

BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 4/84/2012



**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: oiipbb@poczta.onet.pl
www.oiip-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 Dziedzic-Płanda
II i IV poniedziałek miesiąca, godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek
i Położnych Agnieszka Czekiel
I środa 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. Aneta Stanisławek
mgr Barbara Cydejko
mgr Dorota Fedoruk
mgr Elżbieta Macech

Redakcja Biuletynu:
Elżbieta Celmer vel Domańska,
Ilona Bilko, Iwona Denicka, Joanna Głowacka,
Anna Olisiejuk, Danuta Pawlik
Druk: INTERGRAF – Międzyrzec Podlaski

Spis treści

Od redakcji.....3



Kalendarium OIPIP.....4



Uchwały ORPiP.....5



Uchwały i stanowiska NRPiP.....6



Informacje.....8



Opinie konsultantów.....18



Dział prawny.....20



Kształcenie podyplomowe.....23



Referaty.....28



Z żałobnej karty.....32

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

Koleżanki, koledzy 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.

**„Ludzie pracują za pieniądze,
ale pójdą za tobą dodatkowy szmat drogi,
jeśli okażesz im szacunek, nagrodzisz pochwałą i uznaniem”.**

Carnegie

Szanowni Państwo,

Zarządzanie zasobami ludzkimi, czyli zatrudnianie, utrzymanie i motywowanie pracowników do lepszego wypełniania swoich obowiązków w celu osiągnięcia celów przedsiębiorstwa jest rolą menedżera/kierownika. Oznacza to zjawisko osiągania wyznaczonych celów przy pomocy ludzi. Współczesne przedsiębiorstwa, w tym również podmioty lecznicze, muszą reagować na zmiany otoczenia, wzrastające wymagania klientów, również na konkurencję. Kluczową rolę w osiąganiu sukcesów organizacji odgrywają ich pracownicy. Sukces w podmiocie leczniczym zależy od całego zespołu, a ściślej od każdego jego członka: począwszy od każdego zatrudnionego lekarza, przez każdą pielęgniarkę, technika, pracownika administracji, dietetyka, rehabilitanta, aż po każdą osobę zatrudnioną w firmie sprzątającej. Sukces zależy zarówno od ordynatora, oddziałowej i innych kierowników, jak i od szeregowego pracownika. Dlatego dla dyrekcji poszczególnych podmiotów leczniczych powinien liczyć się każdy pracownik.

Duży wkład w poprawę jakości usług medycznych mają działania pielęgniarek i położnych. Współczesna pielęgniarka i położna, będąca samodzielnym profesjonalistą w zakresie pielęgnowania, wykonuje wiele zadań zawodowych, ponosi za nie odpowiedzialność, jest partnerem w zespołach interdyscyplinarnych, podejmuje działania na rzecz podnoszenia jakości i efektywności oferowanej opieki. Z uwagi na szeroki zakres świadczeń medycznych, jakie wykonują pielęgniarki i położne, niezbędne jest podejmowanie przez nie ustawicznego doskonalenia zawodowego. To właśnie kształcenie ma w dużym stopniu przełożenie na wzrost jakości świadczonych usług zdrowotnych.

Pielęgniarki i położne kończą studia, specjalizacje oraz kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i doksztalające. Uczęszczają na konferencje, prowadzą badania naukowe, nie zapominając przy tym o podstawowych elementach opieki nad chorymi. Ich wiedza ma tę opiekę właśnie doskonalić. Mają szeroki wachlarz obowiązków zawodowych i bardzo odpowiedzialną pracę. Oby przyszedł czas, kiedy zostanie to odpowiednio docenione a systemy motywacyjne zachęcały do tego, by było lepiej.

Koniec roku, to czas podsumowań. Analizując załączniki uchwał podjętych w sprawie refundacji kosztów kształcenia należy stwierdzić, iż liczba osób szkolących się wciąż rośnie. W roku 2012 różne formy kształcenia podyplomowego ukończyło około 300 członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. *(Szczegółowe sprawozdanie Komisji Kształcenia zostanie opublikowane w następnym numerze Biuletynu Informacyjnego OIPiP.)*

Gratuluję koleżankom i kolegom, a jednocześnie **dziękuję** za tak odpowiedzialne podejście do podnoszenia poziomu swoich kompetencji, za poświęcony czas i trud wkładany w podnoszenie kwalifikacji.

**Okres Świąt Bożego Narodzenia to czas szczególny dla każdego z nas.
To nie tylko wspomnienie ważnego wydarzenia religijnego, ale także
czas odpoczynku, spotkań z rodziną i bliskimi. Coraz częściej to czas,
który staje się ucieczką od codzienności, jest czasem wyciszenia i refleksji.
Życzę, aby ten świąteczny czas upłynął Wam w wyjątkowej, rodzinnej
atmosferze, przy dźwiękach najpiękniejszych kolęd,
z dala od codziennych zmartwień.
Radosnych Świąt Bożego Narodzenia
oraz wszelkiej pomyślności w Nowym Roku 2013.**

*Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej*

*Dzisiaj rodzi się życie,
dzisiaj słuchamy Jego płaczu.
Niech radością zaściela nam stoły
i niech zapach choinki
wypełni nam dom.*

*Ach, ta noc Jego narodzin
Cichnie wszystko, co głośne,
zastygłe zdumieniem
w oczekiwaniu cudu,
który znów się spełnia.*

*Podzielmy opłatek
miedzy najbliższych,
podzielmy miedzy gości
i samotnych,
niech żdźbeł siana pod stołem dla
każdego wystarczy
i radości po równo
w dzień Jezusa narodzin.*

*Ten, co stworzył
drzewa i biały śnieg,
Ten, co czurwa
nad ciepłem naszego domu
i ciągle nas uczy,
jak kochać,
dzisiaj się narodził...*

*Nie z tego świata przychodzi,
by bronić kruchości naszego świata
- bronić Miłością...
Święta to czas,
kiedy Bóg się rodzi,
kiedy moc truchleje,
kiedy cały świat kocha.*

*Chwalmy Pana
Marek Zięba*





KALENDARIUM OIPiP W BIAŁEJ PODLASKIEJ

03.10.2012r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów
10.10.2012r.	Pierwsze Posiedzenie Komisji Konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej
11.10.2012r.	Szkolenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej Janiny Dziedzic-Płandy nt. „Odpowiedzialność zawodowa – wybrane zagadnienia” w Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim.
16.10.2012r.	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej włączyła się w organizowane w mieście obchody Dni Walki z Rakiem połączone z uroczystością Jubileuszu XV-lecia działalności Białkopodlaskiego Stowarzyszenia „AMAZONKI”. Z tej okazji członkinie samorządu uczestniczyły w Marszu Różowej Wstążki, dokonywały pomiaru glikemii i ciśnienia tętniczego krwi oraz udzielały porad na zorganizowanym stoisku edukacyjnym w Miasteczku Zdrowia.
19.10.2012r.	Spotkanie w Instytucie Badań Naukowych PWS w Białej Podlaskiej – „Możliwości rozwoju naukowego kadry dydaktycznej i pracowników ochrony zdrowia” – uczestniczyła Przewodnicząca Elżbieta Celmer vel Domańska.
23.10.2012r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów
23.10.2012r.	Konferencja organizowana przez Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych – „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego” w Warszawie - uczestniczyła Przewodnicząca Elżbieta Celmer vel Domańska.
23.10.2012r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia Pielęgniarek i Położnych
24.10.2012r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
29.10.2012r.	Szkolenie we współpracy z firmą Pelargos nt.: „Szczepienia – dylematy rodziców w praktyce”, „Stany niepokoju u niemowląt i małych dzieci” w Hotelu Skala w Białej Podlaskiej
08.11.2012r.	Spotkanie zespołu Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
14.11.2012r.	Szkolenie we współpracy z Pofam-Poznań nt.: „Opieka pielęgniarska nad chorym z przetoką jelitową (stomią)” „Zaopatrzenie pacjenta stomijnego w świetle refundacji NFZ, w Bielskim Centrum Kultury w Białej Podlaskiej
14.11.2012r.	I Wschodnia Konferencja Pielęgniarek Nefrologicznych i Dializacyjnych w Lubinie pt.: „Nefropatia cukrzycowa wyzwaniem dla zespołu medycznego” – uczestniczyła Edyta Caruk
15.11.2012r.	Konferencja „Wczesna diagnoza i terapia szansą dla dziecka z autyzmem” organizowana przez Fundację Wspólny Świat z Wydziałem Spraw Społecznych Urzędu Miasta Biała Podlaska – uczestniczyła Przewodnicząca Elżbieta Celmer vel Domańska
20.11.2012r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów
23.11.2012r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
27.11.2012r.	Szkolenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej Janiny Dziedzic-Płandy nt. „Odpowiedzialność zawodowa – wybrane zagadnienia” w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Suchowoli.
27-28.11.2012r.	Szkolenie skarbników okręgowych rad pielęgniarek i położnych organizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych – uczestniczyła Wacława Grażyna Papińska – Skarbnik ORPiP w Białej Podlaskiej
28.11.2012r.	Spotkanie Andrzejkowe organizowane przez Zarząd Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek przy WSzS w Białej Podlaskiej – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska
30.11.2012r.	Szkolenie Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Danuty Matwiejczuk pt. „Prawa pacjenta” w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim.
30.11.2012r.	Szkolenie we współpracy z Pofam-Poznań nt.: „Opieka pielęgniarska nad chorym z przetoką jelitową (stomią)” „Zaopatrzenie pacjenta stomijnego w świetle refundacji NFZ, w Bielskim Centrum Kultury w Białej Podlaskiej
4-5.12.2012r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczyła Przewodnicząca Elżbieta Celmer vel Domańska
06.12.2012r.	Konferencja inauguracyjna Program: „Poprawa jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych” realizowany w ramach obszaru tematycznego Ochrony Zdrowia Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, organizowana przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie- uczestniczyła Przewodnicząca Elżbiety Celmer vel Domańskiej.
07.12.2012r.	Konferencja organizowana przez Polską Federację Edukacji w Diabetologii pt.: „Kobieta i Cukrzyca”- uczestniczyły Alina Michalczuk, Małgorzata Jowik.



11.12.2012r.	Szkolenie we współpracy z firmą Medicus z zakresu opieki nad pacjentami z wylonioną stomią oraz zaopatrzenie pacjenta w sprzęt ortopedyczny i opatrunki specjalistyczne.
17.12.2012r.	Szkolenie organizowane we współpracy z firmą Pelargos „Nowoczesne rozwiązania dla skóry wrażliwej, suchej i atopowej” w Hotelu Delfin w Białej Podlaskiej.
19-20.12.2012r.	Drugie Posiedzenie Komisji Konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.
27.12.2012r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Uchwały podjęte podczas posiedzeń ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 50/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 listopada 2012r. w sprawie likwidacji lokaty bankowej.
2.	Uchwała Nr 51/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 listopada 2012 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. <i>[kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego]</i>
3.	Uchwała Nr 52/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 listopada 2012 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
4.	Uchwała Nr 53/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 listopada 2012 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
5.	Uchwała Nr 54/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 listopada 2012r. w sprawie pokrycia kosztów szkolenia.
6.	Uchwała Nr 55/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 listopada 2012r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
7.	Uchwała Nr 56/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 listopada 2012r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 43/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 24 października 2012r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
2.	Uchwała Nr 44/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 24 października 2012r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
3.	Uchwała Nr 45/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 24 października 2012r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
4.	Uchwała Nr 46/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 24 października 2012 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego.
5.	Uchwała Nr 47/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 24 października 2012r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarki i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowych w celu wyłonienia kandydatów na stanowiska pielęgniarek oddziałowych.

Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej dokonano:

- 2 skreślenia z rejestru pielęgniarek,
- 1 uchwała dotycząca zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony.

Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP w Białej Podlaskiej

Na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych ukazała się informacja o Programie SHE wspierającego kobiety żyjące z HIV. Poniżej przedstawiamy informację prasową.

Warszawa, 1 grudnia 2012

Program SHE wspiera kobiety żyjące z HIV

Zakażenie HIV dla kobiety, oprócz konsekwencji zdrowotnych, zazwyczaj wiąże się ze szczególnie dużym obciążeniem psychicznym. Bez odpowiedniego wsparcia trudno kobietom żyjącym z HIV sprostać wyzwaniom, jakimi są m.in. akceptacja zakażenia, ujawnienie go najbliższym czy uzyskanie dobrej jakości opieki medycznej. Z pomocą przychodzi im Program SHE – w 2012 roku w ramach Programu odbył się cykl pięciu otwartych warsztatów edukacyjnych, od 1 stycznia dostępna będzie strona internetowa, stworzona z myślą o szczególnych potrzebach kobiet żyjących z HIV.

Program SHE (ang. Strong, HIV Positive, Empowered Women – silne, HIV pozytywne, świadome swoich praw kobiety) to europejski projekt edukacyjny skierowany do kobiet seropozytywnych. Celem Programu jest wspieranie kobiet żyjących z HIV w dążeniu do poprawy jakości życia, w tym do uzyskania najlepszej możliwej opieki zdrowotnej. Program został opracowany przez międzynarodową grupę ekspertów z organizacji pozarządowych i specjalistów w leczeniu zakażenia HIV oraz kobiety żyjące z HIV. Program SHE powstał przy wsparciu Bristol-Myers Squibb, a za jego realizację w Polsce odpowiada Fundacja Edukacji Społecznej. Swoim patronatem Program objęły Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

Otwarte warsztaty dla kobiet żyjących z HIV

W 2012 roku w odbył się cykl pierwszych pięciu warsztatów SHE, otwartych dla wszystkich kobiet seropozytywnych. Warsztaty SHE oferują kobietom żyjącym z HIV możliwość zdobycia wiedzy na temat zakażenia i jego leczenia, otrzymania wsparcia psychologicznego oraz wymiany doświadczeń i opinii z innymi zakażonymi HIV kobietami, stawiającymi na co dzień czoła podobnym wyzwaniom. Uczestniczki warsztatów mają możliwość zdobycia wiedzy i wymiany zdań na temat należytej im opieki medycznej, kwestii związanych z kształtowaniem relacji partnerskich, odzyskiwaniem i pielęgowaniem poczucia własnej wartości oraz sposobów rozwiązywania codziennych problemów. Zajęcia podczas warsztatów prowadzone są przez lekarzy specjalistów, psychologów, edukatorki i przedstawicielki stowarzyszeń pacjentów, świetnie znające problemy kobiet żyjących z HIV. Cykl warsztatów będzie kontynuowany w 2013 roku, zainteresowane Panie mogą się na nie zgłaszać za pośrednictwem Fundacji Edukacji Społecznej - fes@op.pl.

Grupy wsparcia

Program SHE opiera się na założeniu, że informacje pochodzące od osoby borykającej się z podobnym problemem postrzegane są jako bardziej wiarygodne, godne zaufania i znaczące, a wzajemne wsparcie udzielane sobie przez kobiety żyjące z HIV jest najlepszą drogą do kształtowania silnych postaw. Dlatego kolejnym krokiem Programu w dążeniu do zbudowania sieci wzajemnego wsparcia kobiet żyjących z HIV będzie specjalnym program szkoleniowy dla liderki grup wsparcia. W programie tym będą mogły wziąć udział wszystkie zainteresowane uczestniczki warsztatów SHE. Szkolenia realizowane będą w oparciu o poradnik dla moderatorek grup wsparcia, który powstał jako jeden z elementów Programu SHE. Organizatorzy Programu chcieliby, a aby w ten sposób powstały grupy wzajemnego wsparcia aktywnie działające przy większości ośrodków leczenia zakażenia HIV w Polsce.

Strona internetowa

Kwestie związane z zachowaniem dobrego zdrowia i kondycji fizycznej, dostępem do dobrej jakości opieki medycznej, relacjami partnerskimi seksualnością, życiem w rodzinie i planowaniem potomstwa, ujawnieniem zakażenia, radzeniem sobie z lękiem i depresją, ochroną swoich praw człowieka – to tylko część zawartości strony www.programshe.pl. Strona została przygotowana przez kobiety zakażone HIV z myślą o innych kobietach zakażonych HIV, dlatego stanowi pełne i wiarygodne źródło wiedzy, jakiego do tej pory brakowało kobietom żyjącym z HIV w Polsce. Strona będzie dostępna od 1 stycznia.

Realizatorzy Programu SHE



Patroni Programu SHE



Bristol-Myers Squibb jest globalną firmą biofarmaceutyczną, której misją jest odkrywanie, opracowywanie i dostarczanie innowacyjnych leków, które pomagają chorym zwycięsko zmagać się z ciężkimi chorobami. Firma Bristol-Myers Squibb angażuje się w walkę z zakażeniem HIV od ponad dwóch dekad i czuje się zaszczycona, że może wspierać program SHE mający na celu wypełnienie znacznych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych kobiet zakażonych HIV.



Stanowisko nr 1 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 listopada 2012 roku w sprawie konieczności wprowadzenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu o ocenę zapotrzebowania pacjentów na opiekę we wszystkich podmiotach leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych widzi konieczność wprowadzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych we wszystkich podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych. Zapewnienie minimalnej obsady pielęgniarek i położnych jest gwarancją zachowania właściwej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa pacjentów i ich satysfakcji, zapobiegania zdarzeniom niepożądanym oraz bezpiecznego wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Projekt rozporządzenia oparty na klasyfikacji pacjentów zgodnie z zapotrzebowaniem na opiekę pielęgniarską i położniczą powstał w wyniku wieloletnich badań naukowych ekspertów w dziedzinie pielęgniarstwa przy udziale praktyków pielęgniarek i położnych. Metoda oparta na klasyfikacji pacjentów według zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską jest metodą weryfikowalną, rzetelną i wiarygodną, stosowaną w krajach, gdzie opieka zdrowotna, w tym pielęgniarska, w pełnym stopniu zaspokaja potrzeby zdrowotne pacjentów.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych widzi pilną potrzebę wprowadzenia opiniowanego projektu rozporządzenia z uwzględnieniem uwag zgłoszonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Notatka z konferencji uzgodnieniowej dotyczącej projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, która odbyła się 7 grudnia br. w Departamencie Pielęgniarek Ministerstwa Zdrowia w Warszawie

Konferencję rozpoczął A. Sopliński w-ce Minister Zdrowia i przekazał procedowanie Pani Dyr. J. Skolimowskiej, która przywołała projekt MZ z 2 grudnia br. w sprawie norm i oznajmiła, że będziemy na nim pracować. Wywołało to natychmiastowy sprzeciw przedstawicieli OZZPiP, NRPiP i innych nie wtajemniczonych wcześniej w treść przywołanego dokumentu, natomiast dobrze zaznajomionego z nim obecnym na sali licznym przedstawicielom: pracodawców, Związku Powiatów Polskich, NRL.

Przewodnicząca OZZPiP I. Borchulska oznajmiła, że zostało złamane prawo, bo jedynym dokumentem na którym powinniśmy procedować to projekt z 18 października br. przedstawiony na stronie MZ do opinii społecznej. I skoro powstał kolejny projekt z 2 grudnia br. („pod stołem”), to MZ podjęło decyzję, a dzisiejsze uzgodnienia są tylko pro – formą. Oznajmiła, że nie będą dalej uczestniczyć w konferencji i po ostrej ripostie skierowanej do trzech przedstawicieli NRL, których stanowisko było zdecydowanie przeciwne wejściu w życie rozporządzenia w sprawie norm, a przytoczone argumenty „kopiuj – wklej” Związku Powiatów Polskich – opuściła wraz z towarzyszącymi jej osobami obrady.

Dyr. Skolimowska przystąpiła do analizowania uwag zgłoszonych przez strony ministerialne:

- Przedstawiciel ministerstwa finansów poinformował, że projekt ten może rodzić koszty, trudne do oszacowania na tym etapie. Wśród licznych głosów w dyskusji, zwłaszcza pracodawców, NRL, związku powiatów, którzy podtrzymywali swoje opinie, że będą to nawet trzydziestoprocentowe i wyższe wzrosty, przedstawiciel NRPiP Zofia Małas oznajmiła, że tak wysokie koszty mogą wystąpić tylko tam, gdzie są drastycznie zaniżone obsady, zagrażające bezpieczeństwu pacjentów i gdzie nie

działa obowiązujące rozporządzenie w sprawie norm z grudnia 1999 roku.

- Przedstawiciel NFZ przedstawił opinię, że będzie wymagał norm zatrudnienia pielęgniarek w publicznych i niepublicznych podmiotach, zgodnie z rozporządzeniami koszykowymi przy zawieraniu kontraktów na świadczenia zdrowotne. Również rozgorzała ożywiona dyskusja. Zofia Małas oświadczyła, że należy dokonać pilnej nowelizacji art. 50 ustawy o działalności leczniczej, by normy obowiązywały we wszystkich podmiotach korzystających ze środków publicznych.

Dyr. Skolimowska przedstawiła uwagi NRPiP z których, pomimo silnych argumentacji znajdujących się w mniejszości pielęgniarek i położnych nie udało się jednoznacznie przeforsować:

- pod znakiem zapytania jest zapis o minimum dwóch pielęgniarkach/położnych na zmianie, bo w przytoczonym projekcie z 2 grudnia już został wykreślony;
- również czas dyspozycyjny trzeba będzie wyliczać, bo pracodawcy nie zgodzili się na uśredniony 202 dni;
- są zakusy na zmniejszenie czasu opieki pośredniej z 25-50% na 10-25% czasu opieki bezpośredniej;
- zrezygnowano z doliczania 2min po 24.00;
- również nie uzyskano jednoznacznej odpowiedzi potwierdzającej, by rozporządzenie weszło w życie od 1 stycznia 2013r. obliczając normy przy pomocy wskaźników, a cały rok przeznaczyć na wdrożenie sposobu obliczania zapotrzebowania na opiekę według kategoryzacji.

Skorygowano wskaźnik w psychiatrii i zmniejszono czasy w poszczególnych kategoriach.

Po analizie uwag NRPiP Dyr. Skolimowska zamknęła obrady.

Warszawa 10.12.2012

Notatkę sporządziła Zofia Małas



7 grudnia 2012r. (piątek) Iwona Borchulska, Zofia Czyż i Krystyna Ptok przedstawiciele Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych w budynku Ministerstwa Zdrowia przy ul. Długiej w Warszawie uczestniczyli w konferencji uzgodnieniowej dotyczącej projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami.

Ministerstwo Zdrowia do konsultacji społecznych przekazało projekt rozporządzenia z dnia 18.10.2012r., do którego OZZPiP zgłosił szereg uwag i przyjął stanowiska, niestety w trakcie trwania konferencji przedłożono do procedowania „NOWY” projekt z dnia 03 grudnia 2012r., który pomijał całkowicie zgłaszane po konsultacjach z członkami związku uwagi do projektu. Przedłożona przez Ministerstwo Zdrowia kolejna wersja projektu odbiega od wersji pierwotnej i nie była wcześniej przekazana do konsultacji. Iwona Borchulska Przewodnicząca OZZPiP w imieniu związku wyraziła stanowczy sprzeciw wobec takiego procedowania nad aktem prawnym i wraz z pozostałymi przedstawicielami OZZPiP opuściła konferencję.

<http://www.ozzpip.com.pl/aktualnosci/>

OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD KRAJOWY



Minister Zdrowia

Pan Bartosz Arłukowicz

Szanowny Panie Ministrze

rozporządzeniami stosuje się zapisy tegoż zarządzenia, dotyczące prac nad ustawami (§ 20 ust. 2). Zatem odnosząc się do tych regulacji, z §§ 15-16 wskazują, iż w toku konsultacji społecznych, aż do zakończenia konferencji uzgodnieniowej, nie tworzy się kolejnych wersji aktu normatywnego. Dopiero w wyniku prac konferencji, uzgadnia się treść projektu, który jest przekazywany do akceptacji Kierownictwu Ministerstwa Zdrowia.

W sprawie niniejszego rozporządzenia urzędnicy Ministerstwa Zdrowia zlekceważyli dwa lata pracy zespołu specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa, sporządzając kolejną wersję projektu, zatwierdzoną przez kierownictwo, jeszcze przed konferencją uzgodnieniową. Zatwierdzony projekt dalece odbiega od pierwotnego, co nie może być przez nas zaakceptowane. Zwracamy się z wnioskiem o spotkanie z Panem Ministrem w środę, 12.12.2012 w dogodnej dla Pana Ministra godzinie, ponieważ jest to dzień obrad Prezydium Zarządu Krajowego OZZPiP.

W nawiązaniu do przebiegu konferencji uzgodnieniowej dotyczącej projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami, która miała miejsce w dniu 7 grudnia br., pragnę wskazać, iż w toku prac nad rozporządzeniem doszło do naruszenia zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2004 r. w sprawie zasad i trybu prowadzenia prac legislacyjnych w Ministerstwie Zdrowia.

Z nieznanymi naszymu związkowi przyczyn, Ministerstwo Zdrowia preferuje w sposób niedopuszczalny wnioski i postulaty pracodawców, bezkrytycznie przyjmując je, jako własne stanowisko.

Stronie społecznej dla potrzeb uzgodnień zewnętrznych (konsultacji społecznych), które rozpoczęto dnia 19.10.2012 r. przekazano projekt rozporządzenia datowany na dzień 18.10.2012 r. Wszystkie podmioty biorące udział w konsultacjach opiniowały ten właśnie projekt.

Tymczasem podczas konferencji uzgodnieniowej, która miała miejsce w dniu 7 grudnia, jako podstawę prac konferencji Ministerstwo Zdrowia wskazało projekt datowany na dzień 3 grudnia 2012 r. W porównaniu z projektem z 18.10.2012 r. nowy projekt uwzględniał wiele z postulatów pracodawców i samorządu terytorialnego, ignorując całkowicie wnioski związków zawodowych a także samorządu pielęgniarek i położnych. Według informacji przekazanych przez przedstawicieli Ministra Zdrowia, projekt z dnia 3 grudnia 2012 r. został już zatwierdzony przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia.

Sytuacja taka jest niedopuszczalna z kilku powodów:

1. Stanowi ona całkowite lekceważenie przedstawicieli grup zawodowych pielęgniarek i położnych, których bezpośrednio dotyczy przedmiotowe rozporządzenie,
2. Minister Zdrowia, przed zakończeniem konsultacji społecznych, jednoznacznie opowiedział się przeciwko interesom pacjentów oraz ich prawu do należytej opieki pielęgniarskiej i położniczej, dzieląc bez żadnego uzasadnienia poglądy podmiotów leczniczych i ich podmiotów tworzących
3. Co wreszcie najważniejsze, działanie takie stanowi naruszenie regulacji wewnętrznych, obowiązujących w Ministerstwie Zdrowia, w toku procesu legislacyjnego.

Zgodnie bowiem z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2004 r. w sprawie zasad i trybu prowadzenia prac legislacyjnych w Ministerstwie Zdrowia, do prac legislacyjnych nad

Z poważaniem
Przewodnicząca
Zarządu Krajowego OZZPiP
Iwona Borchulska
Iwona Borchulska



DNI WALKI Z RAKIEM

16 października 2012r. członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej wzięli udział w obchodach Dni Walki z Rakiem, połączonych z uroczystością Jubileuszu XV-lecia działalności Bialskopodlaskiego Stowarzyszenia „AMAZONKI”.

O godzinie 10, w kościele św. Antoniego, została odprawiona msza św., której przewodniczył ks. Rafał Pastwa - Prezes zarządu Fundacji „Za Bramą” z Kraśnika. Wygłosił homilię, wskazując na konieczność pozytywnej walki z chorobą, oraz pomoc innym - bardziej jeszcze potrzebującym.

Po mszy św. ulicami naszego miasta przeszli uczestnicy Marszu Różowej Wstążki. Na Placu Wolności zagościło „Zdrowe Miasteczko”, gdzie mieszkańcy Białej Podlaskiej mogli skorzystać z badań RR, poziomu cukru, mammografii, cytologii, densytometrii, porad pielęgniarek, dietetyków, makijażystów, mogli również wygrać ciekawe nagrody w loterii fantowej.

Następnie, w ramach Dni Walki z Rakiem, odbyła się konferencja prozdrowotna, którą swoim wystąpieniem rozpoczął Andrzej Czapski Prezydent Miasta Biała Podlaska. Z wykładami wystąpili: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Wronkowski, dr n. med. Jolanta Anna Surdyka oraz ks. mgr lic. Rafał Pastwa. W konferencji udział wzięły również zaprzyjaźnione amazonki z Poznania, Lublina, Siedlec, Warszawy i Białegostoku.

Obchody „Dni Walki z Rakiem” miały na celu podniesienie świadomości o roli profilaktyki i edukacji w zakresie ryzyka zachorowań na nowotwory, ale także wzmocnienie osób chorych i ich bliskich. Szczególnie podkreślała to w swoich wypowiedziach Bożena Grąszko, Przewodnicząca Bialskopodlaskiego Stowarzyszenia. „Amazonki” promują profilaktykę, bo wcześniejsze wykrycie raka zwiększa szansę na wyleczenie. Większa zgłaszalność kobiet i mężczyzn na badania profilaktyczne może uratować życie tym osobom, u których chorobę wykryje się wcześniej

W imieniu własnym i całej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej pragnę serdecznie podziękować koleżankom:

Grażynie Papińskiej, Grażynie Dragulskiej, Beacie Skrodziuk i Danucie Pawlik z grupą słuchaczy MSZ w Białej Podlaskiej, za zaangażowanie w prace OIPiP przy organizacji „Zdrowego Miasteczka”, w ramach obchodów Dni Walki z Rakiem.
Bardzo dziękuję za okazaną pomoc, życzliwość i czas poświęcony realizacji naszej wspólnej inicjatywy.

*Elżbieta Celmer vel Domańska
 Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej*





21-500 Biała Podlaska
ul. Marszałka Józefa
Piłsudskiego 3
telefax (083)343-70-64
telefon (083)343-22-20



Prezydent Miasta Biała Podlaska

Biała Podlaska, 12.11.2012r.

SP.8030.13.2012.BZ2

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

Proszę przyjąć serdeczne podziękowania za zaangażowanie i za okazaną pomoc przy organizacji tegorocznych Dni Walki z Rakiem w Białej Podlaskiej.

Dziękuję za aktywną współpracę i szczególną życzliwość przy realizacji tak ważnego przedsięwzięcia, jakim są działania na rzecz zdrowia mieszkańców miasta Biała Podlaska. Te wydarzenia nie byłyby tak spektakularne, gdyby nie udział Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, która zachciała wesprzeć tę prozdrowotną inicjatywę.

Wyrażam głęboką nadzieję, że nasza współpraca w zakresie propagowania zdrowego stylu życia będzie kontynuowana i przyczyni się do podniesienia poziomu stanu zdrowia mieszkańców miasta Biała Podlaska.

Życzę dotychczasowego uznania, dalszych osiągnięć, a także dużo zdrowia oraz satysfakcji zawodowej i osobistej.

N
z powrotem
Andrzej Czapla





Szkolenie

W dniu 29 października 2012r. w Sali Konferencyjnej Hotelu Skala w Białej Podlaskiej odbyło się szkolenie organizowane przez firmę Pelargos we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Tematami wykładów były: „*Szczepienia – dylematy rodziców w praktyce*” wygłoszony przez prof. dr hab. n. med. Janinę Piotrowską-Jastrzębską oraz „*Stany niepokoju u niemowląt i małych dzieci*” wygłoszony przez dr n. med. Bożenę Kuleszę-Bończyk.



Szkolenie odbyło się pod patronatem firmy GSK Commercial Sp. z o.o.

Uczestniczki otrzymały skrypty tematyczne, certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu oraz interesujące materiały promocyjne.

Poniżej prezentujemy zdjęcia ze spotkania.



Konferencja „Nefropatia cukrzycowa wyzwaniem dla zespołu medycznego”

Pod takim tytułem 14 listopada 2012 roku odbyła się I Wschodnia Konferencja Pielęgniarek Nefrologicznych i Dializacyjnych. Organizatorami tego spotkania były Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Lublinie oraz Komisja do spraw Pielęgniarstwa Nefrologicznego i Dializacyjnego, zaś patronat honorowy objął kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. med. Andrzej Książek. Adresatami tego spotkania były pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w Stacjach Dializ, Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a także w oddziałach, w których wykonywane są dializy. W konferencji uczestniczyły osoby z wielu ośrodków dializacyjnych, w tym m.in. z Lublina, Białej Podlaskiej, Zamościa, Siedlec, Warszawy, Jasła, czy Łodzi.

Wykład inauguracyjny został wygłoszony przez prof. dr hab. Andrzeja Książka i dotyczył nadciśnienia tętniczego u pacjentów dializowanych. Natomiast prof. dr hab. Wojciech Załuska bardzo ciekawie i obrazowo

przedstawił historię leczenia nerkozastępczego w Polsce i na świecie.

Program konferencji realizowany był w dwóch sesjach tematycznych. Ponieważ data spotkania zbiegła się z datą Światowego Dnia Walki z Cukrzycą, poruszono wiele kwestii związanych z nefropatią cukrzycową, będącą obecnie pierwszą przyczyną rozpoczęcia dializoterapii w Polsce. Podczas sesji I został przedstawiony problem uszkodzeń wielonarządowych (w szczególności nerek) spowodowanych cukrzycą. Omówiono także temat dostępu naczyniowego u pacjentów z nefropatią cukrzycową oraz zasady pielęgnowania przetok i cewników do hemodializ zarówno przez personel medyczny, jak również przez samego chorego. W związku z brakiem ogólnopolskich standardów oraz ze stałą zmianą praktyki i poglądów dotyczących postępowania z naczyniowym dostępem do hemodializ prelekcje te zasługiwały na szczególną uwagę.



Zaprezentowano również aktualne zalecenia dietetyczne dla chorych leczonych dializami zewnątrzustrojowymi. W trakcie sesji II poruszono temat dializy otrzewnowej jako jednej z metod leczenia nerkozastępczego, a także

problemy dializacyjne występujące u pacjentów z nefropatią cukrzycową leczonych dializami otrzewnowymi. Dodatkowo prelegenci omawiali zgłoszenie chorych z nefropatią cukrzycową

do transplantacji, a także rehabilitację i problemy psychologiczne pacjentów z przewlekłą chorobą nerek.

W związku ze stałą dynamiką i postępowaniem dializoterapii oraz dużym zainteresowaniem środowiska pielęgniarskiego tym tematem, mam nadzieję, że spotkania te będą kontynuowane.

mgr Edyta Caruk
Członek Komisji Kształcenia OIPiP
w Białej Podlaskiej

Konferencja "Wczesna diagnoza i terapia szansą dla dziecka z autyzmem"

15 listopada odbyła się konferencja "Wczesna diagnoza i terapia szansą dla dziecka z autyzmem" zorganizowana przez Fundację "Wspólny Świat" w partnerstwie z Wydziałem Spraw Społecznych Urzędu Miasta Biała Podlaska. Było to znaczące wydarzenie w naszym mieście i regionie - zgromadziło ok. 260 uczestników.

Uczestnikami konferencji byli lekarze pediatrzy, neurologi, psychiatry, lekarze rodzinni i pielęgniarki a także dyrektorzy, nauczyciele i terapeuci szkół i przedszkoli masowych, szkół, przedszkoli z oddziałami integracyjnymi, szkół specjalnych i ośrodków szkolno wychowawczych kształcących dzieci niepełnosprawne, dyrektorzy i terapeuci z poradni psychologiczno-pedagogicznych, dyrektorzy i pracownicy pomocy społecznej oraz rodzice i opiekunowie dzieci z zaburzeniami rozwojowymi z terenu naszego miasta oraz regionu.

Honorowym patronem konferencji był Prezydent Miasta Biała Podlaska Andrzej Czapski. Wprowadzenie do konferencji wygłosiła Anna Chwałek, prezes Zarządu Fundacji "Wspólny Świat" akcentując fakt, iż w naszym regionie diagnoza autyzmu stawiana jest zbyt późno gdyż najczęściej pomiędzy trzecim a piątym rokiem życia, co w znaczącym stopniu opóźnia rozpoczęcie działań terapeutycznych w okresie, gdy są one najbardziej skuteczne i decydujące o dalszym rozwoju i przyszłości dziecka.

Głównymi prelegentami konferencji byli dr Michał Wroniszewski, lekarz psychiatra, wybitny specjalista w dziedzinie autyzmu oraz współzałożyciel Fundacji SYNAPSIS - największej organizacji w Polsce zajmującej się pomocą dzieciom z autyzmem oraz Joanna Grochowska, psycholog i terapeuta, wieloletni klinicysta, specjalista w zakresie wczesnej diagnozy małego dziecka z autyzmem, autorka wielu specjalistycznych publikacji na temat autyzmu. Przed rozpoczęciem wykładu dr Wroniszewski wyraził uznanie organizatorom konferencji w związku z podejmowanymi przez nich działaniami związanymi z popularyzacją wiedzy na temat autyzmu oraz tymi, które mają na celu niesienie pomocy dzieciom z autyzmem i ich rodzinom. Przedmiotem wykładu dr Wroniszewskiego było przedstawienie skali problemu

społecznego, jakim jest autyzm, jego przyczyn, wczesnych symptomów oraz znaczenia wczesnego rozpoznania tego zaburzenia oraz podjęcia działań terapeutycznych dla rozwoju dziecka z autyzmem. W swoim wystąpieniu akcentował, iż wczesne rozpoznanie autyzmu (przed ukończeniem 2 roku życia) pozwala na podjęcie działań leczniczych i terapeutycznych zwiększających szansę na poprawę funkcjonowania dziecka z ASD w stopniu zbliżonym lub równoznacznym z wyleczeniem.

Wykłady Joanny Grochowskiej dotyczyły wpływu oddziaływań terapeutycznych wprowadzonych we wczesnym dzieciństwie na rozwój dziecka. Akcentowała znaczenie prowadzenia terapii w specjalistycznych ośrodkach terapii, łączących specjalistyczną edukację przedszkolną dla dzieci z kompleksowymi oddziaływaniami terapeutycznymi. Przedstawiła wyniki realizacji przez Fundację Synapsis wczesnej terapii, której skutkiem była szybka i znacząca poprawa funkcjonowania wszystkich dzieci objętych pomocą a w kilku przypadkach spowodowała wycofanie objawów autyzmu.

Podczas konferencji Fundacja "Wspólny Świat" przedstawiła efekty terapii integracji sensorycznej prowadzonej w Ośrodku Terapii i Diagnostyki Dzieci Autystycznych "Wspólny Świat" na przykładzie jednego z podopiecznych - Kuby - w formie przygotowanej przez terapeutów prezentacji. Organizatorzy zaprezentowali także różne formy i metody terapeutyczne realizowane w ramach kompleksowej pomocy świadczonej dzieciom z autyzmem i ich rodzinom przez Ośrodek TiDDA, Niepubliczną Szkołę i Niepubliczne Przedszkole dla Dzieci z Autyzmem.

Uczestnicy konferencji podkreślali wysoką wartość merytoryczną zorganizowanej konferencji oraz bardzo sprawną organizację.

Podczas przerw mogli się zapoznać ze stoiskami wystawców oferujących szeroki wachlarz pomocy edukacyjnych i terapeutycznych wspierających rozwój dziecka z zaburzeniami rozwoju ze szczególnym uwzględnieniem dziecka z autyzmem.

Marta Łukowska-Almaszy
Dyrektor Ośrodka Terapii
i Diagnostyki Dzieci Autystycznych



OPINIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELEŃNIARSKIEGO W SPRAWIE PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE SPOSOBU USTALANIA MINIMALNYCH NORM ZATRUDNIENIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH NIEBĘDĄCYCH PRZEDSIĘBIORCAMI

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że jednym z kluczowych elementów kształtowania wysokiej jakości usług medycznych, bezpieczeństwa pacjentów i bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek jest właściwa liczba zasobów ludzkich. Stąd pozytywnie opiniujemy proponowane rozporządzenie, które porządkuje zasady obliczania zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie w oparciu o wiarygodną i rzetelną metodykę. Jednak przyjęte średnie czasy świadczeń bezpośrednich w minimalnym zakresie określają wymiar działań pielęgniarskich, nie stanowiąc pełnego zabezpieczenia potrzeb pacjentów. Uważamy także, iż niezwykle ważnym jest, aby normy te objęły wszystkie podmioty lecznicze w Polsce bez względu na to, w jakiej formie prawnej funkcjonują (placówki publiczne i niepubliczne), a jedynym kryterium powinno być kontraktowanie świadczeń ze środków publicznych, gdyż tylko wtedy pacjenci mogą otrzymać porównywalną jakość świadczeń.

Dodatkowo, w odpowiedzi na bardzo chaotyczne i nie poparte żadnym dowodem naukowym, a wręcz świadczące o braku troski o dobro chorego Stanowisko Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012r., przypominamy nasze wcześniejsze stanowisko z dnia 22.06.2010 roku w sprawie obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej, w którym opublikowano część wyników badań naukowych związanych z bezpośrednią zależnością pomiędzy liczbą pielęgniarek zatrudnionych na danym oddziale a skutkami opieki medycznej, czy kosztami, które są tak ważne w aktualnej sytuacji polskich szpitali. Każdy mądry zarządzający placówką leczniczą wie, że taniej jest zatrudnić pielęgniarkę niż ponosić dodatkowe koszty wynikające ze zwiększonej liczby zakażeń szpitalnych (np. koszty antybiotykoterapii), czy błędów medycznych (przemęczony personel).

Badania naukowe jednoznacznie dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy obsadą pielęgniarek a:

1. Bezpieczeństwem pacjenta. Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych (Canadian Federation of Nurses Union, 2005). Nieodpowiednia obsada pielęgniarska - to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych, włączając w to infekcje

dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych (Hampton, 2004).

Każdy dodatkowy pacjent, powyżej 4, na jedną pielęgniarkę w oddziałach chirurgicznych powoduje 7% wzrost prawdopodobieństwa zgonu w ciągu 30 dni od przyjęcia oraz 7% wzrost prawdopodobieństwa niepowodzeń w działaniach ratujących życie (Aiken, Clarke, Sloane i wsp., 2002). Istnieje także związek między małą liczbą pielęgniarek na dyżurach nocnych i wzrostem ryzyka płucnych komplikacji pooperacyjnych (Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett, 2001). Według Komisji Europejskiej w Polsce 91% badanych ocenia ten problem jako bardzo ważny, a aż 50% obawia się występowania zdarzeń niepożądanych, 51% czytała o nich często w doniesieniach prasowych, natomiast 28% respondentów doświadczyło powikłań związanych z kontaktem z ochroną zdrowia, które nie były związane bezpośrednio z chorobą, która ich dotyczyła („Medical Errors”, Eurobarometer, Jan.2006). Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą wskazywaną przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbyt duże obciążenie pracą (83 proc.) (Lisowska, 2005).

2. Kosztami opieki zdrowotnej. Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia (Erwin, 1994; Seago, 1999; Dimick, Swoboda, Pronovost, & Lipsett, 2001, Gelinias & Bohlen, 2002). Z powodu nieodpowiedniej obsady (USA), aż 11% - 13% hospitalizowanych pacjentów cierpi z powodu odleżyn, których leczenie dodatkowo kosztuje od 5 do 75 tys. dolarów na każdego pacjenta (Manley, 1978; Robinson Coghlan, & Jackson, 1978; Reuler & Cooney, 1981; Cowart, 1987). Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).

3. Satysfakcją pacjentów. Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki (Canadian Federation of Nurses Union, 2005).

4. Satysfakcją zawodową pielęgniarek. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto, pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na



wyższą absencją i pogorszenie stanu zdrowia. Ma to swoje konsekwencje w ponoszonej odpowiedzialności zawodowej (Sheward, Hunt, Hagen, i wsp., 2005). Warto nadmienić, że w 2006 roku Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) w informacji prasowej z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek podkreśliła, opierając się na wynikach badań naukowych, że odpowiednia obsada pielęgniarska w opiece zdrowotnej ratuje życie pacjentów i oszczędza pieniądze! Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizując zadania statutowe nie może przejść obojętnie wobec opinii Związku Powiatów Polskich. Argumentacja zawarta w

nadmienionym stanowisku Związku jest nie do przyjęcia. Właśnie poprzez adekwatną do potrzeb pacjentów i specyfiki oddziałów szpitalnych obsadę pielęgniarską jesteśmy w stanie zapobiec wielu zdarzeniom niepożądanym, które narażają na koszty zarówno naszych pacjentów jak i placówki opieki zdrowotnej, a nade wszystko narażają życie i zdrowie naszych podopiecznych.

Warszawa 23.11.2012 rok

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny
www.ptp.na1.pl

Al. Reymonta 8 lok. 12 tel. Tel. +48 22 398 18 72; Fax +48 22 398-18-51;

email: zgptpiel@gmail.com

17/

OPP

KRS 0000065610



Komunikat Nr 1

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarsstwa przy Mazowieckim Oddziale PTP

serdecznie zapraszają do udziału

w VIII Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2012”

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konkursie

Liczymy na rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu;

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach **do dn. 31.01.2013r.**
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 01.03.2013r godz.12.00**
- III etap – prezentacja własna (szczegóły **Komunikat nr 2, strona www.ptp.na1.pl**)

Dodatkowe informacje:

Jadwiga Zielińska

tel. 22 326 55 21

kom. 511 451 292

e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl



*Najserdeczniejsze życzenia:
cudownych Świąt Bożego Narodzenia,
rodzinnego ciepła i wielkiej radości,
pod choinką zaś dużo prezentów,
a w duszach wiele sentymentów.
Świąt dających radość i odpoczynek
oraz nadzieję na Nowy Rok,
żeby był jeszcze lepszy niż ten co właśnie mija.*

*Wszystkim Paniom Pielęgniarkom, Położnym i Panom
Pielęgniarzom*

*życzy
Przewodnicząca
Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Małgorzata Aleksandruk.*



*...Gdy pierwsza gwiazdka na niebie błysnie,
choinka zaiskrzy światłami,
niech zdrowie, szczęście i spokój świąteczny
pozostanie na zawsze z Wami...*

***Spokojnych, rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia
oraz łask Bożych
w nadchodzącym Nowym 2013 Roku
Wszystkim byłym i czynnym zawodowo
Pracownikom Ochrony Zdrowia i Ich Najbliższym***

***Życzy
Przewodnicząca ZZPOZ
Eugenia Denicka***

Boże Narodzenie 2012 rok



Interpelacja nr 4195 do ministra zdrowia w sprawie praktycznych skutków dla świadczeniobiorców stosowania przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz przepisów zarządzenia nr 83/2011/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Szanowny Panie Ministrze! Tytułowe rozporządzenie i zarządzenie m.in. określają i regulują warunki oraz sposób realizacji gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych w ramach opieki długoterminowej domowej.

Jednakże tak w jednym, jak i w drugim akcie prawnym brakuje choćby i przykładowego wykazu tych świadczeń, co jest źródłem nieporozumień i napięć na linii pacjent - pielęgniarka, o czym świadczą sygnały od świadczeniobiorców i ich rodzin docierające do mojego biura poselskiego.

Podnoszą oni, że zarządzenie nr 83/2011/DSOZ prezesa NFZ w § 13 ust. 2 pkt 2 mówi, że pielęgniarka opieki długoterminowej domowej ustala plan opieki w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne, więc powinno to dotyczyć wszelkich występujących dolegliwości u danego pacjenta, a więc i wszystkich niezbędnych tu świadczeń i czynności pielęgnacyjnych, w tym:

1) świadczeń w zakresie edukacji i promocji zdrowia w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz nauki pielęgnacji i samoobsługi;

2) świadczeń higieniczno-pielęgnacyjnych, np. toalety pacjenta leżącego w łóżku (mycie ciała, zębów, włosów, golenie, czesanie, zmiana bielizny, pampersa itp.);

3) świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych, np. karmienia pacjenta przez zgłębnik lub przetokę, pielęgnacji przeciwoleżynowej i przeciw zakażeniom, opatrunków, kroplówek, zmian cewnika, lewatywy, oklepywania itp.;

4) świadczeń usprawniających, np. prowadzenia ćwiczeń biernych, czynnych i oddechowych u pacjenta leżącego, ubierania, przesadzania na wózek itp.

Jednakże § 13 ust. 2 w pkt 5 tegoż zarządzenia mówi, że w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje czynności określone w załączniku nr 8, a po ich wykonaniu fakt ten odnotowuje w karcie czynności pielęgnacyjnych.

Przy tym ta karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej zawiera enumeratywny wykaz tych świadczeń i czynności, ograniczając je do:

- 1) świadczeń w zakresie edukacji i promocji zdrowia;
- 2) świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych:
 - założenie sondy żołądkowej lub dwunastniczej,
 - zmiana opatrunku w sposób sterylny,
 - założenie lub wymiana cewnika u kobiet,
 - płukanie pęcherza moczowego,

- podawanie leków w postaci iniekcji,
- podawanie płynów i leków w kroplowych wlewach dożylnych oraz w postaci iniekcji dożylnych,
- zastosowanie drenażu ułożeniowego.

Toteż, stosując się do powyższych, pielęgniarki ograniczają pomoc dla pacjenta tylko do wyżej wymienionych.

I to właśnie jest przyczyną napięć i nieporozumień na linii pielęgniarka - świadczeniobiorca, bo jak widać, brakuje w tym wykazie czynności związanych z utrzymaniem higieny, profilaktyką przeciwoleżynową, przeciw zakażeniom, przeciw przykurczom i zanikom mięśni, wymianą cewnika u mężczyzn, walką z zaparciami, usprawnianiem, ubieraniem, przesadzaniem na wózek itp. A te właśnie są podstawowymi czynnościami niezbędnymi dla najbardziej schorowanych pacjentów na co dzień - ich brak odczuwają najdotkliwiej.

Wprawdzie zdarza się, że niektóre pielęgniarki, chcąc ulżyć pacjentowi (czy jego opiekunowi), wykonują szereg niezbędnych czynności pielęgnacyjnych niewymienionych w załączniku nr 8 zarządzenia 83/2011/DSOZ, jednak zmuszone są do swoistej konspiracji, ponieważ w karcie czynności pielęgnacyjnych nie ma stosownej rubryki, by te wykonania dokumentować.

W związku z powyższym zapytuję Pana Ministra: Czy świadczenia i czynności w pielęgnacyjnej opiece długoterminowej domowej wymienione w aktualnej karcie czynności są jedynymi, które pielęgniarka może obecnie wykonywać na rzecz pacjenta w warunkach domowych?

A jeśli nie, to czy byłby Pan Minister skłonny do wpłynięcia na pana prezesa NFZ, by ten np. w ramach aneksu do zarządzenia nr 83/2011/DSOZ określił przykładowe czynności, które mogą być tutaj wykonywane, i ich jasny sposób dokumentowania, ot choćby wg karty czynności pielęgnacyjnych z zarządzenia prezesa NFZ nr 96/2008/DSOZ z 2008 r.?

Uważam, że wyraźne wymienienie w karcie dodatkowych czynności pielęgnacyjnych będzie z korzyścią zarówno dla pacjenta, jak i dla pielęgniarki, bo wyeliminuje wszelkie niejasności w temacie przejrzystości praw i obowiązków w tej materii.

Z poważaniem

Posel Bogdan Rzońca
Jasło, dnia 25 kwietnia 2012 r.



SZWAJCARSKO – POLSKI PROGRAM WSPÓŁPRACY

Fundusz szwajcarski w ostatnich latach stał się obok innych funduszy zagranicznych szansą na rozwój krajów w obrębie rozszerzonej Unii Europejskiej. Początek współpracy szwajcarsko-polskiej sięga roku 2007.

Celem funduszu jest zmniejszenie różnic gospodarczych i społecznych istniejących pomiędzy Polską a pozostałymi krajami Unii Europejskiej, a także na terenie Polski pomiędzy regionami lepiej i gorzej rozwiniętymi. Dotyczy to tzw. Obszarów koncentracji geograficznej (do nich należą województwa lubelskie, podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie).

W ramach współpracy realizowane są działania z obszaru Ochrona Zdrowia. Założenia celu to: „Poprawa usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach obszarów objętych koncentracją geograficzną, z preferencją do wielosektorowego podejścia programowego”.

Projekt „Poprawa jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo – wychowawczych” skierowany jest do domów pomocy społecznej i całodobowych placówek opiekuńczo – wychowawczych na terenie województwa lubelskiego. Realizowany przez **Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie** wpisuje się w cel II obszaru tematycznego Ochrona Zdrowia Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Czas trwania Projektu: 16 stycznia 2012 r. – 31 grudnia 2014 r.

Wartość Projektu: 6.084.128 CHF, w tym: 85%, tj. 5 171 509 CHF stanowi dofinansowanie strony szwajcarskiej

Głównymi celami Projektu są:

- wsparcie systemu pomocy społecznej poprzez poprawę jakości świadczonych usług w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo – wychowawczych;
- podniesienie kwalifikacji, wzrost kompetencji i potencjału kadry zatrudnionej
- w w/w instytucjach, w szczególności bezpośrednio pracującej z mieszkańcami.

Projekt zakłada działania w ramach trzech komponentów:

Komponent I - ma na celu poprawę infrastruktury domów pomocy społecznej i placówek opiekuńczo – wychowawczych (przebudowa, rozbudowa, modernizacja, termomodernizacja, a także infrastruktura towarzysząca) oraz wyposażenie w sprzęt, m.in. służący rehabilitacji osób niepełnosprawnych, sprzęt RTV, zakup komputerów i mebli.

Komponent II - zakłada podnoszenie kwalifikacji personelu bezpośrednio pracującego z mieszkańcami domów pomocy społecznej i wychowankami placówek opiekuńczo – wychowawczych poprzez kursy, szkolenia i studia podyplomowe;

Komponent III – ma na celu podniesienie kwalifikacji personelu pielęgniarskiego domów pomocy społecznej (kursy kwalifikacyjne i szkolenia specjalizacyjne) oraz wyposażenie w drobny sprzęt medyczny.

Komponenty I i II realizowane będą przez beneficjentów ostatecznych, którymi są domy pomocy społecznej i placówki opiekuńczo – wychowawcze prowadzone przez podmioty publiczne i non-profit. Podmioty zainteresowane udziałem w Programie wezmą udział w otwartym konkursie zorganizowanym przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie. Konkurs poprzedzą spotkania promocyjno - informacyjne, w trakcie których pracownicy ROPS w Lublinie przygotowują zainteresowane podmioty w zakresie opracowania prawidłowych wniosków aplikacyjnych.

Za realizację Komponentu III odpowiedzialny będzie Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie. Rezultaty realizacji projektu zakładają między innymi, iż:

- ukończenie szkoleń przez pracowników domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych wpłynie na podniesienie kompetencji i umiejętności zawodowych, a tym samym poprawę jakości wykonywanej pracy i usług świadczonych na rzecz ich mieszkańców;

- ukończenie kursów kwalifikacyjnych i szkoleń specjalizacyjnych przez pielęgniarki i pielęgniarzy zatrudnionych w domach pomocy społecznej pozwoli na uzyskanie przez nich kwalifikacji, zgodnie z obowiązującymi wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania usług pielęgniarskich oraz pozostania w zatrudnieniu.

W dnia 6 grudnia 2012 r., o godzinie 11:00 w Hotelu Focus - Centrum Konferencyjne przy ul. Skowronkowej 2 w Lublinie odbyła się konferencja inauguracyjna Program „Poprawa jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo – wychowawczych” obszaru tematycznego Ochrona Zdrowia Szwajcarsko - Polskiego Programu Współpracy.

Celem konferencji było przybliżenie idei Szwajcarsko - Polskiego Programu Współpracy oraz założeń projektowych. W czasie konferencji omówione zostały dotychczasowe działania w ramach realizacji projektu oraz plany na lata 2013 – 2014.

W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Ambasady Szwajcarskiej, Krajowej Instytucji Koordynującej oraz Biura do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, przedstawiciele samorządu terytorialnego, samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP



KONSULTANT KRAJOWY
 W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
 mgr Leokadia Jędrzejewska
 DOIPiP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław ul. Powstańców Śl. 50
 tel/fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl

KK/77/11/12

Wrocław, dnia 26 listopada 2012r.

Opinia

w sprawie zatrudnienia położnej operacyjnej w szerokoprofilowych blokach operacyjnych

Do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku położnej operacyjnej, upoważniona jest położna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922).

Celem kształcenia pielęgniarek i położnych na kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego jest przygotowanie pielęgniarki, położnej do realizacji zadań zawodowych w stopniu umożliwiającym samodzielną pracę na bloku operacyjnym z zachowaniem zasad postępowania aseptycznego.

W toku kształcenia pielęgniarka i położna nabywa umiejętności w zakresie:

- zapobiegania zakażeniom,
- stosowania zasad aseptyki,
- przygotowania sali, instrumentarium, bielizny oraz materiału opatrunkowego do zabiegów operacyjnych,
- przygotowania do zabiegu operacyjnego i obsługę aparatury medycznej,
- zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom przebywającym na bloku operacyjnym,
- łagodzenia stresu pacjenta związanego z oczekiwaniem na zabieg operacyjny,
- instrumentowania do zabiegów operacyjnych,
- kontroli skuteczności procesu sterylizacji,
- prowadzenia dokumentacji medycznej (protokół pielęgniarki operacyjnej, księga wykonanych zabiegów operacyjnych, skierowania na badania diagnostyczne itd.),
- zabezpieczenia materiału pobranego do badań diagnostycznych (histopatologicznego, bakteriologicznego itd.),
- korzystania z opracowanych standardów postępowania pielęgniarki, położnej operacyjnej,
- nadzorowania i utrzymywania higieny w obrębie bloku operacyjnego,
- przestrzegania zasad BHP.

Pielęgniarka i położna realizuje zgodnie z planem nauczania zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne w następujących miejscach: na bloku operacyjnym ginekologicznym i położniczym, chirurgii dorosłych, chirurgii noworodka i niemowlęcia, ortopedii i traumatologii, w ustalonej programem liczbie godzin, nabywając w tym samym zakresie wiedzę i umiejętności konieczne do realizacji zadań zawodowych na stanowisku pielęgniarki, położnej operacyjnej.

Mając na uwadze powyższe, zdecydowanie uważam, że położna posiadająca certyfikat kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, powinna być zatrudniona w bloku operacyjnym (niezależnie od jego struktury organizacyjnej) a jej kwalifikacje powinny być wykorzystane w taki sposób, aby instrumentowała w szczególności do zabiegów z zakresu ginekologii, uroginekologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii noworodka i cięć cesarskich, realizując zadania położnej operacyjnej a podczas innych zabiegów przyjmowała rolę położnej asystującej pielęgniarki operacyjnej oraz realizowała zadania, do których została przygotowana w toku kształcenia podyplomowego.

Konsultant Krajowy
 w dziedzinie pielęgniarstwa
 ginekologicznego i położniczego

Leokadia Jędrzejewska



**Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa
w sprawie zakresu uprawnień pielęgniarki i położnej do wykonywania badań diagnostycznych typu
gazometria oraz jonogram**

Zgodnie z art. 4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.Nr 174, poz. 1039) z dnia 15 lipca 2011r. pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Samodzielne wykonywanie przez pielęgniarkę badań diagnostycznych zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. Nr 201, poz. 150). § 1pkt 2 lit. c-h przywołanego rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnego bez zlecenia lekarskiego czynności wskazanych w cytowanym wyżej rozporządzeniu. Należą do nich:

- kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań diagnostycznych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- kierowanie na badania lub pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
- oznaczanie glikemii za pomocą glukometru,
- wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnometrii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Załącznik Nr 1 do przywołanego rozporządzenia wskazuje, że pielęgniarka jest uprawniona do samodzielnego pobierania krwi, ale nie jest uprawniona do samodzielnego wykonywania badania krwi i materiałów oraz autoryzacji wyników badań. Zgodnie z art. 2 pkt 4 i art.6 i 6a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U.Nr 144, poz. 1529 z póź. zm.) do wykonania badania uprawniony jest wyłącznie diagnosta laboratoryjny lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie przydatnej w diagnostyce, licencjat analityki medycznej oraz osoba posiadająca studia wymienione w art. 7 ust 1 pkt 2 ustawy i mając prawo do podjęcia kształcenia podyplomowego. Autoryzację wyniku badań może przeprowadzić tylko i wyłącznie diagnosta lub lekarz z odpowiednią specjalizacją. Pobrany przez pielęgniarkę materiał do badań powinien być przekazany do badań diagnostycznych. Wykonywanie przez pielęgniarkę badań między innymi tj. oznaczenie równowagi kwasowo-zasadowej, elektrolitów jonogram w oddziałach szpitalnych stanowi naruszenie art. 6 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, który wskazuje, że czynności diagnostyki laboratoryjnej muszą być wykonywane w laboratorium.

Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
dr hab. Maria Kózka





INFORMACJA PRASOWA

„Nasze bezpieczeństwo, to także bezpieczeństwo pacjenta – Dyrektywa 32/2010/EU. Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo wykonywania zawodów medycznych w UE.”

Po raz pierwszy w Polsce 6 listopada 2012, w Centrum Dydaktyczno-Klinicznym UM w Łodzi, odbyło się międzynarodowe seminarium na temat ekspozycji zawodowej na czynniki biologiczne personelu medycznego. Spotkanie było rezultatem wizyty seminaryjnej pielęgniarek w Brukseli w dniu 17 września 2012 r., i dotyczyło znaczenia UE dla ochrony zdrowia i zawodów medycznych dla studentów, towarzyszyła mu ekspozycja bezpiecznego sprzętu medycznego. To także kontynuacja cyklu działań na rzecz bezpiecznego środowiska pracy w Polsce.

Spotkanie miało na celu omówienie problemu zakłuć ostrymi narzędziami wśród pielęgniarek i położnych, ocenę ryzyka zakażenia czynnikami chorobotwórczymi zwłaszcza wirusami hepatotropowymi jak HBV, HCV, HIV oraz wymianę doświadczeń między krajami UE oraz ocenę implementacji Dyrektywy 32/2010/UE **w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU.**

Udział w nim wzięło około 100 pielęgniarek głównie z Łodzi ale innych miast Polski. Zaproszono także przedstawicieli stowarzyszeń pielęgniarskich z innych krajów takich jak: Czechy - Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie reprezentowały: Jindra Kracíková i Jindřiška Pavlicova; Bułgaria: Bułgarskie Stowarzyszenie Profesjonalistów Ochrony Zdrowia w pielęgniarstwie reprezentowała Milka Vasilieva – prezes. Słowację reprezentowała Maria Levyova - prezes Słowackiej Izby Pielęgniarek i Położnych, Rumunia była reprezentowana w osobie Carmen Maziulu - prezes Rumuńskiej Izby Medycznej, Oddział w Bukareszcie.

Wśród wykładowców byli także prof. dr hab. Maria Gańczak i dr n. med. Bożena Gorzkowicz (ekspert Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w zakresie środowiska pracy), reprezentujący Pomorski Uniwersytet Medyczny). Łódzkie środowisko wykładowców reprezentowali dr Marcin Rybacki z Instytutu Medycyny Pracy oraz mgr Dorota Kilańska z PTP Oddział w Łodzi.

Swoją obecnością zaszczytili nas również mgr Agnieszka Kałużna Przewodnicząca ORPIP, dr hab. n. med. prof. nadzw. Andrzej Zieliński **Pełnomocnik ds. Pielęgniarstwa Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu** Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz mgr Janina Żurawska Przewodnicząca PTP oddziału w Łodzi.

Międzynarodowe gremium pielęgniarek, pochyliło się nad problemem implementacji Dyrektywy 32/2010/EU w krajach UE. Polska jest zobowiązana do 11 maja 2013 r. wprowadzić Dyrektywę 32 z dnia 10 maja 2010. Dokument uznaje, że codzienna praca personelu opieki

zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Wykładowcy przedstawili stan implementacji dyrektywy w krajach UE oraz działania w tym zakresie w Polsce. Dwa ciekawe wykłady ;”Ekspozycje zawodowe na krew w Polsce – skala problemu i czynniki ryzyka ”oraz” Analiza porównawcza rejestracji krwiopochodnych ekspozycji zawodowych w wybranej placówce województwa zachodniopomorskiego” przedstawili przedstawiciele Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. W Polsce szacunkowo dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli do ok. 100 zakłuć dziennie, najczęściej podczas wykonywania iniekcji, zakładania kaniul dożylnych, pobieraniu krwi, ale i podczas zdejmowania igły ze strzykawki lub wkładaniu zużytej igły do pojemnika. Brakuje jednak obecnie jednorodnego modelu postępowania poekspozycyjnego.

W rozporządzeniu przygotowywanym przez GIS brakuje zapisów, które zobowiążą pracodawców do wprowadzenia bezpiecznego sprzętu w Polsce - co uczyni tę pracę bezpieczniejszą i atrakcyjniejszą dla pielęgniarek. Kierowca jadąc autem nigdy nie wie, kiedy może ulec wypadkowi groźnemu dla jego życia jednakże, jeśli auto wyposażone jest w poduszki powietrzne szansa jego przeżycia znacznie wzrasta. Stosując bezpieczny sprzęt można zapobiec 56% wszystkich zakłuć. Badania francuskie wykazały, iż 12 z 13 zakłuć, które skutkowały zakażeniem hepatitis C i HIV można by zapobiec, gdyby posługiwano się bezpiecznym sprzętem. [Journal of Hospital Infection 2009;71(2):183-4]. Co najmniej 50% przypadków zakłuć igłami z różnych przyczyn nie jest raportowanych. Zaproszeni goście jednym głosem podkreślali ważną rolę produktów nowej generacji zaprojektowanych z myślą o bezpiecznej pracy. Dyrektywa EU 32/2010 nakazuje zintegrować działania, które wraz z wprowadzeniem jej w życie powinny zostać podjęte. Za najważniejsze uznali:

1. prowadzenie ujednoliconego systemu oceny ryzyka
 2. raportowanie zakłuć według ogólnokrajowego standardu postępowania
 3. wdrożenie działań profilaktyczno-prewencyjnych w postaci obowiązkowych szkoleń dla pracowników i pracodawców
 4. prowadzenie badań monitorujących ekspozycję zawodową według ujednoliconej metodologii.
- Rzetelna informacja na temat kosztów zakłuć wskazuje, że leczenie, absencja chorobowa, koszty administracyjne



przewyższają wielokrotnie koszt zakupu bezpiecznego sprzętu. Obecnie trudno jest podać rzetelne dane z uwagi na różną metodologię prowadzonych badań i dobór grupy. Można domniemywać, że jeżeli rocznie dochodzi w Polsce do 37 tys. zakażeń, to samo postępowanie poekspozycyjne kosztuje społeczeństwo rocznie 222 mln złotych. Kolejne koszty to te, które poniesiemy w związku z leczeniem osób zakażonych w wyniku zranienia (trudne do oszacowania). Według prof. M. Gańczak tylko 1 na 6 zranień jest zgłaszane, czyli kolejne koszty poniosą pacjenci, którymi nie będzie miał się kto opiekować. Już dzisiaj bardzo często 1 pielęgniarka ma pod opieką kilkudziesięciu pacjentów jednocześnie... Zakup 100 tys. bezpiecznych igieł to koszt 20 tys. złotych, czyli koszt zaledwie 3 – 4 postępowań poekspozycyjnych.

Z badań przedstawionych przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział w Łodzi wynika, że pielęgniarki pracujące szybko, pod presją i ponad swój normalny wymiar pracy częściej ulegają zakłuciom igłą od pacjenta (ekspozycja), a problem ten dotyczy nawet 3/4 populacji badanych pielęgniarek.

Badania wskazują także na niską świadomość ryzyka ekspozycji zawodowej wśród pracowników medycznych, zaś dostawcy sprzętu medycznego, nie mają obowiązku przeprowadzenia szkolenia w zakresie prawidłowego posługiwania się nim. Proces implementacji Dyrektywy wymaga zaangażowania Towarzystw, Stowarzyszeń Ochrony zdrowia. Współpraca z zarządzającymi palcówkami służby zdrowia, to droga dla pozyskania prostego i dobrego narzędzia do zmniejszenia liczby zakażeń. Należy pamiętać, że zawsze lepiej przeciwdziałać niż leczyć, koszt jednej procedury poekspozycyjnej to ok 6 tys. zł (badania i leki retrowirusowe) a leczenie zakażonego pracownika to już koszt kilkudziesięciu tysięcy, nie zapominając o skutkach emocjonalnych i społecznych które to nie da się zmierzyć.

Pielęgniarki dbając o zdrowie – narażają zdrowie, ale można to ryzyko zminimalizować poprzez budowanie świadomości, szkolenia, a przede wszystkim zapewnienie bezpiecznego sprzętu, którego koszt jest nieporównywalnie niski z kosztami jakie ponosi budżet

państwa, ale i pracodawcy na postępowanie poekspozycyjne, leczenie zakażonych wirusem HCV czy HIV.

Uczestnicy spotkania ustalili, że podejmą współpracę w zakresie implementacji Dyrektywy 32/2010/UE do prawodawstwa poszczególnych krajów, przygotowując Raport dot. implementacji Dyrektywy, który zostanie opublikowany w ww. Krajach. **Organizacje pielęgniarskie przygotowują wspólny Raport do Komisji Europejskiej z działań instytucji rządowych w tym zakresie oraz analizę implementacji Dyrektywy i wpływu norm prawnych po 11 maja 2012 r. na zdrowie publiczne obywateli i bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia.**

Nigdy więcej zranień igłą w Europie - bezpieczniejsze miejsca pracy dla pracowników ochrony zdrowia!

Łódź, dnia 6 listopada 2012 r.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie jest stowarzyszeniem profesjonalnym, ogólnopolskim, otwartym dla wszystkich, którzy chcą pracować dla bezpieczeństwa zawodu, pacjentów i profesjonalizacji zawodu. Powstało w 1957 r. i jest towarzystwem naukowym, swoją działalność opiera na Statucie. Członkostwo w stowarzyszeniu jest dobrowolne. Organizacja zrzesza ponad 4000 pielęgniarek i jest jedynym reprezentantem polskich pielęgniarek w takich organizacjach jak:

- *Międzynarodowa Rada Pielęgniarek - International Council of Nurses (ICN).*
- *Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (stała Komisja pielęgniarska przy UE)- European Federation of Nurses Association (EFN).*
- *Europejskie Forum Narodowych Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych i WHO European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO (EFNNMA).*

Kontakt w sprawie: Janina Żurawska – przewodnicząca Zarządu Oddziału tel. 695 861 923 email: ptp.lodz@gmail.com

ZAOPATRYWANIE PACJENTÓW SZPITALA W ZNAKI IDENTYFIKACYJNE

Z dniem 1 stycznia 2013 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. poz. 1098).

Przepisy rozporządzenia mają ułatwić szybką i sprawną identyfikację pacjentów w sytuacji udzielanych im świadczeń opieki zdrowotnej. Określono szereg przypadków szczególnych oznaczania pacjentów (pacjenci z nieustaloną tożsamością "NN", noworodki), miejsca umieszczania znaków identyfikacyjnych oraz zasady postępowania w przypadku zniszczenia lub zagubienia znaku identyfikacyjnego przez pacjenta. Jednocześnie powyższe rozporządzenie nie narzuca podmiotom leczniczym dokładnych wymagań technicznych ani standardów oznakowania identyfikacyjnego pacjentów.



Dz.U.2012.1098

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 września 2012 r.

w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku

(Dz. U. z dnia 4 października 2012 r.)

Na podstawie art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§1. 1. Pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości.

2. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie "NN" oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.

3. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.

§2. 1. Noworodka urodzonego w szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu.

2. Czynności, o której mowa w ust. 1, dokonuje się w obecności matki lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742) obecnej przy porodzie, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala.

3. Adnotacji o dokonaniu czynności, o której mowa w ust. 2, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej noworodka oraz indywidualnej dokumentacji medycznej matki.

§3. Znak identyfikacyjny umieszcza się:

1) na opasce,

2) na zdjęciu - w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 1 - oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

§4. 1. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi.

2. W przypadku noworodka opaskę zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na obie kostki nóg albo na nadgarstek i kostkę nogi.

3. Opaska powinna być zapięta w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce nogi pacjenta w trakcie jego pobytu w szpitalu.

§5. 1. W przypadku gdy założenie opaski dziecka, które nie ukończyło szóstego roku życia, w sposób określony w § 4 ust. 1 nie jest możliwe, wykonuje się i umieszcza w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze, za zgodą matki lub osoby bliskiej, o której mowa w § 2 ust. 2, zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny.

2. W przypadku braku zgody, o której mowa w ust. 1, na łóżku dziecka albo na inkubatorze umieszcza się opaskę ze znakiem identyfikacyjnym.

§6. Adnotacji o okolicznościach uniemożliwiających założenie opaski w sposób określony w § 4 ust. 1 oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na wykonanie i umieszczenie na łóżku albo na inkubatorze zdjęcia dziecka, albo o braku takiej zgody, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka.

§7. 1. Przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce, a w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 1, na zdjęciu dziecka, ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę albo zdjęcie wydaje się pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu.

2. W przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 2, drugą opaskę dołącza się do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Adnotacji o dokonaniu czynności, o których mowa w ust. 1 i 2, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

§8. 1. W przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia opaski albo zdjęcia, niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi albo umieszcza na łóżku albo inkubatorze nową opaskę albo zdjęcie.

2. Adnotacji o okolicznościach, o których mowa w ust. 1, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

§9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.³⁾

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

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala w znaki tożsamości oraz zasad postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków (Dz. U. Nr 152, poz. 1743), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742).



Warszawa, 29 października 2012r.

Pani/Pan

Przewodnicząca/Przewodniczący

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

Pragnę poinformować, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych organizuje w dniach **14-16 lutego 2013 roku**, w Warszawie, Konferencję **Naukową „Pielęgniarstwo: prawo – praktyka – etyka”**. Serdecznie zapraszamy pielęgniarki i położne, kierowniczą kadre pielęgniarską, nauczycieli akademickich, kierowników podmiotów leczniczych, aby podzielili się doświadczeniami w rozwiązywaniu problemów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej, warunkami pracy, dylematami etycznymi oraz odpowiedzialnością zawodową związaną z realizowaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta.

Zaproszenie kierujemy do wykładowców szkół wyższych i studentów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo oraz praktyków prowadzących badania naukowe w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa.

Będziemy wdzięczni za przekazanie komunikatu I wyżej wymienionej konferencji oraz karty zgłoszenia.

Z wyrazami szacunku

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

Prezes NRPiP



Naczelna Izba
Pielęgniarek i Położnych

zaprasza na

Konferencję naukową

PIELĘGNIARSTWO: PRAWO – PRAKTYKA - ETYKA

Warszawa, 14-16 lutego 2013 r.

Miejsce obrad:

Centrum Konferencyjno-Szkoleniowe BOSS Sp. z o.o.

Ul. Żwanowiecka 20, 04-849 Warszawa

Planowany początek obrad: 14.02.2013 r. – godz. 12.00

Zakończenie: 16.02.2013r. – godz. 14.00

Serdecznie zapraszamy pielęgniarki i położne, kierowniczą kadre pielęgniarską, nauczycieli akademickich, kierowników podmiotów leczniczych, aby podzielili się doświadczeniami i poglądami w następujących sesjach tematycznych:

- I. Pielęgniarstwo w świetle prawa polskiego i międzynarodowego
- II. Zarządzanie w pielęgniarstwie
- III. Praktyka pielęgniarki i położnej
- IV. Etyka i odpowiedzialność.
- V. Varia

Planowane są sesje referatowe, sesja plakatowa i warsztaty.

Zapraszamy do zgłaszania wystąpień.

UCZESTNICTWO:

Koszt uczestnictwa w trzydniowej konferencji wynosi:

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> do dnia 30 listopada 2012 roku | – 874,53 zł brutto |
| <input type="checkbox"/> do 15 grudnia 2012 roku | – 924,96 zł brutto |
| <input type="checkbox"/> do 31 grudnia 2012 roku | – 975,39 zł brutto |

Warunkiem uczestnictwa w konferencji jest zgłoszenie udziału w konferencji do dn. 31 grudnia 2012 roku (karta zgłoszenia) oraz wniesienie opłaty konferencyjnej.

Opłata konferencyjna obejmuje: udział w obradach, wyżywienie, nocleg w Hotelu BOSS, koszt publikacji jednej pracy, materiały konferencyjne, certyfikat.

Opłatę za udział w konferencji proszę wpłacić na konto:

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok.10,

na rachunek: DEUTSCHE BANK PBC S.A. O/Warszawa

Nr: 12 1910 1048 2262 0173 0461 0002 z dopiskiem „Konferencja – Etyka”



Zapobieganie przemocy w ochronie zdrowia, Warszawa 2-3.02.2013

Dwudniowy kurs (interaktywne zajęcia, ćwiczenia praktyczne, nie tylko wykłady) przeznaczony jest dla pielęgniarek, które muszą skutecznie zapanować nad sytuacją przemocy i agresji w miejscu pracy oraz muszą zapobiegać jej w przyszłości.

Są to intensywne zajęcia warsztatowe, praktyczne w zastosowaniu, o sprawdzonej skuteczności. Po zakończeniu kursu pielęgniarka odczuje wyraźnie większe kompetencje w zakresie zapobiegania przemocy, będzie wiedzieć, co i kiedy zrobić, aby ochronić siebie i innych.

Główne założenia

We współczesnych realiach ochrony zdrowia pielęgniarka musi być ciągle przygotowana na właściwą reakcję w różnych sytuacjach, niżby miała zareagować za późno. Dla uczestników zajęć najważniejszym celem warsztatów jest uzyskanie praktycznego i skutecznego przeglądu tego, czym jest przemoc i jak ją rozpoznać oraz jak nią opanować i jak jej zapobiegać.

Przebieg zajęć

Warsztaty pomyślane są tak, aby maksymalnie zaktywizować uczestników, zaprezentować nie tylko teoretyczne podstawy, ale przede wszystkim kształtować umiejętności praktyczne: opanowanie stresu i niejawnej agresji, unikanie nieświadomych czynników pogarszających problem oraz zastosowanie odpowiednich reakcji/interwencji słownych i fizycznych.

Oczekiwane rezultaty

Warsztat adresowany jest do pielęgniarek najbardziej narażonych na agresję – codzienne zagrożenie i konieczność radzenia sobie z tak niebezpiecznym fenomenem, jakim jest przemoc w miejscu pracy. Metodyka zajęć ułatwia opanowanie umiejętności przydatnych w codziennej praktyce bardziej, niż koncentruje się na przekazaniu wiedzy teoretycznej.

Tematyką zajęć są również zagadnienia prawne oraz sposoby komunikacji w zarządzaniu i w sytuacjach kryzysowych, co przyczynia się do kompleksowego przygotowania uczestnika w zakresie podejmowania skuteczniejszych interwencji w miejscu pracy w sytuacji przemocy.

Dla kogo jest ten kurs?

Kurs adresowany jest do pielęgniarek, ponieważ w realiach ochrony zdrowia właśnie pielęgniarki pozostają w większości same w ciągłym kontakcie z pacjentami. Udział w warsztatach nie jest ograniczony żadnym warunkiem wcześniejszego ukończenia innych kursów ani długością stażu pracy.

Główne korzyści i szczegółowa tematyka kursu

Wiedza o tym, jak i po co należy chronić siebie samego w pracy jest podstawą działania nie tylko osób profesjonalnie pomagających innym. Skuteczna ochrona musi być całościowa, dlatego też ważne są sposoby nie tylko biernej fizycznej obrony, ale także metody

werbalnego reagowania na agresję. Dlatego zajęcia podzielone są na następujące moduły:

- Rozpoznawanie przemocy, gdzie się zwrócić, co zrobić, a czego nie robić
- Studium przypadków
- Każdy z uczestników będzie mógł zbadać swoje własne sytuacje i przypadki reagowania na przemoc
- Konteksty prawne i ewentualne konsekwencje podjętych reakcji
- Podstawowe elementy fizycznej samoobrony
- Wyłącznie praktyczny konteksty przemocy w ochronie zdrowia
- Przekazywanie informacji zwrotnych przez uczestników i prowadzącego zajęcia

Tematyka warsztatu

- Co to jest przemoc, jak ją rozpoznać, fenomen przemocy w ochronie zdrowia
- Przepisy prawne dotyczące przemocy w miejscu pracy
- Studium przypadku, specyfika przemocy w ochronie zdrowia
- Własne doświadczenia uczestników – analiza i poszukiwanie sposobów radzenia sobie z agresją w konkretnych przypadkach, zgłoszonych przez uczestników
- Zapobieganie przemocy
- Interwencja kryzysowa, aspekty psychologiczne
- Samoobrona (werbalna i fizyczna)
- Podsumowanie omówionych metod reagowania na przemoc i sposobów zapobiegania jej, wskazówki postępowania, źródła wiedzy i możliwości poszukiwania zewnętrznych źródeł pomocy

Prowadzący zajęcia:

mgr Jaroslav Pekara – specjalista profilaktyki przemocy w Czechach, członek Europejskiej Grupy Badawczej w zakresie Przemocy w Psychiatrii. W ciągu ostatnich 2 lat wyszkolił ponad 2000 pracowników ochrony zdrowia i służb społecznych w zakresie problematyki przemocy w miejscu pracy.

mgr Wojciech Nyklewicz – szkoleniowiec w zakresie komunikowania się w pielęgniarstwie, autor licznych publikacji na ten temat, tłumacz z języka czeskiego i słowackiego. Podczas warsztatów będzie prowadził tłumaczenie.

Metodyka zajęć:

- Połączenie głównych metod nauczania z dyskusją i pracą w podgrupach,
- Ćwiczenie modelowych sytuacji, analiza przypadków, samodzielne wykonywanie zadań.
- Interaktywna metoda nauczania więcej niż 80% czasu trwania zajęć.

Metodyka zajęć wynika z celu kursu, którym jest **rozwinięcie kluczowych umiejętności z naciskiem na kontekst sytuacji pracy uczestników szkolenia**. Stosunek teorii do ćwiczeń praktycznych wynosi **20 : 80**,



uczestnicy są aktywnie włączani w proces kształcenia dzięki **interaktywnym metodom nauczania**.

Najważniejszym celem szkolenia jest kształtowanie umiejętności przydatnych w praktyce bardziej niż przekazywanie wiedzy. Metody ćwiczeń i analiz modelowych sytuacji optymalizują proces kształcenia i powodują długookresową skuteczność i naturalne włączenie ich do codziennej praktyki.

Warsztaty prowadzone są w języku polskim i czeskim z udziałem tłumacza.

Termin: 2-3 lutego 2013, godz. 10.00-17.00.

Miejsce: Warszawa, Restauracja Przystanek Skorosze, ul. Dzieci Polskich 29.

Dojazd: www.ztm.waw.pl

Zapisy na zajęcia drogą mailową: info@sztukapielegnowania.pl przyjmowane są do 15 stycznia, potwierdzeniem uczestnictwa jest dokonanie wpłaty do 15 stycznia.

Koszt: 300 zł, członkowie PTP 250 zł

Nr konta: 60 2340 0009 0040 2400 0000 0590.

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (International Classification for Nursing Practice® - ICNP®)

Cz. II. Istota i założenia klasyfikacji ICNP® Korzyści wynikające z zastosowania ICNP® Budowa 7.osiowego modelu ICNP® Zasady formułowania diagnoz, działań i wyników pielęgniarskich

Istota i założenia klasyfikacji ICNP®

ICNP® jest klasyfikacją stworzoną na potrzeby pielęgniarek europejskich. Zawiera ujednoczone nazewnictwo rozpoznanych zjawisk dotyczących pacjenta (stanów, potrzeb), podejmowanych działań, uzyskiwanych wyników pielęgnowania. Jest to klasyfikacja przygotowana w wersji elektronicznej, umożliwiająca przetwarzanie danych.

Wśród przyczyn wprowadzania klasyfikacji odnoszących się do praktyki pielęgniarskiej wymienia się najczęściej:

- standaryzację słownictwa, jakim posługują się pielęgniarki,
- wysoki poziom wzajemnego zrozumienia między grupami pracującymi, nawet w skrajnie odmiennych warunkach i kulturze,
- poszerzenie wiedzy pielęgniarek na temat relacji między diagnozą pielęgniarską, działaniem, a jego wynikiem,
- rozwój baz danych i systemów informacyjnych, wspomagających działalność bieżącą i zarządzanie ochroną zdrowia,
- wspieranie nauczania i rozwoju zawodowego,
- określanie niezbędnych nakładów na opiekę pielęgniarską,
- planowanie zasobów niezbędnych w codziennej praktyce,
- nawiązanie do innych medycznych systemów klasyfikacji.

Projekt ICNP® ustanowił kryteria, które musi spełniać klasyfikacja. Definiowane i klasyfikowane pojęcia powinny być:

- wystarczająco szerokie, aby mogły służyć różnym celom, realizowanym w różnych krajach.
- proste, aby pielęgniarka uznała je za dobre narzędzie do opisu swojej pracy

- zwarte z jasnymi ramami pojęciowymi ale niezależne od jakiegokolwiek modelu czy teorii pielęgniarstwa
- oparte na rdzeniu, który można w razie potrzeby rozszerzyć i uzupełnić
- wrażliwe na odmienności kulturowe
- oparte na wspólnym systemie wartości pielęgniarstwa na całym świecie
- możliwe do zaadoptowania, jako uzupełniające lub wspólne z klasyfikacją ICD.

Terminy ICNP® porządkowane są w oparciu o definicję stymulacyjną (techniczną).

Np. definicja słowa pielęgniarka:

- 1/ osoba, która zajmuje się opiekowaniem i troszczeniem się o osobę chorą

(Oksfordzki Słownik Języka Angielskiego)

- definicja leksykalna (ogólne znaczenie danego słowa)
- 2/ osoba, która ukończyła program podstawowej edukacji pielęgniarskiej i jest uprawniona przez odpowiednie władze do wykonywania zawodu w swoim kraju

(ICN)

- definicja stymulacyjna (określenie uszczegóławiające dane słowo)

Zasady tworzenia definicji:

- definicja musi być sensowna,
- nie może być zamknięta tzn. nie wolno używać terminu definiowanego,
- musi zawierać podstawowe cechy pojęcia, które nazywamy,
- powinna unikać języka wieloznacznego i metaforycznego,
- powinna być zdaniem twierdzącym a nie przeczącym.

Założenia ICNP®:

- Zasadą klasyfikacyjną ICNP® jest podział hierarchiczny generyczny.
- Pojęcie definiowane jest przez wskazanie szerszej klasy (rodzaju) i cech wyróżniających dany obiekt spośród innych podobnych.



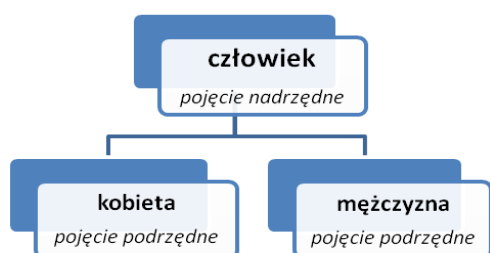
- Przyjęte kategorie i zasady podziału dopasowano do ram pojęciowych z zakresu pielęgniarstwa oraz metodologii klasyfikacji.
- Terminy i definicje zawarte w słowniku ICNP® są zgodne z międzynarodową normą ISO 1087 Terminologia (zasady i koordynacja).

Relacje hierarchiczne - porządkowanie terminów według zasady podrzędności.

Relacje generyczne – istnieją, jeśli pojęcie podrzędne ma wszystkie cechy pojęcia nadrzędnego plus co najmniej jedną cechę wyróżniającą.

Przykład relacji hierarchicznych i generycznych

Relacja hierarchiczna



Relacja generyczna - kobieta i mężczyzna (pojęcia podrzędne) to istoty ludzkie (pojęcie nadrzędne) ale posiadające odmienną płęć (cecha wyróżniająca).

Zasady budowy struktury klasyfikacji:

- pojęcia są uporządkowane hierarchicznie
- pojęcia określają i odróżniają od innych pojęć ich cechy szczególne
- zasada podziału musi być jasna i jednoznaczna
- klasy lub kategorie powinny być wyczerpujące tzn. powinny pokrywać wszystkie obiekty należące do danego rodzaju
- klasy i kategorie powinny być rozłączne tzn. nie powinno być obiektów przynależnych do różnych klas.

Korzyści wynikające z zastosowania ICNP®

ICNP® towarzyszy aktywnie rozwojowi wiedzy pielęgniarstwa, zwłaszcza w jej wymiarze praktycznym, odzwierciedlając go w swoim słowniku i strukturze. Ze względu na przyjętą formę - klasyfikacji - nazywanie nowych zjawisk czy problemów, przed którymi stają pielęgniarki w trakcie pracy, oraz włączanie terminologii do istniejącej już struktury - narzędzie to wymusza niejako porządkowanie nowej wiedzy, poprzez konieczność umieszczania nowych nazw w zastanym zbiorze. Należy się również spodziewać, że w uzasadnionych przypadkach nowe doświadczenia, burzące poprzedni porządek wiedzy, spowodują również modyfikacje w strukturze klasyfikacji.

Jednocześnie korzystanie z ICNP® uczy użytkowników - zarówno adeptów zawodu, jak i jego doświadczonych członków - pewnego „naukowego” sposobu myślenia (budowania relacji, łączenia ze sobą elementów), charakterystycznego dla danej grupy zawodowej. Odbywa się to w sposób nie do końca zapewne uświadomiony, ale może być też okazją

do przekazania nie tylko wiedzy jawnej (uwidocznianej w tym przypadku w leksyce i definicjach nazywających przedmioty opieki pielęgniarstwa), ale również wiedzy ukrytej (jakie problemy ze sobą się kojarzą, np. współwystępują, i dlaczego).

Korzystanie z ICNP® ma walor kształcący dla pielęgniarek specjalizujących się w pewnym tylko aspekcie opieki czy szerzej - działalności zawodowej (np. opieka bezpośrednia lub realizacja zadań kierowniczych). Mogą one zarówno zlokalizować poznawane terminy w hierarchii (a więc poznać także kontekst, w jakim się one pojawiają), jak i zapoznać się z definicją zawartą w słowniku.

Cennym przykładem działań edukacyjnych był eksperyment przeprowadzony na Wydziale Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie. Podjęto tam próbę zastosowania klasyfikacji do opisów przypadków, co pokazało studentom trudność powiązania teorii z praktyką oraz unaocznilo konsekwencje podjętych decyzji i wyborów.

Zaletą stosowania ICNP® do celów zarządzania wiedzą w skali międzynarodowej jest przyjęcie w niej kodowanie każdego terminu oraz niemal symultaniczne tłumaczenie wersji podstawowej na wersje narodowe. Duże znaczenie ma także uzupełnianie klasyfikacji przez wszystkich zainteresowanych o terminy nazywające te aspekty działań, które są specyficzne, unikatowe dla danego kraju, regionu, środowiska lokalnego. Ta różnorodność (wielojęzyczność) klasyfikacji jest czynnikiem przyspieszającym rozwój wiedzy zawodowej, dzięki ułatwieniu przebiegu procesów informacyjnych w skali międzynarodowej.

Jednocześnie wersje narodowe pokazują, jaki typ praktyki jest bardziej potrzebny w konkretnych regionach i krajach, czyli w jakim obszarze geograficznym i jaka wiedza powstaje szybciej lub (zależnie od okoliczności, warunków finansowych) jest na nią większe zapotrzebowanie. ICNP® analizowana pod względem propozycji krajowych jest więc swoistą mapą wiedzy pielęgniarstwa na świecie.

Swoista „wspólnota terminologiczna” pozwala na przygotowanie takiego aparatu informacyjno-wyszukiwawczego, który umożliwi jednocześnie wyszukiwanie w wielu systemach informacyjnych, bez konieczności wielokrotnego formułowania zapytań informacyjno-wyszukiwawczych.

W istniejącej postaci ICNP® można stosować do celów zarządzania wiedzą praktyczną, zawartą najczęściej w dokumentacji pacjenta. Rozszerzenie tych zastosowań wymagałoby - o czym już wspomniano - poszerzenia zasobów leksykalnych klasyfikacji o terminy związane ze sferą administrowania i zarządzania, nauki, historii, szkolnictwa itd. Problem ten dostrzegła już *Sigma Theta Tau*, stwierdzając konieczność uznania ICNP® jako terminologii nie tylko klinicznej, ale również naukowej. Usprawni to przepływ wiedzy



i realizację podejścia *evidence-based health care* (opieki zdrowotnej opartej na dowodach) w pielęgniarstwie.

Przy założeniu kompatybilności ICNP® z innymi klasyfikacjami opisującymi opiekę zdrowotną, pojawia się możliwość przejmowania i analizowania danych z dokumentacji pielęgniarstwa dla potrzeb systemów informacji o opiece, epidemiologicznej itd., zgodnie z propozycjami WHO.

Można również założyć stworzenie w przyszłości systemu wiedzy (edukacji) zbudowanego wokół ICNP®, a zawierającego oprócz definicji także przykłady „case studies” dla przyjętych terminów, ilustrujące sposób postępowania w danym przypadku (konstruowanie diagnozy), zwłaszcza w okolicznościach nietypowych. Dotyczy to zarówno sytuacji klinicznej, jak i zarządczych (np. różne systemy edukacji i ich relacja do rynku pracy).

Budowa 7. osiowego modelu ICNP®

ICNP® ma strukturę siedmioosiową, w każdej z osi znajdują się pojęcia, które mogą zostać wykorzystane w procesie diagnozowania stanu pacjenta, planowania opieki pielęgniarstwa oraz oceny wyników tego procesu.



Osie ICNP®:

Przedmiot: zawiera pojęcia istotne z punktu widzenia pielęgniarstwa, takie które stanowią przedmiot zainteresowania pielęgniarstwa, dotyczą problemu, stanu, czy w ogóle sytuacji, na którą pielęgniarstwo może zareagować np. podmiot, krew, nudności, zaparcia, wiedza, prawa człowieka itd.

Ocena: zawiera pojęcia pozwalające na kliniczną opinię lub orzeczenie w związku z przedmiotem praktyki pielęgniarstwa i prowadzonymi działaniami pielęgniarstwa np. stan, ryzyko, pogorszenie, zależność, itd.

Środki: zawiera pojęcia pozwalające opisać sposób lub metodę realizacji interwencji pielęgniarstwa np. narzędzia pomiarowe, rozrusznik, respirator, cewnik itd.

Działanie: zawiera pojęcia opisujące celowe działania podejmowane w stosunku do (lub wykonywane przez) klienta np. zapobieganie, komunikowanie się, resuscytacja, obserwacja itd.

Czas: zawiera pojęcia opisujące działania i zdarzenia w czasie np. często, ostry, zdarzenie, wizyta domowa, noc, itd.

Lokalizacja: zawiera pojęcia określające anatomiczne lub przestrzenne zorientowanie diagnozy lub działania pielęgniarstwa np. palec stopy, miejsce zranienia, droga śródskórna, oddział intensywnej terapii, itd.

Klient (odbiorca): zawiera pojęcia określające podmiot, do którego odnosi się diagnoza i który jest odbiorcą działania pielęgniarstwa np. pacjent, rodzina, dziecko, dorosły, itd.

Terminy z osi wykorzystywane są do nazywania diagnoz pielęgniarstwa (określających stan, status, problemy, potrzeby, wytrzymałość pacjenta itp.), działań (interwencji) pielęgniarstwa oraz wyników działań pielęgniarstwa.

Tworząc oświadczenia należy przestrzegać kilku wytycznych.

Określenia diagnoz i wyników muszą zawierać terminy z osi przedmiot oraz osi ocena, w razie potrzeby, jeśli chcemy być bardziej precyzyjni w diagnozowaniu, mogą dodatkowo zawierać terminy z pozostałych osi.

Diagnoza pielęgniarstwa ICNP: ryzyko popełnienia samobójstwa przez młodzież.

Wybrane osie	Terminy ICNP
Przedmiot	Samobójstwo
Ocena	Ryzyko
Klient	Młodzież

Natomiast przy tworzeniu oświadczeń dotyczących działań pielęgniarstwa musimy uwzględnić terminy z osi działanie oraz co najmniej jeden termin typu cel. Termin cel może być terminem z każdej osi z wyjątkiem osi ocena. W razie konieczności może również zawierać terminy z innych osi.

Działanie pielęgniarstwa ICNP:

Instruowanie rodziny na temat choroby.

Wybrane osie	Terminy ICNP
Działanie	Nauczanie
Przedmiot	Choroba
Klient	Rodzina

Bibliografia

1. Kilańska D., Glińska J., Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa u progu XXI wieku. <http://www.konferencja-csioz.home.pl/prezentacje.html>
2. Kilańska D., Historia powstania ICNP® cz 1., Magazyn pielęgniarstwa i Położnej, 3 (2007)
3. Kilańska D., Historia powstania ICNP® cz 2., Magazyn pielęgniarstwa i Położnej, 4 (2007)
4. Kisilowska M.: Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa – narzędzie zarządzania wiedzą w opiece zdrowotnej. „Biuletyn EBIB” (Dokument elektroniczny), 2005(69), nr 8. <http://ebib.oss.wroc.pl/2005/69/kisilowska.php>
5. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa ICNP® wersja 1.0 (tłumaczenie Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa). PTP-MakMed, Warszawa-Lublin 2009



Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży w Internecie

W dniach 20-21 września 2012 r., uczestniczyłam w Warszawie w Międzynarodowej Konferencji pt. "Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży w Internecie".

Organizatorami konferencji byli Polskie Centrum Programu Safer Internet (PCPSI), które tworzą Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa (NASK) i Fundacja Dzieci Niczyje (FDN), oraz niemieckie konsorcjum realizujące projekt clicksafe.

Konferencja organizowana była w ramach programu Komisji Europejskiej Safer Internet. Głównym partnerem konferencji była Fundacja Orange. Wydarzenie to zostało objęte honorowym patronatem przez:

- prof. Barbarę Kudrycką, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
- Magdalenę Gaj, Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej,
- Michała Boniego, Ministra Administracji i Cyfryzacji,
- Krystynę Szumilas, Minister Edukacji Narodowej.

Konferencja poświęcona była szerokiemu spektrum zagadnień związanych z bezpieczeństwem dzieci i młodzieży w Internecie.

Celem konferencji było przekazanie osobom uczestniczącym w spotkaniu wiedzy nt. zachowań najmłodszych w Internecie, najnowszych zjawisk online, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo dzieci, działań edukacyjnych skierowanych do różnych grup odbiorców oraz przedstawienie możliwości reagowania na niepokojące zjawiska w sieci.

W programie konferencji znalazły się wykłady oraz warsztaty prowadzone przez uznanych specjalistów z zagranicznych i krajowych organizacji zajmujących się bezpieczeństwem dzieci w Internecie.

Program Komisji Europejskiej Safer Internet został uruchomiony w 1999 r. i ma na celu promocję bezpiecznego korzystania z nowych technologii i Internetu wśród dzieci i młodzieży. W ramach programu prowadzone są również działania na rzecz zwalczania nielegalnych treści i spamu w Internecie. Od 2005 r. do programu włączona została problematyka związana z zagrożeniami wynikającymi z użytkowania telefonów komórkowych, gier online, wymianą plików P2P i innymi formami komunikacji online w czasie rzeczywistym (czaty i komunikatory). Priorytetem programu na lata 2009-2013 jest zwalczanie cyberprzemocy i uwodzenia dzieci w Internecie.

Sesja plenarna rozpoczęła się przedstawieniem wyników badań na temat „Co robią dzieci w Internecie? Mity i realia w świetle wyników badań EU Kids Online”, wygłoszonej przez dr. Lucynę Kirwil, ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.

Latem 2010 roku przeprowadzono badania dot. korzystania przez dzieci z Internetu i zagrożeniami doświadczanymi przez nie w sieci. Badania zostały

zrealizowane ze środków przyznanych przez Komisją Europejską w ramach projektu EU Kids Online II koordynowanego przez LSE w Londynie. Badania miały wyjątkowy charakter i rozmiar. Objęły 25 krajów, w każdym z nich po 1000 dzieci dobranych losowo, dwie generacje (rodzice i dzieci), kilka stadiów rozwojowych (dzieci w wieku 9-16 lat) oraz wiele zmiennych na trzech poziomach: mikro-, mezo- i makrosystemów. Wynik przedstawionych badań dostarczają nowszego, rzetelnego obrazu aktywności dzieci w sieci oraz pozwalają lepiej zrozumieć, co obecnie znaczą pojęcia bezpieczeństwo i zagrożenie w Internecie. Przedstawione zostały dane empiryczne weryfikujące dotychczasową wiedzę o bezpieczeństwie dzieci i doświadczanych przez nie w sieci zagrożeniach, w szczególności odnoszące się do przekonań, że:

1. Każde dziecko zagląda na strony pornograficzne.
2. Dzieci spotykają się w sieci z nieznanymi.
3. Wszystkie dzieci nękanie w sieci cierpią.
4. Dzieci poniżej 13 roku życia nie korzystają z serwisów społecznościowych, więc nie ma zagrożeń z tej strony.
5. Zagrożenia spoza sieci przenoszą się do sieci.
6. Każde dziecko może teraz tworzyć i publikować w sieci, co chce.
7. Dzieci mogą „obejść” zabezpieczenia internetowe, które zainstalowali rodzice na ich komputerze.
8. Przeniesienie komputera z pokoju dziecka do pokoju używanego przez całą rodzinę zmniejszy ekspozycję dziecka na zagrożenia internetowe.
9. Uczenie dzieci umiejętności komputerowych zmniejsza ich narażenie na negatywne doświadczenia w Internecie.
10. Dzieci nie chcą i nie oczekują wsparcia rodziców w swoich problemach związanych z Internetem.

Następnie zaproszeni profesjonalści (Szwajcaria, Wielka Brytania, Niemcy, Belgia, Grecja, Bułgaria) przedstawili swoje rozważania dot. szeroko rozumianego bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w dobie masowo stosowanych urządzeń multimedialnych.

Przybliżono zebrany indywidualne sposoby komunikowania się, które zastąpiły klasyczną komunikację masową, ludzie stworzyli własne menu multimedialne, oglądają własne programy internetowe i telewizyjne. Internet i telewizja łączą się. Rozwój ten bez wątpienia dosięgnął także rynku masowego. Spadające ceny przesyłu danych umożliwiają stały, mobilny dostęp do Internetu. Mobilne urządzenia z dostępem do Internetu, aplikacjami multimedialnymi, muzyką lub możliwością oglądania wideo stają się we współczesnym społeczeństwie normą. Portale umożliwiające dzielenie się treściami zostały powszechnie przyjęte - szczególnie YouTube, który można uznać za wideoarchiwum czasów teraźniejszych. Każdego dnia na YouTube oglądanych



są cztery miliardy klipów. Im młodszy są cyfrowi tubylcy, tym większe są ich multimedialne kompetencje. W domu młodzi ludzie zwykle uzupełniają swoje urządzenia TV-/PC innymi urządzeniami: tabletem lub telefonem komórkowym. Młodzi ludzie serfują po Internecie w trakcie oglądania telewizji, komunikują się też za jego pośrednictwem, by rozmawiać z przyjaciółmi o telewizji. Mobilne urządzenia, takie jak smartfony pozwalają użytkownikom na oglądanie wszelkich treści w każdej chwili i w każdym miejscu. Oprócz swobody i elastyczności wynikających z rozwoju, rodzi on dodatkowe wymagania: granica pomiędzy prywatnością i tym co publiczne jest bardzo cienka, a niejeden użytkownik często czuje się zobowiązany, by zawsze i wszędzie być dostępnym, możliwym do zlokalizowania i gotowym do kontaktu. Do tego należy dodać jeszcze wyzwania techniczne związane z obsługą urządzeń, które stają się coraz bardziej skomplikowane. Zarządzanie tymi wszystkimi urządzeniami nowego, wspaniałego świata staje się coraz bardziej skomplikowane. Wszystkie te techniczne, ekonomiczne i kulturowe osiągnięcia stawiają nowe wyzwania zarówno w klasycznie rozumianej kwestii ochrony dzieci i młodzieży, jak również wymagań wobec kompetencji medialnych.

Dzieci i młodzież są ważną grupą docelową działań marketingowych przedsiębiorstw o różnych profilach. W 2006 roku brytyjskie dzieci i młodzież do 19 roku życia wydały blisko 12 mln funtów, pochodzących z kieszonkowego lub dochodów uzyskanych z pracy w niepełnym wymiarze czasu. Gdyby dodać do tego kwoty wydawane na nich przez rodziców (na co w różnym stopniu dzieci i młodzież mają wpływ), całkowita wartość rynku sięgnęłaby prawie 100 miliardów funtów. W lutym 2010 r. szacowano, że całkowity średni koszt utrzymania dziecka do 21. roku życia to dla rodziny wydatek rzędu ponad 200 tys. funtów. Jak wynika z powyższych danych, rynek produktów dla dzieci i młodych osób ma duże znaczenie gospodarcze, nie tylko dla poszczególnych firm na nim konkurujących, ale i dla gospodarki większości rozwiniętych państw. Rozmiar tego rynku tłumaczy zaś, dlaczego tak wiele firm jest zainteresowanych dziećmi jako konsumentami oraz dlaczego coraz więcej transakcji z nim związanych dzieje się online. Ważne, by uczyć dzieci i młodzież zarządzania finansami i funkcjonowania na e-ryнку usług i towarów. Często Internet oferuje najlepsze ceny produktów i usług. Jednak zasady ustanowione w celu ochrony dzieci i młodzieży przed nieuczciwymi praktykami handlowymi w świecie realnym, zdają się nie być jeszcze w pełni obecne w przestrzeni wirtualnej. Główne obszary, w których widoczne są takie naruszenia, to reklama i zbieranie danych. Kluczową kwestią jest również sprzedaż towarów i usług zakazanych osobom poniżej 18. roku życia takich jak alkohol, tytoń, broń i pornografia. Dzieci nigdy nie mogły kupić tych rzeczy w sklepach, więc mogą to niestety zrobić przez Internet.

Bardzo istotnym zagadnieniem jest największy na świecie serwis społecznościowy – Facebook, łączący ponad 955 milionów użytkowników. Do portalu zapraszane są osoby powyżej 13 roku życia, mając na uwadze zachowanie prywatności i bezpieczeństwa użytkownikom podejmowane są następujące kroki: począwszy od specjalnych ustawień dla użytkowników w wieku 13-17 lat, przez zaawansowane narzędzia bezpieczeństwa, społeczne raportowanie, aż po zaawansowane wsparcie techniczne. Po to, by wszyscy użytkownicy mieli poczucie bezpieczeństwa – taką deklarację usłyszeliśmy jako uczestnicy ze strony właścicieli i pomysłodawców przedmiotowego portalu. Według niezależnych badań istnieją użytkownicy Facebooka poniżej 13 roku życia, rejestrujący się za pomocą fałszywej daty urodzenia, często dzięki pomocy rodziców. Jakie rodzi to dylematy? Jak możemy rozwiązać te problemy?

Warto podkreślić, że młodsze dzieci w trakcie korzystania z Internetu powinny mieć wsparcie ze strony rodziców, rówieśników i ekspertów, czy to na Facebooku, czy w innych serwisach.

Nie ma także zgodności co do czynników zwiększających, bądź zmniejszających ryzyko związane z nadmiernym używaniem sieci. Oprócz oszacowania skali problemu uzależnienia od Internetu, hazardu i gier komputerowych w skali Europy i poszczególnych krajów, wyodrębniono także szereg czynników ryzyka wpływających na takie zachowania.

W lipcu 2012 roku Polskie Centrum Programu Safer Internet we współpracy z Fundacją Orange przystąpiło do realizacji kampanii społecznej poświęconej problemowi nadmiernego korzystania z Internetu przez dzieci i młodzież. Akcja adresowana była zarówno do dorosłych, jak i do dzieci i młodzieży. Główne hasło kampanii: „*Ci, którzy żyją w wirtualnym świecie, tracą prawdziwe życie*” zwraca uwagę na problem nadmiernego korzystania z sieci, prowadzący do oderwania młodych ludzi od innych form aktywności realizowanych poza Internetem. Przekazy medialne adresowane do dzieci puentowane są pytaniem: „W którym świecie żyjesz?“, natomiast reklamy adresowane do dorosłych: „W którym świecie żyje Twoje dziecko?”. W kampanii wykorzystano reklamy telewizyjne przygotowane przez partnerską organizację niemiecką klicksafe oraz reklamę radiową i prasową opracowane przez Polskie Centrum Programu Safer Internet. W ramach akcji przygotowany został również scenariusz zajęć edukacyjnych poświęconych problemowi nadmiernego korzystania z Internetu, który dystrybuowany jest w szkołach gimnazjalnych w całej Polsce.

Jednak nie wszystkie informacje pozyskiwane w toku konferencji napawały optymizmem na podstawie badań lubelskiego uniwersytetu medycznego - stwierdzono występowanie istotnych zależności pomiędzy objawami uzależnienia od Internetu, a dokonywaniem samouszkodzeń, myślami samobójczymi, piciem alkoholu



(przez dzieci w wieku od 13 do 18 roku życia), stosowaniem diet i środków przeczyszczających (w odniesieniu do dziewcząt) oraz nasilonymi objawami nerwicowymi u młodzieży. Wyniki badań informują, że czynnikami warunkującymi uzależnienie od Internetu u młodzieży są: reagowanie na stres agresją, piciem alkoholu, poszukiwaniem zastępczej satysfakcji, unikanie bliskich więzi z ludźmi, brak umiejętności współpracy, nasilona potrzeba poszukiwania bezpieczeństwa, nasilona agresja słowna, trudności szkolne oraz poczucie rozczarowywania matki.

Czynnikami warunkującymi granie w agresywne gry komputerowe są: reagowanie na stres agresją, piciem alkoholu, ucieczką od problemów w marzenia, nasilona potrzeba poszukiwania bezpieczeństwa oraz brak akceptacji w rodzinie.

Czynnikami warunkującymi korzystanie z pornografii internetowej przez młodzież są: reagowanie na stres piciem alkoholu, agresją lub autoagresją, koncentracją na poniesionych porażkach, nasilona potrzeba uzyskiwania wsparcia, opieki, poszukiwania bezpieczeństwa, trudności z nauką w szkole oraz brak zrozumienia ze strony ojca.

Czynnikami warunkującymi korzystanie z portali społecznościowych są: płeć żeńska, trudności w zrozumieniu motywów działań własnych i innych ludzi, nasilony konformizm i potrzeba przynależności do grupy społecznej oraz brak zrozumienia ze strony ojca.

Technologia rozwija się bardzo szybko, a my nie nadążamy za jej rozwojem. Wiąże się to z zagubieniem i często nieprawidłowym funkcjonowaniem w świecie cyfrowym. Takie użytkowanie jest często zaburzone, co nie pozostaje bez wpływu na psychę. Szczególnie może to być widoczne u rozwijających się dzieci i młodzieży, będących pod wpływem „technostresu”. Niektóre technologie, używane na co dzień, bezpośrednio wiążą się z niektórymi zaburzeniami psychicznymi. Lista jest długa. Na przykład zaburzenia osobowości narcystycznej wiążą się bezpośrednio ze sposobami użytkowania serwisów społecznościowych.

Na początku 2012 roku w Grecji zaprezentowano nowatorską propozycję dla przedszkoli i szkół podstawowych, opierającą się na najskuteczniejszym sposobie edukacji dzieci – poprzez bajki. To metoda pozwalająca na połączenie rozrywki z edukacją 128-stronicowa książka pt. „Internetowa farma” zawiera ilustrowane baśnie wprowadzające dzieci w świat Internetu. W opowieściach tych poruszane są takie tematy, jak: ochrona danych osobowych, poszanowanie prywatności innych, rozwój krytycznego myślenia, wiarygodność informacji online, kontakty z obcymi, cyberprzemoc i zniesławianie, a także odpowiedzialność związana z korzystaniem z Internetu. Odwołując się do książki nauczyciele, ale także rodzice, mogą nauczyć dzieci rozpoznawania oraz unikania przypadków podobnych do opisanych w „Internetowej farmie”. Wsparciem dla dorosłych jest specjalny rozdział zamieszczany po każdej z opowieści – „Zobaczmy, czego dowiedzieliśmy się z naszej historii”. Na podstawie

książki, we współpracy z dziecięcą grupą teatralną, powstał interaktywny spektakl, który może być wystawiany w szkołach, ośrodkach kultury, na obozach letnich, itp.

Środki podjęte przez NCTE (Irlandia) w celu podniesienie kreatywności i innowacyjności użytkowników nowych technologii, to :

1. Rozwój zintegrowanego programu edukacyjnego we współpracy z organami wykonawczymi, takimi jak ośrodki rozwoju zawodowego nauczycieli.

2. Prowadzenie na terenie całego kraju, we współpracy z narodowym stowarzyszeniem rodziców, szkoleń dla rodziców dotyczących bezpieczeństwa w Internecie.

3. Przekazywanie informacji na temat bezpieczeństwa internetowego poprzez ciągle szkolenia w ramach rozwoju zawodowego nauczycieli.

Od 2004 roku z inicjatywy Komisji Europejskiej w lutym obchodzony jest **Dzień Bezpiecznego Internetu (DBI)**, który odbywa się w ramach programu Safer Internet. DBI ma na celu przede wszystkim inicjowanie i propagowanie działań na rzecz bezpiecznego dostępu dzieci i młodzieży do zasobów internetowych, zaznajomienie rodziców, nauczycieli i wychowawców z problematyką bezpieczeństwa dzieci w Internecie oraz nagłośnienie tematu bezpieczeństwa online. W Polsce DBI obchodzony jest od 2005 r. Jego organizatorem jest Polskie Centrum Programu Safer Internet, które tworzą Fundacja Dzieci Niczyje oraz NASK.

Podczas obchodów DBI organizatorzy zachęcają m.in. szkoły, organizacje pozarządowe, firmy i osoby prywatne do wspierania tego przedsięwzięcia przez organizację lokalnych inicjatyw na rzecz bezpieczeństwa młodych internautów (m.in. zajęć edukacyjnych, happeningów, gazetek szkolnych, kampanii informacyjnych, konkursów).

Bardzo ważny w idei DBI jest nie tylko jego lokalny charakter, ale i międzynarodowy zasięg. Co roku lokalni organizatorzy z całej Polski włączają się w europejskie obchody DBI, uczestnicząc aktywnie w ogłaszanych przez Insafe (Europejską Sieć Bezpiecznego Internetu) konkursach. Z roku na rok obserwujemy coraz większe zaangażowanie w obchody DBI.

W toku saferinternetowej konferencji na szczególną uwagę zasługuje fakt multiaspektowości problemu zagrożenia i możliwości, które daje Internet.

W trakcie edukacji szkolnej można skutecznie uczyć bezpieczeństwa w Internecie. Tak, by dzieci już od najmłodszych lat rozumiały szanse i zagrożenia wirtualnego świata, a także – dzięki właściwemu prowadzeniu przez nauczycieli – swoje prawa i obowiązki wynikające z korzystania z Internetu. Media społecznościowe, usługi lokalizacyjne, smartfony, tablety... Wszystko to przyczyniło się do radykalnej zmiany krajobrazu online.

Dzieci rozpoczynające przedszkola są obecnie często tak sprawnymi, intuicyjnymi użytkownikami technologii, że dorośli obserwują je z wielkim zdumieniem.



Aby dać dzieciom bezpieczeństwo w Internecie należy pozostawać w dialogu z instytucjami tworzącymi regulacje, przedstawicielami przemysłu i organizacjami pozarządowymi w Europie i na świecie.

Poziom kompetencji medialnych determinuje korzyści, jakie młodzi ludzie będą w stanie osiągnąć wykorzystując Internet.

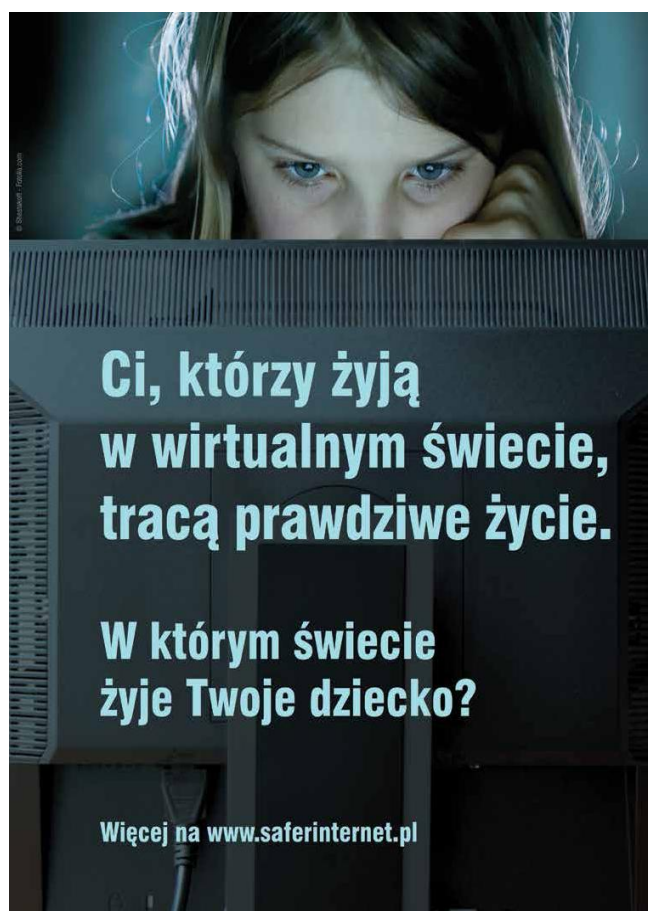
Organizacje pozarządowe i szkoły winny być partnerami w przekazywaniu wiedzy kierowanej do dzieci, o tym, jak być dobrymi cyfrowymi obywatelami. Bezpieczeństwo użytkowników to główny priorytet portali takich jak Facebook, który posiada również ogromny potencjał jako narzędzie edukacyjne, wykorzystywane jako drogi wymiany najlepszych praktyk edukacyjnych.

Rodzice korzystający z doświadczeń zdobytych online mogą być wsparciem dla swoich dzieci w świecie wirtualnym: kontrolując, by ich dzieci utrzymywały właściwe proporcje i nie spędzały zbyt wiele czasu przed komputerem, wybierając właściwe ustawienia urządzeń i narzędzi filtrujących treści, chroniąc dzieci przed kontaktem z nieodpowiednimi treściami, towarzysząc im w codziennym korzystaniu z Internetu, upewniając się również, że dzieci przyswoiły pozytywne i odpowiedzialne zachowanie. Jednocześnie ci sami rodzice mogą czuć się przytłoczeni i zagubieni w konfrontacji z bardzo szybkimi zmianami zachodzącymi w świecie wirtualnym i w świecie technologii. Dlatego, by pozostać na czasie, potrzebują specjalnego wsparcia ze strony różnych instytucji.

Aneta Stanisławek

Dyrektor Żłobka Miejskiego

„Skarbiec Skrzata” w Białej Podlaskiej
Materiały konferencyjne dostępne u autorki





**„Za wstawiennictwem Pana Naszego i Matki Bożej,
daj Boże spoczynek duszy śp. Krystyny Niewińczany
w wiecznej szczęśliwości...”**



W dniu 27 października 2012 roku w wieku 76 lat zakończyła swoją ziemską pielgrzymkę **Śp. Krystyna Teresa Niewińczany** z domu Czurak.

Przyszła na świat 28.08.1936 roku w Białej Podlaskiej. Czas II wojny światowej i okres okupacji wroga wywarł swoiste piętno na zdrowiu fizycznym i psychicznym Krysty, który odbił się w Jej życiu osobistym. Wrażliwa psychika na cierpienie własne i innych charakteryzowała osobowość śp. Krystyny Niewińczany.

Bieda, niedostatek w domu rodzinnym powstałe w wyniku wojny, kształtowały pozytywne nastawienia do życia. W 1950 roku Krystyna ukończyła naukę w Szkole Podstawowej w Białej Podlaskiej. Dnia 15.11.1951 roku w wieku 15 lat podjęła zatrudnienie w Wojewódzkiej Spółdzielni Spożywców „Społem”. A już jako sprzedawca pracowała od 02.01.1952 roku do 31.08.1953 roku. W styczniu 1954 roku podjęła naukę w Częstochowie w Ośrodku Szkolenia Pielęgniarek. Był to jednoroczny kurs pielęgniarstwa pediatrycznego organizowany przez PCK na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Edukacja w okresie 05.01.1954 – 22.12.1954 roku uwieńczona została oceną bardzo dobrą.

Pracę zawodową w „służbie zdrowia” rozpoczęła 11.01. 1955 roku w miejskim szpitalu w Białej Podlaskiej, w którym pracowała do 30.09.1998 roku do czasu przejścia na emeryturę.

Wprawdzie praca zawodowa śp. Krystyny Niewińczany nie układała się najlepiej z powodu Jej choroby, niemniej jednak pamiętamy Ją jako wrażliwą, lojalną, ludzką, dobrą, oddaną pielęgniarkę i szlachetną kobietę. Pracowała w oddziale otolaryngologii w niedużym „domku z ganeczkami” na terenie starego szpitala. Systematycznie podnosiła swoje kwalifikacje zawodowe. W 1962 roku zdała egzamin państwowy w MSZ w Lublinie uzyskując tytuł pielęgniarki dyplomowanej. W pracy zawodowej dała się poznać jako bardzo dobra pielęgniarka, z ogromnym zaangażowaniem i kompetencją przy łóżku każdego pacjenta.

W tamtych czasach była pielęgniarką polivalentną. Instrumentowała przy zabiegach operacyjnych. Była opatrunkową i zabiegową. Wykonywała badania audiometryczne. Dodatkowo w okresie od 15.05.1977 do 31.12.1977r. pracowała w Poradni Laryngologicznej w Poradni Rejonowej PKP w Białej Podlaskiej.

W pełni sił i młodego wieku, nagle przyszła choroba, która systematycznie niszczyła Jej zdrowie. Śp. Pani Niewińczany zmuszona została przejść na rentę chorobową z dniem 18.09.1979 roku na której przebywała dla poratowania zdrowia do 31.01.1987r.

Ponownie podjęła pracę w Poradni Dermatologicznej Przychodni Rejonowej przy ulicy Warszawskiej w niepełnym wymiarze czasu pracy w której pracowała od 01.02.1987 roku do 30.04.1991 roku. Od 01.05.1991 roku do 30.09.1998 roku już na pełnym etacie wykonywała obowiązki starszej pielęgniarki w gabinecie zabiegowym tejże Przychodni.

W zawodzie pielęgniarki przepracowała ponad 35 lat. Z dniem 01.10.1989 roku przeszła na zasłużoną emeryturę.

I zdawałoby się, że zasłużony odpoczynek, nie zobligowany obowiązkami zabieganej żony, zatroskanej matki trojga dzieci, obowiązkowej pracownicy pozwolił cieszyć się wolnym czasem w gronie najbliższych. Niestety los śp. Krystyny Niewińczany nie był łaskawy. Owdowiała, straciła syna i sama zaczęła poważnie chorować.

Mimo wszelkich przeciwności z pokorą znosiła wszystko to co dał Jej los. Żyła jak mogła najlepiej. Uśmiechnięta, pełna humoru i podziwu. W ostatnich latach swojego życia z powodu trudności w poruszaniu się utrzymywała kontakty z bliskimi sobie osobami przez telefon.

Kontakty telefoniczne umożliwiały Jej utrzymywanie przyjaźni, dostarczanie informacji oraz załatwianie niezbędnych życiowych spraw.

Organizowane przez Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia noworoczne spotkania rencistów i emerytów dodawały Jej „skrzydeł”. Śp. Krystyna Niewińczany zawsze była na nich obecna. Radosna i szczęśliwa, bo spotykała tu osoby z którymi żyła i pracowała. Na kolejnym styczniowym śp. Krystyny Niewińczany zabraknie.

Powiększyła grono osób Tych ze „służby zdrowia”, które w tym roku odeszły do Pana.

Zmarła po wielu trudach i cierpieniach we własnym domu w otoczeniu swojej najbliższej rodziny. Pochowana dnia 30.10.2012r. obok swojego męża na cmentarzu Parafialnym w Białej Podlaskiej.

Spoczywaj w pokoju. Śpij Krystiu snem sprawiedliwego człowieka.

Wspomnienia napisała mgr Eugenia Denicka



*„Odeszłaś cicho i bez pożegnania .
Jak ten co nie chce swym odejściem smucić .
Jak ten, co wierzy w chwili rozstania ,
że ma niebawem z dobrą wieścią wrócić. ”*

Śp. Anna Bubakiewicz

Ur. 05. 03. 1955r.

Zm. 01. 11. 2012r.



Będziesz z nami zawsze...

Ania Bubakiewicz po ukończeniu, w roku 1976, Medycznego Studium Zawodowego w Białej Podlaskiej rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym na Oddziale Wewnętrznym w Białej Podlaskiej.

Od roku 1986 do ostatnich swoich dni pracowała na Oddziale Kardiologii, przez szereg lat pełniąc jednocześnie dyżury w Karetce Reanimacyjnej w Pogotowiu Ratunkowym. Zawsze mówiła, że kocha tę pracę, kocha pacjentów i nie chciałaby pracować na żadnym innym oddziale, pomimo, że praca jest tu bardzo ciężka i wyczerpująca.

I kochała... i wspierała... i pocieszała... Opiekowała się wszystkimi chorymi, ale w sposób szczególny tymi, którzy nie byli w stanie samodzielnie funkcjonować. Swoim uśmiechem, delikatnym żartem czasami stanowczym gestem dodawała sił i nadziei. Była wsparciem nie tylko dla pacjentów i ich bliskich, ale także dla nas. W trudnych chwilach życia każdej z nas, chorobach, problemach rodzinnych, zawodowych nigdy obojętna lecz zawsze z gotową poradą, pomysłem na rozwiązanie problemu a przynajmniej z dobrym słowem.

Swoje życie dzieliła między pracę a dom i rodzinę: między opieką nad chorymi a opieką nad swoimi córkami i a później wnuczką.

Tak bardzo trudno uwierzyć, że tak bardzo otwarta na ludzi, wesoła, towarzyska, pogodna osoba nie zamieni z nami ani jednego słowa. Wydaje się, że za chwilę wyjdzie dziarsko z Sali, uśmiechnięta, rozbawiona rozmową z chorymi lub ze łzami w oczach, bo widok bólu i cierpienia u chorych nie był Jej obojętny.

Aniu, w imieniu pacjentów i całego personelu Oddziału Kardiologicznego dziękujemy Ci za to, że dane nam Cię spotkać, być z Tobą, z Tobą pracować, śmiać się i płakać. Dziękujemy za każdy przyjazny gest, każde ciepłe słowo, mądrość doświadczenie i sumienność.

Będziemy Cię wspominać, jako wspaniałą koleżankę, otwartą na pomoc innym tę, która znakomicie łączyła obowiązki zawodowe ze zwykłą ludzką życzliwością.

Dziś trudno nam się pogodzić z Twoim odejściem.

Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci jako wspaniały człowiek...

Bardzo nam Ciebie brakuje i będzie brakowało...

Św. Paweł Apostoł z wielką wiarą powtarzał: „W krainie życia będę widział Boga”. Będziemy się modlić o to, abyś Droga Aniu była szczęśliwa oglądaniem Boga w wieczności.

Koleżanki, lekarze i pracownicy
Oddziału Kardiologii Szpitala w Białej Podlaskiej



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



Pielęgniarce Lidii Plebanowicz
wyraży głębokiego współczucia
z powodu tragicznej **śmierci MEŻA**
składają pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli

„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w sercach bliskich”



Pielęgniarce Annie Tarasiuk
wyraży głębokiego współczucia
z powodu **śmierci TATY**
składają koleżanki
z NZOZ Przychodnia Rejonowa Nr 2
w Białej Podlaskiej

*"Uklękę w krzyż Twój zastukam
otworzysz oczy by słuchać
przynoszę Ci moją ranę
jakże mieć miłość całą
jeśli tu życie nie całe"*

ks. J. Twardowski



Koleżance Basi Tymoszuk
wyraży najszczerzego współczucia z powodu tragicznej
śmierci MEŻA
składają koleżanki położne
ze Związku Zawodowego Położnych
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

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



Koleżance Basi Tymoszuk
wyraży najgłębszego żalu i prawdziwego smutku z powodu
tragicznej i jakże bolesnej
śmierci MEŻA
składają położne i pielęgniarki
z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

*"Odeszłaś cicho bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić...
Tak jak byś wierzyła w godzinie rozstania,
że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić"*

ks. J. Twardowski



Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej koleżanki
Sabiny Krojec
Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.
Koleżanki z Oddziału Otolaryngologicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

*„Umarłych wieczność trwa,
dokąd pamięcią im się płaci.
Chwiejna waluta nie ma dnia
by ktoś wieczności swej nie stracił”*

W. Szymborska

	STYCZEŃ	LUTY	MARZEC
Po	7 14 21 28	4 11 18 25	4 11 18 25
Wt	1 8 15 22 29	5 12 19 26	5 12 19 26
Śr	2 9 16 23 30	6 13 20 27	6 13 20 27
Cz	3 10 17 24 31	7 14 21 28	7 14 21 28
Pt	4 11 18 25	1 8 15 22	1 8 15 22 29
So	5 12 19 26	2 9 16 23	2 9 16 23 30
Nd	6 13 20 27	3 10 17 24	3 10 17 24 31
	KWIECIEŃ	MAJ	CZERWIEC
Po	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24
Wt	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25
Śr	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26
Cz	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27
Pt	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28
So	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29
Nd	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30
	LIPIEC	SIERPIEŃ	WRZESIEŃ
Po	1 8 15 22 29	5 12 19 26	2 9 16 23 30
Wt	2 9 16 23 30	6 13 20 27	3 10 17 24
Śr	3 10 17 24 31	7 14 21 28	4 11 18 25
Cz	4 11 18 25	1 8 15 22 29	5 12 19 26
Pt	5 12 19 26	2 9 16 23 30	6 13 20 27
So	6 13 20 27	3 10 17 24 31	7 14 21 28
Nd	7 14 21 28	4 11 18 25	1 8 15 22 29
	PAŹDZIERNIK	LISTOPAD	GRUDZIEŃ
Po	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30
Wt	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31
Śr	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25
Cz	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26
Pt	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27
So	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28
Nd	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29

*Jest taki dzień bardzo ciepły, choć grudniowy;
dzień, zwykły dzień, w którym gasną wszelkie spory.
Jest taki dzień, w którym radość wita wszystkich.
Dzień, który już każdy z nas zna od kołyski..*

*Niebo ziemi, niebu ziemia,
wszyscy wszystkim ślą życzenia.
Drzewa ptakom, ptaki drzewom.*

W wiecie wiatru płatkom śniegu.

Jest taki dzień, tylko jeden raz do roku;

Dzień, zwykły dzień, który liczy się od zmroku.

Jest taki dzień, gdy jesteśmy wszyscy razem.

Dzień, piękny dzień, dziś nam rok go składa w darze.

*Niebo ziemi, niebu ziemia,
wszyscy wszystkim ślą życzenia.*

*A gdy wszyscy usną wreszcie
moc igliwia zapach niesie.*

Seweryn Krajewski

**Niech radość i pokój Świąt Bożego Narodzenia
Towarzyszy wszystkim przez cały Nowy Rok.
Życzymy, aby był to Rok
Szczęśliwy w osobiste doznania,
Spełnił marzenia i dążenia zawodowe
Oraz by przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.**

**Koleżankom, kolegom oraz wszystkim pracownikom
Ochrony Zdrowia
życzy**

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej**

