



# BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

Nr 1/100/2018



**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 41 47 628; tel/fax.: 83 343 60 83  
**e-mail: [oiqipbp@poczta.onet.pl](mailto:oiqipbp@poczta.onet.pl)**  
**www.oiqip-bp.pl**

**Biuro Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych czynne  
poniedziałek - piątek 8<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>**

**INFORMATOR OIPIP:**

W biurze OIPIP dyżury pełnią:

**Radca Prawny**

mgr Irena Hołubowicz  
czwartek w godz. 12<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>

**Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej Pielę-  
gniarek i Położnych**  
**mgr Marzena Tomczak**  
II i IV poniedziałek miesiąca,  
godz. 15<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu  
Pielęgniarek i Położnych**  
**mgr Agnieszka Czekiel**  
I środa miesiąca w godz. 14<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>

**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.....	4
 Uchwały ORPiP .....	4
 Informacje z NRPiP.....	9
 Informacje.....	16
Opinie Konsultantów .....	23
 Dział prawny.....	26
 Kształcenie podplomowe.....	30
 Referaty.....	38
 Z żałobnej karty.....	45

## 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,*

Do środowiska pielęgniarek i położnych przekazujemy pierwszy w 2018 roku numer Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Białej Podlaskiej.

Nowy 2018 rok rozpoczął się wprowadzeniem znaczących dokumentów dotyczącym naszego środowiska zawodowego. Ministerstwo Zdrowia opublikowało dokument „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. Jest to dokument, który na pewno nie spełnia wszystkich naszych oczekiwań i nie zaspokoi pilnych potrzeb, ale stanowi punkt wyjścia do dalszych merytorycznych rozmów. Za najważniejsze i najpilniejsze zadania uznano, między innymi, określenie właściwej liczby oraz kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń gwarantowanych. Zapisy regulujące liczbę wymaganego personelu pielęgniarskiego i położniczego, w tak zwanych „rozporządzeniach koszykowych” pozwolą odrzucić budzące wiele wątpliwości wobec obowiązującego rozporządzenia „o normach zatrudnienia”. Nie ma zgody przedstawicieli naszego środowiska na jednoosobowe dyżury w oddziałach szpitalnych.

Kolejną ważną sprawą są wynagrodzenia pielęgniarek i położnych. Poziom płac ma stać się mechanizmem zachęcającym młodzież do podejmowania kształcenia i wymaga gwarancji systematycznego wzrostu. Ważnym krokiem na drodze rozwoju pielęgniarstwa, położnictwa jest poprawa jakości i warunków kształcenia poprzez zwiększenie liczby uczelni oferujących studia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa. Istotne jest wypracowanie mechanizmów skłaniających absolwentów do rozpoczęcia pracy zawodowej w polskim systemie ochrony zdrowia. Zmiany demograficzne wskazują na nieuchronne załamanie systemu, jeżeli nie uda się zabezpieczyć istniejącej „luki pokoleniowej”. Brak właściwego poziomu opieki medycznej spowodowany brakami personelu zarówno pielęgniarskiego, położniczego, jak i lekarskiego będzie brzemienny w skutkach dla nas wszystkich. Pracownicy ochrony zdrowia płacą pracowaniem, przeciążeniem, frustracją, w końcu utratą zdrowia. Zachęcam do zapoznania się ze „Strategią na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” i śledzenia dalszych prac nad wdrażaniem zmian.

W niedzielę 4 marca br. w czasie audiencji w Auli Pawła VI - Papież Franciszek spotkał się z ponad sześciotysięczną grupą personelu medycznego. Podczas spotkania z pielęgniarkami i pielęgniarzami w Watykanie Papież Franciszek nazwał ich „ekspertami w dziedzinie człowieczeństwa”. Wyraził przekonanie, że „nie do przyjęcia” są braki w personelu medycznym i cięcia w ochronie zdrowia. Powiedział także, iż: „*Czułość, uśmiech ma wielki sens dla chorych, to prosty gest, który podnosi na duchu. Daje poczucie towarzyszenia, czuje się, że wyzdrowienie jest blisko. Chory czuje się osobą. Nie zapominajcie o tym!*”

*Koleżanki i Koledzy*

Pielęgniarstwo, położnictwo – kiedy to profesja, a kiedy powołanie?

Na to pytanie każdy z nas musi odpowiedzieć sobie sam analizując swoją karierę zawodową i plany z nią związane.

*Niech czas wielkanocny  
utrzyma nasze marzenia  
w mocy a wszystkie  
życzenia niech okażą się  
do spełnienia,  
aby nie zabrakło nam  
wzajemnej życzliwości,  
abyśmy przez życie  
kroczyli w ludzkiej  
godności i niech symbol  
boskiego odrodzenia  
był i będzie dla nas  
celem do spełnienia.*

*w imieniu Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej  
życzy*

*Elżbieta Celmer vel Domańska*





## KALENDARIUM OIPiP



4-7.12.2018r.	Szkolenie z zakresu problematyki HIV/AIDS i narkomanii dla pracowników służby zdrowia, organizowane przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „RES HUMANAЕ” uczestniczyła Anna Migasiuk Wiceprzewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej
19.12.2017r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej
22.01.2018r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w Białej Podlaskiej
23-24.01.2018r.	Spotkanie Położnych nt. Położna w systemie ochrony zdrowia organizowanym, organizowane przez NRPiP uczestniczyła Anna Migasiuk Wiceprzewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej
23.01.2018r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP
25.01.2018r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
13.02.2018r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
22.02.2018r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej
15.03.2018r.	XXXIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej



## WYKAZ UCHWAŁ PREZYDIUM I OKRĘGOWEJ RADY

### PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Uchwała Nr 77/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 stycznia 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	Uchwała Nr 81/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 stycznia 2018 r. w sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
Uchwała Nr 78/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 stycznia 2018 r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia	Uchwała Nr 82 /VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 stycznia 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
Uchwała Nr 79/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 stycznia 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie prze-szkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	Uchwała Nr 83 /VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 stycznia 2018 r. w sprawie dofinansowania kosztów przejazdu na uroczystość beatyfikacji CSB Hanny Chrzanowskiej do Krakowa
Uchwała Nr 80/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 stycznia 2018 r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego	



## WYKAZ UCHWAŁ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Uchwała Nr 100/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	pracach komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Ftyzjopulmonologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej
Uchwała Nr 101/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia	Uchwała Nr 110/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim
Uchwała Nr 102/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej	Uchwała Nr 111/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 103/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	Uchwała Nr 112/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 104/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2018	Uchwała Nr 113/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 105/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 grudnia 2017 r. 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 Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na rok 2018	Uchwała Nr 114/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
Uchwała Nr 106/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	Uchwała Nr 115/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
Uchwała Nr 107/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia	Uchwała Nr 116/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
Uchwała Nr 108/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej	Uchwała Nr 117/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
Uchwała Nr 109/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w	Uchwała Nr 118/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikację do Biuletynu Informacyjnego
	Uchwała Nr 119/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

## ZMIANA REGULAMINU DOFINANSOWANIA KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Uchwała Nr 119/VII/2018

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

z dnia 22 lutego 2018 r.

w sprawie zmiany regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Na podstawie art. 4 ust. 2, pkt 16 i art. 31, pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011r., Nr 174, poz.1038), uchwała się, co następuje:

### § 1

1. Zatwierdza się następujące zmiany Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej:

1) § 2, ust 1 otrzymuje brzmienie:

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 **3** miesiące po zakończeniu kształcenia.

2) § 6, ust 1, pkt. 1) otrzymuje brzmienie:

1) szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje) - 1500 zł.

**O dofinansowanie specjalizacji można ubiegać się jeden raz, licząc od dnia wejścia w życie niniejszego regulaminu, tj. od 16 marca 2016 roku.**

3) § 6, ust 3 otrzymuje brzmienie:

3. Łączna kwota otrzymanych refundacji przez członka OIPiP w ciągu 4 lat, nie może przekroczyć **3000,00 zł**, licząc od dnia przyjęcia niniejszego regulaminu.

### § 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz  
Danuta Pawlik

Skarbnik  
Wacława Grażyna Papińska

Przewodnicząca  
Elżbieta Celmer vel Domańska

## **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 wniosek o refundację, nie później niż **3** 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 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. 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 pielęgniarские i położnicze ukończone na wydziale pielęgniarским/ 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.

**O dofinansowanie specjalizacji można ubiegać się jeden raz, licząc od dnia wejścia w życie niniejszego regulaminu, tj. od 16 marca 2016 roku.**

  - 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 pielęgniarские/ 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 w ciągu 4 lat, nie może przekroczyć **3000,00 zł**, licząc od dnia przyjęcia 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.





## INFORMACJE Z NRPiP

Szanowni Państwo,

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wydaje **bezpłatny NEWSLETTER. Zachęcamy do zapisania się pod adresem <http://nipip.pl/aktualnosci-2/newsletter/>**

Z Newslettera NIPiP dowiedzą się Państwo o opiniowanych i przedstawianych wnioskach w sprawach:

- warunków wykonywania zawodów,
- pracy i płacy pielęgniarek i położnych,
- prowadzenia kształcenia podyplomowego,
- aktów normatywnych w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej,
- programów kształcenia zawodowego,
- uznawania kwalifikacji zawodowych,
- uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych oraz zasad etyki zawodowej w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu.

W Newsletterze NIPiP znajdą Państwo również informację o tym, jak przebiega współpraca samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych ze szkołami wyższymi, organami administracji publicznej; samorządami innych zawodów medycznych oraz organizacjami pielęgniarek i położnych w innych krajach, a także wiele innych bieżących spraw dotyczących pielęgniarstwa i położnictwa.

### KOMUNIKAT PRASOWY ZE SPOTKANIA PRZEDSTAWICIELI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Z MINISTREM ZDROWIA W DNIU 17.01.2018 r.

Dnia 17 stycznia 2018r. o godzinie 15.00 w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie odbyło się spotkanie nowego Ministra Zdrowia prof. Łukasza Szumowskiego z przedstawicielami naszej grupy zawodowej. W spotkaniu uczestniczyli ze strony OZZPiP: Przewodnicząca OZZPiP – Pani Krystyna Ptok wraz z Członkami Prezydium Związku oraz ze strony NRPiP – Pani Zofia Małas wraz z Członkami Prezydium Rady. Stronę Ministerstwa Zdrowia reprezentowali Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski, Pani Wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko oraz Pan Jakub Banaszek. Spotkanie odbyło się z inicjatywy Ministra Zdrowia i środowisko doceniło fakt, że pierwsze kroki Minister skierował właśnie do nas.

Ze względu na ograniczony czas ustalono, iż strony skoncentrują się tylko na przekazaniu najistotniejszych problemów.

Na początek podniesiona została kwestia drastycznego braku pielęgniarek w systemie (największe braki w tej grupie zawodowej ze wszystkich grup medycznych). Na potwierdzenie Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przedstawiła statystyki i analizę braków kadrowych oraz niepokojące prognozy. Zgodzono się, że sytuacja jest bardzo trudna i wymagająca natychmiastowych



działań. Przewodnicząca OZZPiP potwierdziła informację o brakach personelu poprzez przykłady, zgłaszane do Zarządu Związku, które wskazują na duże przeciążenie zatrudnionych pielęgniarek i położnych pracą, co w połączeniu z olbrzymią odpowiedzialnością za życie i zdrowie stanowi zagrożenie nie tylko dla nich samych, ale przede wszystkim dla pacjentów pozostających pod ich opieką. Zgodzono się co do konieczności pilnego odbudowania kadr. Przewodnicząca OZZPiP podkreśliła, że podstawowym mechanizmem naprawy sytuacji jest polepszenie warunków pracy poprzez wpisanie liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych do systemu świadczeń gwarantowanych, a także zagwarantowanie wynagrodzeń na poziomie co najmniej 1,5 średniej krajowej. Podkreślono, że rozporządzenie „zembalowe” stało się magnesem przyciągającym do zawodu. Niestety, jeden zapis w *Ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, proces ten przerwał. Minister w trakcie dyskusji włączał się w rozmowę rozumiejąc zgłaszane problemy. W związku z opublikowaniem przez Ministerstwo Zdrowia Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, przedstawiciele środowiska wnioskowali o cykliczne spotkania w celu szybszego wdrożenia w życie jej zapisów. Na tym spotkaniu zakończono.

## POSIEDZENIE SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA

### NOTATKA Z POSIEDZENIA SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA

W dniu 3 stycznia 2018 roku odbyło się posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia poświęcone przekazaniu informacji przez Ministra Zdrowia w sprawie sytuacji związanej z wypowiedzeniami przez lekarzy rezydentów i innych kłauzuli opt-out. Posiedzenie otworzył przewodniczący Komisji B. Arłukowicz, który na wstępie starał się przedstawić sytuację polskich szpitali na terenie poszczególnych województw, zwracając uwagę na problem z ograniczonym dostępem pacjentów do świadczeń zdrowotnych. B. Arłukowicz zadał wiele pytań Ministrowi Zdrowia, które dotyczyły m.in. działań i aktywności Ministra Zdrowia w związku z zaistniałą sytuacją. Przewodniczący Komisji oczekiwał odpowiedzi na temat liczby spotkań z protestującymi lekarzami rezydentami, liczby przeprowadzonych przez NFZ kontroli, liczby spotkań z wojewodami i jakie działania zostały przez nich podjęte, czy odbyły się spotkania z dyrektorami szpitali, w których są problemy kadrowe, czy uruchomione zostały infolinie dla pacjentów, aby uzyskać pomoc w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Minister Zdrowia K. Radziwiłł jednoznacznie podkreślił, że nie ma sytuacji krytycznej ani kryzysowej jak to przedstawiają media, natomiast wszyscy mają dostęp do opieki, tym bardziej, że sytuacja

jest pod kontrolą Ministra Zdrowia, ponadto prowadzony jest stały monitoring przez oddziały wojewódzkie NFZ. W ocenie Ministra Zdrowia obecna sytuacja nie stanowi zagrożenia dla pacjentów, natomiast uchwalona nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotycząca wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB w 2025 r. w ocenie Ministra Zdrowia jest rewolucyjna i przekazuje olbrzymie środki. Ponadto Minister Zdrowia przedstawił dane, z których wynika, że klauzulę opt-out wypowiedziało 3546 lekarzy, w tym 1899 to lekarze rezydenci, 1657 to inni lekarze, w Polsce pracuje ok 80 tys. lekarzy, w tym 18 tys. lekarzy rezydentów. Minister Zdrowia poinformował także, że lekarze rezydenci otrzymali podwyżki w przedziale od 400 do 1600 zł miesięcznie, natomiast od 1 stycznia wzrosły o minimum średnio 500 – 1700 zł. Najniższe wynagrodzenie rezydentów to od 3675 – 4875, czyli średnio o 500 albo 1700 zł wyższe niż rok temu przy dodatkowym płaceniu za dyżury i inne. K. Radziwiłł odniósł się również do postulatów niefinansowych, jakie zgłaszali lekarze rezydenci; dotyczyły one likwidacji kolejek i informatyzacji w ochronie zdrowia, gdzie Minister podkreślał, że będzie ona przełomowa i będą uruchomione środki z UE (na budowę platformy P1).

Ponadto stopniowo Ministerstwo Zdrowia podejmie działania, aby opracować standardy organizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny. Jednocześnie zwrócił uwagę, że w wielu polskich szpitalach obsady dyżurowe są znacznie liczniejsze niż w szpitalach w Europie i niekoniecznie efektywnie wykorzystane.

W odniesieniu do wyjaśnień i informacji przedstawionych przez Ministra Zdrowia posłowie, zadając pytania, chcieli otrzymać informację: czy trwają prace nad projektem rozporządzenia, który będzie umożliwiał pracę lekarzom z zagranicy, w tym z Ukrainy; czy są konkretne rozwiązania Ministerstwa Zdrowia, w jaki sposób zapobiec eskalacji zjawiska zamykania oddziałów; w jaki sposób będą funkcjonowały szpitale w sieci w aspekcie wymogów NFZ podczas kontraktowania świadczeń, uwzględniając sytuację braków kadrowych lekarzy. Padła sugestia, aby w związku z rozwojem gospodarczym Polski, uszczelnieniem VAT, a tym samym zwiększonymi dochodami państwa, w budżecie na rok 2018 przesunąć większe środki na ochronę zdrowia w Polsce i uznać ją jako priorytet w finansowaniu. Pojawił się też pomysł oddzielenia pracy na stanowisku ordynatora od praktyki prywatnej. Przedstawiciele strony społecznej poruszali kwe-

się nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i braku lekarzy do pracy na SOR i IP.

Przedstawiciel lekarzy rezydentów z Porozumienia rezydentów M. Sobotka podkreślał, że nie jest to protest, tylko akcja wypowiedzenia klauzuli opt-out, która jest konsekwencją protestu głodowego. W ocenie środowiska lekarzy projekty rozporządzeń, jakie są w trakcie opiniowania, są bardzo niebezpieczne, ponieważ zagrażają bezpieczeństwu pacjenta, natomiast jeśli nie dojdzie do porozumienia z MZ w styczniu może dojść do zamykania oddziałów, SOR i IP i innych placówek.

Przewodnicząca OZZPiP K. Ptak odniosła się do warunków pracy i płacy zawodów medycznych, w tym pielęgniarek i położnych, w aspekcie sytuacji demograficznej polskiego społeczeństwa i starzejącej się grupy zawodów medycznych, w tym pielęgniarek i położnych.

Prezes NRPiP Z. Małas zwróciła uwagę na sytuację kadr medycznych, gdzie oprócz braków lekarzy z jeszcze większymi brakami kadrowymi boryka się środowisko pielęgniarek i położnych. Posługu-

jąc się najnowszymi danymi z grudnia 2017 roku Z. Małas wskazała na brak zastępowalności pokoleniowej w grupie pielęgniarek i położnych i stwierdziła, że pielęgniarka unijna opiekuje się średnio 5-7 pacjentami, natomiast w Polsce ma pod opieką kilkunastu a nawet kilkudziesięciu pacjentów na dyżurze. Aby osiągnąć średnio-unijny wskaźnik 9,4 pielęgniarek na 1000 mieszkańców (w Polsce 5,2) powinno rokrocznie wchodzić do zawodu blisko 15 tys. absolwentów, a nie jak obecnie – niespełna 3 tys. Pomysł Ministra Zdrowia, który szuka rozwiązań patowej sytuacji środowiska lekarskiego, proponując zmiany w aktach prawnych, które w ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych mogą spowodować nałożenie dodatkowych zadań na pielęgniarki i położne i tak już bardzo przeciążone pracą.

**Minister Zdrowia odnosząc się do pytań i wątpliwości posłów i strony społecznej** potwierdził, że jest rozważany pomysł, aby sprostować personel medyczny, w tym lekarzy, którzy wykonywaliby zawód w oparciu o ograniczone prawo wykonywania zawodu, natomiast nadzór i odpowiedzialność na terenie podmiotu leczniczego

miałyby ponosić dyrektor. Ponadto podkreślił, że w większości krajów UE i nie tylko szeroko pojętą opiekę nad pacjentami sprawują osoby a nie konkretnie lekarze i system dobrze funkcjonuje. Padła również propozycja rozwiązania problemów kadrowych w postaci np. dyżurów lekarskich pod telefonem, o których decydowałby dyrektor wyposażony w większą swobodę i możliwości organizacyjne.

Z informacji uzyskanych od Ministra Radziwiłła zwiększono limit o 1500 miejsc dla kandydatów na wydziałach lekarskich w kształceniu przed dyplomowym, natomiast na wydziałach pielęgniarstwa o 1000. Z kolei liczba rezydentur w stosunku do 2014 roku wzrosła dwukrotnie.

Posiedzenie Komisji Zdrowia zakończyło się głosowaniem nad podjęciem dezyderaty, która przygotowana była przez Przewodniczącą B. Arłukowicz a druga przez Wiceprzewodniczącą T. Latosa. W wyniku głosowania przyjęta została dezyderata T. Latosa.

Notatkę sporządziła  
Mariola Łodzińska  
Wiceprezes NRPiP

<http://nipip.pl/posiedzenie-sejmowej-komisji-zdrowia/>

## SPOTKANIE W MINISTERSTWIE CYFRYZACJI WS. ELEKTRONICZNEJ PLATFORMY



Ministerstwo  
Cyfryzacji

### Notatka ze spotkania w Ministerstwie Cyfryzacji

W dniu 4 stycznia 2018 roku w Ministerstwie Cyfryzacji odbyło się spotkanie w temacie P1, czyli elektronicznej platformy gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. Ma ona usprawnić wszelkie procesy związane z planowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych, monitorowaniem i sprawozdawczością, dostępem do informacji o udzielanych świadczeniach oraz publikowaniem informacji w obszarze ochrony zdrowia.

Spotkanie otworzyła Pani Minister Anna Streżyńska, która powitała zaproszonych gości – interesariuszy reprezentowanych przez samorządy zawodowe, stowarzyszenia i twórców oprogramowania. Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowali Prezes Zofia Małas i Tomasz Krzysztyniak.

Specjaliści z branży prezentowali korzyści wynikające z uruchomienia podsystemu platformy P1, jakim jest e-Recepta, która ma stanowić jedną z kluczowych e-usług planowanych do wdrożenia w ramach trwającego procesu informatyzacji sektora ochrony zdrowia w Polsce. Procedowane zmiany przepisów prawa zakładają, że od dnia

1 stycznia 2020 roku wprowadzony zostanie obowiązek wystawiania recepty w postaci elektronicznej, a e-Recepta będzie w powszechnym użytku.

Z wdrożeniem e-Recepty wiąże się wiele istotnych korzyści. Dla pacjenta to między innymi wyeliminowanie problemu nieczytelności recept, co przekłada się na brak konieczności ponownej wizyty u lekarza w celu poprawy czytelności recepty. Ponadto ograniczona do minimum możliwość wydania nieprawidłowego leku. Niewątpliwą zaletą ma być możliwość zrealizowania każdego leku w innej aptece.

Dla uprawnionego pracownika medycznego e-recepta zmniejszy czas wystawiania dokumentu przez zastosowanie elektronicznego sposobu jej wypisywania.

Dla realizującego receptę niewątpliwie korzyścią będzie czytelność i wiarygodność recepty.

Już od 16 lutego 2018 roku ma ruszyć pilotaż tego projektu.

Jak ma wyglądać proces wystawiania e-recepty? Uprawniony pracownik medyczny wystawi i cyfrowo podpisze e-Receptę. Następnie pacjent otrzyma wydruk informacyjny w postaci recepty ze

wszystkimi danymi oraz wdrukowanym kluczem i kodem dostępowym. Jeżeli pacjent nie będzie chciał wersji papierowej to otrzyma receptę „mobilną” za pośrednictwem e-mail lub SMS.

Interesariusze zgłaszali swoje uwagi, które wynikały bardziej z obawy, co do samego pilotażu. Pilotaż będzie przeprowadzony w dwóch powiatach województwa mazowieckiego. Pani Prezes Zofia Małas wskazała na konieczność włączenia grupy pielęgniarek i położnych do grupy zawodów medycznych, które będą miały wydawane nowe prawo wykonywania zawodu stanowiące jednocześnie podpis kwalifikowany (elektroniczny). Przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych, którzy byli obecni na spotkaniu zgodnie potwierdzili, że rozwijanie platformy P1 jest konieczne i nieuchronne, ale powinno być konsultowane z pracownikami medycznymi i uwzględniające ich obawy. Pani Minister Anna Streżyńska zapowiedziała, że takie konsultacje będą w najbliższym okresie odbywały się bardzo często tj. co 7-10 dni.

Notatkę sporządził  
Tomasz Krzysztyniak  
członek Prezydium NRPiP

<http://nipip.pl/spotkanie-ministerstwie-cyfryzacji-ws-elektronicznej-platformy/>

## SPOTKANIE ROBOCZE PRZEDSTAWICIELI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Z MINISTREM ZDROWIA W SPRAWIE STRATEGII

W dniu 26 stycznia w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych odbyło się trójstronne spotkanie robocze, którego tematem przewodnim była „Strategia na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. W spotkaniu uczestniczyli: ze strony Ministerstwa Zdrowia Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski. Ze strony OZZPiP: Przewodnicząca – Pani Krystyna Ptok wraz z Wiceprzewodniczącymi i Rzecznikiem Związku oraz ze strony NRPiP – Pani Zofia Małas wraz z Wiceprezesem NRPiP.

W czasie spotkania ustalono, że dokument Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa wymaga natychmiastowego wdrożenia. Aktualizacja harmonogramu wdrożenia strategii, a przede wszystkim jego skrócenie znajduje akceptację ze strony Ministerstwa Zdrowia. Poruszono najbardziej palące kwestie merytoryczne, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, są to m.in.:

- Określenie właściwej liczby oraz kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń gwarantowanych – „rozporządzenia koszykowe”
- Kwestie płac – m.in. zablokowania mechanizmów pozwalających na wykorzystywanie środków z dodatku 4x400zł do regulowania płacy minimalnej przez podmioty lecznicze
- Warunki pracy – m.in. jednoosobowe dyżury w oddziałach szpitalnych
- System kształcenia – zachęty do wchodzenia i pozostania w zawodzie – w tym zwiększenie liczby uczelni oferujących studia w zakresie pielęgniar-

stwa i położnictwa oraz wypracowanie mechanizmów skłaniających absolwentów do wejścia do systemu i pozostania w kraju.

Minister Zdrowia podkreślił, że sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie to obecnie najbardziej paląca kwestia w polskiej ochronie zdrowia. Prace muszą znacząco przyspieszyć, w niektórych obszarach efekty powinny być widoczne jeszcze w tym roku, jak chociażby w zakresie zabezpieczenia pacjenta przez kadre pielęgniarską i położniczą oraz konkretnych rozwiązań, które umożliwią zwiększenie liczby szkół wyższych, które będą kształcić w zawodzie, co zwiększy dostępność na terenie poszczególnych województw. Dodatkowo powinny pojawić się konkretne propozycje skłaniające absolwentów do podjęcia pracy w zawodzie natychmiast po zakończeniu kształcenia.

OZZPiP oraz NRPiP podkreślają, że obecna sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 pacjentów jest u nas najniższa wśród krajów Unii Europejskiej, a średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 51 lat. Jedynie natychmiastowe działania ze strony Ministerstwa Zdrowia przy wsparciu merytorycznym środowiska opierające się o realizację dokumentu Strategii jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa oraz dobrych warunków pracy i płacy w zawodach pielęgniarki i położnej. Efektem kolejnych spotkań Ministerstwa Zdrowia ze środowiskiem będą już konkretne rozwiązania legislacyjne.

Na zdjęciu:  
Przewodnicząca OZZPiP Krystyna Ptok,  
Minister Zdrowia Łukasz Szumowski,  
Prezes NRPiP Zofia Małas



## POSIEDZENIE PODKOMISJI NADZWYCZAJNEJ

Notatka z udziału w posiedzeniu Podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2137)

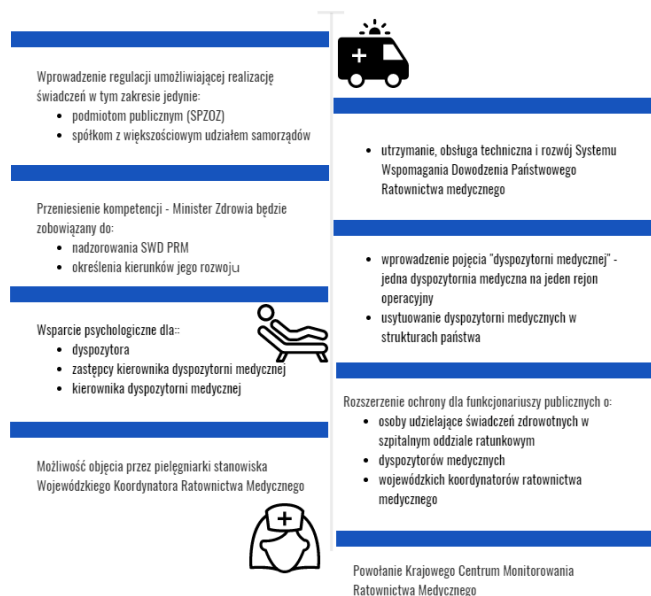


**NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Posiedzenie Podkomisji Nadzwyczajnej

24 stycznia 2018 r.

### Założenia projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym



Posiedzenie Podkomisji otworzył Przewodniczący Tomasz Latos.

Projekt ze strony rządowej uzasadnia wiceminister Tombarkiewicz.

Na wstępie wiceminister wskazywał na pilną potrzebę uporządkowania kwestii związanych z utrzymaniem, obsługą techniczną i rozwojem Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, przez przeniesienie tych zadań z zakresu kompetencji ministra właściwego do spraw administracji publicznej do zakresu kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia. Brak pełnego wpływu na kształt oraz możliwości dokonywania zmian w SWD PRM uniemożliwia realiza-

cję nadzoru nad systemem PRM i dalsze usprawnianie procesu udzielania świadczeń na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stąd Minister Zdrowia jest organem właściwym do zapewnienia utrzymania i funkcjonowania oraz rozbudowy i modyfikacji SWD PRM na terenie kraju. Planowane zmiany zakładają przejęcie przez Ministra Zdrowia zadań w zakresie utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM, dotychczas realizowanych przez ministra właściwego do spraw administracji publicznej. Minister Zdrowia będzie obowiązany do nadzorowania SWD PRM oraz do określania kierunków jego rozwoju. Wojewodowie – podobnie jak dotychczas – będą zapewniać utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie poszczególnych województw. Obecnie dyspozytornie medyczne znajdują się we właściwości poszczególnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, co ogranicza nadzór wojewodów nad ich funkcjonowaniem oraz czyni je podatnymi na wahania związane z procedurami konkursowymi przeprowadzanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Proponowane rozwiązania zmierzają do usytuowania dyspozytorni medycznych w strukturach państwa, co jest szczególnie ważne z uwagi na rolę, jaką dyspozytornie medyczne pełnią podczas akcji medycznych. Rekomendowane rozwiązanie to powierzenie realizacji umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie podmiotom leczniczym w formie:

- samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
- jednostek budżetowych
- spółek kapitałowych z co najmniej większościovym udziałem Skarbu państwa lub jednostki samorządu terytorialnego lub publicznej uczelni medycznej.

Zdaniem strony rządowej zwiększy to bezpieczeństwo obywateli i wzmocni odpowiedzialność wojewódzkich struktur administracji rządowej nad PRM. Projekt wprowadza ponadto pojęcie „dyspozytorni medycznej”, która stanie się komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, pełniącą rolę ośrodka działania SWD PRM na terenie województwa. Dyspozytornie medyczne mają pełnić funkcję centrów, wokół których będzie tworzony rejon operacyjny, zgodnie z zasadą: jedna dyspozytorna medyczna – jeden rejon operacyjny. Co do zasady od dnia 1 stycznia

2021 r. na terenie województwa będzie działała jedna dyspozytornia medyczna tworzona i prowadzona przez wojewodę, z wyjątkiem województw: mazowieckiego i śląskiego, gdzie przewiduje się po dwie dyspozytornie medyczne na województwo. W okresie od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2027 r. dopuszcza się funkcjonowanie dyspozytorni medycznych, które istniały w momencie wejścia w życie projektu, pod warunkiem spełnienia przez nie wymagań wynikających z projektowanej nowelizacji, w liczbie nie większej niż 42 dyspozytornie medyczne ogółem w kraju. Wśród tych wymagań znalazły się następujące warunki:

- jedno stanowisko dyspozytora medycznego tworzy się na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców
- powołuje się kierownika dyspozytorni oraz jego zastępcę (fakultatywnie)
- zapewnia się funkcjonowanie stanowiska głównego dyspozytora
- wyznacza się zastępcę głównego dyspozytora
- podział dyspozytorów medycznych na przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach oraz dyspozytorów medycznych dysponujących zespoły ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia.

Wprowadza się również w miejsce lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Wymagania dla tej funkcji będą spełniali:

- lekarze systemu
- ratownicy medyczni posiadający wykształcenie wyższe drugiego stopnia oraz 4-letni staż na stanowisku dyspozytora medycznego
- pielęgniarki systemu posiadający wykształcenie wyższe drugiego stopnia oraz 4-letni staż na stanowisku dyspozytora medycznego

Projekt przewiduje również powołanie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Do jego zadań będzie należał m.in. nabór na stanowisko dyspozytorów medycznych na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów oraz szkolenie dyspozytorów medycznych. KCMRM ma

być umiejscowiony w strukturze SPZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, który będzie nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia.

Ponadto wojewodowie od 1 stycznia 2021 r. zapewnią wsparcie psychologiczne dla dyspozytora medycznego, kierownika dyspozytorni medycznej i zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej. Z uwagi na konieczność uzyskania przez psychologa dostępu do informacji wrażliwych, w tym do nagrań z prowadzonych rozmów radiowych i telefonicznych, zakłada się, że psycholog będzie zatrudniony przez wojewodę na podstawie stosunku pracy.

W celu zapobiegania sytuacjom, w których osoby dokonujące zgłoszeń ratownictwa medycznego, świadkowie zdarzenia, pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i osoby im towarzyszące bezkarnie znieważają, grożą lub dokonują czynnej napaści na personel medyczny, projekt rozszerza katalog osób, którym będzie przysługiwała ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych o:

- osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym
- dyspozytorów medycznych
- wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego

Głos w dyskusji zabierali:

Posłowie: Anna Czech, Krzysztof Ostrowski, Rajmund Miller.

Przedstawiciele interesariuszy: Małgorzata Popławska (Prezes Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego), Dariusz Mołdaszewski (NSZZ Solidarność), Edyta Cisło (Polska Rada Ratowników), Roman Badach-Rogowski (Komisja Zakładowej Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego), Anna Karaszewska (Konfederacja Lewiatan).

Po wysłuchaniu głosu strony społecznej Przewodniczący Podkomisji rozpoczął proces procedowania wniesionych poprawek rządowych oraz poprawek redakcyjnych Rządowego Procesu Legislacji.

Projekt został przyjęty i skierowany do dalszych prac w Komisji Zdrowia.



## INFORMACJE

## INFORMACJA W SPRAWIE PIT-8C

W ostatnich miesiącach coraz częściej mówi się o tym, że zostanie zmieniona dotychczasowa decyzja Izby Skarbowej dotycząca konieczności wystawiania przez samorząd pielęgniarek i położnych PIT 8C, członkom danej izby korzystającym z refundacji poniesionych kosztów za udział w różnych formach kształcenia podyplomowego. Należy wyjaśnić, że w chwili obecnej wszystkie okręgowe izby pielęgniarek i położnych mają i realizują taki obowiązek prawny.

Od kilku lat pojawiają się sprzeczne ze sobą interpretacje zapisów ustawowych, które dają nadzieję na korzystną dla naszego środowiska zmianę. Pojawił się pierwszy wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z maja 2017 r. (II FSK 1528/15), który uznał, że dotychczasowa interpretacja Izby Skarbowej jest niewłaściwa. Na jego podstawie Dyrektor Krajowej Izby Skarbowej uznał, że jeżeli pielęgniarki i położne uczestniczą w szkoleniu, które jest częściowo lub całkowicie finansowane ze składek członkowskich, to nie uzyskują przysporzenia majątkowego.

Co to oznacza dla nas, pielęgniarek i położnych należących do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej? Wyrok NSA i interpretacja Dyrektora KIS nie ma wprost zastosowania dla innych niż wnioskujący o tę interpretację. O kwestiach opodatkowania danych świadczeń de-

cydują indywidualnie urzędy skarbowe właściwe miejscowo dla każdej z zainteresowanych stron.

W imieniu członków naszego samorządu został złożony stosowny wniosek o interpretację zapisów prawa. Wskazano w nim, że są to środki pochodzące wyłącznie ze składek członkowskich. Nie wiadomo natomiast, czy wydana na nasz wniosek interpretacja będzie już wystarczającym dokumentem, który zwolni okręgowe izby z obowiązku wystawiania PIT, nawet w przypadku, gdy jej treść będzie dla nas korzystna. Wiadomo, że pozwoli na podjęcie dalszych kroków, polegających na wnioskowaniu do Ministerstwa Finansów o zmiany w zapisach ustawy, w taki sposób - by nigdy nie budziły wątpliwości interpretacyjnych kontrolujących urzędów skarbowych. (W przypadku niektórych okręgowych izb skutkowały wieloletnimi sprawami sądowymi.)

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej zapewniam, że podejmujemy wszelkie możliwe działania w kierunku uzyskania korzystnych zmian służących naszemu środowisku zawodowemu.**

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca OIPiP  
w Białej Podlaskiej

## Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA



### Szanowni Państwo

**Przypominamy, że** Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej wykupiła dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będziecie Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

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

**Zachęcamy do zgłaszania się od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w celu uzyskania kodu PIN aby uaktywnić w koncie serwisu [www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl).**



## *ŻYCZENIA Z OKAZJI EUROPEJSKIEGO DNIA PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ*

*Szanowne Koleżanki i Koledzy,*

w imieniu Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek i własnym, z okazji Europejskiego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej, przyjmijcie życzenia zdrowia, pomyślności i wszystkiego co najlepsze. Życzę nam wszystkim pracy w bezpiecznych warunkach, również organizacyjnych. Niech zespoły operacyjne, których jesteśmy częścią, będą pełne, niech przy każdej operacji będą zawsze dwie pielęgniarki operacyjne (położne operacyjne): instrumentująca i pomagająca. Niech nasi pracodawcy dojrzeją do myśli, by umożliwić nam pracę zgodną ze standardami pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Z wyrazami szacunku

Joanna Borzęcka

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek

A oto kilka słów od Zarządu EORNA

*Szanowne Koleżanki i Koledzy,*

w imieniu zarządu EORNA życzymy Wam szczęśliwego i pełnego inicjatywy Europejskiego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej. W roku 2018 hasłem tego dnia jest:

Profesjonalizm

Odpowiedzialność

Humanitarność

Celem Europejskiego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej jest zachęcenie do refleksji i skupienia nie tylko nad jakością i wysokim poziomem świadczonej opieki, ale także w zakresie ludzkiego wymiaru naszego zawodu. Wszyscy wiemy, że pielęgniarstwo w okresie okołoperacyjnym jest przede wszystkim profesją związaną z zajmowaniem się innymi ludźmi. Promujemy opiekę dostosowaną indywidualnie do każdego pacjenta. Szczęśliwego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej dla każdego z osobna i wszystkich razem

Prezes EORNA May Karam

Wiceprezes EORNA Jana Wichsova

### **„STANDARDY POSTĘPOWANIA I METODYKA PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ”**

PODRĘCZNIK „STANDARDY POSTĘPOWANIA I METODYKA PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ” JEST UNOWOCZEŚNIENIEM, ROZSZERZENIEM I AKTUALIZACJĄ WYDAWNICTWA [STANDARDY I METODYKA PRACY I PIELEGNIARKI I HIGIENISTKI SZKOLNEJ](#), KTÓRE POWSTAŁO W ZAKŁADZIE ZDROWIA DZIECI I MŁODZIEŻY INSTYTUTU MATKI I DZIECKA W 2003 ROKU W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA ZDROWIA.

W 2017 ROKU PODRĘCZNIK „STANDARDY POSTĘPOWANIA I METODYKA PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ” ZOSTAŁ OPRACOWANY W RAMACH NAUKOWEGO ZADANIA STATUTOWEGO IMiD FINANSOWANEGO PRZEZ MINISTERSTWO NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO. DO OPRACOWANIA POSZCZEGÓLNYCH ZAGADNIENÍ POZYSKANO DO WSPÓŁPRACY UZNANYCH SPECJALISTÓW W DZIEDZINACH NAUK MEDYCZNYCH I SPOŁECZNYCH. PUBLIKACJA JEST OPATRZONA NUMEREM ISBN I JEST ZAMIESZCZONA NA STRONIE INTERNETOWEJ INSTYTUTU MATKI I DZIECKA [HTTP://WWW.IMID.MED.PL/PL/DO-POBRANIA](http://www.imid.med.pl/pl/dobobrania), Z MOŻLIWOŚCIĄ NIEODPŁATNEGO POBIERANIA PRZEZ PIEŁĘGNIARKI SZKOLNE.

Z WYRAZAMI SZACUNKU, REDAKTORKI:  
DR HAB. N MED. PROF. IMiD ANNA OBLACIŃSKA  
I MGR WISŁAWA OSTRĘGA

## ZNAMY TERMIN BEATYFIKACJI PIELEŃNIARKI HANNY CHRZANOWSKIEJ

Źródło: [www.hannachrzanowska.pl](http://www.hannachrzanowska.pl)



Beatyfikacja Hanny Chrzanowskiej została oficjalnie potwierdzona. Informację o dacie i miejscu przekazał w imieniu Ojca Świętego Franciszka abp Angelo Becciu z Sekretariatu Stanu Stolicy Apostolskiej. Czcigodna Służebnica Boża Hanna Chrzanowska zostanie ogłoszona Błogosławioną w **sobotę 28 kwietnia 2018 r. w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach**. Termin beatyfikacji związany jest z przypadającą w tym roku 45. rocznicą śmierci krakowskiej pielęgniarki.

Hanna Chrzanowska była pionierką pielęgniarstwa społecznego i parafialnego. Współpracowała z kard. Karola Wojtyły, który mówił, że Hanna była „ogromną pomocą i oparciem” oraz „sumieniem polskiego pielęgniarstwa”. Towarzystwo chorym było istotą jej misji – ze szczególnym oddaniem opiekowała się pacjentami w ich domach. Wyzaczyła standardy nowoczesnej opieki nad chorymi, której fundamentem jest nie tylko niesienie ulgi w bólu fizycznym, ale także pomoc duchowa. Osoby bliżej znające Hannę zgodnie potwierdzały, że pielęgniarka w sposób heroiczny wypełniała przykazanie miłości bliźniego.

Dlatego w 1995 r. pielęgniarki skupione w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych zwróciły się z prośbą do ks. kard. F. Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego. 1 października 2015 roku Stolica Apostolska ogłosiła dekret o heroiczności jej cnót. Natomiast 7 lipca ubiegłego roku papież Franciszek zatwierdził dekret beatyfikacyjny, uznając cud uzdrowienia mieszkanki Krakowa z 2001 r. za przyczyną służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej.

Pod koniec ubiegłego roku został powołany Komitet Organizacyjny, którego celem jest logistyczne i duszpasterskie przygotowanie uroczystości beatyfikacyjnych. Na jego czele stoi bp Jan Zając, który powiedział, że „najważniejsze będzie przygotowanie duszpasterskie, czyli ukazanie postaci H. Chrzanowskiej, która ma być czczona nie tylko jako błogosławiona, ale ma być wzorem postępowania”. Beatyfikacja krakowskiej pielęgniarki to potwierdzenie, że Hanna Chrzanowska jest dla wszystkich dobrym przykładem oraz wzorem służby drugiemu człowiekowi.

### Komunikat

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
zaprasza na wyjazd związany  
z Beatyfikacją pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej,  
który odbędzie się 28 kwietnia 2018r.

w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach.

Wyjazd w dniu 27 kwietnia 2018r. do Łagiewnik, nocleg w Kalwarii Zebrzydowskiej.

Powrót 28 kwietnia 2018r. po zakończeniu uroczystości.

Osoby zainteresowane wyjazdem prosimy o zgłaszanie się  
do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
telefonicznie: 83 343 60 83, 83 41 47 628 lub e-mail: [oiqipbp@poczta.onet.pl](mailto:oiqipbp@poczta.onet.pl)

## KOMUNIKAT - INDYWIDUALNE PRAKTYKI

Przypominamy wszystkim pielęgniarkom/pielęgniarzom wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w formie Pielęgniarskiej Praktyki Zawodowej o **obowiązku dostarczania aktualnej polisy Umowy Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej**.

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.

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą znajduje się obecnie pod następującym adresem strony internetowej: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl).

**OPLĄTY ZA WPIS/ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK PIELEŃNIAREK/POŁOŻNYCH W ROKU 2018 KSZTAŁTUJĄ SIĘ NASTĘPUJĄCO:**

**WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI PIELEŃNIARKI/POŁOŻNEJ – 91,00 ZŁ.**

**ZMIANA WPISU DO REJESTRU INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI PIELEŃNIARKI/POŁOŻNEJ – 45,50 ZŁ.**

### Schemat postępowania dla osób zakładających działalność leczniczą po raz pierwszy:

1. Założenie konta na platformie ePUAP i złożenie wniosku o utworzenie profilu zaufanego.
2. Dokonanie wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej we właściwym Urzędzie oraz dokonanie potwierdzenia profilu zaufanego ePUAP.
3. Wykupienie polisy obowiązkowego Ubezpieczenia OC dla indywidualnej praktyki pielęgniarki/położnej.
4. W przypadku prowadzenia praktyki we własnym gabinecie uzyskanie opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających wykonywanie określonych świadczeń zdrowotnych w gabinecie – opinia winna być wystawiona na osobę lub firmę osoby prowadzącej indywidualną praktykę pielęgniarki/położnej.
5. Dokonanie opłaty za wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą 91,00 zł – na konto OIPiP w Białej Podlaskiej.  
(nr konta: Bank Spółdzielczy w Białej Podlaskiej 90 8025 0007 0025 2858 2000 0010 z dopiskiem „opłata za wpis do RPWDL, imię nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu”.
6. Założenie konta na platformie RPWDL – [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl).
7. Wypełnienie i przesłanie wniosku do OIPiP w Białej Podlaskiej.

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej

## KOMUNIKAT DOTYCZĄCY WYSOKOŚCI SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej informuje, iż zgodnie z uchwałą Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału od lutego 2016 r. określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1. 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
2. 1% także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
3. 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Informuję, że w dniu 17 stycznia 2018 r. ukazało się Obwieszczenie Prezesa GUS w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2017 r., które wynosiło 4.739,51 zł.

**Po wyliczeniu wysokość składki członkowskiej – w przypadku pielęgniarek/położnych wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej (indywidualne lub grupowe praktyki zawodowe) od dnia 1 lutego 2018 r. wynosi – 35,55 zł. miesięcznie.**

W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w pkt. 1, 2, 3 składka członkowska powinna być naliczana z jednego źródła, w którym jej wysokość jest najwyższa.

### **Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:**

1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy – pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy,
2. które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie, której są członkiem,
3. wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
4. przebywające na urlopie macierzyńskim/ tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
5. pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjna lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu,
6. będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/ położnictwo, które nie wykonują zawodu.
7. pobierające zasiłek chorobowy z ZUS – bez stosunku pracy.
8. niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenia przedemerytalne.

Składki członkowskie są płatne miesięcznie, przekazuje się je na rachunek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Wacława Grażyna Papińska  
Skarbnik ORPiP  
w Białej Podlaskiej

## WOJEWÓDZKA KOMISJA DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W LUBLINIE

Wojewódzka Komisja do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie została powołana do życia w 2012 roku.

### Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017, poz. 1318 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów składanego przez członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. Nr 274, poz. 1625)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. Nr 294, poz. 1740)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. z 2012 r., poz. 207)

Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie orzeka o **zdarzeniu medycznym** lub jego braku.

**Zdarzenie medyczne** – zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

1. diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
2. leczenia, w tym wykonania zabiegu medycznego,
3. zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Postępowanie przed Wojewódzką Komisją dotyczy zdarzeń medycznych będących następstwem udzie-

lania świadczeń zdrowotnych w **szpitalu** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), mających miejsce **po 1 stycznia 2012 r.**

Zgodnie z definicją:

**Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

**Świadczenie szpitalne** – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

**Miło nam poinformować Państwa, że mgr JANINA DZIEDZIC-PLANDA typowana przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej została powołana do składu Komisji na kolejną, czyli II kadencję. Serdecznie gratulujemy, życzymy satysfakcji z udziału w pracach Komisji oraz pomyślności w życiu osobistym.**

W skład Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych drugiej kadencji 2018-2024 wchodzi 16 członków, w tym:

1) spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa lubelskiego:

- a) **Pan Andrzej Chrościcki,**
- b) **Pan Andrzej Dąbrowski,**
- c) **Pani Janina Dziedzic-Planda,**
- d) **Pan Andrzej Tytuła;**

2) spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe adwokatury oraz samorządów radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa lubelskiego:

- a) **Pan Piotr Senddecki,**
- b) **Pani Ewa Szwarz-Malczewska,**
- c) **Pani Alicja Lemieszek,**

**d) Pani Zofia Filipek-Kraczek;**

3) spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne, działające na terenie województwa lubelskiego na rzecz praw pacjenta:

**a) Pani Dorota Ulikowska,**

**b) Pan Ryszard Pankiewicz,**

**c) Pan Janusz Kraczkowski,**

**d) Pan Marek Pakulski vel Modrzejewski,**

**e) Pan Dariusz Kierepka,**

**f) Pan Marek Podnieśniński.**

2. Ponadto w skład Komisji wchodzi:

1) powołany przez Ministra Zdrowia– **Pan Wojciech Osak;**

2) powołany przez Rzecznika Praw Pacjenta– **Pan Paweł Ges.**

**W załączeniu zamieszczamy pismo skierowane na ręce koleżanki Janiny Dziedzic-Płanda przez Piotra Sendeckiego - Przewodniczącego Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie.**

I posiedzenie organizacyjne Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych drugiej kadencji w dniu 8 stycznia 2018 roku otworzył Wojewoda lubelski Przemysław Czarnek. Dotychczasowy przewodniczący Komisji, mecenas Piotr Sendek będzie pełnił swoją funkcję także w drugiej kadencji. Wiceprzewodniczącą została Zofia Filipek-Kraczek.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej składam Pani Janinie Dziedzic-Płanda serdeczne podziękowania za niezmiernie odpowiedzialne pełnienie funkcji członka Komisji w I kadencji.

PRZEWODNICZĄCY WOJEWÓDZKIEJ KOMISJI  
D/S ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W LUBLINIE  
ul. Lubomelska 1-3, 20-072 Lublin; tel. 81 532 91 34 fax 81 532 86 73

Lublin, 18. grudnia 2017

Szanowna Pani  
mgr Janina Dziedzic - Płanda

W związku z dobiegającą końca pierwszą kadencją Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie pragnę wyrazić podziękowanie za pełne zaangażowanie i pełnienie funkcji członka Komisji.

W czasie pionierskich lat działania Komisji, utworzonej na podstawie - znowelizowanej 28. kwietnia 2011 r. - ustawy z 6. listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, uczestniczyła Pani w wypełnianiu treści jej formy organizacyjnej, we wzbogacaniu wiedzą z zakresu szeroko rozumianej medycyny i doświadczeniem zawodowym każdego składu Komisji w sprawie, w której Pani uczestniczyła. Wielce znaczący był Pani wkład w kształtowanie orzecznictwa Komisji.

Pozwalam sobie stwierdzić, że współpraca z Panią była dla mnie osobiście bardzo ważna, a nade wszystko znacząco wpłynęła na osiągnięcie przez Komisję celów zapisanych w ustawie. Jednym z fundamentalnych celów, które przyświecały Ustawodawcy powołującego instytucję Komisji, było połączenie w organie orzeczniczym specjalistów z zakresu szeroko rozumianej medycyny oraz prawników. Cel ten - dzięki Pani uczestnictwu w orzekaniu - z powodzeniem realizowano. Pani przygotowanie do każdej sprawy, znajomość stanu faktycznego i zgromadzonej dokumentacji - były wzorcowe. Oddawana do dyspozycji Komisji wiedza i doświadczenie przyczyniły się do propagowania idei alternatywnych metod rozwiązywania sporów, do których należy postępowanie o ustalenie zdarzenia medycznego, będące w istocie pionierską formą pozasądowych postępowań w polskim systemie prawnym.

Dziękując serdecznie za sześcioletnią pracę w Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie -

2 grudnia 2017



## OPINIE KONSULTANTÓW

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego  
dla województwa lubelskiego

mgr Dorota Suchodół

20-090 Lublin ul. Jaczewskiego 2 tel. 81 718 44 10 [suchodol.dorota@imw.lublin.pl](mailto:suchodol.dorota@imw.lublin.pl)

Lublin, 2017.04.20

### OPINIA

## W SPRAWIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZEZ PIELEŃNIARKI W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ ORAZ NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86) określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane w miejscu udzielania od poniedziałku do piątku, od godz. 8.00 do godz. 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Świadczenia realizowane są na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania, udzielane zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

Świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, odbywają się; zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.

Świadczenia gwarantowane pielęgniarki nocnej i świątecznej opieki

zdrowotnej są realizowane od poniedziałku do piątku, od godz. 18.00 do godz. 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, od godz. 8.00 dnia danego do godz. 8.00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.

Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę realizowane są na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji.

**Wobec powyższego gwarantowane świadczenia zdrowotne są realizowane zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.**

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014 poz. 1435) określa zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, polegającym m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych a zakresie realizacji

zleceń lekarskich W procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Realizacji zleceń wydanych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie świadczeń gwarantowanych w POZ podlega również podawanie przez pielęgniarki leków (w tym również wlewów kroplowych, antybiotyków) drogą dożylną, domięśniową, etc.

Lekarz, uwzględniając stan pacjenta, decyduje o leczeniu, ordynowaniu leku, jego dawce, drodze podania, czasookresie i częstotliwości podania leku. Pielęgniarka realizuje świadczenie zdrowotne na podstawie pisemnego zlecenia lekarskiego, którego treść powinna zawierać dane świadczeniobiorcy, nazwę zleconego leku, dawkowanie, drogę podania, i częstotliwość wykonania.

Realizując zlecenie lekarskie w zakresie podawania leków pielęgniarka ma obowiązek zapoznać się z informacjami producenta leku, zamieszczonymi w ulotce jak również w charakterystyce produktu leczniczego i stosować zalecenia producenta. Charakterystyka pro-

duktu leczniczego określa m.in. zasady i częstotliwość podawania określonego leku. Przestrzeganie tych zasad dotyczy wszystkich produktów leczniczych, jednak jest szczególnie istotne w stosowaniu antybiotykoterapii.

**Wobec powyższego niejednokrotnie istnieje uzasadniona konieczność wykonywania świadczeń (np. zaopatrzenia ran przewlekłych), czy realizacji zlecenia, jako kontynuacji leczenia, poza czasem realizacji świadczeń**

**POZ, a więc w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.**

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014 poz. 1435) określa również zasady i prawo do odmowy wykonania zlecenia czy realizacji świadczenia (art.12).

Zgodnie z przepisami każde świadczenie zdrowotne wymaga udokumentowania. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).

*Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego  
Dorota Suchodół*

Lublin, 2018.02.22

## OPINIA

### W SPRAWIE PODAWANIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH LEKU BIOFUROKSYM LUB INNYCH LEKÓW ZAWIERAJĄCYCH SUBSTANCJE CEFUROXIMUM

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (Dz.U. 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.) określa zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Zgodnie z zapisem ustawy wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, W tym realizacji zleceń lekarskich.

Lekarz, uwzględniając stan pacjenta, decyduje o leczeniu, ordynowaniu leku, jego dawce, drodze podania, czasookresie i częstotliwości podania leku i w tym zakresie ponosi odpowiedzialność. Pielęgniarka realizuje świadczenie zdrowotne na podstawie pisemnego zlecenia lekarskiego, którego treść powinna zawierać dane świadczeniobiorcy, nazwę zleczonego leku, dawkowanie, drogę podania, czasookres i częstotliwość wykonania. W przypadku zlecenia podania leku w warunkach domowych zlecenie powinno zawierać informacje czy lek może

być podany w obecności czy bez obecności lekarza.

Lek BIOFUROKSYM nie jest lekiem zarezerwowanym do stosowania tylko w lecznictwie zamkniętym (LZ) i może być stosowany w warunkach ambulatoryjnych.

Realizując zlecenie lekarskie w Zakresie podawania leków pielęgniarka ma obowiązek Zapoznać się z informacjami producenta leku, zamieszczonymi w ulotce jak również w charakterystyce produktu leczniczego i stosować zalecenia producenta.

Lek BIOFUROKSYM u osób dorosłych oraz u dzieci  $\geq 40$ kg może być podawany domięśniowo lub dożylnie. U niemowląt i dzieci  $< 40$  kg. masy ciała lek może być podawany tylko dożylnie.

Wobec powyższego u dzieci najbardziej bezpieczną drogą podania leku w warunkach ambulatoryjnych jest droga doustna, a w przypadku p/wskazań lub braku moż-

liwości podania doustnego droga dożylna w ramach hospitalizacji.

Jeżeli zlecenie lekarskie jest sprzeczne z zasadami lub informacjami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego należy bezzwłocznie poinformować lekarza wydającego Zlecenie.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o Zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014 poz. 1435) określa również zasady i prawo do odmowy wykonania zlecenia czy realizacji świadczenia (Art. 12). Odmowę realizacji zlecenia pielęgniarka dokumentuje w formie pisemnej, podając przyczynę odmowy.

Ponadto podczas realizacji świadczeń pielęgniarka musi być wyposażona w sprzęt, aparaturę medyczną, i produkty lecznicze, w tym w neseser pielęgniarski zawierający m.in.: zestaw p/wstrząsowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwa-



rantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016 r. poz. 86).

Ponieważ każdy lek może wywołać niepożądane reakcje, podczas podawania leku należy wnikliwie obserwować pacjenta, a w przypadku wystąpienia nietolerancji, czy nadwrażliwości należy na-

tychmiast zaprzestać podawania i poinformować o tym lekarza oraz w razie konieczności podjąć działania w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Pielęgniarka ma obowiązek również udokumentować realizowane świadczenia. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określa

Rozporządzenie Ministra Zdrowia Z dnia 9 listopada 2015 r. W sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 r. poz. 2065).

*Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego  
Dorota Suchodół*

Lublin, 2018.01.21

## OPINIA W SPRAWIE PODAWANIA LEKÓW WE WSTRZYKNIĘCIACH DOMIĘŚNIOWYCH

Zgodnie z obowiązującymi zasadami wykonywania iniekcji leki podawane w formie iniekcji należy podawać oddzielnie. Realizując zlecenie lekarskie w zakresie podawania leków pielęgniarka ma obowiązek zapoznać się z informacjami producenta leku, zamieszczonymi w ulotce jak również w charakterystyce produktu leczniczego i stosować zalecenia producenta. W zdecydowanej większości leków charakterystyka produktu leczniczego określa interakcje z wybranymi grupami leków, a nie z konkretną postacią leku. W związku z powyższym nie można przewidzieć interakcji właściwości farmakodynamicznych i właściwości farmakokinetycznych wielu leków podanych jednocześnie i skutków zachodzących między nimi interakcji, a w szczególności w przypadku podania ich poprzez wykonanie iniekcji metodą jed-

nego wkłucia. Nie zawsze interakcje zachodzące pomiędzy lekami są widoczne (osad, zmiana konsystencji czy barwy). Ponadto Wykonanie iniekcji z zastosowaniem zmiany kierunku podania kolejnego leku jest złamaniem zasad prawidłowej techniki wykonywania wstrzyknień domięśniowych.

Metoda taka jest metodą nieprawidłową!

Prawidłowa technika wstrzyknień domięśniowych zakłada wkłucie igły pod kątem prostym, a więc każdorazowa zmiana kierunku igły skutkuje zmianą kąta wkłucia i jest techniką niewłaściwą. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 11 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

*Konsultant Wojewódzki w dziedzinie  
Pielęgniarstwa Rodzinnego Dorota Suchodół*

## INFORMACJA O POWOŁANIU NOWEGO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

**1 lutego 2018 roku Minister Zdrowia powołał panią dr n. med. Annę Szczyptę do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.**

Dr n. med. Anna Szczypta posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Aktywnie uczestniczy w przedsięwzięciach dotyczących poszerzania wiedzy fachowej w środowisku pielęgniarek epidemiologicznych, zmierzających do poprawy jakości świadczeń medycznych. W roli wykładowcy bierze udział w szkoleniu specjalizacyjnym oraz na kursach kwalifikacyjnych i

specjalistycznych dla pielęgniarek i lekarzy. Kierownik kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Ponadto jest członkiem kilku towarzystw naukowych, związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych oraz pielęgniarstwem. Przez trzy lata pełniła funkcję redaktora naczelnego kwartalnika „Pielęgniarka epidemiologiczna”. Autorka wielu publikacji o tematyce związanej z tematyką zakażeń szpitalnych.

Od września 2009 r. pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w województwie małopolskim.



## DZIAŁ PRAWNY

### ZMIANY W USTAWIE O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

**Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego weszła w życie 1 stycznia 2018 r. Przyjęte zmiany dotyczą przede wszystkim zwiększenia uprawnień osób kierowanych bez ich zgody do domów pomocy społecznej przez zapewnienie ochrony ich praw procesowych. Sprawdź, o czym musisz pamiętać.**

Do tej pory było tak, że osoba ubezwłasnowolniona nie mogła zakwestionować zasadności umieszczenia jej w domu pomocy społecznej. Zgodnie z przepisami, które obowiązywały do końca grudnia 2017 roku, sąd nie musiał nawet wysłuchać osoby z niepełnosprawnością. Osoba ubezwłasnowolniona, w czasie gdy przebywała w DPS, nie mogła wnioskować o weryfikację, czy nadal jest to zasadne. Nawet, jeśli jej stan zdrowia się poprawił, albo znalazła się osoba, która chciała ją wspierać w funkcjonowaniu w środowisku lokalnym.

Od 1 stycznia to właśnie się zmieniło. Osoba przyjęta do DPS, w tym także ubezwłasnowolniona, może wystąpić do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do DPS (art. 41 ustawy). Również osoba, która nie wyraża zgody na dalsze przebywanie w DPS, może wystąpić do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zniesienie przebywania w nim. W znowelizowanej ustawie wpisano też obowiązek wysłuchania przez sąd osoby

ubezwłasnowolnionej, która ma być przyjęta do szpitala psychiatrycznego lub DPS. Ponadto w celu zapewnienia dodatkowej i pełnej ochrony prawnej osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną osobie przyjętej do DPS lub szpitala psychiatrycznego bez jej zgody sąd „ustanawia” (a nie - jak dotychczas „może ustanowić”) adwokata lub radcę prawnego z urzędu, nawet bez wniesienia wniosku. W przypadku przyjęcia do DPS bez zgody osoby przyjmowanej, a za zgodą przedstawiciela ustawowego, wymagane jest orzeczenie sądu opiekuńczego. Okresowe badania stanu zdrowia psychicznego takich osób przeprowadza się będzie co najmniej raz na 6 miesięcy.

Ważnymi regulacjami znowelizowanej ustawy są zapisy dotyczące Centrów Zdrowia Psychicznego, zgodnie z którymi opieka nad pacjentem ma być wielostronna, zintegrowana i łatwiej dostępna.

Ustawa z 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wprowadza tzw. programy pilotażowe, stwarzając formalną możliwość, że pieniądze nie będą trafiały do świadczeniobiorców - jak obecnie - za usługę - dzień pobytu w szpitalu lub wizytę u lekarza, a za opiekę nad określoną grupą mieszkańców.

Wprowadzono także regulacje o stosowaniu przymusu bezpośredniego, przenosząc je z aktu wykonawczego do ustawy. Doprecyzowano też przepisy ustawy w takim zakresie, w jakim przepisy dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego stosowane są przez podmioty lecznicze inne niż szpitale. Obecnie już nie powinno budzić wątpliwości stosowanie środków przymusu bezpośredniego w szpitalach więziennej. W dotychczasowym stanie prawnym funkcjonariusze służby więziennej mimo, że - jak wskazuje praktyka - często faktycznie uczestniczą w stosowaniu przymusu bezpośredniego, nie byli do tego formalnie umocowani.

Pozytywnie należy też ocenić uregulowanie stosowania monitoringu w pomieszczeniach służących izolacji. Ustawa wzmacnia rolę ministra zdrowia w zakresie koordynacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Obecnie ważnym zadaniem będzie wydanie przez ministra zdrowia rozporządzenia dotyczącego programu pilotażowego. Rzecznik Praw Obywatelskich będzie na bieżąco monitorował realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego a także Programu Pilotażowego.

**Autor: Greta Kanownik, RPO**

<https://serwiszoz.pl/greta-kanownik/zmiany-w-ustawie-o-ochronie-zdrowia-psychicznego-3985.html>

## RZĄD PRZYJĄŁ PROJEKT USTAWY WPROWADZAJĄCEJ E-RECEPTĘ

Projekt nowelizacji ustawy umożliwi wystawienie recepty po zbadaniu pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zaproponowane rozwiązanie wpłynie na rozwój telemedycyny. Aby mogła ona szybciej rozwijać się potrzebna jest możliwość wystawienia recepty bez osobistego kontaktu osoby wystawiającej receptę z pacjentem. Projekt przewiduje także zmiany dotyczące sposobu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Chodzi o możliwość wykorzystania sposobu potwierdzania pochodzenia oraz in-

tegralności danych, dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, tj. narzędzia wytworzonego na potrzeby podpisywania elektronicznych zwolnień lekarskich. Narzędzie to będzie dodatkowym – obok obecnie przewidzianego podpisu kwalifikowalnego oraz profilu zaufanego ePUAP – dopuszczalnym sposobem podpisywania EDM. Zaproponowane rozwiązanie ma istotne znaczenie dla zwiększenia dynamiki procesu przechodzenia na elektroniczne

prowadzenie dokumentacji medycznej.

Zmieniono także przepisy regulujące kwestie związane z wystawianiem, realizacją i kontrolą recept (w tym wystawianych w postaci elektronicznej) oraz dotyczące sprawozdawczości aptek przekazywanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Przepisy te mają istotne znaczenie dla wdrożenia e-recepty.

## WCHODZI W ŻYCIE 24 LISTOPADA:

### NOWY SPOSÓB POSTĘPOWANIA Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

W rozporządzeniu ministra zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. z 2017 r. poz. 1975) doprecyzowano m.in. sposób gromadzenia odpadów medycznych. Odpady medyczne trzeba gromadzić w pojemnikach lub workach w miejscu ich powstawania oraz wstępnie magazynuje, uwzględniając ich właściwości, sposób ich unieszkodliwiania lub odzysku.

Zrezygnowano z wymogu nieprzeznaczystości worków do zbierania odpadów medycznych w miejscach powstawania.

Wprowadzono również zmiany w zakresie oznakowania identyfikującego pojemnik lub worek z odpadami medycznymi. Obecnie należy dodatkowo wskazać również nazwę wytwórcy odpadów medycznych, numer REGON wytwórcy odpadów medycznych, numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z podaniem organu rejestrowego, datę i godzinę otwarcia, czyli rozpoczęcia użytkowania oraz godzinę zamknięcia.

W przypadku wysoce zakaźnych odpadów medycznych pojemnik

trzeba oznaczać dodatkowo znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym oraz poniżej umieszcza się napis „materiał zakaźny dla ludzi”.

Przepisy nowego rozporządzenia rozszerzyły także wymogi względem pomieszczenia oraz przenośnego urządzenia chłodniczego służącego do wstępnego magazynowania odpadów medycznych. Precyzują również wymogi dotyczące utrzymania w czystości miejsc służących do wstępnego magazynowania odpadów medycznych.

## PIELĘGNIARKI: NOWE NORMY ZATRUDNIENIA POWINNY TRAFIĆ DO ROZPORZĄDZENIA KOSZYKOWEGO

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oczekuje od nowego ministra zdrowia rzeczywistego i konstruktywnego dialogu i wdrażania przede wszystkim tych postulatów, które są już możliwe do zrealizowania. Najważniejszy dotyczy nowych norm zatrudnienia pielęgniarek.

Przedstawicielki samorządu pielęgniarek i położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych spotkały się z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim w środę 17 stycznia 2018.

- Było to nasze pierwsze spotkanie z ministrem. Przedstawiłyśmy najważniejsze problemy, związane z rażącym brakiem kadry, brakiem personelu pomocniczego i starzeniem się pielęgniarek (średnia wieku to obecnie 51 lat), mówiliśmy o opracowanej strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa, która zawiera nasze najważniejsze postulaty – mówi Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która brała udział w spotkaniu.

Minister Szumowski przyznał, że zna problemy z brakiem kadry pielęgniarskiej, które są nawet większe niż problemy z kadrą lekarską, i przyznał, że zdarza się, iż nowo wyposażone oddziały nie funkcjonują właśnie z tego powodu.

### *Warto wiedzieć:*

*Samorząd zaproponował wskaźniki, według których powinna być wyliczana liczba pielęgniarek.*

Według przedstawicielek samorządu ważne jest także zachęcania pielęgniarek kończących szkoły do podejmowania pracy w zawodzie, gdyż wiele z nich, z powodu niskich zarobków, odchodzi do innych branż, na przykład do kosmologii.

- Minister powiedział, że postara się załatwić najbardziej palące problemy, także te związane z płacami, zdeklarował, że jest gotowy do rozmów z naszym środowiskiem - mówi Zofia Małas.

Samorząd pielęgniarski oczekuje od Łukasza Szumowskiego przede wszystkim wpisania do rozporządzenia „koszykowego” zmiany sposobu wyliczania minimalnych norm zatrudnienia, które mają zastąpić skomplikowany wzór zawarty w rozporządzeniu z roku 2012.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zaproponowała wskaźniki, według których powinna być wyliczana liczba pielęgniarek. Na oddziałach zachowawczych wskaźnik taki powinien wynosić 0,6; na zabiegowych - 0,7; a na dziecięcych - 0,8 (wskaźnik jest mnożony przez liczbę łóżek).

- Chciałybyśmy, aby decyzja w tej sprawie została podjęta w miarę szybko i aby te zmiany, które można już wdrożyć, były na bieżąco wprowadzane, aby nie były odkładane – dodaje Zofia Małas, która wyraziła także nadzieję, że wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko w dalszym ciągu będzie zajmowała się sprawami pielęgniarek w resorcie zdrowia.

<https://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/zofia-malas-najwazniejsze-sa-normy-zatrudnienia-pegelniarek,118228.html>

## PIELĘGNIARKI MAJĄ PRAWO WYPISAĆ SKIEROWANIE NA BADANIE KRWI I RTG

17 lutego 2018 roku wejdą w życie przepisy, ustalające wykaz leków i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykaz badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawić skierowania. Dotyczy to między innymi badań krwi, RTG klat-

ki piersiowej czy badania mikrobiologicznego.

Przepisy rozporządzenie nie rozszerzają zakresu badań czy listy leków ordynowanych przez pielęgniarki i położne, które uprawnienia takie uzyskały już w roku 2014 na podstawie nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

- Rozporządzenie porządkuje regulacje rozproszone dotychczas w różnych przepisach i zbiera je w jednym dokumencie – wyjaśnia Ewa Janiuk, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki

i położne zawiera leki przeciwwymiotne – Ondansetronum, Aprepitantum i Thiethylperazinum, leki przeciwkazańcze do stosowania miejscowego – Nystatinum i Metronizadolum, ginekologiczne leki przeciwważące – Nystatinum, Natamycinum, Clotrimazololum i Metronidazololum, leki stosowane w niedokrwistości – Adicum Folicum, leki stosowane w chorobach gardła – Phenoxy-methylpenicilinum, leki przeciwważące stosowane w chorobach ucha i zatok – Amoxicilium oraz leki przeciwważące stosowane w chorobach dróg moczowych – Trimethoprim.

Pielęgniarki i położne mogą ordynować w ramach środków spożywczych specjalnego przeznaczenia Hydrolizaty białek mleka w diecie eliminacyjnej mlekozastępczej.

Wykaz wyrobów medycznych, na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty, obejmuje zestawy infuzyjne do osobistej pomocy insulinowej 10 sztuk (wkłucie, łącznik i dren), cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych, cewniki zewnętrzne, cewniki urologiczne,

cewniki jednorazowe urologiczne lub w równowartości ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne, worki do zbiórki moczu z odpływem, worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (cewniki urologiczne, paski mocujące itp.),

*Warto wiedzieć: Tylko pielęgniarki mają prawo do wystawienia skierowania na badanie radiologiczne – zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, a tylko położne – na badanie mikrobiologiczne wydzielin z dróg rodnych.*

worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpierscie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry

wokół stomii, środki absorbcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, wkłady anatomiczne), pończochy kikutowe, majteczki po wyłuszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym oraz peruki.

Pielęgniarki i położne mają także prawo wystawiać skierowania na badania hematologiczne, takie jak morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi – sód, potas, kreatynina, glukoza, hemoglobina glikowana, doustny test tolerancji glukozy, białko C-reaktywne, badanie w kierunku toksoplazmozy, badanie w kierunku różyczki, badanie przeciwciał anti-HCV oraz badania w kierunku kiły.

Skierowanie mogą być także wystawiane przez pielęgniarki i położne na badanie układu krzepnięcia – czas protrombinowy, na badanie moczu (ogólne), na badanie kału, na badanie mikrobiologiczne, na badanie z zakresu serologii grup krwi, a także na badanie EKG w spoczynku i próbę tuberkulinową.

<https://www.zdrowie.abc.com.pl/zmiany-w-prawie/pielęgniarki-maja-prawo-wypisac-skierowanie-na-badanie-krwi-i-rtg.118828.html>

## WAŻNE TERMINY

19 stycznia 2018 w Dzienniku Ustaw pod pozycją 160 ogłoszono tekst jednolity ustawy o działalności leczniczej. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej reguluje kwestie prawne związane z działalnością leczniczą.

*Ustawa określa:*

*zasady wykonywania działalności medycznej; rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą; zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą; normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych (służby zdrowia); zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej.*

Dz.U.2018, poz.123 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Dz.U.2017, poz.2051 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.



## KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

### FAKTY NA TEMAT HIV I AIDS

Anna Migasiuk - Uczestniczka szkolenia z zakresu problematyki HIV/AIDS i narkomanii dla pracowników służby zdrowia, organizowane przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „RES HUMANAЕ”.



AIDS jest to zespół chorobowy, który powstaje w wyniku spadku odporności organizmu. Obejmuje wiele schorzeń zakaźnych i nowotworowych. Rozwijają się one na skutek postępującego uszkodzenia systemu odporności człowieka. Nazwa pochodzi od angielskich słów: Acquired Immune Deficiency Syndrome (zespół nabytego upośledzenia odporności).

Pierwsze przypadki AIDS opisano w 1981r. w Stanach Zjednoczonych u homoseksualnych mężczyzn a następnie u osób obojga płci, przyjmujących dożylnie narkotyki.

Przez wiele lat AIDS kojarzono właśnie z tymi dwoma sposobami zakażeń: homoseksualną i dożylną. Wkrótce okazało się, że zachorowania dotyczą również osób cierpiących na hemofilię a także szerzą się drogą kontaktów seksualnych i z matki na płód.

Kiedy poznano obraz kliniczny AIDS, okazało się że już w latach 60-tych i 70-tych XX wieku, opisywano podobne schorzenia na terenie Afryki Środkowej.

Do połowy lat 80-tych najwięcej przypadków odnotowano w USA, następnie w większości krajów Europy Zachodniej i Azji.

Istnieje prawdopodobieństwo, że HIV-1 lub bardzo podobny wirus, przedostał się do ludzi od małp afrykańskich w trudny do określenia sposób w połowie XX wieku. Zmiany jakie zaszły w samym wirusie, spowodowały że mógł on przenosić się między

ludźmi. Dotychczas wyodrębniono 8 podtypów (genotypów) wirusa HIV-1 i oznaczono je kolejnymi literami alfabetu od A do H. Różnią się one m.in. stopniem „zależności” (np.: genotyp E cechuje znacznie łatwiejsze przenoszenie drogą kontaktów seksualnych oraz wrażliwość na leki antyretrowirusowe). Możliwe jest zakażenie kilkoma podtypami HIV-1.

Przyłączenie wirusa HIV do komórki, wymaga połączenia białek powierzchniowych z błoną komórki „gospodarza”. Do wnikięcia wirusa potrzebne są jeszcze białka tzw. koreceptory. U niektórych osób występują genetycznie uwarunkowane odmiany koreceptorów, które utrudniają HIV zakażenie kolejnych komórek- wówczas zakażenie rozwija się powoli i niektóre osoby mogą nigdy nie zachorować na AIDS. Po wnikięciu HIV do komórki następuje replikacja czyli namnażanie się wirusa. Cały proces od wnikięcia wirusa do wytworzenia wirusów potomnych, trwa kilka-kilkanaście godzin.

Pamiętać należy, że odtwarzanie materiału genetycznego jest związane z naturalnym funkcjonowaniem komórek, ich dzieleniem się. Jeśli komórka jest w stanie spoczynku (nie dzieli się), to wirus będzie nieczynny. Zachowa jednak swoje niszczące właściwości. HIV namnażając się w organizmie gospodarza ulega mutacjom, tak więc u jednego chorego występuje ogromna liczba zróżnicowanych wariantów wirusa. Ma to szczególne znaczenie dla skuteczności leków antyretrowirusowych, gdyż część zmutowanych wirusów jest niewrażliwa na podawane preparaty.

Namnażanie się HIV powoduje śmierć limfocytów CD4+. Nowe komórki pojawiają się znacznie wolniej niż są niszczone i dlatego ustrój niejako „przegrywa” walkę z zakażeniem. Kiedy układ odpornościowy jest już mocno osłabiony, rozwija się AIDS.

Zakażenie HIV może nastąpić na skutek:

- kontaktu seksualnego z osobą zakażoną (dopochwowego, doodbytniczego lub oralnogenitalnego) a także poprzez kontakt z zakażoną krwią. Jest to najczęstszy sposób szerzenia się HIV. Wirus może być przenoszony z każdej zakażonej osoby na jej partnera seksualnego. Współwystępowanie innych chorób przenoszonych drogą płciową, zwiększa ryzyko zakażenia HIV. Szczególnie niebezpieczne są choroby wywołujące owrzodzenie narządów płciowych. Ułatwiają one wnikięcie wirusa do organizmu, ponieważ większa powierzchnia błony śluzowej ma wówczas kontakt z HIV.

- przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, uzyskanych od dawców zakażonych HIV.

- używanie sprzętu do iniekcji oraz innych narzędzi naruszających ciągłość tkanek (np. przy tatuowaniu), z których korzystali zakażeni HIV.

- przeniesienie wirusa z matki na dziecko- może dojść do zakażenia w czasie ciąży, porodu a także podczas karmienia piersią.

**NIE MOŻNA ZARAZIĆ SIĘ HIV przez:**

- kaszel lub kichanie
- ukąszenia owadów
- dotyk lub uściski
- wodę i żywność

- pocałunek
- uścisk dłoni
- kontakty w pracy lub w szkole
- wspólne korzystanie z: łaźni publicznych, toalet, telefonów, basenów, kubków, filiżanek, talerzy i innych przedmiotów codziennego użytku.

### Jak rozwija się zakażenie HIV?

Od momentu zakażenia do rozwoju AIDS mija przeciętnie 10- 12 lat. U niektórych chorych, progresja choroby może być szybsza.

Wyróżniamy następujące etapy:

1. Przedostanie wirusa do krwiobiegu.
2. Inkubacja- trwa 2- 6 tyg.
3. Ostra choroba retrowirusowa – pierwsze objawy kliniczne zakażenia występują u (nawet 80%) chorych i związane są z szybkim namnażaniem się wirusa. W czasie 2 – 6 tyg. po wnikięciu HIV do organizmu, występują objawy podobne do grypy (gorączka, uczucie „rozbitcia”, bóle mięśni, stawów), połączone z powiększeniem węzłów chłonnych, czasem z wysypką na skórze i zmianami na śluzówkach jamy ustnej. Ten zestaw objawów nazywany jest zespołem mononukleozo- podobnym, gdyż przypomina objawy mononukleozy zakaźnej. Sporadycznie występują infekcje układu nerwowego: aseptyczny zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, neuropatie obwodowe. Objawy ostrej choroby retrowirusowej mijają samoistnie. Są na tyle niecharakterystyczne, że rzadko stanowią podstawę rozpoznania zakażenia HIV.
4. Wczesne zakażenie HIV- jest to okres do 6-go miesiąca od chwili zakażenia. W tym czasie ustala się pewien stan równowagi między replikacją wirusa a układem immunologicznym i od tempa namnażania się wirusa i poziomu, na którym ustabilizuje się (czasowo) system odporności, zależy dalszy postęp zakażenia i szybkość progresji.
5. Okres utajenia ( bezobjawowe lub skąpoobjawowe zakażenie HIV). U dorosłych trwa od kilku miesięcy

do kilku lat. U dzieci okres ten jest krótszy.

6. „Objawowe” zakażenie HIV – występują objawy upośledzenia odporności, zawarte w kategorii klinicznej.

7. Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), rozpoznawany jest w chwili wystąpienia jednej z kilkunastu chorób wskaźnikowych.

W zależności od występujących objawów, zakażenie kliniczne dzieli się na 3 kategorie:

**A - ostra choroba retrowirusowa uogólnione powiększenie węzłów chłonnych i bezobjawowy okres zakażenia.**

**B - objawy wynikające z zakażenia HIV lub związane z upośledzeniem odporności komórkowej.**

Można do nich zaliczyć m.in.

- kandydozę śluzówki jamy ustnej
- leukoplakię wołochatą
- półpasiec nawracający
- zmiany dysplastyczne w obrębie szyjki macicy
- małopłytkowość ze skazą krwotoczną (plamica małopłytkowa)

**C – choroby zawarte w definicji AIDS, tzw. choroby „wskaźnikowe”.** Należą do nich zakażenia oportunistyczne, nowotwory oraz zespoły chorobowe z bezpośrednim oddziaływaniem HIV na organizm „gospodarza”.

**Zakażenia oportunistyczne:**

- zakażenia pierwotniakowe m.in.
- toksoplazmoza narządowa (najczęściej mózgu)
- kryptosporydioza- postać jelitowa z biegunką trwającą > 1 miesiąc
- sarkocystoza – postać jelitowa z biegunką trwającą > 1 miesiąc
- \*grzybice m.in.
- pneumocystozowe zapalenie płuc
- kandydoza przełyku, tchawicy, oskrzeli lub płuc
- kryptokokoza pozapłucna ( najczęściej opon mózgowych i mózgu)
- kokcydioidomykoza płucna
- nokardioza
- zakażenia prątkami
- gruźlicy
- inne niż gruźlicze
- zakażenia wirusowe

- cytomegalia narządowa (najczęściej zapalenie siatkówki, przełyku)

- zakażenia HSV (wirusem opryszczki zwykłej) z utrzymującym się > 1 miesiąc zmianami na skórze i/lub błonach śluzowych

- postępująca wieloogniskowa leukoplakia wywołana wirusem JC

- zakażenia bakteryjne nieswoiste
- nawracająca posocznica wywołana przez pałeczki Salmonella
- nawracające zapalenie płuc (co najmniej 2x w roku)

- inne infekcje

Nowotwory:

- chłoniaki niezziarnicze z komórek B lub o nieznanym fenotypie, mięsak immunoblastyczny, chłoniak pierwotny mózgu
- mięsak Kaposiego
- inwazyjny rak szyjki macicy

Inne choroby:

- encefalopatia związana z zakażeniem HIV – inaczej nazywana HIV – demencją
- zespół wyniszczenia wywołany zakażeniem HIV

Większość ludzi żyjących z HIV nie wie, że są zakażeni. Zakażony organizm wytwarza p/ciała anty- HIV w ilościach wykrywanych dostępnymi testami zazwyczaj od 4-6 tyg. do trzech miesięcy od chwili wnikięcia wirusa. Bardzo rzadko p/ciała wykrywa się między 3 a 6 miesiącem, zupełnie wyjątkowo po 6 miesiącach. Ważna jest więc znajomość objawów i schorzeń, których wystąpienie może wskazywać na zakażenie HIV.

Rozwój choroby zależy od typu wirusa, jego zjadliwości oraz sprawności układu immunologicznego osoby zakażonej. Do czynników przyspieszających postęp choroby należy wiek poniżej 5 r.ż. i powyżej 40 r.ż., współwystępowanie innych chorób oraz uwarunkowania genetyczne. Należy wyraźnie podkreślić, że wprowadzenie do terapii zakażenia HIV leków antyretrowirusowych, radykalnie zmieniło naturalny przebieg choroby. Skojarzona terapia antyretrowirusowa pozwala na zahamowanie progresji zakażenia ( na wiele

lat) od objawów upośledzenia odporności.

Testy przesiewowe, stosowane do wykrywania zakażeń HIV, stwierdzają obecność p/ciał anty -HIV, nie zaś samego wirusa. Testy charakteryzują się wysoką czułością, sięgającą 99,5% oraz swoistością, wynoszącą 99,8%. Ze względu na wysoką czułość testów, wynik może czasami wypaść dodatnio, mimo braku p/ciał anty -HIV we krwi. Mówi się wówczas o wyniku fałszywie dodatnim. Dla upewnienia się, że wynik nie jest fałszywy, zawsze wykonuje się tzw. test potwierdzenia ( najczęściej metodą Western Blot), który zapewnia wiarygodność dodatniego wyniku. Testy na obecność p/ciał anty-HIV są rozstrzygające po upływie trzech miesięcy od momentu zakażenia („okienko serologiczne”)

Cele wykonywania testów na obecność p/ciał anty- HIV:

- selekcje dawców krwi i narządów
- nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami HIV
- diagnostyka zakażeń u indywidualnych osób
- zapobieganie zakażeniom odmatczynym poprzez badanie kobiet ciężarnych

Każda osoba poddająca się testowi w kierunku HIV musi udzielić świadomej zgody przed wykonaniem badania. Wyniki testu muszą pozostać absolutnie poufne. Obowiązkiem osoby żyjącej z HIV jest poinformować o zakażeniu swojego partnera seksualnego. Każdego dnia zakaża się HIV ponad 6800 osób, z których:

- ponad 96% żyje w krajach rozwijających się
  - 1200 to dzieci poniżej 15 r.ż.
  - około 5800 to osoby powyżej 15 r.ż.
  - 50% wśród zakażonych to kobiety
  - 40% jest między 15- 24 r. ż.
  - AIDS jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie
- Globalna ocena pandemii HIV/AIDS na koniec 2007r.

Osoby nowo zakażone HIV w 2007r.

- Dorośli 2,1 mln
- Dzieci 420 tys.

Liczba osób żyjących z HIV i AIDS

- Dorośli 30,8 mln (15,4 mln to kobiety)

- Dzieci 2,5 mln

Zgony z powodu AIDS w 2007r.

- Dorośli 1,7 mln
- Dzieci 330 tys.

Od początku pandemii zmarło na świecie z powodu AIDS ponad 25 mln ludzi.

Sytuacja epidemiologiczna HIV i AIDS w różnych regionach świata:

**AFRYKA PODZWROTNIKOWA** – tu żyje najwięcej zakażonych. W 2007r., w tym regionie świata miało miejsce 68% wszystkich zakażeń.

**AZJA** – duża dynamika epidemii. HIV dotarł do Azji później, przede wszystkim poprzez osoby stosujące narkotyki drogą dożylną oraz uprawiające seks w celach zarobkowych i właśnie te drogi dominują aktualnie jako powód szerzenia się zakażeń.

**AMERYKA POŁUDNIOWA I ŚRODKOWA:** na Karaibach AIDS jest główną przyczyną zgonów wśród dorosłych.

**EUROPA WSCHODNIA I AZJA ŚRODKOWA:** drugie epicentrum epidemii. Najbardziej alarmująca jest sytuacja na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej, gdzie szacuje się, że odsetek zakażonych w populacji wynosi 1-2%. Niektóre badania wskazują, że od 2004r. Liczba nowych zakażeń wzrasta o 50% w ciągu roku.

**ŚWIAT UPRZEMYSŁOWIONY:** liczba przypadków AIDS spada. W krajach bogatych, osoby żyjące z HIV, pozostające pod specjalistyczną opieką, mają szansę dożyć do naturalnej śmierci, pracować a jakość ich życia jest zadowalająca.

W poszczególnych krajach Europy Zachodniej i Środkowej, mamy do czynienia ze zróżnicowaną sytuacją epidemiologiczną. W Skandynawii i Polsce dynamika zakażeń nie jest

wysoka. Kraje bałtyckie, głównie Estonia mają wysoką zapadalność na HIV. W Hiszpanii, Włoszech, blisko połowa zakażeń ma nadal związek z iniekcijnym przyjmowaniem narkotyków. W Niemczech przybywa zakażeń u osób homoseksualnych. W Wielkiej Brytanii dużo zakażeń ma związek ze znaczącą liczbą imigrantów z krajów o wysokiej liczbie zakażonych HIV.

W POLSCE, w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, wykrycie pierwszych przypadków zakażeń HIV i zachorowań na AIDS, nastąpiło z kilkuletnim opóźnieniem. Pierwsze zakażenie zarejestrowano w 1985r., a pierwsze zachorowanie na AIDS w rok później. Od początku epidemii do 30.06.2017r. na terenie Polski odnotowano 21 921 osób zakażonych HIV. Wśród tych osób było:

- 6317 zakażonych w związku z używaniem narkotyków dożylnych
- 1686 zakażonych przez kontakt heteroseksualny
- 3245 zakażonych przez kontakt homoseksualny
- 3497 zachorowań na AIDS – 1371 zmarło

#### **GDZIE SZUKAĆ POMOCY?**

**Anonimowe punkty testowania (PK-D) w dużych miastach w całej Polsce.**

**Telefon zaufania 801 888 448 i 22 692 82 26**

**AIDS zielona linia 22 621 33 67**

Na dzień 05.02.2017r. leczeniem antyretrowirusowym objętych było 9632 pacjentów w tym 110 dzieci. W Polsce wirusem HIV zakażają się przede wszystkim ludzie młodzi w wieku 25- 35 lat. W 2016r. wśród nowo zakażonych osób 87% to mężczyźni.



## POŁOŻNA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

W dniach 23-24 stycznia 2018r. w Centrum Konferencyjno - Apartamentowym „Mrówka” w Warszawie odbyła się konferencja szkoleniowa organizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych: ***Położna w systemie ochrony zdrowia***.

Konferencja skierowana była do położnych wiceprzewodniczących, przedstawicieli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych pracujących na rzecz tej grupy zawodowej. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej reprezentowała Wiceprzewodnicząca ORPiP Anna Migasiuk.

Konferencję rozpoczęła Prezes NRPiP Zofia Małas, która omówiła dokument wypracowany przez zespół pracujący przy Ministerstwie Zdrowia - ***Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce***. Dokument ten określa kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów. Minister zdrowia, podejmując decyzje dotyczące organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce – w szczególności w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa, będzie uwzględniał propozycje działań zespołu określone w Strategii, mając na uwadze możliwości i zasoby (m.in. finansowe) budżetu państwa oraz systemu ochrony zdrowia. Strategia będzie jednym z ważnych narzędzi w realizacji polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia w najbliższym czasie. W poruszanych zagadnieniach oma-

wiano między innymi Rozporządzenie o minimalnych normach zatrudnienia i zmianie jej na metodę wskaźnikową, łatwiej wtedy byłoby obliczyć zapotrzebowanie na personel pielęgniarek/położnych. Zauważono też, że rozwiązaniem byłyby świadczenia koszykowe, które zawierałyby ile pielęgniarek/położnych powinno przypadać na łóżko w danym oddziale, inaczej nie można byłoby kontraktować świadczeń medycznych. W następnym wystąpieniu o aktualnościach w aspekcie wykonywania zawodu położnej opowiedziała Pani Anna Widarska Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia o działania prowadzone przez departament między innymi cykl szkoleń: Edukator do spraw laktacji, Edukator do spraw diabetologii. Na stronach ministerstwa dostępne są również szkolenie online dla położnych w zakresie laktacji. W trakcie prac jest nowy standard opieki porodowej. Uczestnicy zwrócili uwagę, że powinna zostać opracowana i zatwierdzona przez MZ, Książeczka Zdrowia Dziecka i Karta Ciąży - jednako- wa dla całego kraju, w której odnotowywane byłyby wizyty edukacyjne wykonywane przez położne oraz inne istotne informacje. Omówiono kwestię tego, aby dodać poradę laktacyjną, jako dodatkowe świadczenie wykonywane przez położną.

O sytuacji zawodowej położnych w Polsce mówiły Pani Wiceprezes NRPiP - Ewa Janiuk i Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologiczno-

Położniczego - Leokadia Jędrzejewska. Z przedstawionych informacji wynika, że średnia wieku pracujących położnych jest wysoka i brak młodszych koleżanek, które nas będą mogły zastąpić w zawodzie. Z danych OECD z 2016 wynika, że wskaźnik pielęgniarek w Polsce na tysiąc mieszkańców to 5,24 podczas gdy średnia w 34 państwach zrzeszonych w OECD wynosi 9,40. Prognozy nie są optymistyczne jest nas coraz mniej, średnia wieku wysoka i tworzy się luka pokoleniowa. Dokładne dane zostały opracowane w Raporcie NRPiP *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych* dostępnym: [http://nipip.pl/wpcontent/uploads/2017/03/Raport\\_druk\\_2017.pdf](http://nipip.pl/wpcontent/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf)

Na koniec pierwszego dnia Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych przedstawiła osiągnięcia PTP w 2017r., któremu spawy rozwoju zawodowego położnych są szczególnie istotne. W poprzednim roku przeprowadzono: Kampania „Mamo, pić!”, w której zachęcano ciężarne do picia nie mniej niż 2 litrów wody dziennie. Podsumowano I edycję konkursu „Położna Przyszłości - Ogólnopolska Olimpiada Wiedzy”.

24 stycznia 2018 r. drugiego dnia konferencji komisja ds. Położnych działająca przy NRPiP przedstawiła wyniki swojej pracy w roku 2017 i plany na rok 2018. Pani Wiceprezes Ewa Janiuk poprosiła o zgłaszanie do NIPiP problemów, z którymi boryka się środowisko położnych. Zgłoszono

problem z jednoosobowymi dyżurami, co skutkuje pozostawieniem swoich obowiązków na jednym odcinku pracy, aby być na innym np. sali porodowej, aby pracować podczas asysty do cięcia cesarskiego, braku pomiaru hałasu na oddziałach intensywnej opieki nad noworodkiem, wpływu pracy z użyciem monitorów na pogorszenie wzroku. Poproszono o rozpoczęcie prac, aby ustalić, które stanowiska w pracy położnej powinny być traktowane, jako praca w warunkach szczególnych, bądź też o szczególnym charakterze.

Następnie przedstawiciel Departamentu Zdrowia Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ przedstawił ocenę dostępności świadczeń zdrowotnych w zakresie programu *Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży*. Niestety wyniki nie są zadowalające większość pań trafia pod opiekę w programie dopiero podczas porodu, nie na wcześniejszym etapie ciąży. Opieka nie jest kompleksowa jak zakładał program, a realizacja celów jest wybiórcza.

*Bezpieczeństwo prawne w pracy położnej* przedstawiła Kin-

ga Rudnik – adwokat. Zwróciła uwagę szczególnie na obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, z której może zwolnić nas tylko sąd. Nie można bez takiego zwolnienia zeznawać ani przed funkcjonariuszem policji ani przed prokuratorem. Omówiła, jakie są najczęstsze błędy popełniane przez nasze koleżanki, błędy zaniedbania, błędy medyczne, błędy organizacyjny i inne.

## **Gratulacje**

*„Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali”.*

*Jan Paweł II*

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku z okazji uzyskania tytułu specjalisty**



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego**

**Grażyna Abramowicz**

**Barbara Dawidziuk**

**Agnieszka Piłat**

**Agnieszka Sarzyńska**

**Alina Huczek**

**Agnieszka Krawczuk-Paprocka**

**Edyta Kubacka**



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego**

**Renata Zarzycka**

życzę wielu sukcesów, wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu, powodzenia w realizacji zamierzonych celów, pomyślności w życiu osobistym i zawodowym

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP

# ZAPROSZENIA NA SZKOLENIA

ZAPRASZAMY **POŁOŻNE I PIELEŃNIARKI**  
DO UDZIAŁU W SPOTKANIU EDUKACYJNYM



**Termin: 26.04.2018r.**

**Godzina: 11.00 – 14.30**

**Tematyka wykładów:**

1. „Neurorozwojowe standardy postępowania z noworodkiem i niemowłkiem w zakresie pielęgnacji”
2. „Rozszerzanie diety zdrowego niemowłcia a możliwość wystąpienia niepożądanych objawów ze strony układu pokarmowego, odpornościowego oraz skóry”

**Zgłoszenia uczestnictwa w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej pod numerem tel.: (0-83) 343 60 83; 83 41 47 628**

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zaprasza na  
Ogólnopolską Konferencję pt. „Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej  
w świadczenia pielęgniarstwa”.**

**Miejsce konferencji: Tower Service, ul. Chałubińskiego 8, Warszawa**

**Termin konferencji: 18 kwietnia 2018 r.**

W centrum uwagi naszej konferencji stawiamy mieszkańca domu pomocy społecznej i jego bezpieczeństwo zdrowotne. Konferencja jest poświęcona powiązanim ze sobą zagadnieniom zapewnienia opieki pielęgniarstwa mieszkańcom DPS, niedoborom kadrowym pielęgniarek i ich problemom zawodowym w zakresie należytego wykonywania zawodu, kompetencji i odpowiedzialności zawodowej w związku z wykonywaniem zawodu w DPS. Mamy nadzieję, że będzie doskonałą okazją do dialogu przedstawicieli władzy publicznej (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, marszałkowie województw, starostowie powiatów, prezydenci miast) i środowiska pielęgniarstwa. Do udziału w konferencji zapraszamy pielęgniarki i położne wykonujące zawód w domach pomocy społecznej, kierowników domów pomocy społecznej, starostów powiatów, marszałków województw, wojewodów, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz wszystkich, którzy są zainteresowani tematyką ujętą w sesjach i panelu dyskusyjnym.

**Koszt konferencji 200 zł**

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

na adres 02-757 Warszawa, ul. Pory 78 lok 10

na rachunek Deutsche Bank **12 1910 1048 2262 0173 0461 0002**

w tytule “Opłata za Konferencję DPS”.

Termin zgłoszenia i opłaty do dnia 30 marca 2018 r.

Warunkiem zakwalifikowania na konferencję jest rejestracja na stronie: <http://nipip.pl/zabezpieczenie-mieszkanow-domow-pomocy-spoecznej-swiadczenia-pielęgniarskie-ogólnopolska-konferencja-18-kwietnia-2018-r-warszawa/> oraz dokonanie opłaty w terminie nie później niż 7 dni od dnia rejestracji.

Zgłoszenie na konferencję oznacza zawarcie umowy sprzedaży i pociąga za sobą obowiązek zapłaty.

Potwierdzenie zakwalifikowania na konferencję prześlemy drogą e-mail.

## 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"

### KARDAMON WŁAŚCIWOŚCI LECZNICZE I ZASTOSOWANIE



**Kardamon** należy do roślin z rodziny imbirowatych. Jej łodygi osiągają wysokość 2 – 3 metrów i to w nich znajdują się na-

siona, wykorzystywane później, jako przyprawy. Dostępne są 2 rodzaje kardamonu – czarny, o dużych, brunatnych owocach i zielony z niewielkimi owocami. W Polsce dostępny jest głównie kardamon zielony. Smak tej przyprawy określić można jako korzenny, z nutą cytrynowo-kamforową oraz niezwykle aromatyczny. Przyprawę tę uważa się za jedną z najstarszych i najdroższych na świecie. Prozdrowotne i lecznicze właściwości kardamonu są niezwykle rozległe. Obecnie w medycynie naturalnej i oczywiście w kuchni wykorzystuje się nie tylko nasiona kardamonu, lecz także **olejek kardamonowy**, otrzymywany z owoców kardamonu.

**Kardamon zawiera wiele cennych witamin i minerałów.**

**Wartości odżywcze kardamonu (w 100 g/1 łyżeczka zmielonej przyprawy, tj. 2 g)**

Wartość energetyczna - 311/6 kcal

Białko ogółem - 10.76/0.22 g

Tłuszcz - 6.70/0.13 g

Węglowodany - 68.47/1.37 g

Błonnik - 28.0/0.6 g

#### Witaminy

Witamina C - 21.0/0.4 mg

Tiamina - 0.198/0.004 mg

Ryboflawina - 0.182/0.004 mg

Niacyna - 1.102/0.022 mg

Witamina B6 - 0.230/0.005 mg

#### Minerały

Wapń - 383/8 mg

Żelazo - 13.97/0.28 mg

Magnez - 229/5 mg

Fosfor - 178/4 mg

Potas - 1119/22 mg

Sód - 18/0 mg

Cynk - 7.47/0.15 mg



#### Kwasy tłuszczowe

nasycone - 0.680/0.014 g

jednonienasycone - 0.870/0.017 g

wielonienasycone - 0.430/0.009 g

Źródło danych: USDA National Nutrient Database for Standard Reference

#### Zastosowanie kardamonu

##### Kardamon na dolegliwości trawienne

Kardamon ma ostry, korzenny, słodki i piekący smak oraz cytrynowo-imbirowy zapach, dzięki czemu pobudza apetyt. W związku z tym polecany jest niejadkom. Poza tym zawarte w kardamonie olejki eteryczne działają rozkurczająco na żołądek i pobudzają wydzielanie soków trawiennych, dlatego powinny po niego sięgać osoby z problemami trawiennymi i nieżytem żołądka. Ponadto kardamon niszczy szkodliwe dla organizmu bakterie *H. pylori*, będące przyczyną powstawania wrzodów. W przypadku dolegliwości żołądkowych można sięgać nie tylko po sproszkowany kardamon, lecz także po olejek kardamonowy, który ma właściwości rozkurczowe i aseptyczne. Wystarczy 4-5 kropli olejku rozpuścić w mleku z miodem (lub tylko w miodzie) i pić 3 razy dziennie.

##### Kardamon na przeziębienie

Kardamon pomaga także w schorzeniach dróg oddechowych, w tym oskrzeli oraz astmy. Kardamon złagodzi kaszel, udrożni zatkany nos, wzmocni odporność. Dlatego w okresie jesienno-zimowych zachorowań warto sięgnąć po herbatę z kardamonem. Wystarczy tradycyjną, czarną herbatę lub zieloną wsypać do dzbanka, dodać do niej kilka zmiędzonych w moździerzu ziarenek kardamonu, zalać gorącą (85 st. C) wodą i odstawić na 5 min do zaparzenia. Można również wykonać inhalację z olejku kardamonowego, która pomoże uporać się zwłaszcza z uporczywym kaszlem.

##### Kardamon w walce z otyłością, cukrzycą i hiperlipidemią

Kardamon jest źródłem melatoniny - hormonu produkowanego przez szyszynkę głównie w nocy, którego głównym zadaniem jest regulacja rytmu dobowego, a przede wszystkim zasypiania. Naukowcy z Uniwersytetu Grenady ustalili, że regularne spożywanie produktów zawierających melatoninę stymuluje powstawanie brunatnej tkanki tłuszczowej, która spala kalorie, zamiast je magazynować. Zdaniem badaczy melatonina

może być cennym narzędziem w walce nie tylko z otyłością, lecz także cukrzycą i hiperlipidemią, tj. podwyższonym stężeniem trójglicerydów oraz cholesterolu LDL.

#### **Kardamon na odchudzanie**

Kardamon zapobiega nadmiernym kilogramom także poprzez pobudzanie wydzielania soków trawiennych. Dzięki temu przyspiesza przemianę materii. Jest stosowany m.in. w diecie 3D chili. Poza tym kardamon pomaga pozbyć się toksyn i produktów ubocznych przemiany materii, dlatego jest zalecany w dietach odchudzająco-oczyszczających.

#### **Kardamon na odświeżenie oddechu**

Kardamon wykazuje działanie antybakteryjne, dzięki czemu odświeża oddech – wystarczy przez chwilę żuć jego ziarenka. Warto wiedzieć, że w ten sposób starożytni Egipcjanie oczyszczali zęby. W hinduskich restauracjach kardamon jest tradycyjnie podawany po posiłku jako odświeżacz oddechu. Warto wiedzieć, że kardamon pomaga też uporać się z czkawką.

#### **Olejek kardamonowy - zastosowanie w kosmetyce**

Olejek kardamonowy znalazł zastosowanie nie tylko w leczeniu dolegliwości ze strony układu pokarmowego i oddechowego, lecz także w kosmetyce. Ze względu na swój odprężający, pobudzający, egzotyczny zapach jest stosowany do produkcji perfum, w aromaterapii (do kominka aromaterapeutycznego należy dodać 3-7 kropli rozcieńczonych wodą) i masażach relaksujących (wystarczy kilka kropli olejku kardamonowego rozcieńczyć z olejkiem do masażu). Olejek kardamonowy jest również składnikiem balsamów i kremów ujędrniająco-wyszczuplających, gdyż uważa się, że przyspiesza przemianę materii i wspomaga spalanie tkanki tłuszczowej. Z kolei dodanie kilka kropli do kąpieli sprawi, że skóra stanie się miękka i gładka.

#### **Kardamon - zastosowanie w kuchni**

Kardamonem można przyprawiać słodkości - pierniki, marcepany, a także sałatki owocowe, słodkie sosy i likiery. Doskonale smakują pomarańcze posypane tą przyprawą. Nadaje świeży smak dyni, marchwi. Kardamon nadaje się także do zup, zwłaszcza grochowej, potraw mięsnych (np. gulaszu wołowego, cielęcego risotto, potrawki z kurczaka, pasztetów) oraz dań rybnych.

#### **Napój z kardamonem i kurkumą**

Ten  **cudowny napój**  jest idealny dla osób cierpiących na  **przewlekłe bóle** , stany zapalne np. artretyzm, zapalenie stawów, reumatyzm, nerwobóle.

Ale nie tylko. Świetnie się sprawdzi przy wszelkiego rodzaju  **infekcjach** , przeziębieniach, grypie, problemach przewodów pokarmowych i wielu innych dolegliwościach.

Poza tym, że skutecznie  **zwalcza ból**  i  **działa przeciwzapalnie**  to podnosi odporność,  **oczyszcza organizm z tok-**

**syn** , pomaga w odchudzaniu przyspieszając metabolizm,  **dodaje energii**  i wigoru.

Ważnym składnikiem jest  **kurkuma**  która ma silne właściwości przeciwzapalne i przeciwbólowe. Herbatka jest wyborna i aromatyczna, w smaku przypomina Chai, można ją używać jako zamiennik kawy lub herbaty.

#### **Składniki na ok. 2 dni kuracji**

2 łyżeczki zmielonego kardamonu

3 łyżeczki kurkumy

1 łyżeczka zmielonych goździków

2 łyżeczki zmielonego cynamonu

1-2 łyżeczki zmielonego imbiru (może być świeży)

1.5 litra wody przefiltrowanej

Miód do smaku

Opcjonalnie odrobinę mleka

#### **Przygotowanie:**

Wszystkie składniki wsypać do rondelka, zalać wodą. Gotować na małym ogniu ok. 10 min.

Przed podaniem przelać przez sitko do filiżanki, można dosłodzić miodem ewentualnie dodać trochę mleka.

#### **Pieczone ziemniaki z kardamonem i cynamonem**

*danie o niezwykłym smaku*

1 kg ziemniaków (Yukon gold lub czerwone)

2 łyżki oliwy z oliwek

2 laski cynamonu

1/3 łyżeczki nasion kardamonu

4 strączki kardamonu

sól, pieprz do smaku

#### **Przygotowanie:**

Rozgrzać piekarnik do 220 stopni. Pokroić ziemniaki w kostkę. Na patelni rozgrzać oliwę z oliwek. Dodać cynamon, nasiona i strąki kardamonu, wymieszać i podgrzewać do czasu aż laski cynamonu się rozwiną, należy uważać aby nie przypalić. Zdjąć patelnię z ognia. Przy pomocy pędzelka posmarować pokrojone ziemniaki gorącą oliwą z przyprawami. Doprawić solą i pieprzem do smaku. Przełożyć do brytfanny i piec ok. 40 min od czasu do czasu otwierać piekarnik i odwracać ziemniaki aby ze wszystkich stron zapiekły się na złoty kolor.

#### **Czekolada na gorąco z kardamonem**

1 szklanka mleka pełnego

½ tabliczki gorzkiej czekolady dobrej jakości

1 nieduża laska cynamonu

Szczypta kardamonu

#### **Przygotowanie:**

Mleko z kardamonem i laską cynamonu podgrzewać na małym do ok. 80 stopni, dorzucić połamaną czekoladę. Podgrzewać cały czas mieszając aż czekolada się rozpuści. Przelać do filiżanek – można udekorować bitą śmietaną i posypać kakao.

## Referaty

### SKUTECZNA KOMUNIKACJA Z PACJENTEM

Dr n. med. Aneta Stanisławek



źródło; <http://www.regiopraca.pl/>

Im więcej czytamy, chodzimy do teatru, rozwijamy własną wrażliwość i sprawność językową, tym lepszymi będziemy pielęgniarkami, położnymi, nauczycielami, pracownikami socjalnymi, lekarzami księżmi. W naszych zawodach umiejętność komunikowania się z drugim człowiekiem jest jedną z kluczowych kwalifikacji.

W dzisiejszym świecie opanowanym przez środki masowego przekazu, obserwujemy coraz większe zainteresowanie społeczeństwa filmami, serialami o tematyce związanej ze zdrowiem, chorobą, opieką i pielęgnacją. Skąd taka popularność, i tak duża liczba odbiorców? A przede wszystkim jaki wpływ na nasze wzajemne relacje pacjent – personel i oczekiwaniu się to przełoży? W jaki sposób wypracować prawidłową relację z chorym?

**Porozumiewanie się** jest powszechną i podstawową formą kontaktów między ludźmi. Naukowcy zajmujący się problematyką komunikacji dowodzą, że w tym zakresie można zdobywać nie tylko wiedzę, ale też skutecznie rozwijać umiejętności. Podkreślają ponadto, że porozumiewanie się między personelem medycznym - pielęgniarką, położną a pacjentem i jego rodziną jest ważnym czynnikiem leczniczym.

**Komunikacja interpersonalna** jest zjawiskiem towarzyszącym nam od początku do końca życia. Stanowi element niezbędny do nawiązywania relacji pomiędzy poszczególnymi ludźmi, a także podstawę funkcjonowania społeczeństwa.

*Ale czy każdy z nas posiada umiejętności niezbędne do komunikowania się w sposób skuteczny?*

Współcześnie, aby zrozumieć zjawisko choroby, należy wziąć pod uwagę jej wieloaspektowość: socjokulturowy wymiar choroby, społeczną rolę „chorego”, chorobę

jako płaszczyznę konfliktu w rodzinie, chorobę jako destrukcję itp. Ważny jest też aspekt psychologiczny, dotyczący m. in. dyskomfortu psychicznego, złego samopoczucia, poczucia godności (a właściwie braku poczucia godności), poczucia bezpieczeństwa itd. oraz aspekt biomedyczny, w którym chorobę można sprowadzić do możliwych do zdiagnozowania zmian patologicznych. Wszystkie wymiary przenikają się wzajemnie i wzajemnie się warunkują.

W socjologii medycyny rola chorego przedstawiana jest jako proces zdarzeń:

1. Poznawanie dolegliwości i objawów.
2. Przyjęcie roli „chorego”.
3. Kontakt ze służbą zdrowia.
4. Przyjęcie roli „pacjenta” .

Osoba chora po rozpoznaniu u siebie dolegliwości i objawów oraz samoocenie swojego stanu zdrowia i samopoczucia, może dalej pełnić role społeczne (z lepszym lub gorszym skutkiem) lub ich zaniechać (istnieje dwojaki sposób definiowania roli społecznej: „po pierwsze: rola społeczna to zespół praw i obowiązków związanych z daną pozycją. Po drugie: jest to schemat zachowania związanego z pozycją, scenariusz pozycji, jej element dynamiczny, zachowaniowy”. Ma zatem do wyboru: nie leczyć się wcale, jeśli objawy oszacuje jako mało dotkliwe, a funkcjonowanie w rolach społecznych możliwe mimo wszystko, może też podjąć samoleczenie (zioła, reklamowane farmaceutyki dostępne bez recepty, rady bliskich i znajomych oraz rady paramedyczne), jeśli w jej przekonaniu kontakt ze służbą zdrowia jest dla niej zagrażający, lub skontaktować się z pracownikiem medycznym, który to kontakt zmienia rolę „chorego” w rolę „pacjenta”. Od momentu przyjęcia roli „chorego” pojawia się potrzeba szukania

pomocy, na co duży wpływ ma otoczenie, rodzina pacjenta, wywierająca nacisk na chorego, aby zachowywał się zgodnie z tą rolą. Czasami chory i otoczenie interpretują jego stan zdrowia jako niewymagający profesjonalnej pomocy i skupiają się na samoleczeniu. Może być też tak, że bliscy i sam chory skłaniają się ku niekonwencjonalnym sposobom leczenia. To przede wszystkim chory i jego otoczenie stawiają pierwszą diagnozę, odpowiadają na pytanie – „Jestem, czy nie jestem chory i na ile jest to stan poważny?”. Kolejny krok to decyzja, czy przyjąć rolę „pacjenta” (wybór placówki medycznej, rodzaj terapii itd.). To, czy chory zechce podjąć się roli „pacjenta”, zależy w dużej mierze od dobrych lub złych doświadczeń z kontaktów z przedstawicielami medycyny, tak w przypadku samego chorego, jak i jego najbliższego otoczenia. Doświadczeń dotyczących nie tylko skuteczności terapii, ale przede wszystkim spełniania oczekiwań, wynikających z kontaktu z pielęgniarką, lekarzem (komunikacji, informacji, szacunku, poczucia bezpieczeństwa). To również rodzina ma wpływ na kontynuację terapii, przestrzeganie zaleceń i silną motywację powrotu do zdrowia u chorego występującego w roli „pacjenta”.

**Komunikowanie się** definiowane jest jako intencjonalna wymiana werbalnych i niewerbalnych znaków (symboli) podejmowana dla poprawy współdziałania lub podzielenia znaczeń między partnerami lub jako proces przekazywania informacji od jednej osoby do drugiej. Komunikacja wśród pracowników wydaje się być podstawą do osiągnięcia sukcesu każdego podmiotu leczniczego. Dzięki niej, pomiędzy pracownikami możliwa jest wymiana informacji, dotyczących najistotniejszych kwestii związanych z funkcjonowaniem placówki. Komunikacja umożliwia rozwiązywanie problemów, wspólne podejmowanie decyzji, przedstawianie swoich idei i pomysłów. Upowszechnia zachowania i postawy, które wspierają rozwój danej organizacji, uświadamiając pracownikom, w jaki sposób mogą zwiększyć efektywność swoich działań. Proces komunikacji pełni wiele funkcji: informacyjną, motywacyjną, kontrolną, regulującą odczucia i emocjonalne napięcia. Warto także wspomnieć o komunikacji pozawerbalnej, która jest ważnym, jednakże mało docenianym rodzajem komunikacji. By potwierdzić jej znaczenie, należy wskazać na jej procentowy udział w przekazie informacji: mimika, kinezjetyka, proksemika i prajęzyk, stanowią aż 55% przekazu, 38% to ton oraz modulacja głosu, natomiast sama treść wypowiedzi stanowi zaledwie 7% przekazu.

*Twoja twarz jest jak otwarta księga.  
Gdy oczy mówią jedno, a usta drugie,  
wówczas doświadczony człowiek polega na mowie oczu.*  
R. Emerson, 1860

**Komunikacja niewerbalna** może nam przekazać więcej informacji, niż same słowa rozmówcy. Zwracajmy uwagę na to, czy zachowanie partnera interakcji wydaje się być zgodne z tym, co mówi. Starajmy się wykorzystywać mowę ciała do wywierania pozytywnego wrażenia: *siedzmy lub stojmy wyprostowani, uśmiechajmy się, akcentujmy najważniejsze informacje za pomocą tonu głosu, dobierajmy optymalną szybkość oraz głośność mówienia.*

Umiejętność dobrego komunikowania się z innymi jest bardzo ważna z perspektywy naszego rozwoju osobistego - pomaga nam na drodze do budowania pozytywnych kontaktów z innymi, unikania konfliktów, a także zwiększania skuteczności stosowanej przez siebie perswazji. Powyższe zasady mogą przynieść poprawę jakości wszystkich wymienionych aspektów.

Jednym z mitów dotyczących komunikacji interpersonalnej jest przekonanie, że to my decydujemy, kiedy ona zachodzi. Tymczasem, czy tego chcemy, czy nie - przez cały czas wysyłamy otoczeniu różnego rodzaju sygnały. Mogą to być chociażby gesty, wyrazy mimiczne lub... milczenie. Nie zakładajmy też, że puszczone w obieg informacja z pewnością zostanie właściwie zrozumiana. To my odpowiadamy za to, czy nasze intencje są jasne dla odbiorcy. Przerzucanie na niego odpowiedzialności za to, co usłyszał, nie ma większego sensu.

Nawet najdłuższy monolog czy wykład nie trafia w próżnię - brak werbalnej reakcji nie oznacza, że nie jest on interakcją. Zawsze warto zwrócić uwagę na kontekst sytuacji, w której się porozumiewamy. Nawet najciekawsza wypowiedź może przegrać pojedynek o uwagę słuchacza z takimi kwestiami jak upał, głód... Bądźmy więc uważni i otwarci na partnerów komunikacji - w ten sposób zwiększymy swoje szanse na to, że odwdzięczą się nam tym samym.

**Kontakt wzrokowy** jest podstawowym warunkiem rozmowy. Gdy czujesz, że źle ci się z kimś rozmawia najczęściej odbija się to na kontakcie wzrokowym. Najłatwiej byłoby powiedzieć, że wystarczy zadbać o dobry kontakt wzrokowy, aby wszystko wróciło do normy. Nie, to nie słabości kontaktu wzrokowego są przyczyną problemów. Kłopoty z kontaktem wzrokowym są najczęściej efektem złego podejścia do rozmowy i osoby z którą rozmawiasz. Na podstawie badań stwierdzono, że podczas rozmowy kontakt wzrokowy utrzymywany jest przez 30–60% czasu jej trwania. Dłuższy kontakt wzrokowy świadczy o tym, że bardziej od tematu rozmowy, rozmówcę interesuje druga osoba. Nawet nieznaczne różnice w sposobie patrzenia mogą wywołać u rozmówców nietypowe reakcje.

**Spojrzenie szczerze** – ludzie mówiący prawdę najczęściej patrzą bezpośrednio w oczy swojemu rozmówcy.  
**Spojrzenie nieszczerze** – poznaje się je najczęściej po stopniu przymknięcia powiek i bocznym położeniu oczu.

**Spojrzenie nieufne** to „uciekanie” wzrokiem od rozmówcy po twarzy lub ciele. Ci, którzy „biegają” wzrokiem po ścianach, suficie, podłodze, często mijają się z prawdą.

**Spojrzenie gniewne** – osoba patrząca „wbija się” w oczy drugiej osoby. Brwi są ściągnięte w dół i do środka.

**Spojrzenie z góry** – dotyczyć może różnicy wzrostu między rozmówcami lub jest wynikiem tego, że jeden z ich siedzi.

Określać może też dystans między nimi. Wyrażać może pychę, dumę, pogardę. Dystans zwiększa się tu przez „wyciąganie się” i przekręcanie głowy w bok.

Psychologowie twierdzą, że w raz ze zmianą nastroju, zmienia się wyraz oczu. Dlatego na podstawie wyrazu oczu można dużo powiedzieć o ich właścicielu.

Interpretować je można w następujący sposób:

- ✓ oczy często **spuszczone w dół** mogą oznaczać nieśmiałość, pracowitość i dobroć,
- ✓ oczy często **wzniesione do góry** – nauczyciel natchniony ideą, pogardzający szarym, codziennym życiem, stroniący od pracy fizycznej,
- ✓ oczy bardzo wąskie o **ostrym, badawczym spojrzeniu** mogą oznaczać zawiść lub nieczułość na niedolę innych.

Unikanie kontaktu wzrokowego wiąże się z **poczuciem skrępowania, wstydu, zażenowaniem czy negatywnym nastawieniem**.

Do unikania spojrzeń często dochodzi gdy jesteśmy zbyt blisko drugiej osoby (np. w windzie). Czujemy się wtedy przytłoczeniu bliskością drugiej osoby i staramy się sztucznie zwiększyć dystans unikając spojrzeń. Łatwo sprawdzić czy to odległość jest przyczyną spadku ilości spojrzeń. Gdy się oddalisz od kogoś, ilość częstość nawiązywania kontaktu wzrokowego wzrasta.

Nie na darmo twarz nazywana jest „zwierciadłem duszy”. Dzięki mimice komunikujemy przeżywane przez nas emocje. Paul Ekman i Wallace Friesen podjęli zakrojone na szeroką skalę badania porównawcze nad zdolnością do wnioskowania o czyimś stanie emocjonalnym na podstawie wyrazu jego twarzy. Przedstawili badanym, pochodzącym z odległych kręgów kulturowych, również z plemion pierwotnych, zdjęcia twarzy wyrażających różne emocje oraz opisy sytuacji, w których mogły one powstać. Zadanie badanych polegało na zestawieniu mimiki z sytuacją. Okazało się, że we wszystkich kręgach kulturowych trafnie rozpoznano sześć wyrazów mimicznych. Były to twarze wyrażające **radość, gniew, zdumienie, strach, wstręt, pogardę**. Określono je jako podstawowe reakcje mimiczne. Dzięki nim możemy przekazać sobie te najważniejsze emocje.

**Język ciała, gestów i zachowań** jest bardzo przydatny w pracy ale również na co dzień podczas rozmów indywidualnych. Komunikacja niewerbalna służy uzupełnieniu mowy oraz pomaga wzmocnić przekazywaną informację.

**W języku ciała można wyróżnić typy ekspresji niewerbalnej:**

- ✓ mimikę (wyraz twarzy),
- ✓ kinezytykę (pozycja ciała, postawa, gesty),
- ✓ proksemikę (odległość od rozmówcy)
- ✓ parajęzyk (głos - wysokość, natężenie).

Aby osiągnąć **zamierzone cele** podczas rozmowy, należy zwrócić szczególną uwagę na odległość od rozmówcy. Przestrzeń narzuca pewne rodzaje zachowań, dlatego na przykład zajmując miejsce przy stole trzeba być świadomym tego, że jego wybór wpłynie na naszą postawę i przebieg rozmowy. Według specjalistów najkorzystniejszą pozycją przy stole jest pozycja "na skos" (przez róg stołu), ponieważ możemy siedzieć blisko swego rozmówcy i swobodnie rozmawiać, jednocześnie oddzielający kawałek blatu sprawia, że można czuć się bezpiecznie i neutralnie. Pozycja ta umożliwi nieograniczony kontakt wzrokowy i pozwala uniknąć podziału terytorialnego powierzchni biurka.

Mówi się, że czasem ludzie tworzą między sobą niewidzialne ściany lub dystans. Zasada ogólna mówi, że im bardziej dwie osoby są sobą zainteresowane, tym bliżej siebie stają.

Jednak istnieje granica określająca na jaką odległość ludzie lubią się do siebie zbliżać, gdy ich stosunki nie są zbyt intymne. Ta „**bańka prywatności**” **rozciga się na odległość ok. 45-60 cm** wokół nich. Im bardziej oficjalne są te stosunki, tym dalej od siebie stają. Mówi się o tzw. publicznej odległości w granicach 1,5 m- 3 m. To, jaka odległość będzie odpowiednia, zależy od tego, kim są partnerzy. Każdy, kto narusza tę umowną granicę, zbliżając się na zbyt małą odległość, wywołuje zwykle silne napięcie,





niepokój i zażenowanie u drugiej osoby.

źródło <http://www.cedego.pl>

**Strefa intymna** ma zasięg 45cm i wyznacza ją dotyk, ciepło oraz zapach ciała. Przeznaczona jest dla bardzo bliskich osób z którymi tworzymy więzi uczuciowe.

**Strefa osobista** ma zasięg 120cm i przeznaczona jest dla przyjaciół i poufanych rozmów – granicę tą wyczuwają oczy i uszy.

**Strefa społeczna** - odległość od 120 do 360 cm, w której pozwalamy znajdować się nieznanym. Jest ona najwłaściwsza dla kontaktów typu przełożony podwładny, pracownik - klient.

**Strefa publiczna** sięga powyżej 360cm, występuje w dużych salach konferencyjnych i zniechęca do dialogu.

**Wycucie dystansu** między rozmówcami ma ogromne znaczenie przy spotkaniach "na stojąco". Nie należy naruszać stref intymnej i osobistej nieznanego osoby, aby nie doszło do przedwczesnego zakończenia rozmowy.

**Wiele o człowieku mówią gesty rąk:**

Przykładowo schowane głęboko w kieszeniach spodni oznaczają, że osoba z którą rozmawiamy nie chce zdradzić swojej reakcji i skrywa własne uczucia.

Splecione na piersi sugerują negatywne nastawienie, a im wyżej są trzymane tym gorszy humor ma nasz rozmówca.

Podpieranie głowy rękami wskazuje na zmęczenie lub znużenie długotrwałą przemową.

Pozycja ciała rozmówcy może nam pomóc odgadnąć jego **nastawienie** do nas.

**Nastawienie pozytywne** to: postawa ciała otwarta, ramiona proste, rozchylone, ciało pochylone lekko do przodu, głowa uniesiona, uśmiech i patrzenie w oczy.

**Nastawienie negatywne** to: ręce w kieszeniach, ramiona skrzyżowane, chwytanie za brodę, ręce ukryte za plecami, wzrok odbiega, stanie bokiem i postawa napięta.

**Stany emocjonalne łatwo wyrażają niektóre gesty.** Przykładowo niezdecydowanie wyraża się w obgryzaniu ołówka, paznokci, czyszczeniu okularów i wierceniu się. Chęć przerwania mówiącemu można odczytać wówczas, gdy rozmówca trzyma palec wskazujący podniesiony do ust, kładzie dłoń na naszym ramieniu lub bawi się jakimś przedmiotem.

**Zdenerwowanie** poznamy po uderzaniu ręki i rękę, przystępowaniu z nogi na nogę lub szybkim oddychaniu.

**Zakończenie rozmowy** mogą sugerować gesty takie jak: prostowanie się, wstawanie, zaglądnienie do dokumentów i niepatrzenie na rozmówcę.

**Zakładanie splecionych rąk za głowę** pokazuje, że osoba wykonująca gest lubi pouczać i wytykać błędy oraz nie stroni od sarkazmu.

Uścisk dłoni i kształt okularów może powiedzieć wiele o charakterze człowieka, a układ nóg o osobowości rozmówcy.

Nawet sposób trzymania papierosa lub filiżanki z herbatą wiele mówi o człowieku, dlatego **warto poznać tajniki**

**komunikacji niewerbalnej**, aby łatwiej rozumieć rozmówcę i siebie.

Mimo, iż przekaz werbalny stanowi zaledwie 7% i w przeciwieństwie do niewerbalnego odbywa się na poziomie świadomym, to nie jest on wolny od błędów.

*Skąd się biorą trudności w komunikacji? Dlaczego tak często mówiąc do siebie nie rozumiemy się nawzajem?*

Istnieje luka komunikacyjna, w której to, co słyszy słuchacz nie odpowiada zamierzonemu przekazowi mówcy, odbiorca rozumie informację inaczej, niż to było zamierzone przez nadawcę. Nie zawsze komunikujemy to, co mamy na myśli. W związku z czym wiele czasu spędzamy na wyjaśnianiu wynikających z tego nieporozumień. Niepowodzenia komunikacji, które biorą się z rozbieżności między tym, co nadawca miał na myśli, a tym, co odbiorca myśli, że nadawca miał na myśli, zwykle nie są spowodowane użyciem słów, form gramatycznych, niesprawnością werbalną. Przyczyną ich są raczej emocjonalne i społeczne źródła szumów.

**Komunikacja jest nieefektywna, gdy słuchacz:**

- jest tak bardzo przejęty tym co chce powiedzieć, że nie zwraca uwagi na to, co mówią inni;
- czeka tylko na to, by wejść w słowo mówiącemu i przedstawić swój punkt widzenia;
- słucha wybiórczo – słyszy tylko to, co chce usłyszeć;
- przerywa mówiącemu i kończy za niego wypowiedź, zniekształcając ją do własnych celów.

Do podstawowych barier komunikacyjnych zaliczyć należy:

**Osądzanie** – polega ono na narzucaniu własnych wartości innym osobom i formułowaniu rozwiązań cudzych problemów. Kiedy osądzamy nie słuchamy tego, co mówią inni, ponieważ zajęci jesteśmy oceną ich wyglądu, tonu głosu i słów, których używają. Ktoś, kto osądza mówi:

- „Czy ty naprawdę nic nie rozumiesz?” (krytyka)
- „To dlatego, że jesteś leniwa!” (obraza)
- „Ciebie w ogóle ten temat nie interesuje.” (orzekanie)
- „Gdybyś się trochę postarał, na pewno wyszło by ci to znacznie lepiej.” (manipulacja)

**Decydowanie za innych** – może ono utrudniać porozumiewanie nawet wtedy, gdy podyktowane jest troską i chęcią pomocy. Decydując za innych uzależniamy ich od siebie i pozbawiamy możliwości samodzielnego podejmowania decyzji. Ktoś, kto decyduje za innych mówi:

- „Będziesz się uczył dwie godziny każdego wieczora.” (rozkazywanie)
- „Jeśli tego nie zrobisz, to dopiero zobaczysz!” (groźba)
- „Powinieneś się lepiej zachowywać.” (moralizowanie)

**Uciekanie od cudzych problemów** – tak, jak w powyższym przykładzie – polega na tym, że nie jeste-

śmy skłonni zajmować się nimi. Nie bierzemy pod uwagę uczuć i zmartwień innych ludzi. Nie chcemy zajmować się ich lękami, obawami i troskami. Ktoś, kto ucieka od cudzych problemów mówi:

- „Najlepiej byłoby, gdybyś...” (radzenie)
- „Jaką dyscyplinę sportu chcesz uprawiać?” (zmiana tematu)
- „Możesz poprawić swoje wyniki tylko poprzez bardziej wyteżoną naukę.” (logiczne argumentowanie – nie ma mowy o uczuciach)
- „Wszystko będzie dobrze.” (pocieszanie)

Niekiedy niepowodzenia w komunikacji spowodowane mogą być również przekazywaniem podwójnego komunikatu – jednego usłyszanego przez ciało, a drugiego – słownego. Wynika z tego niepewność odbiorcy, który na ten niejasny przekaz projektuje swoje własne znaczenie.

#### Jak komunikować skuteczne swoje myśli i uczucia?

**Skuteczna komunikacja** zachodzi między dwiema osobami wtedy, kiedy odbiorca rozumie informację tak, jak nadawca zamierzył. Aby efektywnie komunikować się należy jasno wyjawiać swoje zamiary, poprzez dobieranie właściwych słów. Wynika z tego bezpośredniość i jasność znaczeniowa. Aby podnieść prawdopodobieństwo, że komunikat będzie zrozumiany dokładnie nadawca może:

- zmniejszyć szum, poprzez użycie więcej niż jednego kanału (np. używając obrazów i pisma razem z mówionymi słowami) i powtarzanie informacji więcej niż jeden raz;
- przekazać komunikat całkowity i jasny, razem ze wszystkimi ubocznymi informacjami, których odbiorca może potrzebować, żeby zrozumieć układ odniesienia i punkt widzenia nadawcy;
- przedstawić informację jako swoją własną poprzez użycie zaimków osobowych „Ja” i „Mój” – jest to jasne przyjęcie odpowiedzialności za wyrażane myśli i uczucia;
- zadbać o to, żeby wypowiedzi werbalne, oznaki niewerbalne i zachowanie były ze sobą zgodne.

#### Umiejętność słuchania jest sztuką.

Nie wystarczy słuchać, by usłyszeć. Nie wystarczy usłyszeć aby zrozumieć, co ktoś do nas mówi. Aby być dobrym słuchaczem należy posiadać rozmaite umiejętności.

#### **Rozmówca czuje się słuchany gdy:**

- próbujesz go zrozumieć, nawet wtedy, gdy mówi chaotycznie;
- rozumiesz jego punkt widzenia nawet gdy jest on sprzeczny z Twoimi przekonaniami;
- pozwalasz mu podejmować własne decyzje, nawet gdy uważasz, że są niesłuszne;
- nie rozwiązujesz jego problemów, ale pozwalasz mu zająć się nimi samodzielnie;
- powstrzymujesz swoją chęć udzielania mu dobrych rad;
- nie pocieszasz go, gdy tego od Ciebie nie oczekuje;
- dajesz mu dostatecznie dużo swobody, aby mógł odkryć to, co się naprawdę dzieje;
- utrzymujesz z nim kontakt wzrokowy;
- jesteś skupiony na tym, co do Ciebie mówi;
- delikatnie zachęcasz go do mówienia wyrażając na bieżąco swoje reakcje niewerbalne, np. kiwasz głową, potakujesz: aha, mhm;
- upewniasz się, czy właściwie go zrozumiałeś; ujmujesz swoimi słowami to, co powiedział, sprawdzając czy dobrze usłyszałeś i zrozumiałeś jego intencje;
- zadajesz rzeczowe pytania nawiązujące dobrze do jego wypowiedzi;
- unikasz atmosfery przesłuchania przez ciągłe zadawanie pytań, a zwłaszcza takich, na które można odpowiedzieć tylko: „tak” lub „nie”.

Możliwość komunikowania się sprawia, że realizujemy swoje cele i zadania zawodowe. Co w sposób pozytywny wpływa na kontakty międzyludzkie, pozwala nam uczyć się, rozwijać i czynić postępy. Pamiętajmy, że w komunikacji nie chodzi tylko o mówienie i słuchanie, lecz głównie o rozumienie tego, co zostało powiedziane jak również, tego, co nie zostało powiedziane gdyż

**„Dwa monologi nie czynią dialogu”. (Jeff Daly)**

#### Piśmiennictwo

1. Baranowicz I. Rola społeczna chorego. W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny; Dobek-Ostrowska B. (1999) Podstawy komunikowania społecznego
2. Domachowski W., (1999) *Poza twarzą poza gestem*. Charaktery
3. Grzesiuk L, Trzebińska E(1978): Jak ludzie porozumiewają się? Instytut Wydawniczy „Nasza Księgarnia”
4. Idziak W., (1990) *Biznes, testy i ćwiczenia dla menadżerów*
5. Johson W David (1992): *Podaj dłoń*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości
6. Kozyra B. (2008) Komunikacja bez barier
7. Mayerscough P R, Ford M(2001): Jak rozmawiać z pacjentem. Wydawnictwo psychologiczne
8. Nęcki Z., (1992) *Komunikowanie interpersonalne*. Ossolineum, Wrocław.
9. Piątkowski W. – Choroba jako zjawisko socjologiczne. W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny; oficyna wydawnicza Atut(2002)
10. Scherger JE(2009): Future vision: is family medicine ready for patient-direct care?; Family Practice Management
11. Sobczak – Matysiak J.(1998): *Psychologia kontaktu z klientem*
12. Szacka B.(2008): Wprowadzenie do socjologii; oficyna naukowa s.c.

# SKALA APGAR

*mgr Maria Grzywaczewska*

**Skala Apgar**, jest to skala używana do oceny stanu noworodka zaraz po porodzie. Skalę tę opracowała w 1949 roku prof. Uniwersytetu Columbia, Wirginia Apgar, specjalizująca się w anestezjologii i pediatrii.



Po raz pierwszy zaprezentowana została w 1952 roku na międzynarodowym spotkaniu anestezjologów. Opublikowana rok później na łamach „Current researches in anesthesia&analgesia” weszła do powszechnego zastosowania w wielu krajach, i tak jest do dziś. W ramach tej skali sprawdzane są: czynność serca, kolorystyka skóry, czynność oddechowa, reakcja na bodźce zewnętrzne oraz napięcie mięśni.

Noworodek otrzymuje punkty od 0 do 10. Wysoki wynik skali Apgar nie jest gwarantem idealnego rozwoju dziecka w przyszłości, stanowi jedynie wstępną ocenę stanu zdrowia w momencie narodzin. Stosuję się ją, aby określić, czy noworodek wymaga pomocy medycznej, czy też może bezpiecznie zostać przy mamie.

Zaraz po przecięciu pępowiny łączącej matkę z dzieckiem, noworodek jest badany pod kontem pięciu aspektów zdrowotnych. Za każdy można przyznać od 0 do 2 punktów.

Ocenę należy wykonać

1. Dwukrotnie; w pierwszej i piątej minucie życia u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8-10 pkt Apgar)
2. Czterokrotnie; w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia u noworodków urodzonych w stanie średnim (4-7 pkt Apgar) i ciężkim (0-3 pkt Apgar).

Każdy noworodek urodzony w stanie średnim i złym wymaga szczególnej obserwacji i opieki lekarskiej. Stan dziecka może ulec poprawie z minuty na minutę, więc dlatego badanie jest powtarzane.

Wynik badania w skali Apgar odnotowywany jest w książeczce zdrowia dziecka wraz z innymi informacjami na temat noworodka, takimi jak waga urodzeniowa czy długość ciała w centymetrach.

**Pomimo, iż nazwa skali pochodzi od nazwiska jej twórczyni, znalazłam też nieco inne jej uzasadnienie.**

Badana cecha	0 punktów	1 punkt	2 punkty
Appearance kolor skóry	sinica całego ciała	tułów różowy, sinica części dystalnych kończyn	całe ciało różowe
Pulse czynność serca	niewyczuwalny	poniżej 100 uderzeń/minutę	powyżej 100 uderzeń/minutę
Grimace reakcja na bodźce (wprowadzenie cewnika do nosa)	brak	grymas twarzy	kaszel lub kichanie
Activity napięcie mięśniowe	ogólna wiotkość ciała	napięcie obniżone, zgięte kończyny	napięcie prawidłowe, samodzielne ruchy
Respiration oddychanie	brak oddechu	oddech wolny i nieregularny	głośny płacz

Pierwszym aspektem podlegającym ocenie jest oddech dziecka. Po przybyciu na świat i opuszczeniu łona matki dziecko przeżywa swego rodzaju szok. Otoczenie malucha zmienia się diametralnie. Z porodem kojarzy się zazwyczaj pierwszy krzyk dziecka i to właśnie za niego noworodek otrzymuje 2 pkt. Jeśli dziecko ma problemy z oddychaniem, oddycha powoli, słabo, płytko, nieregularnie – dostaje jeden punkt oraz podjęte są odpowiednie działania medyczne, w zależności od potrzeb: podanie tlenu lub czynności resuscytacyjne. To często pomaga i już po chwili noworodek oddycha normalnie. W trzeciej sytuacji dziecko nie oddycha i otrzymuje wtedy 0 punktów. Wymaga to natychmiastowej reakcji – podania tlenu, zastosowania sztucznego oddychania, intubacji.

Kolejnym ocenianym elementem jest tętno. Jeżeli liczba uderzeń na minutę jest powyżej 100-otrzymuje 2 punkty, tętno poniżej 100 uderzeń (dziecko otrzymuje 1 pkt) i wymaga działania, na przykład masażu serca. Brak tętna ( 0 pkt) wymaga natychmiastowej reakcji w postaci akcji reanimacyjnej. Następnie ocenie podlega kolor skóry. Prawidłowo dotlenione niemowlę ma różową skórę na całym ciele – otrzymuje ono optymalną ilość punktów. Jeśli tułów jest różowy a kończyny sine otrzymuje 1 pkt, może to świadczyć o nieznacznym niedotlenieniu lub o zmęczeniu porodem. Niemowlę sine lub blade na całym ciele otrzymuje 0 punktów. Dzieci po porodzie naturalnym są z reguły bardziej zmęczone, więc ich barwa skóry może być bledsza, niż u noworodków urodzonych przez cięcie cesarskie. Noworodek, który otrzymuje maksymalną liczbę punktów za zabarwienie skóry, zwykle ma również dobre oceny za puls i oddech, gdyż te elementy zdrowotne są ze sobą połączone.

Kolejnym aspektem jest ocena napięcia mięśni. Zdrowy noworodek jest zazwyczaj ruchliwy, mięśnie ma napięte, pozycję ciała w tzw. ułożeniu zgięciowym – czyli tak jak w macicy wszystkie jego kończyny są zgięte w stawach, taki noworodek dosta-

je 2 pkt. Jeśli maluszek jest mniej ruchliwy oraz ma słabe napięcie mięśni, rączki i nóżki są tylko lekko zgięte i porusza nimi leniwie, dostaje ocenę 1 pkt. Jeśli dziecko jest wiotkie, ma wyprostowane kończyny i nie porusza nimi, otrzymuje 0 pkt. Świadczy to o niedotlenieniu lub zaburzeniach neurologicznych.

Próba reakcji na bodźce jest przeprowadzana przez włożenie cewnika do nosa. Jeśli maluch kicha lub kaszle, otrzymuje 2 pkt. Jeśli reakcją jest tylko grymas twarzy, noworodek otrzyma 1 pkt. Jeśli reakcji nie będzie wcale – 0 punktów. Wartości tego parametru mówią nam o stanie dojrzałości układu nerwowego.

Po sprawdzeniu poszczególnych parametrów i nadaniu im ocen, noty sumuje się. Noworodek w każdym badaniu w poszczególnych minutach może dostać od 0 do 10 punktów.

#### **Ocenia się, że:**

10 punktów świadczy o bardzo dobrym stanie noworodka;

9 – 8 punktów świadczy o stanie dobrym, noworodek taki jest zazwyczaj „tylko” zmęczony porodem i w krótkim czasie odzyskuje optymalne noty w obniżonych parametrach;

4 – 7 punktów wskazuje na średni stan noworodka, w zależności od parametrów może być siny, nieregularnie oddychać, jego napięcie mięśniowe może być obniżone;

3 – 0 otrzymuje noworodek wymagający natychmiastowej interwencji lekarskiej, wspomaganie oddychania i pracy serca.

W przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie skala Apgar ma mniejszy stopień wiarygodności. Wcześniaki, często nie do końca przystosowane do samodzielnego życia, mają nieregularny oddech lub ich reaktywność jest słabsza. Dla nich zostały opracowane inne skale oceny rozwoju.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Włodzimierz M. Borkowski- „Opieka pielęgniarska nad noworodkiem” Medycyna Praktyczna S.C. Kraków 2004 r.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012 w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nad kobietą w zakresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.
3. Wikipedia



## Z żałobnej karty



**Jolanta Chajkaluk**  
**1957-2018**

*„Nie umiera ten, Kto trwa w pamięci żywych”*

Ks. Jan Twardowski

30 stycznia 2018r, w wieku 60 lat, odeszła do wieczności nasza Koleżanka **Jolanta Chajkaluk**. Pracowałyśmy razem przez wiele lat.

Jola rozpoczęła pracę w 1978 roku, w Oddziale Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białej Podlaskiej, a od stycznia 1987r. pracowała w Ośrodku Hemodializ w Białej Podlaskiej.

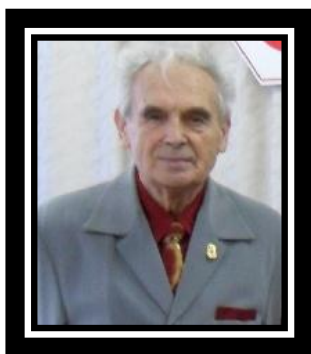
Opieka i pomoc ludziom chorym, cierpiącym była Jej życiową misją – trwała przy nich do ostatnich dni swojej ziemskiej wędrówki.

Była pracownikiem obowiązkowym, sumiennym, cierpliwym, pełnym radości i wewnętrznego spokoju. Kochała podróże, górskie wędrówki, jazdę na rowerze, a nade wszystko kochała dzieci i wnuki.

Jolu, pozostajesz w naszej pamięci jako osoba ciepła, życzliwa, służąca radą i pomocą, obdarowująca dobrym słowem, spokojem, uśmiechem. Zawsze można było na Ciebie liczyć. Byłaś wspaniałą Koleżanką i dobrym człowiekiem.

Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci i w naszych sercach.

Koleżanki z Ośrodka Dializ  
DaVita Clinic Biała Podlaska



**Rudolf Kantor 1932 - 2018**

W wieku 85 lat odszedł Rudolf Kantor.

Rudolf Kantor był pielęgniarzem, pracował w Białej Podlaskiej początkowo w Sanepidzie, potem został nauczycielem.

W latach 1981 – 1992 pracował jako nauczyciel zawodu na kierunku pielęgniarstwo w Medycznym Studium Zawodowym im. Marii Minczewskiej w Białej Podlaskiej.

Był również działaczem Związku Nauczycielstwa Polskiego angażując się w społeczne działania, Prezesem Ogniska ZNP, członkiem Zarządu Okręgu i Oddziału w Białej Podlaskiej a od kilku kadencji przewodniczącym Oddziałowej Sekcji Emerytów i Rencistów.

Śp. Rudolfa Kantora zapamiętamy jako człowieka wielkiej wrażliwości i osobistej kultury, obdarzonego zdolnością zjednywania sobie ludzi, człowieka prawego, pełnego zasad etycznych, spokojnego i opanowanego.

**Spoczywaj w pokoju!**



*„Rozstanie niesie smutek i nadzieję  
na ponowne spotkanie”*

Pielęgniarce Wandzie Wasilewskiej  
Szczere wyrazy współczucia  
**z powodu śmierci TEŚCIA**  
Składają koleżanki i koledzy  
z Wojewódzkiego Szpitala dla  
Nerwowo i Psychiczenie Chorych  
w Suchowoli

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

Pielęgniarce Marioli Kublickiej  
Szczere wyrazy współczucia  
**z powodu śmierci TATY**  
Składają koleżanki i koledzy  
z Wojewódzkiego Szpitala dla  
Nerwowo i Psychiczenie Chorych  
w Suchowoli

*„Rozstanie niesie smutek i nadzieję  
na ponowne spotkanie...”*

Pielęgniarce z opieki długoterminowej  
Małgorzacie Rubaj  
Szczere wyrazy współczucia  
**z powodu śmierci MAMY**  
Składają koleżanki  
z NZOZ PROF-MED w Białej Podlaskiej

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

*W. Szymborska*

Pielęgniarce Marioli Brodeckiej  
Szczere wyrazy współczucia  
**z powodu śmierci MAMY**  
Składają koleżanki i koledzy  
z Wojewódzkiego Szpitala dla  
Nerwowo i Psychiczenie Chorych  
w Suchowoli

*„ Można odejść na zawsze, by stale być blisko”*

**Pielęgniarce Marii Nazaruk**  
Szczere wyrazy współczucia  
**z powodu śmierci MĘŻA**  
Składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

"A przecież nie cały umieram,  
to co we mnie niezniszczalne trwa!  
Teraz stoję twarzą w twarz  
z Tym, który jest..."

Jan Paweł II Tryptyk Rzymski