



BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 1/89/2014



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

Wydawca:

OIPIP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska
tel.: 83 342 86 28; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oipipbp@poczta.onet.pl
www.oiPIP-bp.pl

**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych czynne
poniedziałek - piątek 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

mgr Agnieszka Czekieli
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,
Danuta Pawlik, Iwona Denicka,
Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk,
Ilona Bilko

Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

Spis treści

Od redakcji.....	1
 Kalendarium OIPIP.....	2
 Uchwały ORPiP.....	2
 Informacje z NRPiP.....	7
 Informacje.....	12
 Opinie konsultantów.....	20
 Dział prawny.....	21
 Kształcenie podyplomowe.....	26
 Referaty.....	32
 Z żałobnej karty.....	38

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.



OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Pogłębianie wiedzy zawodowej i nabywanie nowych kompetencji jest integralną częścią życia zawodowego każdej z pielęgniarek i położnych.

Statystyki prowadzone przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej świadczą o tym, iż wciąż rośnie liczba pielęgniarek, położnych podejmujących różne formy kształcenia poddyplomowego. Potwierdza to również kwota refundacji kosztów kształcenia wypłacona w roku 2013 – ponad 161 tysięcy złotych.

Pamiętać należy jednak, że przyznanie refundacji z OIPIP w Białej Podlaskiej obliuguje członka samorządu do odprowadzenia podatku dochodowego od osób fizycznych. Podatek ten ma być zgodny z informacją podatkową PIT 8C, którą Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej zobowiązana jest wystawić i przekazać do Urzędu Skarbowego właściwego według miejsca zamieszkania osoby składającej wniosek o refundację.

Wyjątek mogą stanowić formy kształcenia finansowane ze środków budżetu państwa lub dofinansowany ze środków unijnych.

Sprawa podatku od szkoleń wraca po raz kolejny w historii naszego samorządu. Problem podwójnego, w naszej opinii opodatkowania, poruszany był już w III kadencji, następne interwencje podejmowane były w V kadencji samorządu zawodowego.

Aktualnie do Ministra Finansów złożono zapytanie o wyjaśnienie sprawy „podwójnego opodatkowania naszych wynagrodzeń” i refundacji kosztów kursów. Dodatkowo sprawa została podjęta na posiedzeniu Komisji Zdrowia w Sejmie.

Stoimy na stanowisku, iż nie powinno się odprowadzać dodatkowego podatku. Ale sprawa nie jest łatwa, wymaga bardzo dobrego, rzetelnego przygotowania oraz cierpliwości, bo można ją prowadzić tylko zgodnie z ustalonymi procedurami, wymagającymi czasu. Będziemy zabiegać o zwolnienie pielęgniarek i położnych z konieczności płacenia podatku dochodowego od osób fizycznych za udział w kursach, a których organizacja odbywa się niejednokrotnie, dlatego, że członkowie samorządu płacą składki. Aktualnie obowiązująca interpretacja przepisów prawa, która zmusza podatnika do odprowadzenia podatku z już opodatkowanego wynagrodzenia jest wysoko dla nas krzywdząca.

Udział w kształceniu poddyplomowym jest naszym obowiązkiem. Wynika on z przepisów prawa polskiego, łączy się również z wymogami Unii Europejskiej wskazującej na konieczność respektowania przepisów w zakresie kształcenia ustawicznego. Mimo wszelkich trudności związanych z zawikłaniami prawnymi należy z całą stanowczością podkreślić, że jest to inwestycja w siebie, w swoją przyszłość – i nie warto z niej rezygnować.

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

Nim przyjdzie wiosna

Nim przyjdzie wiosna,
nim miną mrozy,
w ciszy kołębce-
nade mną sosna
nade mną brzoza
witkami szepce.

Szepce i śpiewa
niby skrzypcowa
melodia cicha
melodia nowa
której nie słychać,
która dojrzewa.

Tak się zapadam
jak w śniegu puchy
w jesienne liście
i tylko duchem
słucham i badam
czy noc nadchodzi
czy świt się rodzi,
czy rzeczywiście??

I tylko przez sen
wyciągam ręce
- to mnie nie budzi,
nie chcę nic więcej –
bo wiem, że jestem
w nieskończoności,
w morzu miłości





KALENDARIUM OIPiP

02.01.2014r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
21.01.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów.
22.01.2014r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w Białej Podlaskiej.
23.01.2014r.	Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska.
30.01.2014r.	Zebranie zespołu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej.
31.01.2014r.	Udział przedstawiciela ORPiP w Białej Podlaskiej Danuty Pawlik w egzaminie kursu specjalistycznego – Szczepienia ochronne dla pielęgniarek.
3.02.2014r.	Konferencja „ <i>Jak skutecznie zapobiegać zranieniom ostrymi narzędziami</i> ” w Warszawie - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska.
10.02.2014r.	Zebranie przewodniczącej ORPiP w Białej Podlaskiej ze studentami pielęgniarstwa.
14.02.2014r.	Szkolenie „ <i>Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych – wybrane zagadnienia</i> ” w SP ZOZ w Radzynie Podlaskim, organizowane przez OIPiP oraz ORZOZ w Białej Podlaskiej.
18.02.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów.
20.02.2014r.	Spotkanie informacyjno - szkoleniowe „Planowanie obsad kadrowych” organizowane przez ORPiP Regionu Siedleckiego, udział wzięły Grażyna Kondraszuk, Dorota Golec, Beata Polak, Marianna Bojarczuk, Anna Klajda.
26.02.2014r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w Białej Podlaskiej.
07.03.2014r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej.
07.03.2014r.	Udział przedstawiciela ORPiP w Białej Podlaskiej Małgorzaty Chwedoruk w egzaminie kursu specjalistycznego – Resuscytacja krążeniowo-oddechowa.
12.03.2014r.	Szkolenie „ <i>Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych – wybrane zagadnienia</i> ” w DPS w Kostomłotach, organizowane przez OIPiP oraz ORZOZ w Białej Podlaskiej.
12.03.2014r.	Udział przedstawiciela ORPiP w Białej Podlaskiej Grażyny Kondraszuk w egzaminie kursu kwalifikacyjnego– Pielęgniarstwo zachowawcze.
18-20.03.2014r.	Posiedzenie NRPiP.
21.03.2014r.	XXVIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Uchwały podjęte podczas posiedzeń ORPiP i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 116/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
2.	Uchwała Nr 117/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
3.	Uchwała Nr 118/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.

4.	Uchwała Nr 119/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
5.	Uchwała Nr 120/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
6.	Uchwała Nr 121/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
7.	Uchwała Nr 122/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
8.	Uchwała Nr 123/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie zamówienia prenumeraty czasopism i zakupu książek do biblioteki Okręgowej Izby oraz zamówienia prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” dla członków Okręgowej Rady, Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Pełnomocnych Przedstawicieli ORPiP w Białej Podlaskiej na rok 2014.
9.	Uchwała Nr 124/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2014.
10.	Uchwała Nr 125/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie sfinansowania dostępu do serwisu Prawo i Zdrowie.
11.	Uchwała Nr 126/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie zmiany wynagrodzenia pracowników OIPiP.
12.	Uchwała Nr 127/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 2 stycznia 2014r. w sprawie regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.
13.	Uchwała Nr 128/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 2 stycznia 2014r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego.
14.	Uchwała Nr 129/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 2 stycznia 2014r. w sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
15.	Uchwała Nr 78/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 stycznia 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.

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

- 1 stwierdzenia prawa wykonywania zawodu dla pielęgniarek i wpisu do rejestru pielęgniarek;
- 1 skreślenia z rejestru pielęgniarek;
- 1 uchylenia uchwały o wymianie zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 1 zmiany uchwały w sprawie dokonania wpisu na listę członków Okręgowej Izby.

*Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP*

**INFORMACJA DOTYCZĄCA
DOKUMENTU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELEGNIARKI/POŁOŻNEJ**

Osoby, które przed dniem wejścia w życie ustawy stawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039 z późniejszymi zmianami) ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie pielęgniarki/położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo art. 31, mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015r. złożyły stosowny wniosek. Po upływie tego terminu prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa zgodnie z art. 97 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. Dz.U.2011r.Nr 174, poz. 1039 z późn. zm).

*Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP*

*Załącznik do Uchwały Nr 127/VI/14
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej z dnia 2 stycznia 2014r.*

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Przepisy wstępne

§ 1

1. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej podnoszący kwalifikacje zawodowe w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ma prawo ubiegać się o częściową refundację poniesionych kosztów z tego tytułu.
2. Wysokość funduszu przeznaczanego na dofinansowanie kształcenia określa, na każdy rok kalendarzowy, uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.
3. Dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego może być zawieszona w chwili wykorzystania środków budżetowych w danym roku kalendarzowym a zobowiązania finansowe przeniesione do realizacji na rok kolejny.

§ 2

1. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, który ubiega się o otrzymanie refundacji winien złożyć do Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego wnioski o refundację, nie później niż 2 miesiące po zakończeniu kształcenia.
2. Decyzję o przyznaniu lub odmowie refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego podejmuje Komisja na podstawie Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
3. Wnioski o dofinansowanie Komisja rozpatruje raz w miesiącu.
4. Zaopiniowane przez Komisję wnioski przekazane są do zatwierdzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
5. Wnioski składane są w biurze Izby osobiście lub korespondencyjnie, gdzie również można uzyskać informacje o podjętej decyzji.
6. Jeżeli wniosek jest wypełniony nieczytelnie lub zawiera braki formalne wzywa się wnioskodawcę do uzupełnienia lub poprawienia wniosku w terminie 7 dni od daty otrzymania pisma. Wniosek, którego braków wnioskodawca nie uzupełnił w w/w terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

Warunki uzyskania refundacji

§ 3

1. O dofinansowanie danej formy kształcenia i doskonalenia zawodowego mają prawo ubiegać się członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, jeżeli przez okres, co najmniej 1 roku regularnie opłacają składki członkowskie zgodnie z uchwałą nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2011r. w sprawie wysokości składek członkowskich.
2. Refundacji podlegają następujące formy kształcenia i doskonalenia zawodowego:
 - 1) szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja),
 - 2) kursy kwalifikacyjne,
 - 3) kursy specjalistyczne
 - 4) studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych,
 - 5) studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia,
 - 6) magisterskie studia pielęgniarskie i położnicze ukończone na wydziale pielęgniarskim/położniczym,
 - 7) uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych przez osobę, która posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa/ położnictwa.
3. Refundacja może być wypłacona wyłącznie po zakończeniu kształcenia na podstawie:
 - 1) zaświadczenia lub dyplomu ukończenia danej formy kształcenia,

2) oryginału rachunku wniesionej opłaty kosztów kształcenia wystawionego imiennie na wnioskodawcę przez organizatora kształcenia.

4. W przypadku uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych refundację wypłaca się na podstawie zaświadczenia o uzyskaniu stopnia naukowego.

§ 4

Refundacja nie obejmuje wypłat diet, zwrotu kosztów podróży, zakwaterowania, wyżywienia opłat egzaminacyjnych oraz tzw. opłat wpisowych.

§ 5

1. Członkowi samorządu delegowanemu na szkolenie, kurs, konferencję przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych, przysługuje zwrot kosztów w wysokości ustalonej przez Prezydium lub Okręgową Radę i jest on zobowiązany do napisania referatu do Biuletynu Informacyjnego lub przeprowadzenia szkolenia z zakresu tematyki szkolenia.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem decyzję podejmować będzie Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Wysokość refundacji

§ 6

1. Wysokość refundacji związanych z ukończeniem form kształcenia wymienionych w § 3 ust 2 wynosi **30 %** faktycznie poniesionych kosztów, jednak nie więcej niż:

1) szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje) - 1500 zł

2) kursy kwalifikacyjne - 500 zł

3) kursy specjalistyczne - 200 zł

4) studia pomostowe - 500 zł

5) studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia - 500 zł

6) magisterskie studia pielęgniarskie/ położnicze - 1500 zł

7) uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych - 1500 zł

2. Refundacja kształcenia przyznana na podstawie fałszywych dowodów, podlega natychmiastowemu zwrotowi.

3. **Łączna kwota otrzymanych refundacji przez członka OIPiP nie może przekroczyć 1500 zł, licząc od dnia 6 marca 2012r. do dnia utraty mocy niniejszego regulaminu.**

Odwołanie się od negatywnie zaopiniowanego wniosku

§ 7

1. Pisemne uzasadnienie odmownej decyzji, członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej otrzymują w terminie 14 dni od posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

2. Wnioskodawca, którego wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, został zaopiniowany negatywnie, może odwołać się od decyzji Prezydium do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w terminie 14 dni od daty otrzymania decyzji. Odwołanie rozpatruje się na najbliższym posiedzeniu Rady.

3. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej jest ostateczna.

Przepisy przejściowe

§ 8

Ukończone przed dniem wejścia w życie niniejszego regulaminu różne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego podlegają refundacji według *Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej* stanowiącego załącznik do uchwały Nr 17/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 6 marca 2012r. w sprawie Regulaminu Refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.



INFORMACJE Z NRPiP

Stanowisko Nr 3**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 stycznia 2014 r.****w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego**

Prezydium NRPiP wyraża stanowczy sprzeciw wobec zapisów w/w rozporządzenia dotyczącego pominięcia stanowiska pielęgniarki w wykazie osób uprawnionych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego. Powyższy zapis spowoduje zmianę stanowiska pielęgniarki na pomoc dentystyczną, co skutkować będzie degradacją zawodową znacznej grupy pielęgniarek od lat wykonujących zawód w placówkach stomatologicznych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych widząc zagrożenie dla pozycji zawodowej i ekonomicznej pielęgniarek realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego zgłaszała uwagi do projektu rozporządzenia wnioskując o utrzymanie realizacji świadczeń również przez pielęgniarki.

Należy podkreślić, iż zatrudnione tam pielęgniarki posiadają doświadczenie, wieloletni staż pracy na danym stanowisk oraz wywiązują się ze swoich obowiązków w sposób odpowiedzialny, prezentując dużą wiedzę w tej dziedzinie. Uważamy, że po raz kolejny opinie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych zostały zlekceważone przez decydentów.

Prezydium NRPiP wnosi o utrzymanie dotychczasowych możliwości wykonywania zadań w zakresie leczenia stomatologicznego przez pielęgniarki poprzez zmianę zapisów w/w rozporządzenia i umieszczenie w wykazie pozostały personel „stanowiska pielęgniarki z 2 letnim doświadczeniem w wykonywaniu świadczeń stomatologicznych”.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Stanowisko Nr 4**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 stycznia 2014 r.****w sprawie sytuacji pielęgniarek i pielęgniarzy systemu ratownictwa medycznego**

Prezydium NRPiP realizując działania wynikające z ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych zwraca ponownie uwagę na nieprawidłowości wynikające z praktyk kadry zarządzającej niektórych podmiotów leczniczych. Powyższe nieprawidłowości dotyczą zwalniania pielęgniarek i pielęgniarzy wykonujących zawód w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i zatrudnienie na ich miejsce ratowników medycznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa art. 36 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w skład zespołu ratownictwa medycznego wchodzi m. in. pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Wskazuje to, iż powyższe grupy zawodowe posiadają te same uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego. Brak jest uzasadnienia dla działań dysponentów jednostek, którzy zwalniają pielęgniarki a na ich miejsca zatrudniają ratowników medycznych. Wskazujemy, iż projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w pozycji – ratownictwo medyczne wprowadza zmiany nazewnictwa dla zawodu systemu ratownictwa medycznego, określając je jako „personel nielekarski”. Takie działania są niedopuszczalne i budzą sprzeciw naszego środowiska, przyjęta nomenklatura nazewnictwa pracowników wykonujących świadczenia zdrowotne w Systemie Ratownictwa Medycznego została jasno określona w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dlatego też niezrozumiałym jest wprowadzanie nowych niezgodnych ze słownikiem ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym określeń dla pracowników systemu.

Prezydium NRPiP stwierdza, iż powyższe działania są wstępem do likwidacji stanowisk pracy pielęgniarek i pielęgniarzy w systemie Ratownictwa Medycznego. Takie działania w ocenie samorządu są przejawem dyskryminacji zawodu pielęgniarki i pielęgniarza oraz brakiem odpowiedzialności za wydatkowanie środków publicznych w tym także z funduszy Unii Europejskiej na przygotowanie wyspospecjalistycznej kadry pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy z chwilą powstania projektu systemu ratownictwa medycznego ten system tworzyli.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

KALENDARIUM PRAC

związanych z opracowaniem dokumentacji elektronicznej na podstawie Klasyfikacji ICNP®

Lp.	Data	Działania	Udział Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych	Uwagi
1.	18 lutego 2010	Zarządzenie nr 12/2010 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 18 lutego 2010 roku w sprawie powołania Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®	1. Uchwała Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie udziału członków Naczelnej Rady w pracach Rady ds. MKKP: Monika Kowalska 2. Uchwała Nr 61 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 marca 2012r. w sprawie wytypowania przedstawicieli NRPIP do uczestnictwa w pracach Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®: Aleksandra Śnieg i Mariola Głowacka	Udział w posiedzeniach zgodnie z harmonogramem prac Rady.
2.	5 kwietnia 2012	Zarządzenie nr 9/2012 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2012 roku w sprawie powołania Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie	Powołanie Prezesa NRPIP dr n. med. Grażyny Rogali-Pawelczyk w skład Rady w roli Wiceprzewodniczącej.	Udział w posiedzeniach zgodnie z harmonogramem prac Rady
3.	11 września 2013	Zarządzenie nr 40/2013 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 11 września 2013 roku zmieniające zarządzenie nr 9/2012 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2012 roku w sprawie powołania Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie. Konieczność zmiany zarządzenia wynikała ze zmian osobowych w składach zespołów roboczych oraz wyłonienia liderów poszczególnych zespołów.	Powołanie przedstawicieli NRPIP w skład Zespołu ds. architektury dokumentacji, pod przewodnictwem mgr Ewy Orawczak, na podstawie uchwały nr 722/VIP/2013 Prezydium NRPIP z dnia 18 czerwca 2013 roku w sprawie wytypowania ekspertów NRPIP w zakresie opracowania dokumentacji w poszczególnych obszarach pielęgniarstwa.: Aleksandra Śnieg, Barbara Burzyńska, Maria Kaleta, Mariola Głowacka, Mariola Łodzińska, Sabina Wiatkowska, Tadeusz Wadas, Teodor Murawa, Tomasz Krzysztyniak.	Celem pracy Zespołu jest wypracowanie jednolitych wzorów dokumentacji pielęgniarskiej w oparciu o standardy planu opieki oraz standardy wywiadu z wykorzystaniem międzynarodowych skal.
4.	18 października 2013	Rekomendacja nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 roku Rady ds. e-zdrowia w pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie wraz z załącznikami: Karta oceny stanu pacjenta, Karta wywiadu pielęgniarskiego, Raport pielęgniarski	1. Udział w posiedzeniach Rady: dr n. med. Grażyny Rogali-Pawelczyk - wiceprzewodniczącej Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie. 2. Omówienie treści Rekomendacji przez Wiceprezesa NRPIP Aleksandrę Śnieg na posiedzeniu NRPIP w dniu 4 grudnia 2013 roku na podstawie udziału w dniu 26 listopada 2013 roku w warsztatach nt. dokumentacji elektronicznej ICNP® na podstawie MKKP zorganizowanych w CSIOZ.	Dyskusja członków NRPIP na posiedzeniu w dniu 4 grudnia 2013 roku oraz udzielenie pełnomocnictwa Prezesowi NRPIP do podpisania ww. Rekomendacji.
5.	4 grudnia 2013 roku	Wystąpienia nt. postępu prac związanych z opracowaniem wzorów dokumentacji elektronicznej ICNP® na podstawie MKKP: 1. Wykorzystanie Klasyfikacji w prak-	Szkolenie członków NRPIP. Planowanie warsztatów nt. zastosowania wzorów dokumentacji w formie elektronicznej.	Zadeklarowanie członków NRPIP udziału w warsztatach.

		tyce pielęgniarskiej do dokumentowania opieki – dr n. o zdr. Dorota Kilańska, 2. Rekomendowane przez Radę ds. e-zdrowia wzory dokumentacji elektronicznej – mgr Ewa Orawczak.		
6.	15 stycznia 2014	Informacja dr n. o zdr. Doroty Kilańskiej Przewodniczącej Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie przesłana do NRPiP nt. wdrożenia Klasyfikacji ICNP® do praktyki.		

Harmonogram działań związanych z wdrażaniem Klasyfikacji ICNP® do praktyki:

W dniu 14.01.2014 r.:

1) Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia podpisał Rekomendację Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, dotyczącą wzoru elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej. Tego samego dnia Rekomendacja została przekazana do Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

2) rozpoczęto procedurę tłumaczenia Klasyfikacji ICNP(R) wersji 2013.

W związku z powyższym rozpoczęły się przygotowania do pilotażu opracowanej elektronicznej dokumentacji medycznej.

3) w dniu 14.01.2014 r. dr n. o zdr. Dorota Kilańska uczestniczyła w Warszawie w konferencji CSIOZ „Zintegrowane prototypy Internetowego konta pacjentów (IKP) oraz e-Recepty – wnioski dla kolejnych projektów informatyzacji ochrony zdrowia”

Podczas konferencji przedstawiono m.in. zasady przekazywania dokumentacji tworzonej przez podmioty, podano informacje o przesunięciu terminów obowiązywania dokumentacji elektronicznej

Obowiązuje rozporządzenie mówiące o terminie wdrożenia 14.08.2014 r., jednocześnie mówi się o nowych datach obowiązywania poszczególnych elementów projektu informatyzacji: Elektroniczna dokumentacja 1.08.2017, Elektroniczne zlecenie 1.3.2017 r.

Przedstawiona została także propozycja obiegu dokumentu w systemie: dokument, który powstanie w podmiocie, który go wytworzył pozwoli na informację, kto go wytworzył, jaki pracownik podpisał – „indeks IDM (Internetowy Dokument Medyczny)” będzie wskazywał, gdzie dokumentacja funkcjonuje. Wnioskujący o dany dokument, który ma na to zgodę od pacjenta i zamawia dokumentację, wypełnia wniosek, trafia do platformy gromadzenia i przetwarzania danych „P1”, jest tam weryfikowany i przekazywany do usługodawcy przez P1 i usługodawca tworzy dokument i określa, w jaki sposób zostanie udostępniony, następnie weryfikacja dokumentu następuje poprzez konto przez P1 i trafia do usługodawcy, który zamówił dokumentację, pobiera dokumentację poza platformą P1. Gdy dokument dotrze do wnioskującego generowane jest potwierdzenie otrzymania dokumentacji. Może być także przekazane poprzez nagranie na płytę i wysłany pocztą do zamawiającego. Propozycja została skrytykowana przez obecnych.

Opracowała: mgr Aleksandra Śnieg
Wiceprezes NRPiP

Wspólne stanowisko Prezydium NRPiP i Prezydium Zarządu OZZPiP

W dniu 19 lutego 2014r. odbyło się spotkanie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Prezydium Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, na którym przyjęto wspólne stanowisko w sprawie braku działań Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez Pielęgniarki i Położne.

Powyższe Stanowisko zgodnie z przyjętymi ustaleniami zostało przesłane do:

- Prezydenta
- Prezesa Rady Ministrów
- Ministra Zdrowia
- Klubów Parlamentarnych
- Marszałka Sejmu
- Marszałka Senatu
- Komisji Zdrowia w UE
- Międzynarodowej Organizacji Pracy



Stanowisko

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

i

Prezydium Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

z dnia 19 lutego 2014 r.

**w sprawie braku działań Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez Pielęgniarki i Położne**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych domagają się w trybie pilnym przekazania stronie społecznej informacji o efektach pracy nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545).

Zmiana powyższego dokumentu jest niezbędna, ponieważ dalsze utrzymywanie obecnie obowiązujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia doprowadzi do znacznego ograniczenia liczby Pielęgniarek i Położnych w oddziałach szpitalnych co zmniejszy bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Domagamy się zobowiązania podmiotów leczniczych do informowania opinii publicznej o aktualnych obsadach Pielęgniarek i Położnych.

Ponadto pilnej interwencji wymaga ustalenie wynagrodzenia dla Pielęgniarek i Położnych na poziomach odpowiadających ich kwalifikacjom, pełnionym funkcjom i doświadczeniu, uwzględniających zagrożenie i niebezpieczeństwo związane z wykonywaniem tego zawodu oraz spoczywającej na Nich odpowiedzialności. Ustalenie wynagrodzeń na odpowiednim poziomie jest niezbędne by pozyskać młodych ludzi do zawodu Pielęgniarki i Położnej.

Zwracamy uwagę iż w ciągu pięciu najbliższych lat dojdzie do znacznego spadku liczby zarejestrowanych i zatrudnionych Pielęgniarek i Położnych w Polsce. Skutkować to będzie pozbawieniem społeczeństwa polskiego opieki i brakiem realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Pielęgniarki i Położne.

Oczekujemy od Rządu Rzeczypospolitej Polskiej podjęcia wiążących decyzji.

Brak reakcji zmusi nas do podjęcia radykalnych działań.

Przewodnicząca Zarządu
Krajowego Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych

Lucyna Dargiewicz
Lucyna Dargiewicz

Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Grażyna Rogala-Pawelczyk
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Czy pielęgniarka może samodzielnie przy podawaniu leku dokonać zmiany handlowej leku z zachowaniem nazwy chemicznej?

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039), pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Nie dotyczy to zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jedynie w przypadku wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, uzasadnienia potrzeby jego wykonania.

Jednakże z §3 i §4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (Dz.U.2007.210.1540), wynika, że pielęgniarka może samodzielnie wyznaczać odpowiednie leki dla pacjenta w szczególnych przypadkach. W odniesieniu do tych sytuacji, sama może dokonać zamiany nazwy handlowej leku bez zmiany jego zawartości chemicznej.

Podsumowując:

W sytuacji, kiedy pielęgniarka realizuje zlecenie lekarskie to lekarz winien dokonać zmiany leku na zamiennik.

W sytuacji podania leku do którego uprawniona jest pielęgniarka, ma ona prawo podać zamiennik, dokonując odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej.

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

Informacja na temat „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”

Szanowni Państwo w związku ze zmianą wydawcy Magazynu Pielęgniarki i Położnej uprzejmie informujemy, że numer konta, na które należy dokonywać wpłat należności za prenumeratę „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” zmienia się i jest następujący:

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok. 10
02-757 Warszawa
49 1910 1048 2268 0173 0461 0006

Pozostałe kwestie dotyczące Magazynu pozostają bez zmian również koszty prenumeraty nie zmieniają się i są następujące:

- Dwuletnia 146,00 zł
- Roczna 86,00 zł
- Roczna – studencka 74,00 zł
- Półroczna 46,00 zł

Cena zawiera koszt przesyłki dla wszystkich numerów objętych prenumeratą.

W celu zamówienia prenumeraty prosimy o przesłanie e-maila na adres: admin@nipip.pl o treści zawierającej:

Typ prenumeraty:

Imię i nazwisko / nazwa firmy / nazwa instytucji:

NIP:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Imię i nazwisko zamawiającego:

Tel:

e-mail:

Adres wysyłki prenumeraty (jeśli jest inny niż powyżej):

Nazwa:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

W celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy o kontakt pod adresem admin@nipip.pl bądź telefonicznie 22-327-61-69



INFORMACJE

REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

Informujemy, że zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 z późn. zm.) od **1 kwietnia 2013r.** wnioski o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru i wykreślenie z rejestru mogą być składane **wyłącznie w postaci elektronicznej**, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450 z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.). Przypominamy, iż obie metody podpisywania i wysyłania wniosków w postaci elektronicznej są udostępnione użytkownikom Aplikacji dla Podmiotów Leczniczych oraz Aplikacji dla Praktyk Zawodowych.

Informujemy, że Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą znajduje się obecnie pod następującym adresem strony internetowej: www.rpwdl.csioz.gov.pl.

Przypominamy również o obowiązku dostarczania aktualnej polisy OC wraz z wnioskiem o zmianę wpisu w rejestrze. Wniosek, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Poniżej prezentujemy instrukcję dla użytkowników systemu Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w formie Praktyki Zawodowej Pielęgniarskiej/Położniczej.

APLIKACJA DLA PRAKTYK ZAWODOWYCH

1. Założenie konta we właściwej aplikacji

Jeżeli jesteś **pielęgniarką / pielęgniarzem lub położną/ położnym** (Twoja księga rejestrowa jest prowadzona w Izbie Pielęgniarskiej), załóż konto w Aplikacji dla Praktyk Zawodowych w sekcji Praktyki pielęgniarek i położnych.

2. Uzyskanie uprawnień do swojej księgi rejestrowej

A. Jeśli posiadasz już księgę rejestrową i założyłeś konto we właściwej aplikacji zgodnie z punktem powyżej, to należy wystąpić o uzyskanie uprawnień do swojej księgi rejestrowej. Więcej informacji na ten temat znajdziesz po zalogowaniu się do Aplikacji dla Podmiotów Leczniczych lub Aplikacji dla Praktyk Zawodowych w zakładce "Jak uzyskać uprawnienia do ksiąg rejestrowych?". Poprawnie wypełniony wniosek o nadanie uprawnień możesz wysłać do Organu Rejestrowego np. faxem albo drogą e-mailową.

Po wysłaniu wniosku o nadanie uprawnień, Organ Rejestrowy nadaje Petentowi uprawnienia do księgi. System informuje o tym Petenta na trzy sposoby:

A. Zostanie przesłany mail z informacją o nadaniu uprawnień do księgi rejestrowej wraz z numerem tej księgi.

B. W zakładce z zaświadczeniami widoczne jest zaświadczenie do księgi

C. Po wejściu w zakładkę „Nowy wniosek” jest możliwość utworzenia wniosku o zmianę dla księgi

Jeżeli nie posiadasz jeszcze księgi i chciałbyś zarejestrować swoją Praktykę pielęgniarską / położniczą:

A. Zaloguj się do aplikacji i wstaw nowy wniosek o rejestrację.

B. W przypadku, gdy Organ Rejestrowy pozytywnie rozpatrzy wniosek i od razu nada uprawnienia użytkownikowi do utworzonej księgi rejestrowej, na skrzynkę mailową podaną przy rejestracji, zostanie wysłany mail z informacją, że wniosek został pozytywnie rozpatrzony i wpisany do księgi rejestrowej. Księga ta będzie możliwa

do wyszukania w odpowiedniej wyszukiwarce (wyszukiwarki

dostępne są na stronie głównej portalu <http://www.rpwdl.csioz.gov.pl>).

3. Uzyskanie podpisu elektronicznego

Od 1-ego kwietnia 2013r. każdy wniosek wysyłany do Organu Rejestrowego powinien być opatrzony podpisem elektronicznym. Istnieją dwie możliwości uzyskania takiego podpisu:

1. zakupić kartę z certyfikatem kwalifikowanym jednego z centrów certyfikacji (lista widoczna w menu sekcja "CERTYFIKACJA")

2. zaopatrzyć się w darmowy profil zaufany ePUAP. Więcej informacji znajdziesz tu:

http://epuap.gov.pl/wps/portal/E2_Pomoc?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/epuap2/ePUAP2/PL/Pomoc/Obywatele/FAQ+1/

JAK ZAŁOŻYĆ KONTO W APLIKACJI?

Po uruchomieniu odpowiedniej aplikacji (Aplikacja dla Praktyk Zawodowych w sekcji Praktyki pielęgniariek i położnych) należy kliknąć w link "Jeśli nie masz konta w systemie, załóż je tutaj". Na wyświetlonej formatce należy wypełnić wszystkie obowiązkowe dane. Należy pamiętać, że login i hasło wpisuje się wg swojego uznania, gdzie hasło powinno zawierać minimum jedną dużą literę oraz jedną cyfrę.

Po wysłaniu formularza automatycznie zostaje przysłany na podany w nim adres e-mail link aktywacyjny (należy poczekać kilka minut, czasami również przejrzeć katalog Spam swojej poczty elektronicznej). Należy kliknąć na otrzymany link. Po wykonaniu tej czynności powinien pojawić się komunikat informujący o tym, że konto dla danego użytkownika zostało aktywowane. Po jego otrzymaniu należy zalogować się do aplikacji.

JAK WYGLĄDA PROCES SKŁADANIA WNIOSKU O ZMIANĘ W KSIĘDZE REJESTROWEJ PRZEZ PIEŁĘGNIARKE/POŁOŻĄ?

Po uzyskaniu uprawnień do księgi rejestrowej można wstawić dla niej wniosek o zmianę lub o wykreślenie.

1. Po zalogowaniu się do aplikacji klikamy na zakładkę "Nowy wniosek" i dla wybranej księgi wybieramy akcję "Wniosek o zmianę" lub odpowiednio "Wniosek o wykreślenie".

2. We wniosku nanosimy wszystkie potrzebne zmiany i dodatkowo weryfikujemy zawartość każdej z zakładek

wniosku. Należy pamiętać, aby na zakładce "Informacje dodatkowe" podać imię i nazwisko osoby składającej wniosek, a na zakładce "Załączniki" dodać oświadczenie o składaniu danych kompletnych i zgodnych z prawdą (można je pobrać ze strony portalowej <http://www.rpwdl.csioz.gov.pl> z sekcji "Do pobrania").

3. Po zakończeniu pracy nad wnioskiem klikamy na przycisk "Zakończ i zweryfikuj".

Jeżeli na stronie podsumowującej wniosek zostaną wyświetlone komunikaty błędów, to należy powrócić do

edycji wniosku i nanieść kolejne zmiany. W przypadku wystąpienia ostrzeżeń, można je zignorować, jeżeli dotyczą danych, co do których nie ma wątpliwości, że są prawidłowe.

4. Po zweryfikowaniu wniosku można przejść do procesu podpisywania wniosku, wybierając stosowną akcję.

5. Podpisany wniosek wysyłamy do Organu Rejestrowego ("Wyślij").

UWAGA: Po podpisaniu wniosku można również m.in. przywrócić go do stanu roboczego (podpis zostanie usunięty). Ta i inne akcje są dostępne na stronie podsumowującej wniosek.

6. Po wysłaniu podpisanego wniosku do organu, na zakładce "Poświadczenia" pojawią się dwa nowe poświadczenia: Urzędowe Poświadczenie Odbioru (UPO) i Urzędowe Poświadczenie Przedłożenia (UPP) świadczące o prawidłowym przesłaniu wniosku do organu.

Po pozytywnym rozpatrzeniu przez Organ Rejestrowy wniosku, wygenerowane jest automatycznie zaświadczenie o dokonaniu wpisu, które jest widoczne po wejściu w zakładkę menu z zaświadczeniami.

W przypadku, gdy Organ Rejestrowy zwróci użytkownikowi wniosek, na skrzynkę mailową podaną przy rejestracji zostanie przesłana wiadomość z informacją, że wniosek został przekazany do uzupełnienia.

JAK WYGLĄDA PROCES PODPISYWANIA WNIOSKU (UŻYCIE PROFILU ZAUFANEGO EPUAP, CERTYFIKATU KWALIFIKOWANEGO)

Po wprowadzeniu wszystkich zmian we wniosku i jego weryfikacji klikamy na przycisk "Zakończ i zweryfikuj wniosek" znajdujący się na każdej stronie wniosku. Zostanie wyświetlona strona podsumowująca wniosek. Jeśli nie będzie na niej żadnych komunikatów błędów, to znaczy, że wniosek jest poprawnie wypełniony i możemy przejść do procesu podpisywania wniosku.

Na stronie wśród akcji mamy dwie dotyczące sposobu podpisywania wniosku: podpisanie wniosku przy użyciu certyfikatu kwalifikowanego oraz podpisanie wniosku przy użyciu profilu zaufanego ePUAP. Należy wybrać sposób podpisywania wniosku zgodny z posiadanym podpisem elektronicznym. W przypadku wybrania profilu zaufanego ePUAP zostaniemy przekierowani na platformę ePUAP, gdzie dokonujemy podpisu. W przypadku certyfikatu kwalifikowanego, pojawiają się kolejno okienka przeprowadzające przez proces podpisu.

Po złożeniu podpisu wybieramy opcję "Wyślij" i przesyłamy wniosek do Organu Rejestrowego.

UWAGA: Po podpisaniu wniosku można również m.in. przywrócić go do stanu roboczego (podpis zostanie usunięty). Ta i inne akcje są dostępne na stronie podsumowującej wniosek.

JAK ZAREJESTROWAĆ PRAKTYKĘ PIEŁĘGNIARSKĄ W INNEJ IZBIE?

Jeśli chcesz zarejestrować praktykę w innej izbie, to powinieneś wstawić wniosek o wpis, a w nim na zakładce

"Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań" podać poprawny adres miejsca udzielania świadczeń, a na zakładce "Informacje dodatkowe" wybrać z listy Organ Rejestrowy właściwy dla podanego adresu udzielania świadczeń. Taki wniosek należy podpisać elektronicznie i wysłać do organu. Jeśli pielęgniarka/położna posiada już księgę rejestrową w innej Izbie, a wysłany wniosek zostanie pozytywnie rozpatrzony przez Organ, to zostanie utworzona druga księga z tym samym numerem, ale innym kodem Organu.

JAK SPRAWDZIĆ, ŻE POSIADAM UPRAWNIENIA DO SWOJEJ KSIĘGI REJESTROWEJ?

Uprawnienia do księgi rejestrowej nadaje organ rejestrowy, w którym jest prowadzona księga. Uprawnienie do księgi rejestrowej można sprawdzić, wybierając po zalogowaniu w aplikacji w menu bocznym opcję „Nowy wniosek”. Jeśli na liście ksiąg znajduje się księga, do której potrzebne są uprawnienia, a obok numeru księgi dostępne są opcje „wniosek o zmianę”, „wniosek o wykre-

ślenie” oznacza to, że uprawnienia do księgi zostały nadane. W przeciwnym wypadku należy złożyć do organu wniosek o nadanie uprawnień. Wniosek taki jest dostępny w menu bocznym w opcji „Jak uzyskać uprawnienia do księgi”.

W JAKI SPOSÓB MOŻNA UZYSKAĆ ZAŚWIADCZENIE O DOKONANIU WPISU?

Istnieją dwie możliwości uzyskania takiego zaświadczenia:

1. Poprzez założenie sobie konta we właściwej aplikacji i uzyskanie uprawnień do swojej księgi rejestrowej (patrz „Od czego zacząć?”). Wówczas na zakładce z zaświadczeniami będą wyświetlane wszystkie zaświadczenia dotyczące danej księgi rejestrowej, w tym aktualne, którym należy się posługiwać.

2. Skontaktowanie się z pracownikiem Organu Rejestrowego (Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych dla Praktyk Zawodowych) i poprosić o przesłanie aktualnego zaświadczenia drogą e-mailową.

http://www.rpwdl.csioz.gov.pl/docs/RPDDL_InstrukcjaUzytkownika.pdf

Komunikat

Uprzejmie informujemy, że od dnia 1 lutego 2014r. uległa zmianie wysokość składki członkowskiej odprowadzanej na Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej przez pielęgniarki i położne wykonujące zawód w formie praktyki zawodowej.

Składka członkowska na OIPiP wynosi 40,00 zł

Wysokość składki członkowskiej wynosi 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego, w 2013r. wynosiło 4004,35 zł.

Oplata za wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek/położnych – 77,00 zł.

Oplata za zmianę do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek/położnych – 38,50 zł.

Wysokość opłaty wynosi 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku ogłaszanego przez Prezesa GUS za ubiegły rok, w 2013r. wynosiło 3835,05 zł.

Skarbnik
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
Wacława Grażyna Papińska

Podziękowania



Paniom

Barbarze Sawickiej

Zofii Czarnackiej

Teresie Gołoś

Alicji Długosz

Alicji Małoszuk

Małgorzacie Sokolek

Ewie Dudzińskiej

Grażynie Waszkiewcz

z SPZOZ w Radzynie Podlaskim

*W związku z przejściem na emeryturę,
najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową,
życzliwość, koleżeństwo i serdeczność,
oraz życzenia dobrego zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym*

*w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
składa Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP*

SPOTKANIE STUDENTÓW IV ROKU KIERUNKU PIELEGNIASTWO Z ELŻBIETĄ CELMER VEL DOMAŃSKĄ - PRZEWODNICZĄCĄ OKRĘGOWEJ RADY PIE- LEGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

W PAŃSTWOWEJ SZKOLE WYŻSZEJ IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W BIAŁEJ PODLASKIEJ, DNIA 10 LUTEGO 2014R. ODBYŁO SIĘ SPOTKANIE PRZEWODNICZĄCEJ ORPiP W BIAŁEJ PODLASKIEJ ZE STUDENTAMI PIELEGNIASTWA KOŃCZĄCYMI NAUKĘ NA STUDIACH PIERWSZEGO STOPNIA.

Spotkanie poświęcone było omówieniu zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz procedury uzyskania prawa wykonywania zawodu. Podczas spotkania studenci zapoznali się z niezbędną dokumentacją pozwalającą uzyskać prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki.



Absolwent szkoły wyższej posiadający dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, by rozpocząć wykonywanie zawodu pielęgniarki/ położnej musi wystąpić z pisemnym wnioskiem o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu wydaje Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, na której obszarze działania zainteresowana osoba zamierza wykonywać zawód pielęgniarki/położnej.

*Zobaczyć świat w ziarenku piasku,
Niebiosa w jednym kwiecie z lasu.
W ściśniętej dłoni zamknąć bezmiar,
W godzinie – nieskończoność czasu.*

Koordinacja projektów e-Zdrowie

Środowisko pielęgniarskie od dłuższego czasu podejmuje starania na rzecz zmian legislacyjnych umożliwiających wprowadzenie, na równi z innymi Klasyfikacjami niezbędnymi do dokumentowania zdarzeń medycznych, odpowiednich zapisów do legislacji (zob. <http://www.ptp.na1.pl/>).

W tworzonych wzorach dokumentacji medycznej brakuje ogniw związanych np. z kierowaniem przez pielęgniarkę pacjentów do innych specjalistów (pielęgniarek), czy w środowisku do położnej lub odwrotnie. W dokumencie dotyczącym e-Recept brak jest jeszcze wskazania możliwości wypisywania recept przez pielęgniarkę np. na środki pomocnicze, a może w przyszłości opatrunki. Z perspektywy wielu lat pracy podsumowania wymaga pokazanie luk, które należy zapłacić, aby system, który tworzymy był spójny i pozwalający na wycenę pracy, świadczeń.

Klasyfikowanie, opisywanie dziedzin z wykorzystaniem słowników służy analizie i statystyce, czyli daje możliwość prognozowania zapotrzebowania na opiekę, monitorowania zdarzeń medycznych, wskaźników jakości opieki. Pokazanie pielęgniarek (ich pracy) w systemie usług zdrowotnych, ma na celu nie tylko udokumentowanie krotności zadań jakie wykonują, ale pozwoli na dokładniejsze i precyzyjne nazywanie zjawisk, które identyfikują w codziennej pracy. Opis opieki pielęgniarskiej, czyni ją uporządkowaną terminologicznie, stwarzając także możliwość do wymiany doświadczeń i prowadzenia badań naukowych na rynku krajowym i arenie międzynarodowej, czy też w ramach Centrów Referencyjnych wskazanych w Dyrektywie 24/2011/UE.

W „Strategii e-Zdrowie Polska 2009-2015” wpisano następujące cele, które planuje się osiągnąć:

1. Ułatwienie dostępu obywateli do informacji z zakresu ochrony zdrowia.

2. Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji.

3. Unowocześnienie systemu informacji medycznej w celu analizy zapotrzebowania na realizowane świadczenia zdrowotne.

4. Praktyczna realizacja budowy rozwiązań IT w ochronie zdrowia zgodnych z wytycznymi Komisji Europejskiej umożliwiającej włączenie Rzeczypospolitej Polskiej w obszar „Interoperacyjnego” elektronicznego zapisu medycznego (EHR - Electronic Health Record) [1].

Opracowanie graficzne CSIOZ

Realizacja tych celów, z wykorzystaniem elektronicznych narzędzi, wiąże się z koniecznością wprowadzenia słownika do każdego elementu systemu. Realizacja procedur pielęgniarskich (działań i interwencji) poprzez pokazanie ich w JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów) uzupełni więc ideę tego przedsięwzięcia. JGP według wielu autorów, nie obrazują całości świadczonej opieki, ponadto ich zastosowanie powoduje zwiększenie kosztów świadczeń i utrudniony dostęp do systemu ochrony zdrowia. Przemodelowanie udzielania usług ze świadczeń stacjonarnych do świadczeń realizowanych z wykorzystaniem technologii mobilnych, wymaga zastosowania interoperacyjnych słowników jakim jest niewątpliwie rekomendowana przez środowisko pielęgniarskie Klasyfikacja ICNP®[2].

Wprowadzając Klasyfikacje do powszechnego stosowania należy przyjąć następujący szczegółowy program działań:

1. Wprowadzenie Klasyfikacji do Krajowego Systemu Rejestrów dla monitorowania problemów pacjenta związanych z opieką pielęgniarską.
2. Realizacja programów wprowadzania informatyzacji, przez podmioty lecznicze, przy wykorzystaniu słownika ICNP®.
3. Wprowadzenie systemu informacji medycznej (SIM) z wykorzystaniem I-NMDS (międzynarodowego podstawowego/minimalnego zestawu danych o pielęgniarstwie – International Nursing Minimum Data Set).
4. Uwzględnienie rejestru I-NMDS w Centralnych bazach danych i rejestrach w ochronie zdrowia.
5. Dostęp do informacji w ochronie zdrowia, w tym danych dotyczących praktyki pielęgniarskiej: diagnoz (np. rejestr odleżyn, upadków, niedożywienia pacjentów itp.) i interwencji realizowanych przez pielęgniarki oraz ich

- wpływu na efektywność pielęgnacji, leczenia, zapobiegania powikłaniom.
6. Wprowadzenie usług z zakresu Telepielęgniarstwa opartego na przewodnikach IT do prowadzenia opieki w stacjach ostrych i przewlekłych (zmniejszenie kolejek do POZ, czy specjalistów).
 7. Wprowadzenia wskaźników jakości opieki do oceny efektywności opieki pielęgniarskiej rekomendowanych w projekcie HOBIC, do akredytacji - ocena dokumentacji medycznej Centrum Monitorowania jakości w Ochronie Zdrowia, zgodnie ze standardem ISO 18104:2003/2011.
 8. Tworzenie Europejskiego Centrum Referencyjnego dla Pielęgniarek (Dyrektywa 24/2011/UE) zgodnie z kryteriami Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN).
 9. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia z wykorzystaniem procedur (działań i interwencji pielęgniarskich) opisanych w ICNP®.
 10. Wprowadzenie ICNP® do rejestru zdarzeń medycznych w systemie HIS (Health Information System) dla pomiaru wpływu praktyki pielęgniarskiej na efektywność opieki.
 11. Prognozowanie zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie w oparciu o I-NMDS.
 12. Bezpłatny dostęp do Klasyfikacji ICNP® na zasadach określonych dla korzystania z Klasyfikacji ICD9 i ICD10, czy ICF.
 13. Gromadzenie i udostępnienie informacji o diagnozach i procedurach pielęgniarskich na Platformie P1 budowanej przez CSIOZ.
 14. Wykorzystanie do budowania architektury dokumentacji pielęgniarskiej terminologii i planów opieki opartych na ICNP®.
 15. Wykorzystywanie Klasyfikacji ICNP® przy tworzeniu planów opieki opartych na Klasyfikacji ICNP®.
 16. Sprawozdawczość z wykorzystaniem I-NMDS do płatnika świadczeń (NFZ).
 17. Monitorowanie zdarzeń medycznych z wykorzystaniem ICNP®.
 18. Prowadzenie prac dyplomowych i innych prac badawczych porównujących wpływ realizowanych przez pielęgniarki czynności na efektywność opieki.
 19. Publikacje podręczników z wykorzystaniem terminologii ICNP®.
 20. Prowadzenie prac kazuistycznych dla rozwijania korzystania z ICNP® i standaryzowania planów opieki w poszczególnych problemach zdrowotnych.
 21. Nauczanie korzystania z Klasyfikacji ICNP® pielęgniarki pracujące w systemie.
 22. Mapowanie terminologii stosowanej w praktyce z terminologią ICNP® i SNOMed.
 23. Tworzenie katalogów zawierających diagnozy i plany opieki dla poszczególnych problemów zdrowotnych, obszarów pielęgniarstwa czy też podmiotu opieki dla unifikowania i standaryzacji opieki.

Najważniejszym jednak jest zastosowanie jednolitych standardów rozwiązań informatycznych u świadczeniodawców, co wymaga konsekwentnego stosowania powszechnie uznanych słowników opisujących praktykę pielęgniarską w sposób umożliwiający jej identyfikowanie w każdym podmiocie medycznym, w którym była realizowana. W systemie ochrony zdrowia w Polsce ważnym elementem jest zapewnienie jakości opieki. Czuwaniem nad jakością opieki zajmuje się Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Mając na uwadze doskonalenie jakości w ochronie zdrowia należy uwzględnić wspomniane wskaźniki jakości opieki dotyczące pielęgniarstwa (Nursing Sensitive Outcome Indicators). Wskaźniki te służą do oceny wyników interwencji oraz wyników opieki nad pacjentem w celu osiągnięcia rozwiązania problemów pacjenta [3]. ICNP® definiuje wyniki opieki pielęgniarskiej jako pomiar statusu diagnoz pielęgniarskich jako punktu odniesienia do interwencji pielęgniarskich [4]. Podczas, gdy **wskaźniki jakości opieki**

Wiele zmiennych ma wpływ na wyniki opieki nad pacjentem. Są to diagnozy, czynniki socjalno-ekonomiczne, wsparcie rodzinne, wiek, płeć oraz jakość realizowanej opieki wspieranych przez innych profesjonalistów ochrony zdrowia. Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek korzystanie z wrażliwych wskaźników rezultatów opieki pomaga skupić uwagę na bezpieczeństwie i jej jakości nad pacjentem - pomiarach wyników świadczonej opieki [6].

Korzystanie z wrażliwych wskaźników wyników opieki ma kluczowe znaczenie dla skutecznego wykazania, że pielęgniarki wnoszą ogromny wkład i w ekonomiczne znaczenie zapewnienia bezpiecznej, wysokiej jakości opieki nad pacjentem. Badania pokazują, że tam gdzie jest więcej wykwalifikowanych pielęgniarek zmniejsza się ryzyko zgonów i koszty prowadzonej opieki [7]. Pielęgniarki są integralną częścią systemu opieki zdrowotnej, wrażliwe wskaźniki pielęgniarskiej opieki mogą uchwycić to, co pielęgniarki wykonują, jakie wyniki osiągają i jakim kosztem. Jest to ważny krok w odpowiedniej alokacji zasobów opieki zdrowotnej.

Dorota Kilańska

Kontakt: dorota.kilanska@umed.lodz.pl

Bibliografia dostępna w biurze OIPiP

Przedruk z Biuletynu informacyjnego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia jednostka Ministra Zdrowia STYCZEŃ 2014, WYDANIE TRZYNASTE



PRACA W ANGLII i TĘSKNOTA DO POLSKI

W związku z tym, że niektóre z moich koleżanek i kolegów myślą, zastanawiają się czy już nawet planują wyjazd do pracy za granicą uważam za sensowne podzielić się z Wami moim zagranicznym doświadczeniem.

W Wielkiej Brytanii spędziłam łącznie 7 lat, ostatnia zagraniczna przygoda trwała 6 lat i rozpoczęła się w marcu 2005 roku. Początkowo zatrudniona byłam w prywatnym domu dla osób starszych (tzw Residential Home) na stanowisku opiekunki. Przez 1,5 roku mieszkałam i pracowałam we wsi Copford, w pobliżu najstarszego miasta w Anglii o nazwie Colchester. Przelot i dojazd do Copford w całości został zorganizowany i sfinansowany przez angielską Firmę, i już po wylądowaniu, na lotnisku oczekiwała na mnie Regionalna Dyrektorka, piękna z długimi włosami blondynka, która swoim prywatnym samochodem zawiozła mnie wprost do Domu w którym miałam mieszkać i pracować. Mój kiepski angielski (poziom bardzo początkowy) dawał się we znaki od początku i to na każdym kroku, ale nie poddawałam się, a raczej traktowałam to jako kolejne wyzwanie do pokonania pojawiających się trudności. Po 2 miesiącach pobytu w nowym kraju zapisałam się do szkoły dla dorosłych, dla których język angielski nie był językiem ojczystym i dwa razy w tygodniu dojeżdżałam do Colchester, aby poprawić umiejętność komunikowania się w języku angielskim. Jednocześnie poznawałam także angielską kulturę,

znacząco różniącą się od polskiej, m.in. z powodu wielokulturowości angielskiego społeczeństwa czy rozwiniętego tam kapitalizmu. Firma wynajmowała mi pokój na pierwszym piętrze Domu, w którym pracowałam. Na parterze natomiast znajdowało się 26 jednoosobowych pokoi, część z nich z łazienkami, w których mieszkały osoby starsze w wieku powyżej 60 lat, w tym

jedna stulotka. Na dole, poza tymi pokojami, znajdowała się też kuchnia, duża jadalnia, niewielka pralnia i dwa pokoje biurowe. Pracę rozpoczęłam jako jedyna Polka w zespole, ale nie jedyna cudzoziemka. Gdy w urzędach załatwiałam różne formalności, np. związane z ubezpieczeniem społecznym to początkowo miałam status emigrantki, potem zauważyłam zmianę i byłam już obywatelką Europy, co brzmiało bardziej adekwatnie, bo przecież Europa w 2005 roku była już zjednoczona (Unia Europejska). Po dwóch tygodniach po moim przyjeździe dojechała Ania spod Gdańska, która zamieszkała w pokoju obok mnie i następnie razem pracowałyśmy, i było nam rażniej. Ania znała angielski bardzo dobrze toteż pomagała mi w rozmowach, gdy tylko ją o to poprosiłam. Potem do Ania dołączył jej 6 letni synek i niestety zmuszona była szukać innego zakwaterowania, poza tym Domem. Znalazła małą kawalerkę w niedalekiej odległości od miejsca pracy i nadal mogłyśmy spędzać wolny czas razem, jeśli miałyśmy na to ochotę. Wieś Copford była niewielka, z jednym sklepikiem i okienkiem pocztowym, dwoma kościołami i dużym angielskim pubem. Nieopodal znajdowało się także boisko do krykieta, wśród drzew, gdzie lubiłam usiąść na ławce i oglądać treningi, mecze, kompletnie przy tym nie znając zasad gry. To co zachwyciło mnie w tym miejscu, w tej okolicy, to gęsta sieć ścieżek do spacerowania, którymi poprzecinane były prywatne pola z łąkami, mała rzeka, różne polne zadrzewienia; są to państwowe ścieżki, udostępnione wszystkim, specjalnie zaplanowane i zaznaczone na mapach, w pewnym zakresie przypominające nasze szlaki wędrowne ale jednak inne. W wolnych chwilach po pracy uwielbiałam wędrować przez pola, podziwiać zachody słońca i kolorową, bujną angielską przyrodę. Anglicy znakomicie dbają o swoją przestrzeń, o przyrodę, a co najważniejsze udostępnili ją wszystkim chętnym poprzez odgórne, (czyli

przez państwo) wytyczenie ścieżek dla pieszych/wędrownych szlaków, prowadzących przez niziny, doliny, wyżyny, góry zarówno te państwowe jak i prywatne. W ten sposób nawet przeciętny zjadacz chleba może delektować się urokami natury, kosztować piękno krajobrazu, mimo, że znajduje się ono w prywatnych rękach. Cała Wielka Brytania poprzecinana jest takimi ścieżkami, i uważam to za znakomity pomysł, bo w ten sposób angielska wyspa jest dla wszystkich, szczególnie dla lubiących spacerować lub dłuższe wędrówki, dla ceniących wypoczynek na łonie natury.

Po około pół roku pracy w tym Domu i oswojeniem się z potoczną angielszczyzną i nauką w szkole, zdecydowałam się wystąpić do angielskiej Rady Pielęgniarek i Położnych w Londynie z wnioskiem o zarejestrowanie mnie jako pielęgniarki w Wielkiej Brytanii. Dopiero po około 6 miesiącach, w tym dwóch osobistych wizytach w Radzie w Londynie, otrzymałam pozytywną decyzję, co praktycznie oznaczało, że rynek pracy dla pielęgniarek w WB stoi przede mną otworem. Początkowo jakoś temu nie dowierzałam, ale potem zakochałam się w Anglii jako kraju pełnym szans i możliwości zmiany swego życia i pracy na lepsze. Rozpoczęłam poszukiwania pracy na stanowisku pielęgniarki, jednak niewystarczająca znajomość języka angielskiego znacząco ograniczała zakres moich poszukiwań. W swojej firmie także rozgłosiłam tę dobrą wiadomość, że mam uprawnienia pielęgniarki i szukam pracy na tym stanowisku. Dyrektor firmy obiecał mi, że skieruje zapytanie do menedżerów wszystkich domów tworzących tę firmę, znajdujących się w różnych zakątkach WB. I co? I po około 3 miesiącach zaproponowano mi awans i pracę na stanowisku pielęgniarki z wynagrodzeniem nieporównywalnym z tym, które otrzymywałam jako opiekunka. Wiązało się to niestety ze zmianą miejsca zamieszkania i koniecznością przeprowadzenia do

Coulsdon pod Londynem, do Domu Opieki Pielęgniarskiej, gdyż dom, w którym obecnie pracowałam nie zatrudniał pielęgniarek. Nie byłam zadowolona z tego powodu, bo nie cierpię wielkich miast a poza tym Londyn należy do miast niebezpiecznych. Na małej wsi czułam się bardzo dobrze, uwielbiałam to miejsce, piękne i już znajome, a tu czekała na mnie konieczność zmiany miejsca pracy i mieszkania, wyprowadzenia się. Londyn był mi znany dużo wcześniej, ponad 20 lat temu, spędziłam tam rok czasu i okiem turysty oceniam je pozytywnie, natomiast powtórnie tam mieszkać i pracować? Jednak z drugiej strony oczekiwało tam na mnie kolejne wyzwanie (przygoda) – nowa praca na stanowisku pielęgniarki, wyraźny, szybki awans, póki do wynajęcia w przystępnej cenie, towarzystwo Polaków w pracy i sympatyczna szefowa. Hm... długo nie zastanawiałam się. Byłam taka szczęśliwa i wdzięczna Firmie za tę możliwość pracy w WB na stanowisku pielęgniarki, że przy najbliższej okazji która się nadarzyła, osobiście podziękowałam Dyrekcji Firmy (z siedzibą w Londynie) i nie omieszkalam dodać, że zakochałam się w Anglii, że tak wiele otrzymuję, że spełniam swe marzenia, że... Patrzyli wtedy na mnie tak jakoś dziwnie i słuchali jakby z niedowierzaniem albo może czuli się zażenowani.

Teraz miałam pracować w Domu Opieki Pielęgniarskiej (Nursing Home) w podlondyńskim miasteczku Coulsdon, w pobliżu, Croydon, określanego jako najbardziej, wielokulturowe miasto w Wielkiej Brytanii. Brzmiało to i wyglądało dość egzotycznie, wyraźnie przeważała tam kultura afrykańska i hinduska. Dom w którym podjęłam nową pracę był 22-lóżkowy, ze starszymi osobami (średnia wieku to 92 lata) wymagającymi stałej opieki pielęgniarek i opiekunek, zarządzany przez menedżera pielęgniarkę. (Domy tego typu w WB to domy najczęściej prowadzone i kierowane przez personel pielęgniarski). Samodzielne dyżury rozpoczęłam stosunkowo szybko, bo zaledwie po 2-tygodniowym okresie pracy z inną pielęgniarką. Potem rzuciłam się na jeszcze głębsze wody i zgodziłam na pełnienie funkcji kierownika zmiany (Senior Staff). Uczylałam się bardzo,

bardzo dużo, permanentnie byłam szkolona, znacząco rozszerzyłam swe kompetencje, właściwie zdobyłam nowy zawód (i to w obcym języku); kompetencje pielęgniarki w WB znacząco różnią się od tych w Polsce, bo na przykład bardzo rozwinięta jest tam funkcja zarządzania personelem, i nie ma żadnych wątpliwości, że zawód pielęgniarki jest tam samodzielną profesją, o czym świadczy chociażby sposób współpracy z innymi członkami zespołu interdyscyplinarnego, po odpowiednim przeszkoleniu pielęgniarki mogą otrzymać uprawnienia do wystawiania recept, bardzo duży jest prestiż zawodu a głównym celem pracy jest dobro pacjenta, to on jest osadzony w centrum działań interdyscyplinarnego zespołu. Poza tym i jakby dodatkowo jeszcze, niewystarczająca znajomość języka angielskiego w stosunku do wymagań zawodowych i bardzo dużej odpowiedzialności powodowały, że praca ta była dla mnie wyzwaniem i to największym w całym moim dotychczasowym życiu zawodowym, ale także bardzo stresującym doświadczeniem. To, czego nauczyłam się i doświadczyłam, w czasie prawie 2-letniej pracy na stanowisku pielęgniarki w tym Domu, zapewne wystarczyłoby na materiał do bardzo interesującej książki, niestety, w większości w konwencji dramatu. Doświadczyłam szoku i to nie tylko kulturowego, a także olbrzymiego niedowierzania, że w XXI wieku, w bogatym kraju zachodnim, działa taki właśnie system opieki nad osobami starszymi. Kompletnie nie zaimponowano mi ani jakością opieki, ani warunkami pracy. Jedyne warunki wynagrodzenia były dobre. I rozumiałam też, dlaczego tak dziwnie wtedy na mnie patrzyli - Zarząd Firmy, gdy podziękowałam i wyraziłam swą wdzięczność za umożliwienie mi pracy na stanowisku pielęgniarki. Oni doskonale wiedzieli to, o czym ja kompletnie nie miałam wtedy, gdy awansowałam, pojęcia a czego potem doświadczyłam, zobaczyłam, usłyszałam...I wtedy też niestety ale odkochałam się, czar Anglii jakby prysł. Uczucia zmienne są, a rzeczywistość angielska w tym zakresie i w tym konkretnym Domu okazała się dla mnie po prostu nie do przyjęcia. Moje niedowierzanie niestety trwa, i nadal zada-

ję sobie to pytanie: Jak to możliwe? Jak to możliwe, że opieka nad ludźmi starszymi, czasami w końcowym etapie ich życia, jest aż tak nieludzka w WB, w zamożnym kraju? I czy tylko w WB? Dlaczego na przykład 90-letnim Anglikiem, wymagającym całkowitej opieki/pomocy, którego rodzina (gdy ten był młody) handlowała mieszkańcami Afryki, teraz opiekują się – w ostatnim etapie jego życia - młodzi Afrykanie, potomkowie sprzedawanych i kupowanych dziadków, babć. Takie „spotkania po latach” przedstawiciele „Panów” i potomków niewolników miażdżyły wszystkie szczytne ideały i procedury. To tylko jeden z przykładów tego, jakie konsekwencje może powodować życie w społeczeństwie wielokulturowym.

Oczywiście mam także bardzo dużo pięknych wspomnień, sporo z nich związanych jest i wynika z bezpośrednich kontaktów ze starszymi osobami w tym Domu, czy z członkami ich rodzin. Jestem pełna podziwu, jak wspaniały może być człowiek u kresu swego życia, pogodny, pogodzony z sytuacją, kochający życie i ludzi, altruistyczny, kochający całym sobą. Próbowałam znaleźć odpowiedź na pytanie – jak to się dzieje, jak oni to robią, skąd to mają, że jest w nich tak dużo tej pięknej strony bycia człowiekiem, że są tacy twardzi, nienarzekający, mimo bólu, choroby, niepełnosprawności i całkowitej zależności od innych oraz bardzo niekorzystnych warunków zewnętrznych, w jakich przyszło im spędzić ostatnie lata, czasami miesiące, czy tygodnie swego życia. Z niektórymi osobami zaprzyjaźniłam się i udawało nam się podarowywać/ wymieniać to co mieliśmy najlepszego i czego najbardziej każde z nas wtedy potrzebowało. To są niesamowite doświadczenia, niezapomniane, wzajemnie budujące. Pewnego dnia uzyskałam odpowiedź od 85 letniej Veroniki na nurtujące mnie zagadnienia. Veronika na moje pytanie o to, co obecnie jest dla niej najważniejsze, odpowiedziała, po krótkim zastanowieniu – duma i niezależność; inny z kolei pacjent kochał nie tylko swą rodzinę, najbliższych, ale takimi uczuciami darzył też innych, był radosny, pocieszał, wspierał, tak jak najlepiej potrafił, niezwykle zycielski i ak-

tywny. To zadziwiające ileż ufności Ci ludzie wyrażali. To, co ich łączyło to zapewne zadowolenie ze swego życia, tego, jakie ono było i co przeżyli, i ta nieprzeciętna pogoda życia. Oni naprawdę wyrażali swym życiem wartości, które wybrali.

Z Firmą rozstałam się po trzech latach pracy składając wypowiedzenie i podając prawdziwe powody.

Następnie prowadziłam własną działalność gospodarczą (firma jednoosobowa), składki na ubezpieczenie społeczne są tam bardzo niskie, i poza usługami opiekuńczymi i pielęgniarskimi miałam czas na nową pasję- coaching, ukończyłam różne kursy, praktykowałam, dokończyłam też wcześniej rozpoczęte studia. Poza aktywnym życiem w innej kulturze bardzo tęskni-

łam za Polską, polskim krajobrazem, przyrodą, kulturą, poezją, mową ojczyzną, rodziną; marzyłam o powrocie tak mocno, aż w końcu znalazłam powody, aby wrócić. Polska, Polacy, miasto Łódź, w którym mieszkałam przed wyjazdem do WB, w kontekście tej zagranicznych doświadczeń nabrały dla mnie zupełnie innego znaczenia, stały się bardzo bliskie, bardziej kochane, bo ich brak i tęsknota były bardzo silne. Podróże, zatem nie tylko kształcą, ale pozwalają bardziej docenić własne gniazdo, kraj ojczysty, przynajmniej tak się stało w moim przypadku.

Co robię obecnie, po powrocie? Od dwóch lat odnajduję się w polskiej rzeczywistości, zmieniałam miejsce zamieszkania, z Łodzi przenieśliśmy się do małej malowniczej nadwarciańskiej wsi

i obecnie w pobliskim szpitalu w Warcie świadczę usługi pielęgniarskie.

Nie napisałam o wielu innych ważnych i ciekawych rzeczach, np. o kosztach, jakie poniosłam, psychologicznych, społecznych, rodzinnych, ale trudno jest napisać, w jednym artykule, o wszystkim. Mam jednak nadzieję, że informacje te będą dla Ciebie przydatne, lub przynajmniej interesujące. Chętnie nawiążę kontakt z koleżankami i kolegami po fachu a zatem jeśli czujesz niedosyt i chcesz uzyskać więcej informacji, to nie zwlekaj, zadzwoń lub napisz, tel. kom. 517166820, adres mailowy elapacholczyk@interia.pl, chętnie odpowiem na Twoje pytania, może pomogę podjąć właściwą decyzję. Może spotkamy się na kawie, czacie?

Elżbieta Pacholczyk



OPINIE KONSULTANTÓW

Opinia w sprawie możliwości pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału z dnia 23.05.2013 r.

W nawiązaniu do zapytania o możliwość pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych (np. usuwania drenów) w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału uprzejmie informuję, że w świetle obowiązujących przepisów prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej (Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z dn. 15 lipca 2011 r. Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) ordynator nie może udzielić pielęgniarce pisemnego upoważnienia do wykonywania takich czynności. Kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych (specjalistycznych) pielęgniarka uzyskuje po ukończeniu odpowiedniego szkolenia (w formie specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego lub kursu specjalistycznego). Ponadto zakres samodzielnych czynności wykonywa-

nych przez pielęgniarkę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Pielęgniarka pracująca w oddziale chirurgii (również onkologicznej) może na zlecenie lekarza usuwać dren założony do rany operacyjnej (znajdujący się w powłokach ciała/łoży po usunięciu narządu), jeśli posiada ukończony kurs specjalizacyjny (specjalizację) lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa chirurgicznego. Pielęgniarka nie posiada kompetencji w zakresie usuwania drenów założonych, np. do narządów (np. dren Kehra).

Z poważaniem,
Konsultant krajowy w dz. pielęgniarstwa
chirurgicznego i operacyjnego
Dr hab. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK



DZIAŁ PRAWNY

Szanowni państwo informuję, że **29 stycznia weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 66).** (rozporządzenie przesyłam w załączeniu)

Konieczność wydania rozporządzenia wynika z potrzeby wprowadzenia bardziej szczegółowych rozwiązań dotyczących sposobów postępowania dyspozytorów medycznych w określonych sytuacjach w porównaniu do procedur zawartych w obecnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 90, poz. 605).

Przedstawiona w rozporządzeniu procedura obejmuje odebranie zgłoszenia, przeprowadzenie wywiadu medycznego z osobą dzwoniącą, podjęcie decyzji odnośnie zadysponowania właściwego zespołu ratownictwa na miejsce zdarzenia oraz utrzymywanie kontaktu z osobą będącą w miejscu zdarzenia w przypadku gdy potrzebny jest instruktaż pierwszej pomocy. Wywiad medyczny przeprowadzany jest z uwzględnieniem algorytmów przeprowadzania wywiadu medycznego.

Dyspozytor medyczny będzie odpowiadał również za określenie priorytetu (określonego w postaci kodów alarmowego i pilnego) wysłania zespołu ratownictwa medycznego oraz utrzymanie łączności z tym zespołem w celu ustalenia docelowego miejsca przewiezienia pacjenta.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP

Dz.U.2014.66

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA
z dnia 10 stycznia 2014 r.**

**w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego
(Dz. U. z dnia 14 stycznia 2014 r.)**

Na podstawie art. 27 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, 1245 i 1635) zarządza się, co następuje:

§1. Ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego obejmują:

1) odbiór powiadomienia o zdarzeniu przekazanego przez osobę dzwoniącą pod numer alarmowy przez podanie komunikatu słownego: "Ratownictwo medyczne, słucham" oraz kodu dyspozytora medycznego przyjmującego powiadomienie;

2) przeprowadzenie w sposób spokojny i zdecydowany krótkiej rozmowy telefonicznej z osobą dzwoniącą, mającej na celu:

a) uzyskanie informacji o:

– miejscu zdarzenia, a w przypadku wątpliwości związanych z ustaleniem dokładnego miejsca zdarzenia uzyskanie, w miarę możliwości, dodatkowych informacji dotyczących tego miejsca, umożliwiających zespołowi ratownictwa medycznego szybkie dotarcie na miejsce zdarzenia,

– danych osoby dzwoniącej obejmujących, w miarę możliwości, imię, nazwisko i numer telefonu,

– rodzaju zdarzenia,
– liczbie osób, u których podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,

– danych osoby, u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, obejmujących, w miarę możliwości, imię, nazwisko, płeć i wiek,

– stopniu pokrewieństwa, w przypadku gdy osobą dzwoniącą jest krewny osoby, u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,

b) przeprowadzenie wywiadu medycznego obejmującego informacje o stanie zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

3) przekazanie osobie dzwoniącej informacji o zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo - w razie stwierdzenia, na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego - poinformowanie osoby dzwoniącej o odmowie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego, z podaniem przyczyn odmowy i zaleceń dotyczących dalszego postępowania;

4) w razie konieczności, utrzymywanie stałego kontaktu z osobą dzwoniącą będącą na miejscu zdarzenia i przekazanie jej niezbędnych instrukcji dotyczących sposobu

udzielania pierwszej pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego;

5)ustalenie priorytetu zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, z uwzględnieniem następujących kodów:

a)kod 1 - niezbędny natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia,

b)kod 2 - niezbędny wyjazd wolnego zespołu ratownictwa medycznego;

6)zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem najkrótszego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia;

7)utrzymywanie kontaktu z zespołem ratownictwa medycznego i przekazywanie niezbędnych informacji jego członkom;

8)wskazanie, na żądanie zespołu ratownictwa medycznego, szpitalnego oddziału ratunkowego lub właściwego ze względu na stan zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego szpitala, do którego ta osoba może być przewieziona.

§2.1.Wywiad medyczny, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. b, przeprowadza się z uwzględnieniem zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wywiad medyczny obejmuje pytania zadawane osobie dzwoniącej przez dyspozytora medycznego, pozwalające w szczególności na:

1)ustalenie, czy osoba, której dotyczy powiadomienie o zdarzeniu, znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

2)podjęcie decyzji o zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo - w razie stwierdzenia, na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego - o odmowie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego.

2.Wywiad medyczny jest przeprowadzany z uwzględnieniem algorytmu przeprowadzania wywiadu medycznego, udostępnionego dyspozytorowi medycznemu przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, stanowiącego pisemny zbiór pytań i rekomendacji wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego, ustalonego na podstawie zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej.

§3.Dyspozytor medyczny w razie zaistnienia problemów, których rozwiązanie wykracza poza jego umiejętności i uprawnienia, zwraca się do lekarza dyżuru, wyznaczonego przez dysponenta jednostki, lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego o udzielenie niezbędnych informacji zgodnych z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego.

§4.Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 90, poz. 605).

§5.Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 2 ust. 2, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2014 r.

Nowe Akty Prawne

• Program Szczepień Ochronnych na 2014 r. (Dz. Urz. MZ poz. 43).

Największe zmiany dotyczą katalogu osób, którym szczególnie zalecane są szczepionki przeciw grypie, natomiast brak zmian w zakresie zwiększenia dostępności do szczepień przeciwko pneumokokom. Wśród wprowadzonych zmian pojawiło się dodatkowe zastrzeżenie przy przeprowadzaniu obowiązkowych szczepień na tężec i błonicę. Ponadto w zakresie szczepień zalecanych rozszerzono katalog osób, którym zaleca się szczepienia przeciwko WZW typu B - o przewlekłe chorych o wysokim ryzyku zakażenia: z chorobami przebiegającymi z niedoborem odporności, w tym leczonych immunosupresyjnie,

chorych z cukrzycą oraz pacjentów dializowanych.

• Dyrektywa Parlamentu Europejskiego I Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r.

• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym

• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego

• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego

wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd

• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 roku procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego

• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów i sposobu klasyfikacji substancji chemicznych i ich mieszanin

• Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich

• Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu

rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014 r.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2014 r.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru wniosków o przedłużenie lub skrócenie okresu ważności pozwole-

nia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013, poz. 1562)

W dniu 12 grudnia 2013 r. zostało podpisane nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne. Powyższe rozporządzenie wprowadza nowy wykaz dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja oraz kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek i położnych. Powyższe rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r.

Zgodnie z zapisami powyższego rozporządzenia specjalizacje dla pielęgniarek będą prowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa:

- anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- chirurgicznego;
- geriatrycznego;
- internistycznego;
- onkologicznego;
- operacyjnego;
- opieki długoterminowej;
- opieki paliatywnej;
- pediatrycznego;
- psychiatrycznego;
- ratunkowego;
- rodzinnego.

Ponadto dla pielęgniarek będzie prowadzona także specjalizacja w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w ochronie zdrowia pracujących.

Z kolei dla położnych będą prowadzone specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położni-

czego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Jednocześnie dla pielęgniarek i położnych będzie prowadzona specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz pielęgniarstwa neonatologicznego. W myśl zapisów ww. rozporządzenia dla pielęgniarek będą prowadzone kursy kwalifikacyjne w następujących dziedzinach pielęgniarstwa:

- anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- chirurgicznego;
- diabetologicznego;
- geriatrycznego;
- internistycznego;
- kardiologicznego;
- nefrologicznego z dializoterapią;
- neonatologicznego;
- neurologicznego;
- onkologicznego;
- operacyjnego;
- opieki długoterminowej;
- opieki paliatywnej;
- pediatrycznego;
- psychiatrycznego;
- ratunkowego;
- rodzinnego;
- środowiska nauczania i wychowania;
- transplantacyjnego.

Ponadto dla pielęgniarek będzie prowadzony także kurs kwalifikacyjny w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w ochronie zdrowia pracujących.

Z kolei dla położnych będą prowadzone kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz rodzinnego.

Jednocześnie dla pielęgniarek i położnych będzie prowadzony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

<http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/2488-nowe-akty-prawne>

Odpowiedzialności położnej za wykonywane zabiegi i za przyjmowanie porodu domowego

Odpowiedzialność położnej za wykonywane czynności (zabiegi), w ramach jej kompetencji zawodowych jest bardzo rozległa. Położne ponoszą odpowiedzialność za cały zakres działalności zawodowej, w tym także za sferę relacji położna-pacjent. Położne podlegają regułom prawnym i moralnym, funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność prawną:

Karną

Zgodnie z art. 155 kodeksu karnego, położna, która nieumyślnie powoduje śmierć matki, bądź dziecka przy porodzie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Natomiast na podstawie art. 156 kodeksu karnego, położna, powodująca ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub znieskształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. Jeżeli działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli następstwem czynu jest śmierć człowieka, położna podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12. Jeżeli położna naraża matkę bądź dziecko na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 na podstawie art. 160 kodeksu karnego.

Cywilną

Warto zauważyć, że zgodnie z art. 415 kodeksu cywilnego, położna, która z własnej winy wyrządziła drugiemu szkodę, obowiązana jest do jej naprawienia.

Służbową

Położna jest obowiązana wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę. Jest obowiązana w szczególności:

- przestrzegać czasu pracy ustalonego w jednostce zdrowia,
- przestrzegać regulaminu pracy i ustalonego porządku,
- przestrzegać przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych,
- chronić mienie jednostki zdrowia,
- przestrzegać w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego.

Względem izby

Odpowiedzialność zawodowa położnych, za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu

pielęgniarki i położnej. Można śmiało powiedzieć, że procedury medyczne to istotne normy postępowania, o których położne muszą pamiętać wykonując swój zawód względem innych, jak również realizując swój kontrakt, czy umowę o pracę.

Warto pamiętać, że błąd, jako zdarzenie medyczne i prawne, nosi kwalifikację winy, a ta z kolei wynika z zaniedbania względem pacjenta przeważnie matki dziecka bądź samego dziecka. Błędem jest postępowanie (działanie bądź zaniechanie), idące wbrew podstawowym, powszechnie uznawanym zasadom współczesnej (aktualnej) wiedzy medycznej. Błędem podczas porodu można nazwać, np. niewykonanie procedur medycznych w czasie porodu.

Odpowiedzialność położnej za poród w domu wiąże się często z tzw. błędem porodowym. Każdy błąd porodowy wynikający ze złego postępowania, niesie za sobą wszelkiego rodzaju konsekwencje natury medycznej, karnej, odszkodowawczej, personalnej, etc. Położna sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem.

Powołane czynności interwencyjne polegają w szczególności na:

- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
- 2) podaniu wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi;
- 3) zabezpieczeniu rany krocza lub szyjki macicy;
- 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych;
- 5) działaniach zmierzających do utrzymania czynności życiowych rodzącej lub położnicy oraz płodu lub noworodka.

Zadania położnej sprawującej opiekę nad rodzącą obejmują w szczególności:

- 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
- 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 3) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
- 4) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
- 5) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 6) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu.

To tutaj bardzo często dochodzi do zaniedbań ze strony położnej, warunkujących komplikacje porodowe, w rezultacie których może dojść do niepełnosprawności dziecka. Jeżeli któraś z tych czynności nie zostanie prze-

prowadzona, rodzica ma prawo domagać się jej wprowadzenia. W sytuacji, kiedy czynności te nie zostaną wprowadzone i dojdzie do komplikacji

porodowych, w wyniku których np. dziecko będzie niepełnosprawne, zaniedbanie takie skutkuje odpowiedzialnością odszkodowawczą ze strony położnej oraz sankcją karną za naruszenie procedury medycznej, a tym samym za narażenie matki i dziecka na śmierć bądź trwałe kalectwo.

Położna podczas porodu powinna:

- 1) zapewnić ciągłość opieki;
- 2) zachęcać do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
- 3) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.

Warto wiedzieć, że:

Pełna prawno karna ochrona zdrowia i życia przysługuje dziecku nienarodzonemu od:

- a) rozpoczęcia porodu (naturalnego),
- b) w wypadku operacyjnego zabiegu cięcia cesarskiego kończącego ciążę na żądanie kobiety ciężarnej – od podjęcia pierwszej czynności medycznej, bezpośrednio zmierzającej do przeprowadzenia takiego zabiegu,
- c) w wypadku konieczności medycznej, przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego lub innego alternatywnego zakończenia ciąży – od zaistnienia medycznych przesłanek takiej konieczności.

Czynności zmierzające do przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia mają swój początek w procesie diagnostycznym, rozpoczynanym zazwyczaj od wywiadu chorobowego, za pomocą którego możliwe jest ustalenie, czy zachodzą wskazania do przeprowadzenia zabiegu i – z punktu widzenia kobiety ciężarnej – w takim jej zachowaniu, które umożliwia przeprowadzenie tego rodzaju badań

(...). Jeżeli w trakcie tych czynności wyjdą na jaw takie okoliczności dotyczące dziecka poczętego, jego matki albo ich obojga, które wskazują na możliwość i zarazem konieczność przeprowadzenia cięcia cesarskiego dla ratowania zdrowia lub życia, wówczas trzeba podjąć dalsze czynności, które umożliwiają przeprowadzenie zabiegu. Zaistnienie takich okoliczności oznacza obiektywną konieczność przeprowadzenia alternatywnego zakończenia ciąży”.

Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 30 października 2008 r. I KZP 13/2008:

Równorzędnym z porodem fizjologicznym (z prawnego punktu widzenia), sposobem rozwiązania ciąży jest zabieg cesarskiego cięcia. Stąd też, uwzględniając charakter owej czynności leczniczej mającej taki właśnie cel i następstwa (niezależnie od wszystkich uwarunkowań z tym związanych, dostrzeżonych i omówionych w uzasadnieniu postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2008 r.), nie można dla ocenionych kwestii, okresu jego trwania traktować inaczej, aniżeli tak jak w przypadku porodu fizjologicznego (por. M. Boratyńska: Cesarskie cięcie na życzenie pacjentki, Prawo i Medycyna 2008/3 str. 46-64).

Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 25 listopada 2009 r. V KK 150/2009.

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 20 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100).

Przemysław Gogojewicz
Radca Prawny

Przedruk z Pisma Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie „Małopolskie Pielęgniarki i Położne”, Kraków nr 7 styczeń-luty 2014.





KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Informacja dla położnych POZ



Populacyjny
Program Profilaktyki
i Wczesnego
Wykrywania
Raka Szyjki Macicy

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy uprzejmie informuje, że od początku 2014r. obowiązuje nowe rozporządzenie Prezesa NFZ, które dopuszcza położne POZ do pobierania rozmazów cytologicznych w Programie profilaktyki raka szyjki macicy.

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie [Narodowego Funduszu Zdrowia w Zarządzeniu Nr 69/2013/DSOZ](#)

Prosimy o zwrócenie uwagi na Załącznik Nr 1 – Wartości stawek kapitaacyjnych, porad i ryczałtów oraz na Załącznik Nr 6a - Świadczenia położnej POZ w Programie profilaktyki raka szyjki macicy – Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego do powyższego Zarządzenia.

W związku z powyższym w I kwartale 2014 r. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy planuje zorganizować dla położnych POZ szkolenie w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych w skryningu raka szyjki macicy.

Osoby zainteresowane odbyciem bezpłatnego kursu proszone są o wypełnienie zamieszczonego poniżej formularza zgłoszeniowego i przesłanie go wraz z kserokopią prawa wykonywania zawodu na adres biura Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego lub na adres mailowy (skan dokumentów). Informacje na temat terminu, programu kursu zostaną opublikowane na stronie internetowej WOK oraz przesłane mailem osobom zainteresowanym.

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący
Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy
przy SPSK Nr 1 w Lublinie
ul. Staszica 16, 20-081 Lublin, tel./fax (81) 534 74 87, wok@spsk1.lublin.pl
www.cytologia.lublin.pl

Konferencja

"Jak skutecznie zapobiegać zranieniom ostrymi narzędziami?"

Warszawa, 03.02.2014

3 lutego 2014r. w Warszawie Centrum Kompetencyjne CKL Medical oraz redakcja miesięcznika Rynek Zdrowia i portalu rynekzdrowia.pl zorganizowały konferencję „*Jak skutecznie zapobiegać zranieniom ostrymi narzędziami? Obowiązki podmiotów leczniczych, zastosowanie wybranych aktów prawnych i rozwiązań praktycznych w placówce medycznej*”.

Celem wydarzenia było wieloaspektowe przedstawienie i omówienie problemu ekspozycji zawodowej w środowisku medycznym.

Tematyka konferencji uwzględniała wymiar zdrowotny, ekonomiczny, społeczny i psychologiczny ekspozycji zawodowej w Polsce.

Przepisy prawa nakładają na dyrekcje placówek ochrony zdrowia obowiązek zapewnienia pracownikom bezpiecznego kontaktu z ostrymi narzędziami. Rozporządzenie ministra zdrowia ws. bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowi transpozycję przepisów Dy-

rektywy 2010/32/EU 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. Zgodnie z jej wytycznymi, konieczne jest też przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka,

określenie metod zapobiegania, jak również do monitorowania epizodów ekspozycyjnych.

Według prof. Andrzeja Gładysza „implementacja Dyrektywy pomoże wyznaczyć minimalny standard dla wyrobów zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem oraz szczegółowo określić procedury poekspozycyjne. Jednocześnie przyczyni się ona do eliminacji stosowania zagrożającego zranieniem ostrego sprzętu medycznego i zastąpienia go bezpiecznymi wyrobami medycznymi. Powinny zostać również ustanowione skuteczne kary finansowe dla pracodawców za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa pracy”.

W związku z powyższym podkreślić należy iż, niezwykle istotną kwestią jest korzystanie z bezpiecznych materiałów i sprzętu oraz wdrażanie działań zapobiegawczych - w myśl zasady: lepsza jest profilaktyka, niż najlepsze procedury poekspozycyjne. Należy pamiętać, że bezpieczeństwo pacjentów obejmuje również bezpieczne warunki pracy dla pielęgniarek, położnych i innych pracowników ochrony zdrowia oraz ich wiedzę o czynnikach ryzyka. Wyroby medyczne

służące do cięcia, czy klucia powinny być wyposażone w zabezpieczenia chroniące przed zranieniem, a pracownicy regularnie szkoleni z ich bezpiecznego użytkowania. Co pół roku pracodawcy muszą też przygotowywać raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w danej placówce. Pierwszy taki dokument powinien powstać do 28 lutego br. Raport ten powinien zawierać dane o przypadkach ekspozycji, zestawienie stosowanych w danym podmiocie ostrych narzędzi, analizę przyczyn i okoliczności zranień, propozycję działań ograniczających takie zdarzenia oraz informację o możliwościach wprowadzenia do użytku sprzętu chroniącego przed zranieniem. Realizacja tego zadania będzie podlegała kontroli GIS. Za niezastosowanie się do wymogów rozporządzenia na placówkę może zostać nałożona kara finansowa.

Mecenas Jacek Wędrowski zwrócił uwagę, że przepisy rozporządzenia mają zastosowanie nie tylko w stosunku do personelu medycznego, ale także personelu pomocniczego oraz realizującego zadania zlecone przez innego pracodawcę, np. serwisu sprzątającego.

Konferencja „*Jak skutecznie zapobiegać zranieniom ostrymi narzędziami? Obowiązki podmiotów leczniczych, zastosowanie wybranych aktów prawnych i rozwiązań praktycznych w placówce medycznej*” zgromadziła ponad 200 osób.

Osobami zaproszonymi do udziału w debacie byli (kolejność alfabetyczna):

1/ dr hab. n. med. **Maria Gańczak**, Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny;

2/ prof. dr hab. **Andrzej Gładysz**, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu;

3/ dr n. med. **Paweł Grzesiowski**, Fundacja Instytut Profilaktyki Zakażeń w Warszawie;

4/ dr **Michał Ilnicki**, Główny Inspektorat Sanitarny;

5/ dr **Dorota Kilańska**, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego;

6/ **Wojciech Szeffe** – Prawnik, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED

Ekspozycja zawodowa - problem w pracy pielęgniarek i położnych

Bezpieczeństwo pracy to jeden z ważniejszych problemów dotyczących pracowników sektora opieki zdrowotnej. Jest on w większości przypadków niedoceniany i bagatelizowany, a może nieść szereg negatywnych konsekwencji dla osób pracujących z ostrymi narzędziami.

Zakażenia WZW typu B i C oraz wirusem HIV to najczęstsze ale nie jedyne zdarzenia niepożądane, które mogą wystąpić w wyniku zakłucia lub zranienia ostrą igłą, kaniulą czy skalpelem. Częstość występowania tego zjawiska szacuje się w krajach Europy, w tym rów-

nież i Polski od 12 do 30 zakłuć na 100 łóżek szpitalnych. Problem okazał się tak istotny, iż Unia Europejska postanowiła wprowadzić regulacje prawne, które miały chronić narażonych pracowników.

10 maja 2010r. została uchwalona Dyrektywa Rady 2010/32/UE w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEM a EPSU.

Celem tej dyrektywy jest zapewnienie możliwie najbezpiecz-

niejszego środowiska pracy poprzez: zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą), ochrona pracowników narażanych, przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, szkoleń, informacji, zwiększanie świadomości oraz monitorowania, wprowadzenie procedur w zakresie reagowania i działań następczych. Dyrektywa przedstawiła też gotowe rozwiązania, które mają przyczynić się do realizacji tych celów. Należą

do nich: wyeliminowanie przypadków zbędnego stosowania ostrych narzędzi przez wdrożenie zmian w praktyce oraz na podstawie wyników oceny ryzyka, zapewnienie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem.

Termin dostosowania ustawodawstw państw członkowskich do regulacji zawartych w tej dyrektywie został określony na 11 maja 2013r. W Polsce rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 696) stanowi transpozycję przepisów Dyrektywy 2010/32/EU z dnia 10 maja 2010. Z wejściem w życie tych przepisów należy wiązać wiele nadziei, gdyż doświadczenia USA przedstawione w raporcie OSHA (Państwowa Administracja Zdrowia i Bezpieczeństwa Zawodowego) po wprowadzonych wcześniej podobnych uregulowaniach wykazują, że poprzez zastosowanie odpowiedniej technologii i edukacji personelu możliwe jest uniknięcie w przybliżeniu od 62 proc. do 88 proc. szacunkowych zakłuć.

Ekspozycja to zakłucie lub zranienie zdrowej skóry ostrym, skażonym narzędziem (igłą, skalpelem, lancetem, wiertłem itp.) lub kontakt błon śluzowych albo uszkodzonej skóry (pęknięcia, otarcia, zmiany zapalne, sączące zmiany alergiczne, rany, oparzenia) z potencjalnie zakaźną krwią, tkankami lub płynami ustrojowymi pacjenta. W rzadkich przypadkach uszkodzenie skóry personelu medycznego może spowodować również ostry odłam kostny lub szkło laboratoryjne.

Najistotniejszym materiałem biologicznym – z punktu widzenia ryzyka transmisji czynnika zakaźnego w warunkach pracy służby zdro-

wia – jest krew, zaś najczęstszym mechanizmem transmisji zakażeń przenoszonych drogą krwi jest niezamierzone skaleczenie ostrym sprzętem medycznym skażonym krwią pacjenta – źródła zakażenia.

Problem ekspozycji zawodowych - problemem ogólnościowym

Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2003 r. wynika, że 37,6 proc. wzw B, 39 proc. WZW typu C oraz 4,4 proc. zakażeń HIV rozpoznawanych wśród personelu medycznego na świecie jest spowodowanych zakłuciami igłą. Przekłada się to na około 65 tys. zakażeń HBV, 16,4 tys. zakażeń HCV i 1 tys. zakażeń HIV rocznie. Średnia liczba zakłuć/ pracownika/ rok wynosi w Ameryce Północnej 0,18, w Europie - 0,64. W szpitalach amerykańskich co roku dochodzi do około 384 tys. tego typu incydentów, co przekłada się na ponad 1 tys. skaleczeń dziennie, w szpitalach brytyjskich - do 100 tys., w niemieckich - do 500 tys. Szacunkowych danych pochodzących z polskich szpitali brakuje. W przeciętnym europejskim szpitalu dochodzi do 12–30 zakłuć na 100 łóżek, przy czym 60–80 proc. tych incydentów nie jest zgłaszanych. Dane uzyskane w USA, Japonii i we Włoszech wykazały, że do zakłuć dochodzi najczęściej na salach chorych (34–39 proc.) i na blokach operacyjnych (16–24 proc.) podczas szycia, wykonywania iniekcji i pobierania krwi. Najczęściej kaleńczącym narzędziem jest igła ze światłem, następnie igła chirurgiczna. Do największej liczby zakłuć dochodzi podczas używania narzędzi medycznych, rzadziej po ich użyciu, ale przed utylizacją.

Problem ekspozycji zawodowych w Polsce

W naszym kraju niewiele jest naukowych opracowań z zakresu epidemiologii zakłuć ostrym sprzętem medycznym, a istniejące opiera-

ją się na danych dotyczących jednej grupy zawodowej czy pochodzących z jednej placówki lub jednego regionu. Ponadto, znaczna część opracowań opiera się jedynie na analizie zgłoszonych przypadków ekspozycji zawodowych, które stanowią znikomy procent rzeczywistej liczby tego rodzaju ekspozycji.

Nawet jednak te niekompletne dane dowodzą, że problem zakłuć wśród pracowników służby zdrowia w Polsce istnieje.

W badaniu Bilskiego z 2005 r. wykazano, że do zakłuć dochodzi najczęściej w wyniku zdejmowania igły ze strzykawki lub wkładania zużytej igły do przepelnionego pojemnika. Kowalska i wsp. badając w 2006 r. pracowników zgłaszających ekspozycje zawodowe wykazali, że w 89 proc. były to zakłucia igłą. W podobnych badaniach przeprowadzonych przez Leszczyszyn-Pynkę i wsp. (2004), Smolińskiego i wsp. (2006) oraz Braczkowską i wsp. (2008) odsetki zakłuć igłą wynosiły 73-79 proc.

Wykazano, że ekspozycje dotyczyły najczęściej pielęgniarek (60 proc.). Do incydentów dochodziło głównie na salach chorych (36 proc.) lub w gabinetach zabiegowych (29 proc.)

W 2009 r. w badaniach własnych porównano rodzaj i częstość urazów ostrym sprzętem medycznym wśród lekarzy i pielęgniarek oddziałów zabiegowych. W okresie roku poprzedzającego badanie 82 proc. lekarzy i 44 proc. pielęgniarek doznało przynajmniej jednego skaleczenia ostrym sprzętem medycznym; 12 proc. lekarzy i 2 proc. pielęgniarek doznało powyżej dziesięciu skaleczeń.

Skaleczenia igłą ze światłem doznało 67 proc. pielęgniarek i 9 proc. lekarzy; ponad 80 proc. skaleczeń nie zostało zgłoszonych. Do powtórnego nakładania osłonki na użytą igłę przyznało się 42 proc. lekarzy i 44 proc. pielęgniarek, 8-9

proc. badanych nieregularnie stosowało rękawice ochronne.

Prewencja ekspozycji zawodowych

Do głównych czynników ryzyka ekspozycji zawodowych należą: brak szkoleń, brak bezpiecznych zachowań zawodowych (np. powtórne nakładanie osłonki na igłę), niesystematyczne stosowanie barierowych środków ochronnych, brak zgłaszania, brak bezpiecznego sprzętu.

Za cztery z pięciu wymienionych wyżej „grzechów głównych” odpowiada czynnik ludzki. Założeniem nowoczesnej strategii zapobiegania skażeniom ostrym sprzętem medycznym jest zmiana obowiązujących do niedawna priorytetów działań prewencyjnych. Skupianie się na błędzie ludzkim *per se* jako przyczynie większości urazów skutkuje bowiem przywiązaniem nadmiernej uwagi do zmian zachowań, zamiast dostrzegania innych, efektywniejszych sposobów zapobiegania urazom.

Nacisk powinien być zatem położony nie tylko na sposoby mające zmienić ludzkie zachowania, ale przede wszystkim na strategię działającą bez udziału czynnika ludzkiego. Należą do nich eliminacja igieł i innych ostrych narzędzi jako stwarzających zagrożenie zakłucia oraz wprowadzanie bezpiecznego sprzętu medycznego.

W placówkach, które zdecydowały się wprowadzić nowoczesny, działający w sposób pasywny (bez potrzeby dodatkowego uruchamiania przez użytkownika) sprzęt, udaje się zapobiec - w zależności od typu narzędzia i rodzaju procedury - ok. 60 - 90 proc. skażeń notowanych wśród personelu medycznego. Dyrektywa Rady Europy 2010/32/UE stwarza nadzieję, że możliwe stanie się powszechne, zagwarantowane ustawą wprowadzenie „bezpiecznego” sprzętu medycznego z zabezpieczeniami przed zranieniem.

Skutki ekspozycji zawodowej – koszty dla jednostki i społeczeństwa

W 2010 r. rozpoznano w Polsce w sumie 2933 choroby zawodowe, w tym choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa stanowiły 24,9 proc.

Najczęściej rozpoznawaną w Polsce chorobą zawodową o podłożu zakaźnym jest borelioza. Drugą w kolejności jest natomiast wirusowe zapalenie wątroby, które jako choroba zawodowa występuje najczęściej u pracowników zatrudnionych w ochronie zdrowia i opiece społecznej. Właśnie te grupy zawodowe są najbardziej narażone na czynniki biologiczne znajdujące się w materiale pochodzącym od zakażonych pacjentów (wirusy, bakterie).

W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że rocznie dochodzi do 700 tys. przypadków przerwania ciągłości tkanek, a 58 proc. powyższych zdarzeń dotyczy pielęgniarek. Oszacowano, że całkowity koszt w skali kraju związany z przypadkową ekspozycją zawodową to około 65 mln. dolarów. W innych krajach, takich jak Wielka Brytania, Niemcy, Francja, Hiszpania czy Włochy liczbę zakłuć/skażeń szacuje się w przedziale od 18 tys. (Francja) do 700 tys. (Niemcy), zaś wskaźnik zakłuć/skażeń na jednego pracownika służby zdrowia – od 0,01 do 1,8.

Opisywane incydenty wiążą się z konkretnymi kosztami. Szacuje się, że kwoty związane z następstwami przypadkowego przerwania ciągłości tkanek u personelu medycznego sięgają 300 mln funtów dla Wielkiej Brytanii, 4,6 mln euro dla Niemiec, 6,1 mln dolarów dla Francji (dane dotyczące tylko pielęgniarek), 7,0 mln euro dla Włoch i 6-7 mln euro dla Hiszpanii.

W Polsce trudno jest oszacować koszty związane z przypadkową ekspozycją zawodową na materiał potencjalnie zakaźny, gdyż ze względu na brak ogólnopolskiego

rejstru takich zdarzeń, nie jest znana ich dokładna liczba. Należy jednak pamiętać, że przypadkowe zdarzenia przerwania ciągłości tkanek pociągają za sobą wymierne koszty, na które wpływ ma wiele czynników.

Są to koszty związane z postępowaniem poekspozycyjnym, którego integralną część stanowią:

- badania serologiczne krwi osoby eksponowanej, jak i będącej źródłem materiału biologicznego,
- leki antyretrowirusowe,
- immunoglobulina anti-HBs,
- szczepionka przeciw WZW B,
- konsultacje lekarza chorób zakaźnych – prowadzącego postępowanie poekspozycyjne,
- nieobecność w pracy związana z prowadzeniem postępowania poekspozycyjnego (zarówno bezpośrednio po zdarzeniu, jak i podczas wizyt kontrolnych) i związana z tym konieczność zapewnienia zastępstwa.

Drugą pulę kosztów mogą stanowić kwoty wydatkowane na prowadzenie postępowania orzeczniczego w kierunku choroby zawodowej, obejmujące:

- badania i konsultacje specjalistyczne w jednostkach właściwych do rozpoznawania chorób zawodowych (wojewódzkie ośrodki medycyny pracy i jednostki badawczo-rozwojowe w dziedzinie medycyny pracy),
- wydawanie decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej przez państwowych inspektorów sanitarnych,
- przeprowadzanie wizytacji stanowisk pracy pod kątem oceny narażenia zawodowego.

Trzecią grupę stanowią koszty świadczeń finansowych związanych z rozpoznaniem choroby zawodowej, które składają się z następujących czynników:

- czasowej niezdolności do pracy (zwolnienie lekarskie związane

z objawami chorobowymi bądź le-
czeniuem),

- trwałego lub czasowego prze-
niesienia na inne stanowisko pracy (w
przypadku zaawansowania choroby
uniemożliwiającej wykonywanie do-
tychczasowej pracy),

- stałego lub długotrwałego
uszczerbku na zdrowiu (wypłacane
jednorazowe świadczenie, którego
wysokość zależy od ustalonego,
procentowego uszczerbku na zdro-
wiu),

- profilaktycznego badania okre-
sowego pracowników prowadzone-
go w celu oceny skutków

zdrowotnych przebytej ekspozy-
cji zawodowej,

- leczenia chorób zawodowych
i ich powikłań - ambulatoryjnego,
szpitalnego i sanatoryjnego,

- renty chorobowej (częściowej
lub całkowitej niezdolność do pracy
przyznawanej w zależności od stop-
nia zaawansowania choroby i kwali-
fikacji zawodowych; najczęściej jest
to świadczenie trwałe, wypłacane do
końca życia).

Nie należy też zapominać
o kosztach i skutkach omawianych
zdarzeń, które dla pracownika mogą
mieć często charakter niemożliwy
do oszacowania.

Do tej grupy zaliczyć można:

- utratę zdrowia w przypadku
transmisji zakażenia,

- koszty opieki zdrowotnej (włą-
czając koszty związane z leczeniem
skutków ubocznych terapii antyre-
trovirusowej),

- stres związany z obawą bycia
zakażonym,

- koszty związane z obniżoną
bądź utraconą jakością życia,

- koszty związane z obniżeniem
bądź utratą zarobków,

- koszty niemierzalne (obciąże-
nie członków rodziny opieką nad
chorym czy w związku z przejęciem
niektórych obowiązków domo-
wych),

- niechęć do kontynuacji pracy –
obawa przed ponowną ekspozycją.

Dla pracodawcy straty natomiast
wiążą się z:

- kosztami związanymi z poten-
cjalną utratą pracownika i niemoż-
liwością kontynuacji świadczenia
usług medycznych,

- wypłatą wynagrodzenia za
czas nieprzepracowany,

- kosztami związanymi z finan-
sowaniem postępowania poekspo-
zycyjnego,

- kosztami związanymi z rekru-
tacją nowych pracowników (zastęp-
stwo),

- kosztami godzin nadliczbo-
wych dla innych pracowników
(zastępujących osobę eksponowa-
ną),

- kosztami odszkodowań wypła-
canych pracownikom (w formie
zwiększonej składki na ubezpiecze-
nie wypadkowe i odszkodowań wy-
równawczych).

Należy zwrócić uwagę na fakt,
że wypadki przy pracy i następstwa
chorób zawodowych stanowią fi-
nansowe obciążenie nie tylko dla

poszczególnych pracowników, jak
i pracodawców, ale także dla społec-
zeństwa jako całości. Będzie to
związane z kosztami ponoszonymi
na wypłatę odszkodowań, rent, za-
siłków oraz z utrudnionym dostę-
pem do wykwalifikowanej kadry
medycznej.

Jeden z najwybitniejszych nie-
mieckich socjologów Ulrich Beck
uważa, że „jeśli ryzyko jest wpisane
w nasze życie, to musimy się na-
uczyć je wcześniej identyfikować,
odpowiednio nim pokierować, nie-
ustannie kontrolować i być przygo-
towanymi na ewentualne straty.”

Skala ryzyka niemal w całości
zależy od decyzji jaką podejmiemy,
dlatego coraz więcej obszarów na-
szego życia jest poddawanych kal-
kulacji ryzyka, począwszy od wybo-
ru zawodu, poprzez decyzję o zało-
żeniu rodziny, ilości posiadanych
dzieci.

Należy o tym pamiętać szcze-
gólnie wtedy, kiedy zawód który
wykonujemy narażony jest na
szczególne ryzyko. Zawód,
w którym doza zaufania wobec lu-
dzi, systemów i instytucji, powinna
być szczególnie obudowana stan-
dardami postępowania w celu za-
pewnienia bezpieczeństwa nam sa-
mym, a pośrednio naszym rodzi-
nom.

Na podstawie materiałów konferencyjnych opracowała -
Elżbieta Celmer vel Domańska



Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

Z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów "Zdrowie z natury – rośliny lecznicze".



ALOES

Aloes to kwiat o grubych, mięsistych, podłużnych liściach. Wypełnia je miąższ z dużą ilością śluzowatego, przezroczystego soku. To właśnie on zawiera wiele cennych aktywnych substancji, które korzystnie oddziałują na organizm. Wśród właściwości aloesu najbardziej wartościowe są te przeciwbólowe, przeciwzapalne i antybakteryjne.

Ludzie od wieków w celu przyspieszenia procesu gojenia ran wykorzystują prostą, sprawdzoną metodę – okłady z miąższu tej rośliny. Tej niezwyklej, pochodzącej z pustyni roślinie zawdzięczamy elastyczną skórę, zdrowy sen i odporność na katar.

Niektórzy pamiętają, że nasze babcie w skaleczeniach odłamywały kawałek liścia aloesu, który stał w doniczce na parapecie i pocierały nim zranione miejsce. Goiło się świetnie.

W liściach aloesu zawarte są witaminy A, C, E oraz z grupy B, cała gama mikro- i makroelementów takich jak: sód, wapń, magnez, żelazo, a także inne cenne substancje. Sok aloesowy ze względu na swoje naturalne, roślinne pochodzenie, jest bardzo bezpieczny dla każdego rodzaju skóry. Okład z rozgniecionych liści przyspiesza leczenie oparzeń, odmrożeń i zranień oraz przynosi ulgę spieczonej słońcem skórze. Działa również bakteriobójczo i grzybobójczo, zwiększa krążenie krwi w obrębie rany i stymuluje fibroblasty, tzn. tkanki skóry odpowiedzialne za gojenie ran. Dlatego też aloesowe okłady poleca się osobom z łuszczycą i chorym na cukrzycę, u których skaleczenia trudno się zablizniają. Grube liście rośliny mają zdolność magazynowania wody, podobnie jak łodygi kaktusów należących do tej samej rodziny sukulentów. Ta właściwość jest często wykorzystywana przy produkcji nawilżających kosmetyków m.in.: szamponów do włosów, balsamów czy kremów. Ponadto aloes poprawia ukrwienie skóry, wzmacnia naczynia krwionośne oraz zapobiega ich pękaniu, służy też jako naturalny, antybakteryjny dezodorant.

Substancje zawarte w miąższu aloesowym wzmacniają układ odpornościowy organizmu i pomagają w usuwaniu toksyn z tkanek. Miąższ działa także ochronnie na cały układ pokarmowy. Likwiduje stany zapalne żołądka i dwunastnicy oraz reguluje i wspomaga trawienie. Składniki zawarte w soku aloesowym działają również przeciwmiażdżycowo. Obniżają bowiem poziom „złego” cholesterolu LDL oraz trójglicerydów, przy równoczesnym zwiększaniu poziomu „dobrego” cholesterolu HDL. Ogromną zaletą aloesu jest to, że jest uniwersalny. Ma wielokierunkowe działanie oraz bardzo szeroki zakres oddziaływania na organizm ludzki. Uważa się go za najbardziej powszechnie stosowaną roślinę leczniczą na świecie.



Sok aloesowy (przepis podstawowy) – zetnij z 2-, 3-letniej rośliny zdrowe liście. Usuń boczne kolce, wypłucz liście. Przetnij je wzdłuż, łyżką wydrąż przezroczy-

sty żel, umieść go w misce, skrop sokiem z cytryny. Zmiksuj (ok. 5 min). Gotowy sok przelej do ciemnej butelki, szczelnie zakręć i włóż do lodówki. Tak przygotowany preparat użyj w ciągu tygodnia. Pij rozcieńczony w proporcji 2 łyżki soku z aloesu na szklanek wody.

Wino aloesowe 0,5 litra soku z aloesu, 0,5 litra wina czerwonego, 0,25 litra płynnego miodu naturalnego. Wymieszać składniki, wlać do ciemnych butelek, odstawić na kilka tygodni. Pić codziennie rano po 1 łyżeczkę.

Miód aloesowy – 100 ml soku z aloesu połącz z 200 ml naturalnego miodu. Zlej do ciemnej butelki. Pij łyżkę dziennie na czczo (taka mikstura nie tylko dodaje energii, ale także wzmacnia odporność).

Nalewka z aloesu 0,5 litra soku z aloesu, 0,5 litra miodu naturalnego, 0,5 litra spirytusu, 0,5 litra soku z cytryn. Wszystkie składniki wymieszać, przelać do ciemnej butelki. Odstawić na minimum 7 dni, od czasu do czasu wstrząsnąć. Pić 1 łyżeczkę na czczo. Taki napój poprawi nastrój i wzmocni odporność.



Kontynuacja cyklu publikacji pt. *Żywność, żywienie a zdrowie*

Praktyczne informacje (3)

Informacje na temat możliwych interakcji, pomiędzy najczęściej stosowanymi lekami na receptę i bez recepty a żywnością, alkoholem i kofeiną (nazwa międzynarodowa leku jest wymieniana jako pierwsza, natomiast nazwy handlowe są pisane dużymi literami i stanowią jedynie przykłady tychże leków).

ALERGIE

Leki przeciwhistaminowe są stosowane aby złagodzić lub zapobiec objawom przeziębienia, kataru siennego i alergii. Powodują zmniejszenie lub zahamowanie wydzielania histaminy, która jest uwalniana w organizmie podczas ekspozycji na substancje wywołujące reakcje alergiczne. Leki przeciwhistaminowe są dostępne zarówno na receptę jak i bez recepty (leki OTC). Produkty te wywołują senność o różnym nasileniu.

LEKI PRZECIWHISTAMINOWE

Przykłady:

Leki bez recepty:

diphenhydramine / BENADRYL

clemastine / CLEMASTINUM

Leki na receptę:

fexofenadine / TELFAST 120

loratadine / CLARITINE

cetirizine / ZYRTEC

astemizole / HISMANAL

Interakcje

Żywność: Leki przeciwhistaminowe wydawane z przepisu lekarza najlepiej jest stosować na pusty żołądek, zwiększa to ich skuteczność.

Alkohol: Niektóre leki przeciwhistaminowe mogą nasilać senność, zmniejszają koncentrację i koordynację ruchową. Przyjmując leki p/histaminowe należy zachować szczególną ostrożność podczas prowadzenia samochodu, obsługi maszyn i urządzeń.

ZAPALENIE STAWÓW I BÓL

Leczą łagodny, umiarkowany ból oraz gorączkę. Przykład: paracetamol / APAP, PARACETAMOL

Interakcje

Żywność: W celu szybkiego uśmierzenia bólu stosuj te leki na pusty żołądek, ponieważ żywność może opóźnić wchłanianie paracetamolu.

Alkohol: Unikaj lub ogranicz zażywanie alkoholu, ponieważ chroniczne picie alkoholu może zwiększyć ryzyko uszkodzenia wątroby lub krwawienia z żołądka. Jeżeli masz zamiar zażywać leki przeciwbólowe a spożywasz trzy lub więcej drinków alkoholowych dziennie, poinformuj o tym swojego lekarza.

NIESTEROIDOWE LEKI PRZECIWPALNE (NLPZ)

Niesteroidowe leki przeciwzapalne zmniejszają ból, gorączkę i zapalenie.

Przykłady:

aspiryn / POLOPIRYNA S

ibuprofen / IBUPROM

naproxen / ALEVE

ketoprofen / KETONAL

nabumetone / NABUTON

Interakcje

Żywność: Leki te mogą powodować podrażnienia żołądka, dlatego lepiej jest stosować je z jedzeniem lub mlekiem.

Alkohol: Unikaj lub ogranicz zażywanie alkoholu, ponieważ chroniczne picie alkoholu może zwiększyć ryzyko uszkodzenia wątroby lub krwawienia z żołądka. Jeżeli masz zamiar zażywać leki przeciwbólowe a spożywasz trzy lub więcej drinki alkoholowe dziennie, poinformuj o tym swojego lekarza. W celu zmniejszenia ryzyka krwawień z żołądka wskazane było by stosowanie buforowanej aspi-

ryny lub aspiryny z powłoczką dojeliową zamiast zwykłej aspiryny.

KORTYKOSTEROIDY

Stosuje się je w celu łagodzenia stanów zapalnych w określonych obszarach ciała. Kortykosteroidy zmniejszają opuchliznę i swędzenie oraz pomagają łagodzić stany alergiczne, reumatoidalne zapalenie stawów i in.

Przykłady:

methylprednisolone / MEDROL

prednisone / ENCORTON

prednisolone / ENCORTOLON

cortisone acetate / CORTEF

Interakcje

Żywność: Należy zażywać z jedzeniem lub mlekiem aby zmniejszyć dolegliwości żołądkowe.

PRZECIWBÓLOWE NARKOTYCZNE

Leki przeciwbólowe narkotyczne są dostępne tylko z przepisu lekarza. Łagodzą umiarkowane i poważne bóle. Kodeina może być również stosowana jako środek znoszący kaszel. Niektóre z tych leków występują w połączeniach z lekami nienarkotycznymi takimi jak paracetamol, aspiryna lub syropy przeciwkaszlowe. Należy zachować szczególną ostrożność przy stosowaniu tych leków i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza lub farmaceuty, ponieważ leki te mogą prowadzić do uzależnienia, a w przypadku nieprawidłowego użycia powodować poważne działania niepożądane.

Przykłady:

codeine + paracetamol / EFERALGAN CODEINE

morphine / DOLATARD

meperidine / DEMEROL

Interakcje

Alkohol: unikaj alkoholu gdyż nasila on uspokajające działanie tych leków. Podczas stosowania leków narkotycznych przeciw bólowych

należy zachować szczególną ostrożność podczas prowadzenia samochodu, obsługi maszyn i urządzeń.

ASTMA

LEKI ROZSZERZAJĄCE SKRZELA

Są używane do leczenia astmy oskrzelowej, przewlekłego zapalenia oskrzeli i odmy. Leki te zwiększają napływ powietrza do płuc aby złagodzić świszczący lub krótki oddech oraz inne zaburzenia oddychania.

Przykłady:

theophylline / THEO-DUR

albuterol / VENTOLIN

epinephrine / ANAPEN

Interakcje

Żywność: Interakcje teofiliny z żywnością mogą być różnorodne. Posiłki o dużej zawartości tłuszczu mogą zwiększyć ilość teofiliny w organizmie, podczas gdy posiłki wysoko węglowodanowe mogą ją zmniejszać.

Kofeina: Unikaj jedzenia i picia dużych ilości produktów żywnościowych i napojów zawierających kofeinę (np. czekolada, cola, kawa, herbata) ponieważ zarówno leki rozszerzające oskrzela jak i kofeina pobudzają ośrodkowy układ nerwowy.

Alkohol: Unikaj alkoholu gdy przyjmujesz teofilinę ponieważ może zwiększyć ryzyko działań niepożądanych takich jak nudności, wymioty, ból głowy i nerwowość.

CHOROBY SERCA

Istnieje wiele leków stosowanych do leczenia chorób serca takich jak: nadciśnienie, dusznica bolesna, niemierność serca, wysoki poziom cholesterolu. Leki te są często stosowane łącznie aby zwiększyć ich skuteczność. Główne grupy leków nasicowych to:

DIURETYKI (LEKI MOCZOPĘDNE)

Pomagają eliminować z organizmu wodę, sód, chlorki. Są różne rodzaje diuretyków.

Przykłady:

furosemide / FUROSEMIDUM

hydrochlorotiazide / DISALUNIL

triamterene / TRIAMTEREN

Interakcje

Żywność i diuretyki wchodzi w różne interakcje z żywnością i po-

szczególnymi składnikami pokarmowymi. Niektóre diuretyki powodują utratę potasu, wapnia i magnezu. Natomiast triamteren jest znany jako diuretyk oszczędzający potas. Hamuje wydzielanie potasu przez nerki co może spowodować hiperkaliemię (zwiększenie ilości potasu). Zbyt duża ilość potasu w organizmie może objawiać się jako nieregularne bicie serca i palpacje. Podczas stosowania triamterenu należy unikać jedzenia dużych ilości produktów bogatych w potas takich jak: banany, pomarańcze, zielone warzywa albo substytutów soli zawierających potas.

BETA - BLOKERY

Redukują impulsy nerwowe w sercu i naczyniach krwionośnych co powoduje zmniejszenie częstości skurczów i przeciążenia serca.

Przykłady:

atenolol / APO - ATENOLOL

metoprolol / BETALOC ZOK

propranolol / PROPRANOLOL

nadolol / APO - NADOL

Interakcje

Alkohol: Należy unikać picia alkoholu przy stosowaniu propranololu, ponieważ takie połączenie z lekiem niebezpiecznie obniża ciśnienie krwi.

AZOTANY

Nitraty rozszerzają naczynia krwionośne i zmniejszają zapotrzebowanie serca na tlen.

Przykłady:

isosorbide dinitrate / AEROSONIT,

SORBONIT

nitroglycerin / NITROGLICERINUM

Interakcje

Alkohol: Unikaj alkoholu, który rozszerzając naczynia dodatkowo potęguje działanie azotanów, czego wynikiem jest niebezpieczne obniżenie ciśnienia krwi.

ANTAGONIŚCI ANGIOTENSYNY (INHIBIORY ACE - INHIBITORY KONWERTAZY ANGIOTENSYNY)

ACE inhibitory rozszerzają naczynia krwionośne zapobiegając tworzeniu się angiotensyny II (środka zwięzającego naczynia krwionośne) z angiotensyny I.

Przykłady:

captopril / CAPTOPRIL

enalapril / ENALAPRIL
lisinapril / LISIPROL
quinapril / ACCUPRO
moexipril / CARDIOTENSIN

Interakcje

Żywność: Żywność może zmniejszyć wchłanianie kaptoprilu i moexiprilu. Z tego powodu kaptopril i moexipril należy przyjmować na jedną godzinę przed posiłkiem lub dwie godziny po. ACE inhibitory mogą zwiększać ilość potasu w organizmie. Nadmierna ilość potasu może być szkodliwa. W przypadkach gdy przyjmujesz suplementy diety zawierające potas lub leki diuretyczne, które mogą zwiększyć ilość potasu w twoim organizmie. Unikaj spożywania dużej ilości żywności bogatej w potas takiej jak: banany, zielone liściaste warzywa, pomarańcze.

STATYNY

(INHIBITORY REDUKTAZY HMG - CoA)

Leki te używane są do celu obniżenia cholesterolu. Działanie ich polega na obniżaniu ilości produkowanego LDL (tzw., „zły cholesterol”). Niektóre z tych leków także obniżają poziom triglicerydów (tłuszczy). Ostatnie badania wykazały, że prawastatyna może zmniejszać ryzyko zawału serca, udaru mózgu lub mini wylewu w niektórych populacjach pacjentów.

Przykłady:

atorvastatin / TULIP

cerivastatin / LIPOB AY

fluvastatin / LESCOL

lovastatin / LOVASTATINUM

pravastatin / PRAVACHOL

simvastatin / ZOCOR

Interakcje

Alkohol: Unikaj picia dużych ilości alkoholu ponieważ może on zwiększać ryzyko uszkodzenia wątroby.

Żywność: Lowastatyna (Lovastatinum) powinna być zazywana podczas wieczornego posiłku aby wspomóc jej wchłanianie.

LEKI PRZECIWKRZEPLIWE (ANTYKOAGULANTY)

Leki przeciwkrzepliwie pomagają w zapobieganiu tworzenia się skrzepów krwi.

Przykłady: warfarin.

Interakcje

Żywność: Witamina K produkuje substancje zwiększające krzepliwość krwi i może obniżyć skuteczność leków przeciwkrzepliwych. Zaleca się ograniczenie ilości żywności z dużą zawartością witaminy K (takiej jak: brokuły, szpinak, kapusta włoska, rzepa, kalafior, brukselka) Wysokie dawki witaminy E (400 IU lub więcej) mogą wydłużyć czas krzepnięcia i zwiększyć ryzyko krwawienia.

INFEKCJE

ANTYBIOTYKI I LEKI PRZECIWGRZYBICZNE

Różne grupy leków stosuje się do leczenia infekcji wywołanych przez bakterie i grzyby. Poniżej znajdują się ogólne wskazówki dotyczące stosowania tych leków. Poinformuj lekarza w przypadkach gdy:

- Kiedykolwiek podczas stosowania antybiotyków lub leków przeciwgrzybiczych wystąpiła wysypka skórna. Wysypka taka może być objawem poważnej reakcji alergicznej.
- Podczas stosowania w/w leków wystąpiła biegunka.
- Stosujesz środki antykoncepcyjne, które mogą nie działać skutecznie podczas jednoczesnego zażywania antybiotyków.

Pamiętaj:

- Nawet jeśli poczujesz się lepiej nie przerywaj terapii, zażyj do końca przepisane leki.
- Pij dużo wody.

LEKI PRZECIWBAKTERYJNE PENICYLINY

Przykłady:
penicillin V /
amoxicillin / AMOTAKS
ampicillin / AMPICILLIN

Interakcje

Żywność: Przyjmuj na pusty żołądek, a w przypadku wystąpienia podrażnienia żołądka możesz zażywać je w czasie posiłku.

CHINOLONY

Przykłady:
ciprofloxacin / CIPRONEX
levofloxacin / TAVANIC 250
ofloxacin / FLOXAL
trovafloxacin / TROVAN

Interakcje

Żywność: Przyjmuj na pusty żołądek godzinę przed lub dwie godziny po posiłku. Jeżeli leki te powodują podrażnienia żołądka, możesz zażywać je podczas posiłku. Jednakże unikaj produktów zawierających wapń takich jak: mleko, jogurt, witamin lub minerałów zawierających żelazo, środków przeciw nadkwaśności ponieważ znacząco obniżają stężenie leku.

Kofeina: Stosowanie tych leków z produktami zawierającymi kofeinę takich jak kawa, herbata, czekolada, cola może zwiększać ilość kofeiny w organizmie prowadząc do pobudzenia i nerwowości.

CEFALOSPORINY

Przykłady:
cefaclor / CECLOR
cefadroxil / DURACEF
cefixime / SUPRAX
cefprozil / CEFZIL
cephalexim / KEFLEX

Interakcje

Żywność: Przyjmuj na pusty żołądek godzinę przed lub dwie godziny po posiłku. Jeżeli powoduje to podrażnienie żołądka stosuj je podczas posiłku.

MAKROLIDY

Przykłady:
azithromycin / SUMAMED
clarithromycin / KLACID UNO,
FROMLID 250 erythromycin /
DAVERCIN
erythromycin + sulfisoxazole /

Interakcje

Żywność: Przyjmuj na pusty żołądek godzinę przed lub dwie godziny po posiłku. Jeżeli powoduje to podrażnienie żołądka stosuj je podczas posiłku.

SULFONAMIDY

Przykład:
sulfamethoxazole + trimethoprim/
BACTRIM, BISEPTOL

Interakcje

Żywność: Przyjmuj na pusty żołądek godzinę przed lub dwie godziny po posiłku. Jeżeli powoduje to podrażnienie żołądka stosuj je podczas posiłku.

TETRACYKLINY

Przykłady:
tetracycline / TETRACYCLINUM
doxycycline / UNIDOX SOLUTAB
minocycline /

Interakcje

Żywność: Przyjmuj na pusty żołądek godzinę przed lub dwie godziny po posiłku. Jeżeli powoduje to podrażnienie żołądka stosuj je podczas posiłku. Jednakże ważnym jest aby unikać przyjmowania tetracykliny / TETRACYCLINUM z nabiałem, lekami przeciw nadkwaśności i witaminami zawierającymi żelazo z powodu prawdopodobieństwa ich ingerencji w efektywność tych leków.

NITROIMIDAZOLE

Przykłady:
metronidazole / METRONIDAZOL

Interakcje

Alkohol: Podczas stosowania metronidazolu i przez trzy dni po zaprzestaniu przyjmowania leku unikaj picia alkoholu lub jedzenia przygotowanego na bazie alkoholu. Alkohol może wywołać nudności, wymioty, skurcze brzucha, ból głowy, wypięki.

LEKI PRZECIWGRZYBICZNE

Przykłady:
fluconazole / FLUCONAZOLE
griseofulvin / GRICIN
ketoconazole / KETOKONAZOL
itraconazole / ORUNGAL

Interakcje

Żywność: Ważnym jest aby unikać zażywania tych leków z nabiałem, mlekiem, serami, jogurtami, lodami lub lekami przeciw nadkwaśności.

Alkohol: W przypadku stosowania ketokonazolu i przez trzy dni po zaprzestaniu przyjmowania leku unikaj picia alkoholu lub jedzenia przygotowanego na bazie alkoholu. Alkohol może wywołać nudności, wymioty, skurcze brzucha, ból głowy, wypięki.

ZABURZENIA NASTROJU DEPRESJA, ZABURZENIA EMOCJONALNE, STANY LĘKOWE

Depresja, napady paniki i lęk są kilkoma przykładami zaburzeń nastroju - złożonych stanów chorobowych o różnym stopniu nasilenia. Podczas stosowania tych leków ważnym jest

aby przestrzegać zaleceń lekarza. Nawet jeżeli poczujesz się lepiej pamiętaj o przyjmowaniu przepisanych dawek, nie przerywaj leczenia sam do czasu konsultacji z lekarzem. W niektórych przypadkach dopiero po kilku tygodniach leczenia można zaobserwować poprawę.

INHIBITORY OKSYDAZY MONOAMINOWEJ (INHIBITORY MAO)

Przykłady:

phenelzine / NARDIL

tranylcypromine / TRANSAPIN

Interakcje

Stosując inhibitory MAO należy pamiętać o wielu ograniczeniach żywieniowych i postępować zgodnie z wytycznymi dotyczącymi odpowiedniej diety oraz zaleceniami lekarza. Jednoczesne stosowanie inhibitorów MAO i spożywanie żywności lub picie napoi alkoholowych zawierających tyraminę może spowodować gwałtowny, potencjalnie zagrażający zdrowiu wzrost ciśnienia krwi.

Alkohol: Nie jest wskazane picie piwa, czerwonego wina, innych napoi alkoholowych, piwa z niską zawartością alkoholu i produktów na bazie czerwonego wina.

Żywność: Żywność której należy unikać z powodu dużej zawartości tyraminy.

- Sery tj. cheddar, blue, brie, mozzarella, parmezan, jogurty, kwaśna śmietana.

- Wołowina lub wątróbka drobiowa, przetwory mięsne tj. kielbasa, salami, dziczyzna, kawior, ryby konserwowe.

- Awokado, banany, ekstrakt drożdżowy, rodzynki, kapusta kiszona, sos sojowy, zupa miso.

- Bób, żeń-szeń, produkty zawierające kofeinę (cola, czekolada, kawa, herbata)

LEKI PRZECIWLĘKOWE

Przykłady:

lorazepam / LORAFEN

diazepam / RELANIUM

alprazolam / XANAX

Interakcje

Alkohol: Mogą osłabiać psychikę i koordynację ruchową (np. prowadzenie samochodu, obsługę maszyn).

Kofeina: Może powodować pobudzenie, nerwowość, nadaktywność oraz zmniejszyć przeciwlękowe działanie tych leków.

LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

Przykłady:

paroxetine / PAXIL

sertraline / ZOLOFT

fluoxetine / PROZAC

Interakcje

Alkohol: Pomimo, że alkohol nie wchodzi w istotne interakcje mogące wpływać na psychikę i koordynację ruchów, osoby z depresją nie powinny pić alkoholu.

Żywność: Leki te mogą być stosowane zarówno podczas jedzenia jak i na pusty żołądek.

CHOROBY ŻOŁĄDKA

Choroby takie jak refluks żołądkowy, zgaga, niestrawność, nadkwasota oraz wzdęcia są często występującymi schorzeniami. Celem terapii jest uśmierzenie bólu, doprowadzenie do wyzdrowienia i zapobieganie nawrotom podrażnienia żołądka. Osiągnięte jest to poprzez zmniejszenie wydzielania kwasu solnego lub ochronę żołądka przed działaniem kwasu. Styl życia i nawyki żywieniowe mogą odgrywać dużą rolę w występowaniu objawów choroby np. palenie papierosów i spożywanie produktów zawierających kofeinę może spowodować nawrót objawów.

BLOKERY HISTAMINY

Przykłady:

cimetidine / ALTRAMET

famotidine / FAMOGAST

ranitidine / RANIGAST

nizatadine / AXID

Interakcje

Alkohol: Unikaj alkoholu podczas stosowania tych leków ponieważ może on być przyczyną podrażnień żołądka oraz może utrudniać proces leczenia.

Żywność: Leki te mogą być stosowane zarówno przed, podczas jak i po posiłku.

Kofeina: Produkty zawierające kofeinę mogą podrażniać żołądek.

opracowała
dr n. med. Aneta Stanisławek
Literatura u autora



CO TO JEST ABLACJA?

Ablacja jest nowoczesną, inwazyjną metodą leczenia zaburzeń rytmu serca. Celem ablacji jest zniszczenie ognisk arytmii stanowiących anatomiczne podłoże powstawania zaburzeń rytmu. Efekt uzyskuje się poprzez elektrokoagulację fragmentów tkanki mięśnia sercowego. Leczenie można stosować u pacjentów w każdym wieku, a wskazaniem do niego jest występowanie nawracających, objawowych arytmii takich jak:

- ▲ napadowe częstoskurcze,
- ▲ zespół preekscytacji (WPW – zespół Wolffa-Parkinsona White'a),
- ▲ trzepotanie i migotanie przedsionków,
- ▲ komorowe zaburzenia rytmu.

Ablacja jest metodą terapeutyczną, wykonanie ablacji poprzedza zaś badanie elektrofizjologiczne które jest metodą diagnostyczną. Sam zabieg zobrazowania czynności elektrycznej serca umieszczenia elektrody w zatoce wieńcowej, do wykonania którego konieczne jest nakłucie żyły szyjnej lub żyły podobojczykowej.

Co wnosi badanie elektrofizjologiczne?

Badanie wykonuje się w celu otrzymania informacji o typie arytmii, jej przyczynie i możliwości jej leczenia. Jeśli chory cierpi na kołatania serca badanie elektrofizjologiczne pozwala na wyjaśnienie ich mechanizmów.

Jak wykonuje się badanie?

Przed wprowadzeniem elektrod miejsce dezynfekujemy, zabezpieczamy jałowo, znieczulamy miejscowo i nakłuwamy żyłę igłą. Wprowadzamy do żyły koszulkę naczyniową przez którą następnie wprowadzane są elektrody. Pozycjonowanie elektrod w sercu wykonuje się pod kontrolą radiologiczną. Z elektrod, na ekranie monitora lekarz otrzymuje zapis EKG

wewnątrzsercowego. Po umiejscowieniu elektrod w odpowiednich miejscach stymuluje się z tych okolic serce tak aby otrzymać informacje jaka jest przyczyna arytmii oraz gdzie umiejscowione są komórki odpowiedzialne za arytmie. Badanie elektrofizjologiczne trwa ok. 1 godziny, jest w zasadzie bezbolesne, poza zastrzykiem znieczulającym oraz uczuciem arytmii w przypadku stymulacji serca, próby wyzwalania arytmii. Ablacja przeprowadzana jest zazwyczaj bezpośrednio po wykonaniu badania elektrofizjologicznego. Jedną z elektrod używanych podczas badania elektrofizjologicznego jest usuwana, a w na jej miejsce wprowadza się elektrodę ablacyjną i umieszcza ją w sercu.

Ablacja - kwalifikacja do zabiegu

Do zabiegu pacjenta kwalifikuje lekarz kardiolog. Zabieg ten nie jest wykonywany u wszystkich osób z zaburzeniami rytmu serca. Pacjenta kwalifikuje się do zabiegu na podstawie badania elektrofizjologicznego, wyników badań nieinwazyjnych takich jak: EKG, ECHO serca przezprzełykowe (TEE), Holter, test wysiłkowy a także oceny dolegliwości chorego, ogólnego stanu jego zdrowia oraz możliwości technicznych.

Ablacja - przygotowanie do planowego zabiegu

Jak przed każdym badaniem inwazyjnym i zabiegiem, z wyjątkiem sytuacji ratujących życie, warto wykonać szczepienie przeciwko WZW B (żółtaczką zakaźną). Należy oznaczyć grupę krwi i wykonać podstawowe badania: morfologię krwi, badanie ogólne moczu, RTG klatki piersiowej. Wszyscy chorzy przyjmujący ja-

kiekolwiek leki powinni porozmawiać na ten temat z lekarzem. Niektóre z nich należy odstawić przed badaniem. Dotyczy to przede wszystkim leków stosowanych w leczeniu zaburzeń rytmu serca. W dniu badania należy być na czczo i mieć dokładnie wygolone obie pachwiny.

Przebieg zabiegu ablacji

Ablacja jest zabiegiem niewymagającym znieczulenia ogólnego pacjenta i otwarcia klatki piersiowej. Pacjent pozostaje przytomny przez cały czas trwania zabiegu, który wykonywany jest pod kontrolą obrazu RTG i zapisów potencjałów elektrycznych serca. Do źródeł arytmii dociera się poprzez wprowadzenie do serca specjalnych elektrod. Wymaga to nakłucia (w znieczuleniu miejscowym) żył udowych, a czasami żyły szyjnej, do których wprowadza się specjalne, tak zwane koszulki naczyniowe. Przez koszulki wprowadza się elektrody, które docierają do określonych miejsc w sercu. Elektrody łączy się z komputerem, co umożliwia ocenę elektrycznej czynności serca i dokładne zlokalizowanie miejsc, które są źródłem arytmii. W celu zniszczenia podłoża arytmii wykorzystuje się najczęściej prąd zmienny o częstotliwości radiowej (**jest to tzw. ablacja RF**). Źródłem prądu jest cewnik ablacyjny wprowadzony przez jedną z koszulek naczyniowych do miejsca powstawania arytmii. W wyniku działania prądu na tkankę mięśnia sercowego dochodzi do jej rozgrzania do temperatury 48-60 stopni i zniszczenia arytmii. Proces ten jest bardzo precyzyjnie sterowany przez komputer. Wyleczenie arytmii następuje po termicznym uszkodzeniu najważ-

niejszej części obwodu częstoskurczu. Ta część zabiegu jest najbardziej skomplikowana i czasochłonna. Ablacja może być odczuwana jako „pieczenie” w klatce piersiowej. W czasie zabiegu pacjent otrzymuje leki przeciwbólowe. Efektem ablacji jest powstanie niewielkiej blizny w tkance serca. Tkanka w obrębie blizny, traci swoje właściwości elektryczne i przestaje być źródłem zaburzeń rytmu serca. Do usunięcia arytmii niezbędne jest czasami wykonanie kilku blizn. Cały zabieg jest kontrolowany przez niskoenergetyczną aparaturę rentgenowską, podobnie jak to ma miejsce w czasie koronarografii lub wszczepienia stymulatora serca. Czas trwania ablacji może być różny i zależy przede wszystkim od rodzaju leczonej arytmii, jednak zazwyczaj nie przekracza 2 godzin.

Zadania pielęgniarki

Pielęgniarka przygotowująca pacjenta do zabiegu w sali zabiegowej podłącza go do aparatury monitorującej, przegotowuje stolik zabiegowy, pole operacyjne (miejsca nakłuć i wprowadzania koszulek naczyniowych), oraz pełni rolę asystującą, wykonującą zlecenia lekarskie w czasie zabiegu np. podanie leków przeciwbólowych, pomiar parametrów. Po zabiegu asystuje przy usunięciu koszulek naczyniowych i założeniu opatrunków uciskowych w miejscu nakłuć. Po powrocie pacjenta do oddziału pielęgniarka obserwuje miejsce nakłuć naczyń krwionośnych (dostęp tętniczy opatrunek

uciskowy na 6-8 godzin; dostęp żylny lekki opatrunek na 4-6 godzin) w kierunku wystąpienia krwawienia. Monitoruje parametry życiowe: EKG - kardiomonitor, pomiar RR, temperatury ciała, wskazana podaż płynów i.v. W celu wyrównania poziomu elektrolitów (głównie K⁺). Po zabiegu pacjent przez około 6-8 godziny leży płasko na plecach, aby nakłuta żyła lub tętnica mogła się zagoić.

Ablacja - powikłania zabiegu

Jest to zabieg inwazyjny, a więc obarczony pewnym ryzykiem. Ryzyko to jest bardzo niewielkie, ale wzrasta u osób w podeszłym wieku, w ciężkim stanie. Możliwe powikłania:

Związane z dostępem naczyniowym

- krwiak w miejscu założenia „koszulek”,

- powikłania zakrzepowozatorowe,

- infekcja,

- tętniak rzekomy,

- odma opłucnowa,

Związane z manipulacją cewnikiem lub użyciem energii,

- uszkodzenie zastawki,

- przebicie ścian naczyń lub serca z tamponadą,

- skurcz lub zamknięcie tętnicy wieńcowej (zwał serca),

- przejściowy lub trwały blok przedsionkowo-komorowy

czasami wymagający wszczepienia stymulatora serca.

Ablacja - postępowanie po zabiegu

Po zabiegu przez około 1-2 tygodnie należy oszczędzać nakłutą

nozę tzn. nie wykonywać wysiłków czy zbyt długich marszy. Nie wolno też pochyłać się i wykonywać przysiadów, aby uniknąć późnego krwawienia z nakłutej żyły lub tętnicy. Skuteczność ablacji jest bardzo duża, jednak u niektórych pacjentów trzeba ją powtórzyć, a u innych nie przynosi poprawy. Należy więc poddać się stałej kontroli kardiologicznej. U wielu pacjentów ablacja eliminuje ryzyko nagłego zgonu, u części zmniejsza ryzyko udaru mózgu. Większość pacjentów, dzięki tej metodzie leczenia może uwolnić się od stałego przyjmowania leków lub zmniejszyć ich ilość. U wszystkich chorych, skuteczny zabieg ablacji podnosi komfort życia i umożliwia powrót do normalnej aktywności. Ablacja jest nierozdzielnie związana z badaniem elektrofizjologicznym

Co to jest badanie elektrofizjologiczne?

Tak jak w EKG zapisujemy elektryczne sygnały z powierzchni ciała obrazujące pracę serca, tak w badaniu elektrofizjologicznym otrzymujemy zapisy bezpośrednio pochodzące z wnętrza serca, z kilku miejsc równocześnie. Jest to badanie inwazyjne, które polega na wprowadzeniu przez żyłę udową elektrod do serca które umieszcza się w odpowiednich miejscach tak aby otrzymać sygnały elektryczne z wnętrza serca. Czasami istnieje konieczność dla lepszego

opracowała
Urszula Radkiewicz

Literatura:

1. „Postępy w kardiologii Harrisona”, Eugene Braunwald Wydanie I Lublin 2005r., wyd Czelej
2. „Choroby serca Branunwald”, wyd. I polskie, red. W. Banasiak, G. Opolski, L. Poloński, Urban & Partner 2007r.
3. <http://www.kardioserwis.pl/>



Z żałobnej karty

*... Zgasłeś bezbronny jak świecy płomyk,
I tylko smutek bolesny i pamięć żywa
O Tobie w sercach bliskich pozostanie...*

Szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci męża
ŚP JACKA SPRAWKI
Przewodniczącej Lubelskiej Rady Wojewódzkiej
FZZPOZ i PS Pani Krystynie Sprawka i Jej najbliższym
Składa Przewodnicząca ZZPOZ i jego członkowie
z Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Oddziałowej
Dorocie Rzeźniczuk
wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci TATY
składają pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Irenie Nowak
wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
składają pielęgniarki
z Oddziału Ftyzjopulmonologicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarki Grażynie Trochymiuk
wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
składają pielęgniarki
z Oddziału Ftyzjopulmonologicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

„Człowiek odchodzi, pamięć zostaje”

Pielęgniarki Marioli Rozwadowskiej
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci MAMY
składają koleżanki
z NZOZ OMS i Opieki Długoterminowej
w domu chorego „Prof-Med”

„Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim, Najdroższym.”

Pani Aleksandrze Sulikowskiej
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
MAMY Teresy Sulikowskiej
składają członkowie
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

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

Ks Jan Tawrdowski

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas
po ciężkiej chorobie w wieku 65 lat
POŁOŻNA ALICJA ŁOBEJKO
wieloletni pracownik ZOZ Parczew i GOZ Wisznice
Wyrazy współczucia rodzinie składają pracownicy
NZOZ OZ w Wisznicach

*„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią się im płaci.”*

W. Szymborska

Pielęgniarki Małgorzacie Uss
wyrazy głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci TATY
składają koleżanki i koledzy
z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

**... Tak krótko żyłam, a tak żyć chciałam.
Bóg tak chciał, odejść musiałam...**



Wspomnienia o ŚP Teresie Sulikowskiej

2-go lutego 2014 roku w Święto Matki Boskiej Gromnicznej w blasku płonących gromnicznych świec odeszła do życia wiecznego **ŚP. Teresa Zofia Sulikowska**.

Urodzona w rodzinie Zofii i Antoniego Wachowiec w Białej Podlaskiej.

Dzieciństwo i młodość spędziła w dzielnicy „Wola”. Przez wiele lat mieszkała na ulicy Hanki Sawickiej, obecnie Łomaskiej. Podstawowe wykształcenie zdobyła w Szkole Podstawowej Nr.3, średnie w Liceum Ogólnokształcącym im. Emilii Plater w Białej Podlaskiej. Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości podjęła naukę na wydziale pielęgniarstwa psychiatrycznego w Medycznym Studium Zawodowym w Starogardzie Gdańskim. Otrzymała dyplom pielęgniarki psychiatrycznej.

Pracę zawodową rozpoczęła na oddziale chirurgii Miejskiego Szpitala im. Mikołaja Kopernika w Białej Podlaskiej, który w tamtym okresie czasu leczył dorosłych i dzieci z dolegliwościami z zakresu chirurgii ogólnej, urologii, ortopedii i traumatologii. W szpitalu leczono chorych z oparzeniami, po wypadkach komunikacyjnych, z urazami głowy i mózgu. Oddział posiadał sale operacyjne, zabiegowe i opatrunkowe. Pani Sulikowska z ogromnym zaangażowaniem i kompetencją wykonywała powierzone Jej obowiązki i zadania. Na stanowisku pielęgniarki odcinkowej podpatrywała pracę na sali operacyjnej, często asystowała przy zabiegach i operacjach chirurgicznych. Swoje zainteresowania ulokowała w instrumentowaniu. Systematycznie podnosiła kwalifikacje zawodowe, a zdobytą wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne wdrażała na stanowisku pracy. Lojalna, taktowna, profesjonalna - objęła w 1985r. obowiązki pielęgniarki oddziałowej bloku operacyjnego w nowowypbudowanym szpitalu przy ulicy Terebelskiej. Włożyła wiele pracy i trudu w jego urządzenie i wyposażenie w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną. Funkcję oddziałowej bloku operacyjnego pełni do roku 2001, po czym obejmuje stanowisko Zastępcy Kierownika Bloku Operacyjnego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej, na którym to trwa do czasu przejścia na emeryturę.

W pracy zawodowej dała się poznać jako bardzo dobra pielęgniarka asystująca przy zabiegach operacyjnych. Z ogromnym zaangażowaniem i kompetencją zgodnie z przepisami o zawodzie pielęgniarki instrumentariuszki realizowała zakres obowiązków ją czynności. Ścisłe współpracowała z operatorami, anestezjologami, instrumentariuszkami i innymi członkami zespołu leczącego. Sprytna, odporna na stres, wysiłek fizyczny i psychiczny przez tyle lat „stała” skupiona przy stole operacyjnym. Odpowiedzialna i zdyscyplinowana. Zachowywała tajemnicę zawodową i służbową. Dbała o ład i porządek na bloku operacyjnym oraz podejmowała starania o wyposażenie tej komórki szpitalnej w niezbędne leki, sprzęt i aparaturę medyczną. Przestrzegała bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapobiegała zakażeniom szpitalnym. Taktowna, miła o wysokiej kulturze osobistej i etyce zawodowej. Ludzka i empatyczna w relacjach z pacjentami i personelem. Lubiana i ceniona przez współpracowników i przełożonych. Członkini PTP, działaczka związkowa i samorządowa na rzecz demokracji, praworządności i koleżeńskiej solidarności. W środowisku szpitalnym i lokalnej społeczności darzona szacunkiem i zaufaniem.

Za całokształt wzorowej pracy zawodowej została uhonorowana Brązowym Krzyżem Zasługi oraz Srebrnym Krzyżem Zasługi.

ŚP. Teresę Sulikowską osobiście poznałam w marcu 1974r. jako współpracownicę oddziału chirurgii. Była to urocza pielęgniarka z elegancją i wyróżniającym się zachowaniem wobec pacjentów, przełożonych i koleżanek. Obie przypadłyśmy sobie do „gustu”. Rozumiałyśmy się zawsze, chociaż życie osobiste i zawodowe każdej z nas było inne.

Z pewnością zbliżył nas fakt ukończenia kierunku pielęgniarstwa psychiatrycznego, który zacieśnia wspólne zainteresowania, postrzeganie otoczenia, kształtowanie postaw i zachowań oraz przyjaźń. Kiedy ja stawiałam swoje zawodowe kroki w oddziale chirurgii miejskiego szpitala /czasami we dwie pielęgniarki w porze dziennej, a często jako jedna w porze nocnej/ to Teresa Sulikowska zawsze kiedy była w pracy - mnie pomagała. To się pamięta...

Pracując zawodowo na różnych stanowiskach pracy, łączyła nas przyjaźń i wspólne tematy.

A kiedy obie przeszłyśmy na emeryturę sporadycznie - osobiście bądź telefonicznie utrzymywałyśmy ze sobą kontakty. Wydawałoby się że czas przejścia na zasłużoną emeryturę, który w życiu człowieka przypada na okres jego „jesieni” życia i ma swój urok i sens - nie dany był Śp. Teresie Sulikowskiej. Zmagiała się z nieuleczalną chorobą swojego męża lekarza Śp. Henryka Sulikowskiego. A kiedy została wdową pragnęła żyć i cieszyć się życiem, które tak ceniła i kochała. Na próżno w 2011 roku zachorowała sama. Świadoma cierpienia z powodu choroby, walczyła jak mogła - by żyć. Przegrała nierówną walkę z chorobą, 5-go lutego 2014r. została pochowana na cmentarzu parafialnym obok swojego męża. Pozostawiła w głębokim smutku najbliższą rodzinę, mamę i ukochane dzieci.

Nostalgia przygnębienia i zasmucenia z powodu Jej odejścia na długo pozostanie w umysłach Jej koleżanek, kolegów, sąsiadów, znajomych i innych życzliwych Jej osób.

Pokój Ci Tereniu wieczny w cichej krainie, gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie płynie.

Pokój Ci wieczny.

Wspomnienia napisała
mgr Eugenia Denicka

*...Odeszliście z tego świata, na zawsze na wieczne sny,
Pozostawiając wśród najbliższych, smutek, tęsknotę i łzy...*

*Wyrazy żalu i współczucia z powodu śmierci
ŚP. REGINY i BOLESŁAWA DOMAŃSKICH
Rodziców Pani Danuty Wieczorek
Pielęgniarki Oddziału Ftyzjopulmonologicznego
W.Sz.S w Białej Podlaskiej
Jej i Jej Najbliższym*

*Składa Eugenia Denicka
Przewodnicząca i Zarząd ZZPOZ*

*...Odeszłaś z tego świata, na zawsze na wieczny sen,
Pozostał żal bezmierny i cicha łza się sączy...*

*Wyrazy współczucia i żalu z powodu śmierci
ŚP. WŁADYSŁAWY CZERWIŃSKIEJ
Mamy Pani Grażyny Trochymiuk
Pielęgniarki Oddziału Ftyzjopulmonologicznego
W.Sz.S w Białej Podlaskiej
Jej i Jej Najbliższy*

*Składa Eugenia Denicka
Przewodnicząca i Zarząd ZZPOZ*

*Śp. Amelia Kamińska
1938-2014*



*„Niektórzy ludzie czynią świat wyjątkowym
tylko dla tego że są”*

Nela

Od 1972r. pracowała w Szpitalu Zespolonym w Białej Podlaskiej jako pielęgniarka. Oddawała swe serce pacjentom na oddziałach chirurgii, ginekologii, internie i przez 15 lat na oddziale dziecięcym. Pracę zawodową zakończyła w laboratorium analitycznym przy ul. Warszawskiej. Była zaangażowana całym sercem w pracę zawodową. Zawsze serdeczna, życzliwa i koleżeńska, tryskającą energią i humorem. Chętnie służyła swoim wsparciem, wiedzą i pomocą. Lubiana przez wszystkich, doceniana przez zespół pracowników. W życiu prywatnym zawsze uśmiechnięta, służyła pomocą potrzebującym, nawet kiedy walczyła z chorobą.

Amelia Kamińska zmarła 18.01.2014r.

„Wspomnij mnie kiedyś w przyszłości.”