neuroprotekcja, która pozwala powstrzymać progresję choroby i odsunąć w czasie jej odległe skutki. Chory i jego rodzina, uczestnicząc w zajęciach edukacyjnych, mają możliwość poznania zasad dbałości o własne zdrowie, które rzutują przecież na samopoczucie, wystąpienie powikłań oraz oddalenie rozpoczęcia kosztownej terapii nerkozastępczej.

Przewlekła niewydolność nerek (PNN)

Jest zespołem chorobowym, który rozwija się jako następstwo postępującego niszczenia wszystkich struktur nerek przez przewlekły proces chorobowy. Charakteryzuje się stopniowym upośledzeniem funkcji nerek.

Przyczyny PNN:

- nefropatia cukrzycowa,
- nefropatia nadciśnieniowa,
- przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek,
- śródmiąższowe zapalenie nerek,

- wielotorbielowate zwyrodnienie nerek,
- choroby zapalne drobnych i średnich tętnic,
- nefropatia zaporowa,
- choroby układowe (np. toczeń rumieniowaty układowy),
- skrobiawica.

Okresy PNN:

I. Choroba nerek bez upośledzenia funkcji nerek

II. Łagodna (utajona)

III. Umiarkowana (wyrównana)

IV. Niewyrównana (ciężka)

V. Schyłkowa, zejściowa (mocznica)

Zniszczone nieodwracalnie nerki nie są w stanie wydalają toksyn, nadmiaru wody oraz elektrolitów, w tym potasu, którego podwyższone stężeniowe we krwi może być przyczyną poważnych zaburzeń pracy serca, w tym nagłej śmierci sercowej. W tej sytuacji konieczne jest rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego.

Leczenie nerkozastępcze to stałe lub czasowe zastąpienie funkcji nerek, które ustały w wyniku odwracalnych lub nieodwracalnych zmian. Formy leczenia nerkozastępczego to: przeszczep nerki lub dializoterapia: dializa otrzewnowa albo hemodializa.

Każda metoda leczenia powinna być zarekomendowana po wnikliwym rozpatrzeniu wskazań i przeciwwskazań, w przypadku każdego pacjenta. Najefektywniejszą metodą leczenia nerkozastępczego jest przeszczepienie nerki. Niestety, nie wszyscy chorzy z PNN kwalifikują się do zabiegu. Ponadto brak wiedzy w społeczeństwie w zakresie transplantacji powoduje małą liczbę zgłaszanych dawców. Najpowszechniejszą metodą leczenia nerkozastępczego jest, zatem dializoterapia, do której zaliczamy hemodializę i dializę otrzewnową.

Na czym polega hemodializa

Jest to zabieg polegający na oczyszczaniu krwi pacjenta z toksycznych produktów przemiany materii, nadmiaru niektórych jonów (potas, fosforany) oraz wody. Oczyszczanie krwi odbywa się poza organizmem chorego w dializatorze, pod kontrolą specjalnego aparatu zwanego sztuczną nerką. Krew jest pobierana od chorego w miejscu zwanym dostępem naczyniowym. Jest to przetoka tętniczo żylna lub cewnik dializacyjny zakładany do dużych żył. Stamtąd krew popychana przez pompę przepływa drenami do dializatora. Wewnątrz dializatora znajdują się dwie przestrzenie oddzielone od siebie błoną półprzepuszczalną. Błona półprzepuszczalna oddziela krew chorego od wodnego roztworu, zawierającego różne związki drobnocząsteczkowe. Roztwór ten zwany płynem dializacyjnym, powstaje w sztucznej nerce w wyniku mieszania uzdatnionej (oczyszczonej) wody oraz stężonego roztworu różnych związków (koncentrat). Stężenie większości związków w płynie dializacyjnym jest takie samo jak we krwi zdrowych osób lub mniejsze. Dzięki procesowi dyfuzji dochodzi do wyrównania

stężeń związków po obu stronach błony półprzepuszczalnej.

Po oczyszczeniu krew powraca do chorego drenami podłączonymi do cewnika dializacyjnego lub do drugiej igły umiejscowionej w przetoce. Cała krew pacjenta jest oczyszczana 4-krotnie w ciągu 1 godziny zabiegu hemodializy. Chory otrzymuje w czasie zabiegu lek przeciwkrzepliwy zapobiegający krzepnięciu krwi w drenach i dializatorze. Całość zabiegu jest kontrolowana w sztucznej nerce przez układy monitorujące ciśnienie tętnicze, temperaturę, stężenie związków w płynie dializacyjnym, wielkość odwodnienia oraz zapobiegające przedostaniu się powietrza do krwi.

W Polsce przeprowadzenie hemodializy jest możliwe jedynie w warunkach szpitalnych. Przed wykonaniem zabiegu personel pielęgniarski kontroluje sprawność sztucznej nerki oraz montuje niezbędny jednorazowy osprzęt: dreny krwi oraz dializator. Następnie ustawia się przepisane przez lekarza parametry dializy.

Średni czas zabiegu HD wynosi 3 – 5 godzin. Dokładny czas zabiegu jest ustalany przez lekarza na podstawie badania klinicznego oraz wyników badań laboratoryjnych. Uzyskanie odpowiedniej adekwatności (skuteczności) zabiegów powoduje, że chory może czuć się lepiej oraz prowadzić aktywniejszy tryb życia. Większość pacjentów wymaga 3 zabiegów tygodniowo (poniedziałek, środa i piątek czy wtorek, czwartek i sobota).

Kiedy i u kogo rozpoczyna się leczenie hemodializą

Leczenie nerkozastępcze w naszym kraju jest powszechnie dostępne dla wszystkich potrzebujących tej metody terapii. Jedynymi przeciwwskazaniami do jego wdrożenia są brak zgody pacjenta, rozsiana choroba nowotworowa oraz współistniejąca zaawansowana choroba innych narządów, nierokująca poprawy po wdrożeniu leczenia nerkozastępczego. Hemodializa jest najczęściej stosowaną metodą dializoterapii. Decyzję o rozpoczęciu leczenia nerkozastępczego podejmują lekarze na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wyników laboratoryjnych.

Bezwzględne wskazania obejmują:

- ⇐ obecność objawów zatrucia produktami przemiany materii
- ⇐ niedożywienie
- ⇐ ciężka niedokrwistość
- ⇐ wysokie stężenie potasu we krwi
- ⇐ masywne przewodnienie
- ⇐ odporne na leczenie nadciśnienie tętnicze.

Z punktu widzenia medycznego **przeciwwskazaniem** do wdrożenia leczenia hemodializami jest:

- ⇐ niemożność wykonania dostępu naczyniowego;
- ⇐ mocno zaawansowana niewydolność serca.

Dostęp naczyniowy

Jest to miejsce, z którego pobierana i oddawana jest krew w trakcie zabiegu hemodializy. W nagłych przypadkach, gdy konieczne jest natychmiastowe przeprowadzenie hemodializy, wykorzystuje się do tego celu czasowe cewniki dializacyjne. Są one zakładane poprzez wkłucie do dużych żył (szyjnej, udowej, podobojczykowej) w znieczuleniu miejscowym. Obecnie są to najczęściej cewniki dwukanałowe, w których jednym z kanałów płynie krew od pacjenta do dializatora, drugim zaś do niego wraca. Ze względu na duże ryzyko wniknięcia drobnoustrojów do krwi chorego cewniki te mogą być używane przez ograniczony okres, najczęściej przez kilka tygodni.

U chorych zakwalifikowanych do przewlekłego leczenia powtarzalnymi hemodializami konieczne jest założenie stałego dostępu naczyniowego. Nie może to być zwykła żyła powierzchniowa, z której pobierana jest krew na badania laboratoryjne. Krew w takiej żyłce płynie zbyt wolno. Jej wielokrotne nakłuwanie spowodowałoby również jej nieodwracalne uszkodzenie. Wykonuje się więc w znieczuleniu miejscowym zabieg chirurgiczny polegający na połączeniu tętnicy z żyłą, tworząc tak zwaną przetokę tętniczo-żylną. Najczęściej jest ona umiejscowiona na przedramieniu reki niedominującej, tuż powyżej nadgarstka. Krew tętnicza dostaje się wtedy bezpośrednio do żyły powierzchniowej, powodując poszerzenie jej światła i przerost mięśniówki ściany. Następuje tak zwana arterializacja (dojrzewanie) przetoki. Przetoka z naczyń własnych jest najlepszą i zarazem najbezpieczniejszą dla pacjenta formą dostępu naczyniowego. Dobrze wytworzona przetoka może służyć choremu przez kilka lub nawet kilkanaście lat.

W przypadku braku odpowiedniej żyły własnej do wytworzenia przetoki możliwe jest wytworzenie zespołu ze sztucznego tworzywa. Sztuczna przetoka

stwarza większe ryzyko powikłań infekcyjnych niż przetoka z naczyń własnych. Służy choremu najczęściej krócej niż przetoka naturalna. Pierwsze wkłucie do przetoki naturalnej odbywa się nie wcześniej niż 6 tygodni po operacji. Do tego czasu pacjent musi wykonywać ćwiczenia (trening przetoki) mające na celu przygotowanie, wzmocnienie, pogrubienie i uwidocznienie ściany naczyń żylnych przetoki. Optymalny okres dojrzewania przetoki wynosi 3-6 miesięcy. Przetoka ze sztucznego tworzywa nie wymaga treningu. Można je nakłuwać po 2-3 tygodniach od operacji, a w przypadku niektórych protez- bezpośrednio po wszyciu.

Innym rodzajem stałego dostępu dializacyjnego są cewniki permanentne, zakładane chirurgicznie do dużych żył. W odróżnieniu od cewników czasowych posiadają one zgrubienie (dakronową mufkę), która zrastając się z tkanką podskórną zapobiega wypadaniu cewnika oraz stanowi miejsce obrony przed wniknięciem drobnoustrojów chorobotwórczych. Cewniki permanentne mogą być używane przez wiele miesięcy, a niekiedy nawet lat. Niestety, stwarzają większe ryzyko infekcji niż przetoki. Powodują również pewne ograniczenia w codziennym życiu chorych (nie można się z nim kąpać, pływać).

Powikłania hemodializy

Powikłania, które mogą wystąpić u chorych leczonych za pomocą HD, mogą być ostre i przewlekłe. Rozwój technik stosowanych w dializoterapii spowodował, iż powikłania te w ostatnich latach występują coraz rzadziej. Większość tych powikłań można by uniknąć poprzez stosowanie się pacjenta do obowiązkowych zaleceń lekarskich i pielęgniarskich oraz sumienne wykonywanie obowiązków przez personel medyczny

SAMOKONTROLA PACJENTA – WAŻNY ELEMENT LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO**Jak dbać o przetokę tętniczo-żylną?**

We wczesnym okresie po wytworzeniu przetoki, do czasu wygojenia rany należy:

- dbać o to, aby opatrunek pokrywający ranę był suchy i czysty
- odpoczywać z kończyną wyprostowaną i uniesioną powyżej poziomu serca
- w razie dolegliwości bólowych nie wahać się poprosić o leki przeciwbólowe, należy upewnić się jednak, czy bólowi nie towarzyszy sinica lub bledność palców dłoni ani wyraźne oziębienie kończyny
- chronić opatrunek przed zamoczeniem w czasie kąpieli
- uzyskać informację, kiedy można rozpocząć ćwiczenia kończyny z przetoką
- zgodnie z zaleceniami lekarza i pielęgniarki wykonywać ćwiczenia przetoki, skróci to czas potrzebny do

rozpoczęcia jej używania i zwiększy szanse na długotrwałe funkcjonowanie.

W okresie jej wykorzystywania do dializ:

- codzienne, regularne, najlepiej po obudzeniu się, sprawdzanie prawidłowej pracy przetoki – wyczuwalne pod palcami drżenie wywołane przepływającymi strumieniami krwi oraz możliwy do wysłuchania szmer (szum). Obecność przepływu przetoki należy sprawdzić także po każdorazowym incydencie spadku ciśnienia, przy gwałtownym odwodnieniu np. na skutek wymiotów oraz przy przedawkowaniu leków obniżających ciśnienie. Objawami zwiastującymi możliwe problemy z dostępem jest obecność skrzepin oraz przedłużone krwawienie po usunięciu igieł;
- obowiązkowo należy zgłaszać lekarzowi wystąpienie takich objawów jak:
 - zaczerwienieni, ból, obrzęk, wzmożone ocieplenie okolicy przetoki,

- nagłą duszność,
- objawy grypopodobne, gorączkę,
- ziębnięcie, zblednięcie lub drętwienie palców dłoni po stronie przetoki;
- ponadto należy pamiętać, aby:
 - nie nosić ubrań z obcisłymi rękawami, biżuterii, toreb na ramieniu po stronie przetoki,
 - nie dźwigać żadnych ciężarów powyżej 10 kg.
 - nie podierać się na kończynie z przetoką, nie kłaść jej pod głowę,
 - nie zakładać mankietu do pomiaru ciśnienia na kończynę z przetoką,
 - nie wyrażać zgody na pobranie krwi z przetoki poza zabiegami hemodializy,
 - nie wyrażać zgody na podawanie żadnych leków i kroplówek,
 - codziennie myć kończynę z przetoką, najlepiej mydłem antyseptycznym, a w dni dializ przestrzegać instrukcji mycia kończyny z dostępem naczyniowym obowiązującym w stacji dializ,
 - przed założeniem igieł upewnić się, że skóra została zdezynfekowana,
 - nie drapać okolic przetoki, nawet w przypadku nasilonego świądu; paznokcie mogą być źródłem infekcji wnikającej przez uszkodzony naskórek;
 - upewnić się, że miejsce umieszczenia igieł w przetoce jest regularnie zmieniane, zapobiega to osłabieniu ściany naczynia i powstawania uwypukleń,
 - do tamowania ucisku w miejscu po usunięciu igieł, używać jałowego opatrunku i rękawiczek; stosować delikatny ucisk w miejscu po usuniętej igle lub poniżej; nigdy nie uciskać miejsca powyżej nakłucia.

Standard postępowania z cewnikiem naczyniowym

1. Wszystkie niezbędne czynności wokół cewnika należy wykonywać z zachowaniem zasad ścisłego reżimu sanitarnego.
2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w funkcjonowaniu cewnika należy to odnotować w dokumentacji pacjenta i niezwłocznie przekazać lekarzowi.
3. Opatrunek wokół cewnika należy wymieniać przed każdą dializą oraz w sytuacji, gdy zachodzi taka potrzeba (odklejenie, nadmierne krwawienie z ujścia cewnika).
4. Po zakończonej dializie szczególnie ważne jest powolne przepłukanie poszczególnych gałązek cewnika 20 ml 0,9-procentowego roztworu soli fizjologicznej, a następnie wypełnienie antykoagulantem zgodnie z zaleceniami producenta.
5. Wykorzystanie cewnika do innych celów niż HD jest możliwe jedynie w sytuacjach zagrożenia życia.
6. Ze względu na ryzyko zakrzepicy nie zaleca się podawania bezpośrednio do cewnika krwi oraz

preparatów krwiopochodnych. Podaż tego rodzaju preparatów możliwa jest jedynie podczas zabiegu HD.

7. Należy pamiętać, że niewłaściwe używanie cewnika jest związane z ryzykiem jego dysfunkcji oraz poważnych zakażeń.

8. Obowiązkiem personelu pielęgniarskiego jest edukacja pacjenta i/lub jego rodziny pod kątem samoopieki nad dostępem naczyniowym (cewnikiem do HD) w razie wystąpienia objawów zakażenia.

9. W pierwszym przypadku cewnik się wymienia, a jego końcówkę przesyła do badania bakteriologicznego.

10. Natomiast cewniki założone na stałe (permanentne) usuwa się tylko w przypadku braku reakcji na antybiotykoterapię i gdy istnieją dowody na zakażenie tunelu cewnika.

11. Zalecane jest również używanie nowoczesnych antykoagulantów w postaci cytrynianu sodu. Jest on lekiem przeciwzakrzepowym wykazującym alternatywną do heparyny metodę działania.

12. Bardzo ważne jest, aby pacjent, u którego założono czasowy lub stały cewnik do HD, zwracał szczególną uwagę na jego ujście zewnętrzne.

13. Podstawą zasad dobrej praktyki pielęgniarskiej jest regularne prowadzenie czytelnej dokumentacji, która odzwierciedla funkcjonowanie cewnika naczyniowego do HD. Tylko wtedy możliwe jest zaobserwowanie nieprawidłowości i wprowadzenie odpowiednich działań naprawczych.

Powikłania dostępu naczyniowego i ich profilaktyka

Czasami pomimo prawidłowej dbałości o dostęp naczyniowy, rozwijają się powikłania, spośród których do najczęstszych należą zakrzepica i zakażenia. Objawami zwiastującymi wystąpienie **zakrzepicy** w przetoce są przedłużone krwawienie po zakończeniu dializy (okres jego trwania nie powinien przekraczać 15 – 30 min) oraz wzrost ciśnienia żylnego. Ponadto o ryzyku zakrzepicy cewnika mogą świadczyć trudność z zyskaniem odpowiednich „obrotów” pompy krwi oraz obecność skrzeplin w jego świetle. Nawet, jeżeli dojdzie do zatrzymania przepływu w dostępie naczyniowym, często możliwe jest jego uratowanie, jednak najważniejszym czynnikiem warunkującym powodzenie udrożnienia jest czas. Należy jak najszybciej zgłosić się do stacji dializ.

Zabieg hemodializy może ułatwić dostanie się czynnika zakaźnego do krwi i jego rozprzestrzenianie się tą drogą. **Zakażenia** te często mają skryty przebieg. Szybka reakcja może uchronić od bardzo poważnych powikłań, jakim jest między innymi posocznica.

Jak najszybsze poinformowanie lekarza lub pielęgniarki daje możliwość szybkiego wykonania badań i podjęcie odpowiedniego leczenia. W przypadku zakrzepicy lub zakażenia konieczne może być założenie tymczasowego cewnika naczyniowego w celu zapewnienia skutecznego wyleczenia zmian.

Innym powikłaniem jest wytworzenie **krwiaka**. Leczenie obejmuje zazwyczaj stosowanie maści zawierających heparynę i antybiotyków oraz zmianę miejsca wkłucia.

Zapobieganie zakażeniom polega na skrupulatnym przestrzeganiu przez pielęgniarki zasad aseptyki przy każdej czynności związanej z otwarciem cewnika lub zmianą opatrunku. Te same zasady dotyczą również wszystkich działań dotyczących techniki dializacyjnej i obsługi stanowiska dializacyjnego. Korki służące do zabezpieczenia końcówek cewnika muszą być zmieniane po każdym zabiegu.

Większość pacjentów przewlekle dializowanych nie wykazuje jednak żadnych cech infekcji. Problem ten dotyczy przede wszystkim pacjentów posiadających cewniki permanentne. W tej grupie konieczne jest cykliczne — co dwa, trzy tygodnie — pobieranie krwi na posiew ze światła cewnika. Jest to działanie kosztowne, ale opłacalne w dłuższym czasie. Pozwala ono na wykrycie zakażenia we wczesnym stadium (bakteriemia), a jednocześnie zapobiega poważnym powikłaniom zagrażającym życiu chorego (posocznica) i/lub prowadzącym do straty cewnika.

W przypadku podejrzenia zakażenia cewnika czasowego należy bezzwłocznie pobrać krew na posiew, a

przy stwierdzeniu objawów zapalnych skóry wokół ujścia cewnika wykonać posiew ze skóry.

W profilaktyce zakażeń na szczególną uwagę zwraca obserwacja drożności cewnika. Jeżeli istnieje podejrzenie, że w cewniku znajduje się skrzeplina przyścienna, która utrudnia jego drożność, należy zastosować enzymatyczne czyszczenie cewnika. W przypadku stwierdzenia zakażenia konieczna jest antybiotykoterapia zgodnie z antybiogramem. Najczęściej stosowane są cefalosporyny, penicyliny i wankomycyna. Ze względu na wysokie ryzyko zakrzepnięcia światła cewnika nie zaleca się stosowania „plomb antybiotykowych” do cewników permanentnych

Dializoterapia, szczególnie na początku, może być postrzegana jako zamknięcie pewnego etapu w życiu. Nawet, jeśli chory nie zawsze będzie w stanie powrócić w pełni do dotychczasowej aktywności, dializy nie przekreślają możliwości aktywnego planowanie przyszłych celów i zamierzeń.

W przypadku osób poddających się leczeniu dializacyjnemu niezmiernie ważną jest konsultacja psychologiczna. Wsparcie psychologiczne pozwala przywrócić choremu poczucie wpływu i kontroli nad własnym życiem, ułatwia zaakceptowanie samego siebie w nowej roli, a także umożliwia uwolnienie chorego od poczucia winy, że zawiódł bliskich lub samego siebie.

Literatura u autorek

Jolanta Pietraszuk

Katarzyna Jańczuk

Pielęgniarki zatrudnione w WSzS w Białej Podlaskiej

Z żałobnej karty...

*„Bólu nie ugasi żadne ukojenie i ból ten chowamy skrycie,
bo leż naszych nikt nie zrozumie a dalej ... dalej jest Życie”*



*„Bliscy naszemu sercu zawsze
pozostają w naszej pamięci”*



*Koleżance **Magdalenie Wasiluk**
wyrzy szczerego współczucia
z powodu śmierci **TATY**
składają koleżanki
z NZOZ Praktyka Lekarza
Rodzinnego
ul. Parkowa 11 Biała Podlaska*

*„Ludzie, których kochamy, zostają na
zawsze, bo zostawili ślady w naszych
sercach ”*



*Koleżance **Basi Babkiewicz**
wyrzy szczerego współczucia
z powodu śmierci **MAMY**
składają współpracownicy
z Oddziału Anestezjologii
WSzS w Białej Podlaskiej*

*„Bliscy naszemu sercu zawsze
pozostają w naszej pamięci”*



*Koleżance **Joli Szalackiej**
głębokie wyrzy współczucia
z powodu tragicznej śmierci
BRATA
składają koleżanki
z Oddziału Anestezjologii
WSzS w Białej Podlaskiej*

„Odeszłaś cicho bez słów pożegnania, tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić... Tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania, że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić ”
Ks. Jan Twardowski



Pielęgniarki **Jolancie Dawidziuk** wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci **MAMY** składają koleżanki z Oddziału Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej

„Odeszłaś cicho bez słów pożegnania, tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić... Tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania, że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić ”
Ks. Jan Twardowski



Pielęgniarki **Renacie Krasuckiej** wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci **TEŚCIOWEJ** składają koleżanki z Oddziału Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej

„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w sercach bliskich”



Pielęgniarki **Celinie Franczuk** szczerego wyrazi współczucia z powodu śmierci **MAMY** składają koleżanki z Oddziału Ftyzjopulmonologicznego WSzS w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



Koleżance **Barbarze Trukawce** wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci **MAMY** składają koleżanki z Oddziału Neurologii WSzS w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



Koleżance **Magdalenie Dejnego** wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci **TEŚCIA** składają koleżanki z NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego „VITA”

„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w sercach bliskich”



Koleżance **Grażynie Dragulskiej** głębokie wyrazi współczucia z powodu śmierci **TEŚCIOWEJ** składają koleżanki z Oddziału Kardiologii Inwazyjnej WSzS w Białej Podlaskiej

Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w sercach bliskich”



Koleżance **Helenie Mazurek** wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci **SIOSTRY Bogusławy Badach** składają współpracownicy z Oddziału Otolaryngologii WSzS w Białej Podlaskiej

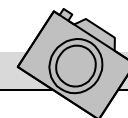
„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



Koleżance **Dorocie Włoszek** wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci **MAMY** składają koleżanki z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli

„Umarłych wieczność dotąd trwa,
Dokąd pamięcią im się płaci
Chwiejna waluta nie ma dnia
By ktoś wieczności swej nie stracił”

W. Szyborska



Konferencja z okazji
**Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, Dnia Położnej oraz XX-lecia samorządu
zawodowego pielęgniarek i położnych 26 maja 2011r.
w obiektywie**

