

BIULETYN

KOMITET REDAKCYJNY

Przewodnicząca:
Maria Pałeczka

Sekretarz:
Barbara Szabunia

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

tel. 74 842-33-25

ADRES REDAKCJI:
58-300 Wałbrzych, ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)

e-mail: oiipwch@webmedia.pl

DRUKARNIA "BT"
58-300 Wałbrzych, ul. Przebieg 5a
tel. 74 842-20-55
e-mail: btdrukarnia@gmail.com



SPIS TREŚCI

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI.....	4-15
OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH	16
ORGANY I KOMISJE OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH	17-19
STANOWISKA	20-22, 49-52
APEL	23-25
SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI	26-48



Szanowne Koleżanki i Koledzy

VI kadencja- weszliśmy w dwudziesty pierwszy rok istnienia samorządu pielęgniarek i położnych. Tak wiele się wydarzyło i zmieniło, ale jeszcze wiele przed nami.

Za nami wybory – dziękuję bardzo za zaufanie, narzuca to na mnie obowiązek ciągłych zmagania w rozwiązywaniu wielu problemów. Tylko wspólne działania, wsparcie i ciągły dialog prowadzą do znalezienia dobrych rozwiązań. Nasza praca opiera się na ustawach, które porządkują i określają zasady i kompetencje pielęgniarek i położnych, ale niestety nie do końca spełniają nasze oczekiwania. Ciągłe bardzo różni nasze środowisko brak zapisu prawnego dotyczącego systematycznego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, które zdecydowanie nasilają się w aspekcie tak dużych różnic wynikających z umów cywilno- prawnych. Nie przestrzegane są zapisy normowania pracy pielęgniarek i położnych – nie ma sankcji za nieprzestrzeganie rozporządzenia o normach zatrudnienia. To tylko nieliczne z wielu spraw , nad którymi należy się pochylić i dążyć do ich rozwiązania. Przekonana jestem, że podjęcie wspólnych działań i poszukiwanie możliwości wspólnych rozwiązań – spotkania, rozmowy, konsolidacja środowiska a nie podziały dają nam szansę na lepsze „jutro” .

Przed nami kolejne cztery lata ciężkiej pracy – bardzo wierzę, że nowo wybranym Członkom Rady, Organom- Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowemu Sądowi oraz Przewodniczącym i Członkom komisji i zespołów problemowych nie zabraknie siły i determinacji w pracy, która zaowocuje zmianom na lepsze.

Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia – Wszystkim Pielęgniarkom i Położnym życzę wiele radości i serdeczności, miłych chwil spędzonych w gronie Najbliższych, Nadchodzący Nowy Rok- 2012 niech spełni marzenia, nadzieje i oczekiwania

W imieniu własnym i Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca - Maria Pałeczka





SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI

W dniu 28 października 2011 r. w Hotelu Piast Roman w Świdnicy odbył się XXVI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy. Przyjęto kadencyjne sprawozdania Przewodniczących organów z działalności w latach 2007-2011. Wybrano Przewodniczących organów oraz składy osobowe okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu oraz zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Poniżej przedstawiam sprawozdania oraz składy osobowe nowo wybranych organów.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU V KADENCJI W LATACH 2007-2011.

Szanowni Delegaci,

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu składam kadencyjne sprawozdanie z działalności okręgowej rady.

Okręgowa rada została wybrana 26 października 2007 r. podczas obrad zjazdu sprawozdawczo-wyborczego, w składzie 25 osobowym. Działa na podstawie art. 24 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie Pielęgniarek i Położnych (Dz. U. Nr 91, poz. 178 z póź. zmianami). Pracami rady kierowała Przewodnicząca Barbara Szabunia, wybrana w odrębnych wyborach podczas tego samego zjazdu.

W trakcie pierwszego posiedzenia okręgowej rady wybrano skład Prezydium:

1. Barbara Szabunia- Przewodnicząca ORPiP
2. Anna Sorota (Bieżyńska) - wiceprzewodnicząca
3. Małgorzata Janiak - wiceprzewodnicząca
4. Anna Napiórkowska - wiceprzewodnicząca położna
5. Maria Pałeczka - sekretarz
6. Stefania Kowalczyk - skarbnik
7. Krystyna Nitkiewicz - członek
8. Barbara Dziadosz - członek.

W czasie trwania kadencji okręgowa rada zebrała się 16 razy i podjęła 511 uchwał. Prezydium rady spotkało się 38 razy i podjęło 1117 uchwał.

Odbyły się cztery okręgowe zjazdy, podczas których zatwierdzano sprawozdania z wykonania budżetu izby, planowano budżet na rok bieżący, podejmowano stanowiska, apele, wnioski i rezolucje. Była to bardzo trudna kadencja, trwały prace legislacyjne nad nowelizacją ustaw istotnych dla wykonywania zawodów: Ustawy o działalności leczniczej (zmieniającej Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej), Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych i Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Żadna z uchwalonych ustaw nie spełnia oczekiwań środowiska. Ustawa o działalności leczniczej wprowadza możliwość

pracy na umowy cywilnoprawne (kontrakty), co już jest wykorzystywane przez niektórych pracodawców, proponujących kontrakty zamiast umowy o pracę. W ustawie tej są zapisy pozwalające na przekształcenie SP ZOZ-ów w spółki prawa handlowego a w dalszej kolejności prywatyzację szpitali lub poszczególnych jego części. V Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych obradujący w dniach 3-5 grudnia 2007 r. Uchwałą Nr 11 przyjął priorytetowe zadania samorządu na piątą kadencję. Najważniejsze z założeń:

- * zabiegać o wprowadzenie i wdrożenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego,
- * zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego w pracach administracji rządowej i samorządowej na wszystkich poziomach, mając na celu podejmowanie decyzji dotyczących ustalania warunków wykonywania zawodów,
- * domagać się wdrożenia tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- * dążyć do wzmocnienia samodzielności i autonomii zawodowej,
- * domagać się wzrostu nakładów środków publicznych na ochronę zdrowia, zapewniających bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów,
- * domagać się poprawy sytuacji ekonomicznej pielęgniarek i położnych,
- * czynić starania dla stworzenia korzystnych regulacji podatkowych dla pielęgniarek, położnych- możliwość odliczania od podatku kosztów kształcenia podyplomowego oraz składek członkowskich,
- * doprowadzić do pilnej nowelizacji aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarstwa, położnej, tak by praca była wykonywana w takich samych warunkach jak w krajach UE,
- * upowszechniać znajomość i praktyczne stosowanie zasad Kodeksu Etyki Zawodowej,
- * dążyć do zapewnienia każdej pielęgnowanej, położnej warunków do doskonalenia zawodowego,
- * wspierać merytorycznie i finansowo pielęgniarki położne uczestniczące w różnych formach doskonalenia zawodowego,
- * bronić samorządności zawodowej i dobrego imienia pielęgniarek i położnych,
- * działać na rzecz instytucji samopomocowych, udzielać pomocy w trudnych sytuacjach losowych,
- * interweniować w sprawach pracowniczo-zawodowych,
- * współpracować z organizacjami i stowarzyszeniami zawodowymi w kraju i zagranicą.

Uchwała programowa Krajowego Zjazdu stanowi zawsze podstawę do działania izb okręgowych. Ile z tych założeń udało się zrealizować? Czy można było więcej? Szanowni Delegaci, można było lepiej, więcej, ale nawet w naszej izbie (radzie) były osoby, które nie przekazywały informacji, blokowały informacje jak choćby przy zbieraniu podpisów przeciwko ustawie leczniczej, gdzie z jednego z największych zakładów nie wpłynęły podpisy, bo Panie się „obrzyły” na izbę.

Tak jak w poprzedniej kadencji rada postawiła na wzmocnienie pozycji pielęgniarki, położnej poprzez umożliwienie podnoszenia kwalifikacji, zdobywanie nowych kompetencji, podnoszenie poziomu wykształcenia. Rada wskazywała priorytety kształcenia w dziedzinach specjalizacji pielęgniarstwa i jak poprzednio dzięki współpracy z ośrodkami kształcenia podyplomowego ogromna rzesza skorzystała z bezpłatnych lub dofinansowanych form kształcenia podyplomowego.

Inną formą podnoszenia kwalifikacji, zdobywania wiedzy i wymiany doświadczeń preferowaną przez naszą radę było finansowanie w 100% kosztów udziału w konferencjach naukowych. 2354 pielęgniarek i położnych skorzystało z pomocy ze strony izby oraz ze środków UE w ośrodkach kształcenia podyplomowego.



Łączna kwota refundacji i finansowania kształcenia to 5.272,592,23 PLN, w tym:

- * refundacja izby dla 1456 osób na kwotę 520,565,50,
- * w Ośrodku Mediator z różnych form, w różnych dziedzinach skorzystało 828 pielęgniarek i położnych, na łączną kwotę 4.589,640,73 PLN
- * w ośrodku Omnibus 70 pielęgniarek na kwotę 162.384.00 PLN.

Jednym z ustawnych zadań samorządu jest pomoc finansowa w trudnych sytuacjach- udzielono zapomóg 73 osobom na kwotę 55.500,00 PLN.

Jak wspominałam wyżej był to czas nowelizacji wielu aktów prawnych istotnych dla naszego środowiska.

Z przykrością stwierdzam, że Komisja Prawa i Legislacji zupełnie nie wywiązała się ze swojego zadania. Najczęściej jej członkowie nie mieli uwag, albo w ogóle nie opiniowali aktów. W tej sytuacji cały ciężar opiniowania w imieniu naszej izby spadał na moje barki, co też czyniałam.

Kolejne okręgowe zjazdy wносиły o nowelizację Rozporządzenia MZ w sprawie rodzaju i zakresu czynności, które może wykonywać samodzielnie pielęgniarka, położna, ale jak do tej pory bezskutecznie. Jak wielokrotnie wykazywaliśmy we wnioskach, pielęgniarki, położne legitymujące się wyższym wykształceniem zawodowym i/lub magisterskim aby móc wykonywać zawód zmuszane są do ukończenia niezliczonych kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych. Uważam, że powinno to spowodować podjęcie wniosku przez nasz zjazd do Krajowego Zjazdu o pilną weryfikację programów kształcenia przeddyplomowego, oraz doprowadzić do tego by obowiązek kształcenia ustawicznego finansowany był z budżetu państwa lub przez pracodawców.

Okręgowa rada na bieżąco zajmowała się działalnością ustawową:

- *dokonywała stwierdzenia, wymiany prawa wykonywania zawodu i wpisu oraz skreśleń z listy izby,
- *dokonywała wpisów i skreśleń z rejestrów indywidualnych, specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych,
- *prowadziła rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe,
- *zatwierdzała wnioski na refundację kosztów kształcenia,
- *wydawała Biuletyn Informacyjny
- *przyznawała zapomogi losowe,
- *organizowała szkolenia z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek, położnych.

Okręgowa rada bacznie śledziła wszelkie ruchy polityczne, legislacyjne, w porę reagując np. na próbę zmiany obszaru działania i liczby izb okręgowych. Obserwujemy i zwracaliśmy uwagę na zmniejszającą się liczbę absolwentów szkół pielęgniarskich, na migrację zarobkową, na fakt, że średni wiek pracujących pielęgniarek i położnych wynosi grubo ponad 40 lat. Mając to na uwadze wnioskowaliśmy o uregulowania prawne odnośnie norm zatrudnienia, nie minimalnych ale optymalnych. Wprawdzie w nowej ustawie o działalności leczniczej jest o tym mowa, ale tylko w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Obserwujemy bardzo niebezpieczne zjawisko z punktu odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej pielęgniarek i położnych ale także bezpieczeństwa pacjentów, pracy nawet po 300 godzin miesięcznie. Takim praktykom mówimy stanowczo-nie!

Nie ma zgody z naszej strony zastępowania pielęgniarek opiekunkami medycznymi. Do pomocy tak, ale nie zamiast.

Członkowie okręgowej rady przewodniczyli i uczestniczyli w postępowaniach konkursowych na kierownicze stanowiska w zakładach opieki zdrowotnej. Z obserwacji

wynika, że pomimo coraz większej liczby osób spełniających wymogi wykształcenia, w niektórych zakładach brak chętnych do pełnienia kierowniczych funkcji. Wniosek jest jeden- niedocenianie przez kierownictwo zakładu kadry kierowniczej, na co składa się brak delegowania uprawnień do zarządzania personelem, niskie w porównaniu z pielęgniarkami zmianowymi zarobki.

Z różnym zaangażowaniem i efektami pracowały komisje i zespoły. Dobrze oceniam pracę Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, która przeprowadzała rozmowy kwalifikacyjne osób przeszkolonych po przerwie w wykonywaniu zawodu, zespołu ds. standardów zawodowych ,który opracował słowniczek diagnoz pielęgniarskich, pracę członków zespołu ds. kontroli indywidualnych praktyk, którzy wizytowali pomieszczenia przed wydaniem zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz zespołu ds. kontroli podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe. Powołany z potrzeby chwili zespół ds. pielęgniarek pracujących w DPS-ach został w 2009 roku uchwałą rady rozwiązany na wniosek członków tego zespołu.

Szanowni Delegaci,

przed samorządem trudna kadencja. Nieuniknione są zmiany systemowe w ochronie zdrowia. Wiele szpitali na pewno przekształci się w spółki a następnie sprywatyzuje. Zmiana formy pracy –z umowy o pracę na kontrakty spowoduje marginalizację roli związków zawodowych, wzrośnie rola samorządu zawodowego. Dlatego tutaj, dziś musimy wybrać osoby, które mają moralny kręgosłup, wiedzę prawną i samorządową, są dyspozycyjne i cieszą się autorytetem środowiska. Wobec rosnącej świadomości pacjentów z ich praw będzie rosła liczba skarg i postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Dlatego też wybierzmy rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców oraz skład sądu spośród osób, które już pracowały w tych organach, posiadają wiedzę prawniczą, zawodową i obdarzone są zaufaniem koleżanek i kolegów. Szanowni Państwo Delegaci,

dziękując za uwagę proszę o przyjęcie sprawozdania i udzielenie absolutorium ustępującej okręgowej radzie , której miałam zaszczyt i przyjemność przewodniczyć.

Przewodnicząca ORPiP
Barbara Szabunia



Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu w okresie V kadencji samorządu pielęgniarek i położnych w latach 2007 - 2011

Okręgowy Zjazd, który obradował 2007 roku dokonał wyboru Okręgowej Komisji Rewizyjnej, która zgodnie z zapisem ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. (Dz. U. Nr 41, poz 178 z póź zmianami) jest niezależnym organem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Przewodniczącą Okręgowej Komisji Rewizyjnej została wybrana Małgorzata Hrycak
W skład komisji powołano następujące osoby:

1. Alicja Ciszynska
2. Monika Stanicka
3. Mariola Poddębniak
4. Małgorzata Jancewicz-Górniak
5. Ewa Zalewska

W regulaminowym terminie od powołania, komisja ukonstytuowała się, wybrano vice-przewodniczącą – Alicję Ciszynską, sekretarza – Monikę Stanicką.

Komisja na swoim pierwszym posiedzeniu przyjęła ramowy program działania na okres kadencji, natomiast corocznie opracowywała szczegółowy plan pracy.

W trakcie V kadencji Okręgowa Komisja Rewizyjna przeprowadziła 12 kontroli kompleksowych, 8 kontroli cząstkowych oraz odbyła 12 posiedzeń.

W trakcie 4 letniej działalności (czyli w latach 2007-IV kwartał 2011) OKR przeprowadziła kontrolę w zakresie przedmiotowym:

Gospodarka finansowa

- realizacja przyjętego planu finansowego
- spływ składek członkowskich
- kontrola prawidłowości działalności kasy oraz przestrzeganie instrukcji kasowej i pogotowia kasowego
- prawidłowość w zawieraniu umów- zleceń
- prawidłowość prowadzenia druków ścisłego zarachowania
- prowadzenie dokumentacji finansowo-księgowej
- ocena wydatków na wynagrodzenia dla pracowników OIPiP
- kontrola kosztów działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
- zestawienie rocznych przychodów i kosztów OIPiP
- rozliczenie kosztów posiedzeń ORPiP oraz posiedzeń Prezydium ORPiP
- rozliczanie delegacji służbowych
- ocena stanu rachunku bankowego i lokat terminowych.

Zakres przedmiotowy kontroli

I Działalność merytoryczna

- analiza realizacji podjętych uchwał ORPiP oraz Prezydium ORPiP
- obecność na posiedzeniach ORPiP
- obecność na posiedzeniach Prezydium ORPiP
- ocena pracy działu sekretarza

- prowadzenie akt osobowych pracowników zatrudnionych w OIPiP w Wałbrzychu
- terminowość odpowiadania na pisma przez Dział sekretarza
- ocena obecności członków na posiedzeniach komisji i zespołów
- kontrola list obecności

II Ustalenia kontrolne w Dziale Skarbnika i Księgowości

- ewidencja finansowo- księgową prowadzona jest na bieżąco, zgodnie z planem kont i ustawą o rachunkowości,
- instrukcja obiegu dokumentów finansowo- księgowych jest przestrzegana
- ewidencja druków ścisłego zarachowania prowadzona prawidłowo
- kasa prowadzona zgodnie z instrukcją, pogotowie kasowe przestrzegane
- rozliczanie zaliczek terminowe i wydawanie gotówki zgodnie z przeznaczeniem
- prawidłowa ewidencja rozchodu znaczków pocztowych

III Ustalenia kontrolne w Dziale świadczeń Profesjonalnych

2. Ilość posiedzeń OKR – 4

3. Ilość przeprowadzonych kontroli w ciągu roku

- a) kompleksowych - 3
- b) cząstkowych - 1

4. Frekwencja członków komisji procentowa:

- w posiedzeniach 91,6%
- w kontrolach 92%

5. Zakres przedmiotowy kontroli:

- a) działalność finansowa – kontrola dokumentów bankowych, ich zatwierdzanie, obieg i księgowanie, działalność kasy, kontrola spływu składek członkowskich, kontrola prowadzenia druków ścisłego zarachowania, rozliczania delegacji służbowych, zaliczek, ocena stanu rachunku bankowego.
- b) działalność merytoryczna – kontrola realizacji podjętych uchwał zjazdowych, Prezydium i Okręgowej Rady, ocena pracy i obecności na posiedzeniach ORPiP, Prezydium oraz komisjach i zespołach problemowych. Ocena pracy działu sekretariatu, list obecności pracowników zatrudnionych w OIPiP i pracujących z wyboru.

6. OKR przedstawiła następujące wnioski i zalecenia pokontrolne:

- a) o podjęcie uchwały, skreślenia ze składu komisji członka komisji lub zespołu problemowego, w przypadku trzykrotnej nieusprawiedliwionej nieobecności na posiedzeniu.
- b) zobowiązywała do dołączania do protokołu przez komisje czy zespoły problemowe wniosków czy uchwały w formie osobnego załącznika z uzasadnieniem.
- c) zalecała pracę komisji i zespołów problemowych na podstawie opracowanych przez nie planów pracy
- d) OKR wniosowała o dokładne wypełnianie wniosków o refundację kosztów kształcenia.



7. Wnioski i zalecenia pokontrolne zrealizowano na bieżąco.

8. Przewodnicząca bierze udział w posiedzeniach :

- a) Prezydium Okręgowej Rady - 100%
- b) Okręgowej Rady - 90%

Przewodnicząca OKR
Małgorzata Hrycak

**SPRAWOZDANIE
OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W V KADENCJI W LATACH X 2007-X 2011**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Wałbrzychu działa na podstawie Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. (Dz. U. Nr 41 póź. 178) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych z dnia 19 stycznia 1993 r. (Dz. U. Nr.9 poz. 45).

W sprawach nie unormowanych wymienionymi przepisami stosuje się odpowiednie przepisy prawa karnego oraz regulaminu działalności okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców, który określa tryb wewnętrznego urzędowania organu rzecznika.

Powołany na XXI Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych 26 października 2007 r. organ Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych pracuje w następującym składzie:

- Barbara Konefał - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
- Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:
 - * Marzanna Auguścińska
 - * Anna Wachowiak-Bobkiewicz
 - * Irena Wydrzyńska
 - * Renata Ursaki
 - * Beata Tereszko

Do zadań Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej należy:

- prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku nie przestrzegania zasad etyki zawodowej pielęgniarek i położnych oraz naruszenia przepisów dotyczących wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne OIPiP,
- sprawowanie funkcji oskarżyciela przed Okręgowym Sądem Pielęgniarek i Położnych, prowadzenie działalności prewencyjnej z zakresu odpowiedzialności zawodowej, przestrzegania zasad kodeksu etyki zawodowej i obowiązujących aktów prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej,
- składanie Okręgowemu Zjazdowi rocznego i kadencyjnego sprawozdania z działalności.

W ciągu 4 lat kadencji do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych wpłynęło 20 spraw:

od listopada 2007 r. - 2008 r. - 5 spraw,

2009 r. - 5 spraw,

2010 r. - 8 spraw,

2011 r. - 2 sprawy.

Z w/w spraw z 2008 r. 2 rozpatrywane sprawy przeszły do dalszego rozpatrywania na 2009 r., z 2010 r. 3 rozpatrywane sprawy przeszły na rok 2011.

Wydano:

- 6 postanowień o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego,
- 12 postanowień o wszczęciu postępowania wyjaśniającego z zakresu odpowiedzialności



zawodowej i etyki zawodowej pielęgniarki i położnej z czego:

- 7 postępowań wyjaśniających zakończyło się wydaniem postępowania o umorzeniu postępowania wyjaśniającego,
 - 2 postępowania wyjaśniające zakończyły się skierowaniem wniosku o ukaranie pielęgniarek do Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu,
 - 2 postępowania wyjaśniające zostały przekazane do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie dla zachowania pełnego obiektywizmu i dobra sprawy,
 - 1 postępowanie jest w trakcie prowadzenia czynności wyjaśniających.
- 2 skargi zostały przekazane do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie celem rozpatrzenia przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z innej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Sprawy, które były rozpatrywane dotyczyły:

- nieetycznego zachowania pielęgniarek - nękanie, grożenie przez telefon komórkowy, Internet, wysyłane sms-y,
- fałszowanie dokumentów,
- nieudzielenie pomocy poszkodowanemu na ulicy,
- nieetyczne zachowanie pielęgniarki - sugerowanie rodzinie kupna prezentu dla lekarza,
- nieprzestrzeganie praw pacjenta - brak poszanowania godności osobistej i pacjenta, rewizja osobista pacjentów przez pielęgniarki,
- nieprawidłowości w wykonywaniu zawodu przez pielęgniarkę - zaszczepienie ponowne noworodka,
- nieprawidłowości w wykonywaniu czynności zawodowych pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych, DPS,
- uszkodzenie nerwu skórniego bocznego przedramienia w trakcie wkłucia dożylnego,
- odmowa podania leków pacjentowi - brak określonej przez lekarza dawki leku do podania,.
- nieetyczne zachowanie kadry kierowniczej pielęgniarskiej wobec pielęgniarek,
- nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej, brak dokumentacji pielęgniarskiej,
- nieprawidłowości w wykonywaniu czynności zawodowych pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych.

W ramach działalności prewencyjnej prowadzone były szkolenia, konferencje dla pielęgniarek, położnych w zakresie przestrzegania kodeksu etyki zawodowej, odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz aktów prawnych.

W 2008 r. przeprowadzona została wizytacja biura ORZOZ przez Z-ców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie - dr n. med. Grażynę Pawelczyk-Rogałą i Pawła Orzechowskiego.

Przedmiotem wizytacji było:

- funkcjonowanie biura ORZOZ,
- zapewnienie obsługi kancelaryjnej i pomocy prawnej,
- prowadzenie dokumentacji,

- ilość i rodzaj rozpatrywanych spraw,
- działalność prewencyjna.

Nie stwierdzono uchybień w pracy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, postępowania wyjaśniające prowadzone były zgodnie z wymogami proceduralnymi.

Zgodnie z realizacją uchwały N.13 V Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Warszawie prowadzone były jeden raz w roku szkolenia dla Okręgowego Rzecznika i jego Zastępów przez Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - dr. n med. Grażynę Pawelczyk-Rogałę.

Celem szkolenia było:

- przygotowanie rzeczników odpowiedzialności zawodowej do prowadzenia postępowań wyjaśniających,
- analiza dokumentacji aktów prawnych,
- ustalanie zasad postępowania oraz prowadzenie dokumentacji,
- działalność prewencyjna.

Z-cy ORZOZ uczestniczyli w rozmowach kwalifikacyjnych z pielęgniarkami i położnymi po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat.

Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczyli w szkoleniach, konferencjach dotyczących odpowiedzialności zawodowej, kodeksu etyki pielęgniarki i położnej, odpowiedzialności karnej i cywilnej oraz wykroczeń zawodowych na stanowiskach pracy.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wspólnie z Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych uczestniczyły w konferencjach szkoleniowych w Warszawie - „Prawo medyczne”, „Forum prawno-medyczne”, „Błąd medyczny”, „Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej”, „Prawa pacjenta”.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przez całą kadencję współpracował z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych, Prezydium ORPiP, na czele z Przewodniczącą Barbarą Szabunią, z Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych Janiną Kułak, z Radcą Prawnym OIPiP, pracownikami biura OIPiP - wszystkim za przychyłność, pomoc, stworzenie odpowiednich warunków pracy, dobre słowo - bardzo dziękuję.

Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej pełnili dyżury w siedzibie OIPiP dwa razy w miesiącu.

Proszę o przyjęcie sprawozdania

Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
Barbara Konefał



**OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU
SPRAWOZDANIE KADENCYJNE ZA LATA 2007 – 2011**

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych działa na podstawie art.23 pkt. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 z póź. zm.), oraz Rozporządzenia MZiOS w sprawie postępowania w podmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych z dnia 19 stycznia 1993 r./Dz. U. Nr 9 z dnia 08.02.1993 r. z póź. zm./ w składzie:

1. Kułak Janina – Przewodnicząca
- Członkowie:
2. Hanuszek Renata
3. Kopec Lilianna
4. Łybacka- Klęk Irena
5. Maluga Jolanta
6. Michańcio Iwona
7. Mrozek Renata
8. Pieprz Elżbieta
9. Szc Monika
10. Tomicka Zdzisława
11. Zagórska Anna

Zadaniem Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych jest rozpatrywanie wniosków o ukaranie, wniesionych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, orzekanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych, sprawowanie sądownictwa polubownego a także prowadzenie działalności prewencyjnej wśród pielęgniarek i położnych. Tryb wewnętrznego funkcjonowania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych określa Regulamin pracy sądu, który zapewnia właściwe postępowanie członków sądu i obsługi kancelaryjnej.

Członkowie sądu V kadencji uczestniczyli w szkoleniach, konferencjach naukowych i spotkaniach zarówno w siedzibie okręgowej izby jak i poza nią. Tematy szkoleń dotyczyły głównie przygotowania do realizacji zadań w zakresie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz realizacji zadań w zakresie prewencji wykroczeń zawodowych i odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych. W 2007 roku odbyło się szkolenie dla członków OSPiP na temat odpowiedzialności zawodowej i zachowań etycznych w pracy pielęgniarek i położnych. Podczas szkolenia przedstawione zostały aktualne problemy w pielęgniarstwie, wskazane zostały podstawy prawne wykonywania zawodu, różne formy pojęcia odpowiedzialności, najczęstsze błędy i zaniedbania pielęgniarek i położnych na podstawie zaobserwowanych zjawisk i najczęstszych skarg pacjentów oraz sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta. Szkolenie przeprowadziła Przewodnicząca OSPiP w Wałbrzychu. 20 listopada 2008 roku w OSPiP w Wałbrzychu odbyło się szkolenie członków sądu, NSPiP poprzedzone kontrolą przeprowadzoną przez Przewodniczącą NSPiP. Protokół kontroli nie wykazał żadnych uchybień w pracy OSPiP.

Członkowie OSPiP na zaproszenie OSPiP we Wrocławiu dwukrotnie uczestniczyli we wspólnym szkoleniu zorganizowanym przez OSPiP we Wrocławiu, a prowadzonym przez Przewodniczącą Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych. Koleżanki Irena Łybacka Klęk i Zdzisława Tomicka dwukrotnie odbyły przedmiotowe szkolenia organizowane przez NSPiP w Warszawie, Przewodnicząca OSPiP wspólnie z Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczył w konferencjach naukowo-szkoleniowych - Forum prawniczo-medyczne, brała czynny udział w posiedzeniach zarówno okręgowej rady pielęgniarek i położnych oraz Prezydium.

Podczas mijającej kadencji OSPiP rozpatrzył ogółem 4 sprawy z zakresu naruszenia zasad etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej. Wszystkie sprawy rozpatrywane były na posiedzeniach jawnych i zakończone wydaniem:

- w dwóch przypadkach orzeczenia o ukaraniu karą nagany,
- jedno postępowanie orzeczono karą upomnienia,
- jedno postępowanie zakończono uniewinnieniem.

Członkowie sądu wyznaczeni przez Przewodniczącą do składów orzekających spotkali się 19 razy na posiedzeniach niejawnych, w celu zapoznania się z aktami sprawy. Podczas tych posiedzeń mieli możliwość bezpośrednich konsultacji z biurem obsługi prawnej Pana Mec. Jerzego Popławskiego.

Członkowie OSPiP udzielali zainteresowanym pielęgniarkom i położnym wyjaśnień z zakresu etyki zawodowej, procedur postępowania dotyczących konkretnych przypadków, a także interpretacji przepisów prawnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej.

Przewodnicząca OSPiP w Wałbrzychu
mgr Janina Kułak



OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH - VI kadencji

Przewodnicząca – Maria Pałeczka
Wiceprzewodnicząca- Anna Napiórkowska- położna
Wiceprzewodnicząca- Anna Sorota
Sekretarz- Barbara Szabunia
Skarbnik – Anna Pabisz
Bieniek Krystyna
Brodzińska Anna
Bujak-Rogala Elżbieta
Cichy Aneta
Dubikowska Alicja
Fryźlewicz Wiesława
Grajczyk Elżbieta
Gutkowska-Domańska Barbara
Hrycak Małgorzata
Janiak Małgorzata
Kaszuba Natalia
Konefał Barbara
Kowalczyk Stefania
Kułak Janina
Maciejewska Elżbieta
Mrozek Renata
Nitkiewicz Krystyna
Piksa Teresa
Urbańska Anna
Walczyk Aleksandra
Wasiek Małgorzata

PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Przewodnicząca – Maria Pałeczka
Wiceprzewodnicząca- Anna Napiórkowska- położna
Wiceprzewodnicząca- Anna Sorota
Sekretarz- Barbara Szabunia
Skarbnik – Anna Pabisz
Małgorzata Hrycak
Barbara Konefał

ORGANY OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Okręgowa Komisja Rewizyjna

Przewodnicząca- Stanicka Monika

Członkowie:

Ciszyńska Alicja

Kowalska Ewa

Mierzejewska Elżbieta

Midor Dorota

Zalewska Ewa

Okręgowy Sąd Piełęgniarek i Położnych

Przewodnicząca – Kopec Lilianna

Członkowie:

Iwańczuk Iza

Korzeniowska Ewa

Leksowska-Osińska Katarzyna

Łybacka-Klęk Irena

Michańcio Iwona

Pieprz Elżbieta

Rawa Anna

Sikora Dorota

Sobolewska Iwona

Szyc Monika

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej- Wydrzyńska Irena

Zastępcy:

Dudziak Dorota

Gierlach Agata

Pochroń Lidia

Ursaki Renata

Wachowiak- Bobkiewicz Anna



KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

Komisja Etyki:

Przewodnicząca - Fryźlewicz Wiesława

Członkowie:

Beczek Roman

Figiel Dorota

Maciejewska Elżbieta

Maciejewska –Szczepara Anna

Pająk Urszula

Sasula Arleta

Wasiek Małgorzata

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego:

Przewodnicząca- Bujak-Rogała Elżbieta

Członkowie:

Beczek Roman

Dudziak Dorota

Furmaniak Beata

Gajewska-Hajdasz Ewa

Gutkowska-Domańska Barbara

Iwańczuk Iza

Jarzębska Magdalena

Leksowska-Osińska Katarzyna

Piksa Teresa

Pluta Monika

Sikora Dorota- położna

Szymańska Aneta

Zespół ds. POZ-u:

Przewodnicząca - Napiórkowska Anna

Członkowie:

Kołkowska –Zawada Bogusława

Korczak Danuta

Maciejewska-Szczepara Anna

Maluga Jolanta

Rawa Anna

Salus Jadwiga

Sasula Arleta

Tyńska Agnieszka

Zespół ds. Położnych:-

Przewodnicząca - Napiórkowska Anna

Członkowie:

Mierzejewska Elżbieta

Wachowiak-Bobkiewicz Anna

Zespół ds. leczenia stacjonarnego:

Przewodnicząca – Sorota Anna

Członkowie:

Brodzińska Anna

Ferenc-Rudnicka Dorota

Jasinowska Iwona

Pawłowska Dorota

Szyc Monika

Zespół ds. kontroli podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe:

Przewodnicząca - Brodzińska Anna

Członkowie:

Dudzińska Dorota

Iwańczuk Iza

Pluta Monika

Pochroń Lidia

Rzeszowska Alicja

Wiśniewski Janusz

Zespół ds. kontroli indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych:

Przewodnicząca - Bieniek Krystyna

Członkowie:

Fryza Anna

Korczak Danuta

Mrozek Renata

Pluta Monika

Walczyk Aleksandra

Wawro Anna

Zespół ds. standardów zawodowych:

Przewodnicząca - Dubikowska Alicja

Członkowie:

Łopata Marzena

Urbańska Anna





STANOWISKA

STANOWISKO Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 22 listopada 2011

w sprawie: podwyższania wieku emerytalnego docelowo do 67 roku życia

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wyraża swoje zaniepokojenie i oburzenie zapowiedzią podwyższania wieku emerytalnego przez Pana Premiera Donalda Tuska w wygłoszonym w Sejmie expose.

Pielęgniarki i położne w swoich licznych wystąpieniach apelowały o możliwość nabycia praw do emerytury pomostowej ze względu na szczególnie charakter pracy. Słuszne zdaniem naszej grupy zawodowej oczekiwania nie zostały uwzględnione. Ustawa z grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych nie dała nam uprawnień do możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę. Z prerażeniem patrzymy w przyszłość. Średnia wieku pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo już dzisiaj jest niepokojąca. Należy wziąć pod uwagę fakt, że coraz więcej pielęgniarek i położnych przechodzi na kontrakty wypracowując tym samym znacznie większą ilość godzin pomniejszając czas na odpoczynek. Niewyobrażalna jest obsada dyżuru pielęgniarek czy położnych w wieku powyżej 60 roku życia mających zapewnić kompleksową opiekę zgodnie z obowiązującymi standardami, procedurami, zapewniając jakość opieki nie narażając pacjentów na zdarzenia niepożądane.

Biorąc pod uwagę dobro i bezpieczeństwo pacjentów, czynniki ryzyka związane z rodzajem pracy wykonywanej przez pielęgniarki i położne Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu stoi na stanowisku, że praca pielęgniarki i położnej winna być w wykazie prac o szczególnym charakterze eliminując te zawody z wydłużonego wieku emerytalnego.

PRZEWODNICZĄCA

Maria Pałeczka

SEKRETARZ

Barbara Szabunia

STANOWISKO Nr 1

Delegatów XXVI Okręgowego Sprawozdawczo - Wyborczego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 28 października 2011 r.

w sprawie: poparcia Stanowiska Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w kwestii rodzaju umów zawieranych między pielęgniarkami i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, skierowane do:

Ministra Zdrowia
Marszałka Województwa Dolnośląskiego
Starostów Powiatowych
Pracodawców VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Delegaci XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych tak jak PTP wyrażają zaniepokojenie sytuacją, w której pracodawcy wywierają presję na zmianę umowy o pracę na umowę cywilno-prawną. Uważamy, że należy wdrożyć procedury monitorowania czasu pracy pielęgniarek kontraktowych, wdrożyć i przestrzegać optymalne normy zatrudnienia, zabezpieczyć obsadę na dyżurach w taki sposób, by nie pozostawiać jednoosobowej obsady, zagwarantować prawo pielęgniarki do kształcenia ustawicznego.

Wszyscy odpowiedzialni za kreowanie polityki zdrowotnej muszą dołożyć starań, aby pielęgniarki nie musiały podejmować dodatkowej pracy lub pracy w wymiarze przekraczającym czas kodeksowy. Dalsze przyzwolenie na niekontrolowane kontrakty zwłaszcza w lecznictwie stacjonarnym zagraża bezpieczeństwu pacjentów jak i pielęgniarek i położnych.

Zwracamy uwagę, że w krajach UE podstawową formą zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest stosunek pracy z zagwarantowaniem czasu pracy w wymiarze 36-40 godzin tygodniowo.

Sekretarz Zjazdu
Aleksandra Walczyk

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Pałeczka



STANOWISKO Nr 2

Delegatów XXVI Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo -Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 28 października 2011 r.

w sprawie: poparcia Apelu Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) skierowane do:
Ministra Zdrowia
Marszałka Województwa Dolnośląskiego
Starostów Powiatowych
Dyrektorów Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Delegaci XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych popierają Apel EFN, która wzywa wszystkie zainteresowane strony UE udzielające świadczeni zdrowotnych do:

- ocenienia umów o pracę, a w przypadku umowy cywilno - prawnej aby zastosować wszystkie szczegóły i warunki, głównie w odniesieniu do zabezpieczenia społecznego, by były przejrzyste wyjaśnione,
- monitorowania czasu pracy pielęgniarek z umowy cywilno - prawnej i oceny wpływu na jakość i bezpieczeństwo.

Tak jak EFN wyrażamy obawy dotyczące cięć budżetowych, groźby zwolnień personelu pielęgniarskiego, zatrudniania tańszych pielęgniarek kontraktowych co ma bezpośredni wpływ na jakość opieki oraz bezpieczeństwo pacjentów i personelu.

Sekretarz Zjazdu
Aleksandra Wolezyk

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Pałeczka

APEL Nr 1

XXVI Sprawozdawczo -Wyborczego Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 28 października 2011 r.

w sprawie: ustawowego zagwarantowania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla pielęgniarek i położnych.

Skierowany do:

Prezydenta RP,
Premiera RP,
Ministra Zdrowia,
Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Parlamentarzystów.

Delegaci XXVI Sprawozdawczo - Wyborczego Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują do Prezesa Rady Ministrów o ustalenie minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych na poziomie

- 1,5 średniej krajowej w sektorze przedsiębiorstw, dla pielęgniarki/położnej nie posiadającej specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego;
- 1,75 średniej krajowej w sektorze przedsiębiorstw dla pielęgniarki/położnej posiadającej kurs kwalifikacyjny
- 2 średnich krajowych w sektorze przedsiębiorstw dla pielęgniarki/położnej posiadającej specjalizację lub tytuł magistra pielęgniarstwa/położnictwa lub magistra mającego zastosowanie w ochronie zdrowia
- 2,5 średniej krajowej w sektorze przedsiębiorstw dla pielęgniarki/położnej z tytułem magistra pielęgniarstwa/położnictwa lub magistra mającego zastosowanie w ochronie zdrowia oraz specjalizacją.

UZASADNIENIE

Samorząd ma ustawowe prawo i delegację do reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów pielęgniarek i położnych. Delegaci uważają, że określenie minimalnego wynagrodzenia odpowiadać będzie posiadanym kwalifikacjom zawodowym, nakładowi pracy oraz zakresowi odpowiedzialności pielęgniarek i położnych.

Delegaci apelują o wprowadzenie takich regulacji prawnych w akcie wykonawczym do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r. aby wzrostem wynagrodzeń objęte były wszystkie pielęgniarki i położne wykonujące zawód - niezależnie od miejsca (publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze) oraz formy organizacyjno-prawnej, w tym także pracujące w domach pomocy społecznej i innych resortach.

SEKRETARZ
XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu Delegatów OIPiP
w Wałbrzychu

PRZEWODNICZĄCA
XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu Delegatów OIPiP
w Wałbrzychu



APEL Nr 2

XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 28 października 2011 r.

w sprawie:

ujednoczenia dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej na terenie całego kraju.

Skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej
Parlamentarzystów.

Delegaci XXVI Sprawozdawczo - Wyborczego Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o ujednoczenie dokumentacji pielęgniarskiej/ położniczej we wszystkich placówkach szpitalnych i lecznictwie otwartym poprzez wprowadzenie jednolitego wzoru tej dokumentacji.

UZASADNIENIE

W obecnym stanie rzeczy funkcjonuje wiele wzorów dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej, co stanowi istotne utrudnienie w tym przedmiocie. Przygotowany nowy projekt dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej jednolity w skali całego kraju pozwoli na uzyskanie efektu przejrzystości dokumentacji i usprawnienie pracy pielęgniarek i położnych. Wobec tego postulujemy wprowadzenie regulacji umożliwiających wdrożenie tegoż projektu.

SEKRETARZ

XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu Delegatów OIPiP
w Wałbrzychu

PRZEWODNICZĄCA

XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu Delegatów OIPiP
w Wałbrzychu

APEL Nr 3

**XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Delegatów
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
z dnia 28 października 2011 r.**

w sprawie:

przestrzegania ustawowego obowiązku pracodawcy w zakresie udzielania pielęgniarkom i położnym urlopu szkoleniowego.

Skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej,
Parlamentarzystów.

Delegaci XXVI Sprawozdawczo - Wyborczego Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o respektowanie ustawowego obowiązku udzielania pielęgniarkom i położnym podnoszącym kwalifikacje zawodowe urlopu szkoleniowego według norm zawartych w przepisach prawa.

UZASADNIENIE

Nieudzielanie urlopu szkoleniowego przeznaczonego na podnoszenie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych stanowi obecnie powszechną praktykę wśród pracodawców ochrony zdrowia. W tym stanie rzeczy pielęgniarki i położne wykorzystują na cel kształcenia zawodowego przysługujący im urlop wypoczynkowy. Takie postępowanie pracodawców ochrony zdrowia jest naganne i sprzeczne nie tylko z obowiązującymi przepisami prawa, lecz przede wszystkim z zasadami współzycia społecznego. Postulujemy, zatem o zaniechanie tych praktyk.

SEKRETARZ

XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu Delegatów OIPiP
w Wałbrzychu

PRZEWODNICZĄCA

XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu Delegatów OIPiP
w Wałbrzychu





SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI

W dniach 30.09-01.10. 2011 r. w Warszawie odbyło się szkolenie z zakresu Praw Pacjenta oraz komunikacji z pacjentem, pod patronatem Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W pierwszym dniu szkolenie poprowadziła pani Mariola Kosowicz psycholog – terapeuta na temat zasad komunikacji z pacjentem.

Myśląc o komunikowaniu się z drugim człowiekiem, czyli po prostu o umiejętności rozmowy z ludźmi jesteśmy obciążeni doświadczeniami z własnego życia. Różne doświadczenia w kontaktach z innymi przenosimy na grunt prywatny bądź zawodowy. Trudnym jest oderwanie własnych emocji od komunikowania się z obcymi ludźmi. Jest to na tyle poważna sprawa gdyż istotą naszej pracy jest właśnie kontakt z drugim człowiekiem. Tak jest właśnie w relacji pielęgniarki z chorym. Ta umiejętność jest podstawą pracy.

Przyczyny trudności w porozumiewaniu się ludzi:

- zakłócenia w nadawaniu informacji- nadawca przekazuje informacje nieprecyzyjne, sprzeczne lub nie zrozumiane przez dla odbiorcy
- przekazywanie komunikatów sprzecznych wewnątrznie-jest jedną z najczęstszych przyczyn braku porozumiewania się ludzi między sobą. W tego typu komunikatach dochodzi do niespójności między komunikatem werbalnym a nie werbalnym, tzn. słowa wyrażają radość a mimika zdumienie, niechęć, czy wręcz smutek
- zakłócenie w odbiorze informacji - w tych sytuacjach problem leży po stronie odbiorcy. Pojawiają się w sytuacji braku koncentracji na treść przekazywanej informacji przez nadawcę
- sytuacyjne zniekształcenie informacji - każda przekazywana informacja, każde komunikowanie się jest umiejscowione w danym określonym czasie i przestrzeni w pewnych warunkach - sprzyjających bądź nie wymieniając myśli, poglądów

Umiejętność komunikowania się pielęgniarki z chorym człowiekiem jest istotą opieki medycznej. Podstawą kontaktu pielęgniarki z chorym jest oceną psychicznego stanu chorego. Nie zawsze chory wyraża to co czuje. Postawa chorego jest dla pielęgniarki pierwszym komunikatem jaki chory podaje. Pacjent milczący również „mówi”, pokazuje, że konfrontacja ze światem zewnętrznym jest bolesna, wstydliva, upokarzająca, rodzi niepowodzenia, ból.

Aby umieć znaleźć się w tej trudnej sytuacji i odpowiednio ją rozwiązać, pielęgniarka powinna przestrzegać następujących zasad:

- uszanuj milczenie chorego - nie przełamuj na siłę jego zamknięcia
 - nie prowokuj na siłę kontaktu słownego - to spowoduje jeszcze większe zamknięcie się na rozmowę
 - chory milczący ucieka być może w swój bezpieczny świat – uszanuj to
 - niezależnie od tego czy spełnia twoje oczekiwania czy nie – okaż mu życzliwość
-

- i troskę, nie okazuj niezadowolenia z jego nieustannego milczenia
- spróbuj na podstawie obserwacji lub kontaktu z rodziną ustalić przyczynę milczenia
- najważniejszą zasadą rozmowy pielęgniarki z chorym jest mówienie prawdy

Nasz zawód jest wyjątkowy. Przedmiotem naszej pracy jest drugi człowiek, ale ważne jest to, że człowiek ten zagrożony jest chorobą. Kontakt z taką osobą wymaga wielu umiejętności i odpowiedniej predyspozycji.

Pielęgniarka uczestnicząca w procesie leczenia nie ma decydującego głosu w sprawach pacjenta, ale to właśnie ona ma z chorym najczęstszy kontakt.

Umiejętność komunikowania się z człowiekiem, wymaga od pielęgniarki wiedzy i doświadczenia. To sztuka, której trzeba się uczyć nieustannie. Warto więc korzystać z organizowanych kursów, szkoleń. wymagać od siebie, nie tylko od pacjenta. Pomocne może być myślenie: co ja, jako pielęgniarka, oczekiwałabym od personelu medycznego gdy znajdę się w szpitalu w roli chorego. a nie jest to przecież sytuacja niemożliwa.

W drugim dniu zajęcia prowadzone były przez eksperta Instytutu w dziedzinie praw pacjenta dr nauk prawnych Dorotę Krakowską.

W pierwszej części wykład poświęcony był prawom pacjenta.

Pacjent to każdy kto już korzysta ze świadczeń zdrowotnych lub zwraca się o ich udzielanie, m.in. przez szpital, przychodnię, lekarza, pielęgniarkę, położną (niezależnie od tego czy jest chory, czy zdrowy).

Pacjent ma prawo:

- Do szacunku
- Do informacji na temat swojego stanu zdrowia
- Do decydowania o sposobie leczenia
- Do leczenia przyczynowego i objawowego
- Do swojego sposobu interpretowania świata
- Do opieki
- Do prywatności i intymności
- Do decydowania, o tym, co stanie się z jego ciałem

Druga część wykładu poświęcona była na temat odpowiedzialności prawnej za naruszenie praw pacjenta.

Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa może zwrócić się do:

1. Rzecznika praw pacjenta.
2. Administracji zakładu opieki zdrowotnej:
 - kierownika zakładu opieki zdrowotnej,
 - w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do rady społecznej
 - w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej do organu, który zakład prowadzi.
3. Samorządów zawodów medycznych:
 - okręgowej izby lekarskiej,
 - okręgowej izby pielęgniarek i położnych,
 - okręgowej rady aptekarskiej,
 - Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
4. Sądu powszechnego (cywilnego) w celu wynagrodzenia poniesionej szkody, jak



również do zakładu ubezpieczeń, z którym dana placówka lub osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego ma podpisaną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

5. Organów ścigania- w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa.

6. Rzecznika Praw Obywatelskich.

Po wyczerpaniu postępowania przed polskimi organami wymiaru sprawiedliwości można wnieść skargę do Komitetu Praw Człowieka działającego we współpracy z ONZ lub europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy.

Uczestniczki szkolenia:
Agnieszka Kowziel i Alicja Liczek

Agnieszka Kowziel
O/Chorób Zakaźnych
Specj. Szp. w Wałbrzychu

Sprawozdanie z konferencji

XI OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA ZAKOPANE-KOŚCIELISKO 13-17 PAŹDZIERNIKA 2011 R. KIEROWNIK NAUKOWY ZJAZDU DR N. MED WOJCIECH PUZYNA DYREKTOR SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM ŚW. ZOFII

Z pośród wielu warsztatów i wykładów, które odbywały się równolegle w paru grupach, wybrałyśmy te które nas najbardziej interesowały.

Prawnik Mgr Radosław Tymiński
Prawa kobiety rodzącej a prawa personelu medycznego

Mgr. Tymiński zwrócił uwagę na nigdy wcześniej nie spotykaną na taką skalę jurydyzację życia publicznego społecznego i gospodarczego. Uznał za swoistą ironię, że jednocześnie ze wzrostem znaczenia prawa rośnie jego nieznanomość. W mediach i środkach społecznego przekazu, wiele się mówi i pisze o prawach pacjenta, pomijając zasadnicze prawa osób wykonujących zawody medyczne. Stąd konieczność przywiązywania większej uwagi do minimalno - maksymalnego wymiaru prawa. Oznaczył on, że wraz z ustaleniem minimalnego uprawnienia pacjenta określa się także maksymalną granicę jego słusznym roszczeń wobec personelu medycznego. Przykładowo, zgodnie z art.21 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r.o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r.Nr52, poz. 417 ze zm.), „Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska” Z przepisu tego jednoznacznie wynika, że pacjent przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ma prawo do obecności osoby bliskiej, którą może być każda osoba, wskazana przez pacjenta (minimum słusznym oczekiwań pacjenta). Z przepisu tego wynika także, że pacjent nie ma prawa domagać się, by osób bliskich było więcej, gdyż ustawodawca użył liczby pojedynczej („osoba bliska”).

Mgr Monika Jakubowicz
Psycholog, psychoterapeuta dzieci i młodzieży

„Budowanie więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym -co powinni wiedzieć rodzice”
Myślenie, wyobrażenie, fantazjowanie rodziców na temat dziecka rozpoczyna się dużo wcześniej niż nastąpi moment narodzin. To jakie są świadome i nie świadome wyobrażenia rodziców o dziecku, już w okresie prenatalnym, zaczyna kształtować je i jego przyszłą relację z najbliższymi. Rodzice powinni wiedzieć jak ważne dla kształtowania więzi jest to, co i jak myślą o dziecku i wzajemnej relacji z nim w okresie prenatalnym. Jak ważne jest z jakim nastawieniem czekają na dziecko. Jak ważna jest świadomość tego, że realne dziecko może okazać się inne od wyobrażeń i oczekiwań. Jak istotne mogą być lęki jakie wywołuje pojawienie się dziecka. Tutaj ogromne zadanie dla osób opiekujących się przyszłymi rodzicami. Pomocą i profilaktyką ewentualnych problemów dotyczących rozwoju psychicznego dziecka może być pokierowanie rodziców w odpowiednie miejsce wsparcia, w przypadku kiedy to co i jak mówią o swoim dziecku, własnym rodzicielstwie lub doświadczeniach, które dotknęły ich w dotychczasowym okresie ciąży budzi niepokój o kształtowanie się więzi pomiędzy rodzicami a dzieckiem.



Lek. Dorota Nowak
Specjalista ginekolog –położnik

Znieczulenie do porodu-wskazania i przeciwwskazania, korzyści i ryzyko

W każdej sali porodowej jako metody pierwszego rzutu dopuszczalne do stosowania są niefarmakologiczne metody leczenia bólu. Rekomendacje PTG dotyczące postępowania przeciwbólowego w czasie porodu obejmuje: fizykoterapia; akupunktura; akupresura; trening oddechowy; masaż; imersja wodna; aromaterapia; homeopatia. Farmakologiczne leczenie bólu porodowego jest dopuszczalne a lekiem z wyboru jest paracetamol w formie dożylniej, bezpieczny i dla matki i dziecka. Poza wyżej wymienionymi metodami można stosować również: blokadę około szyjkową (bardzo skuteczna powikłanie: bradykardia u płodu);blokada nerwu sromowego (do stosowania w II i III okresie porodu); znieczulenie wziewne; opioidy; leki sedacyjne (barbiturany, fenotiazyny, leki przeciw histaminowe -działanie depresyjne u noworodka); ciągłe znieczulenie zewnątrzoponowe. Najważniejsze jest indywidualne podejście do rodzącej. Edukacyjna rola szkół rodzenia jest nie do przecenienia. Należy rozważyć mówić o zaletach i wadach znieczuleń podkreślając fakt, że poród ze znieczuleniem przewodowym w warunkach szpitalnych niewiele ma wspólnego z pojęciem porodu naturalnego. W krajach rozwijających się znieczulenia stanowią ok. 40 % porodów . Wyjątkiem jest Holandia gdzie znieczulenia dotyczą 4% porodów. Wynika to z faktu, że ok. 30%porodów odbywa się w domu, dalsze 10% w szpitalu pod nadzorem położnej. Wnioski są bardzo proste.

Mgr Magdalena Witkiewicz
Znaczenie bólu porodowego

Ból porodowy pełni funkcję ochronną dla matki i dziecka. Jest sygnałem ostrzegawczym informującym o stanie zagrożenia. organizm ludzki jest w ten sposób skonstruowany, że w sytuacji zagrożenia, stresu produkuje duże dawki adrenaliny, która powoduje tak silne ukrwienie mięśni, że czyni ciało zdolne do reakcji obronnych. To silne ukrwienie mięśni sprawia, że człowiek ma dość dużo sił by walczyć bądź uciekać. W sytuacji porodu walczyć znaczy „podać się”, „dać się ponieść”, „otworzyć się”. Kobieta może wykorzystać sygnały bólowe do ochrony swojego ciała przed uszkodzeniami. Instynktownie przyjmuje takie pozycje, wykonuje takie ruchy, które minimalizują uszkodzenia tkanek szyjki, miednicy i krocza, a tym samym chroni dziecko. **Endokrynologiczna funkcja bólu:** W czasie skurczów porodowych ból powoduje duży wzrost katecholamin (hormonów stresu). Takie skokowe wydzielanie się hormonów stresu podnosi poziom oksytocyny, w efekcie czego uzyskujemy stopniowe nasilenie się czynności skurczowej wraz ze zwiększającą się tolerancją na ból, ponieważ katecholiny i oksytocyna stymulują wydzielanie się endorfin, naturalnych uśmieraczy bólu. Zbalansowana gra hormonów umożliwia odbyte porodu spontanicznego i instynktownego. Szczególnie wysoki poziom endorfin, które są opiatami, pobudza do dominacji tę strefę naszego mózgu(tzw. część pierwotną), która jest odpowiedzialna za odczucia i zmysłowość. Sfera intelektualna naszego mózgu (tzw. neocortex) jest wówczas wyłączona. **Afektywna funkcja bólu:** Wysoki poziom hormonów wystymulowany przez ból zaraz po porodzie stanowi biochemiczną podstawę do tworzenia się więzi między matką a dzieckiem. Ból więc ma znaczenie więziotwórcze w relacjach matka – dziecko. **Psychologiczna funkcja bólu:** Ból jest również elementem swoistej przemiany. Wchodzenie w rolę matki wymaga dojrzałości. Zgodnie z psychologiczną teorią dezintegracji pozytywnej, wchodzenie na wyższy szczebel rozwoju

osobistego jest zawsze poprzedzone dużym kryzysem. Podobne doświadczenia ma kobieta po porodzie. **Energetyzująca funkcja bólu:** Wysoki poziom adrenaliny pojawiający się w bolesnym porodzie ma dużą rolę do odegrania szczególnie w II okresie porodu, kiedy kobieta musi wykazać się dużą siłą fizyczną. Nawet kobieta wyczerpana długim porodem, ma w sobie niezwykłą siłę, która pozwala wypchnąć bardzo duże dziecko. Często kobiety nie są świadome tej siły. **Religijno-filozoficzna funkcja bólu:** Dojrzałość duchowa, bez względu na wyznanie, zakłada przyjmowanie każdego wydarzenia w życiu jako dobrego, celowego, finalnie owocnego. Bólu i cierpienia również. Ból jako składowa procesu rodzenia jest ważną jego częścią związaną z innymi czynnikami odpowiedzialnymi za filozofię tego wydarzenia. Eliminowanie bólu to tak jak poruszenia jednego klocka w domino-powoduje, że wszystko lawinowo się burzy i nie jest to już ten sam proces.

Dr hab. Leonora Bużańska

„Komórki macierzyste krwi pępowinowej w medycynie regeneracyjnej: mity i fakty”

Komórki macierzyste to takie komórki, które mają zdolność do samoodnawiania się poprzez ciągłe podziały oraz do przekształcania się w dojrzałe komórki określonych tkanek i narządów. Dzięki tym właściwościom znajdują zastosowanie w medycynie regeneracyjnej i inżynierii tkankowej. W organizmie dorosłym specyficzne tkankowo komórki macierzyste umożliwiają wymianę komórek, które są utracone wskutek procesów fizjologicznych (np. nabłonek jelita, krew i skóra) Przykładem tkanek bogatych w komórki macierzyste i często używanych do przeszczepów komórkowych jest krew pępowinowa i szpik kostny. Krew pępowinowa stosowana jest na świecie do przeszczepów zarówno autologicznych jak alogenicznych (dla innych chorych, u których można taki przeszczep zastosować po określeniu antygenów w zgodności tkankowej) w przypadku wielu jednostek chorobowych. Mitem jest, że po przeszczepie komórki pępowinowe różnicują się w komórki uszkodzonej tkanki, żeby przejąć ich funkcje, natomiast faktem jest pozytywne działanie tych komórek jako źródło produkujące czynniki troficzne i inne czynniki o charakterze immunomodulującym wspomagające organizm w walce chorobą.

Bardzo ciekawe również był warsztaty, których programy były odpowiedzią na życzenia wyrażane podczas dorocznego spotkań:

1. "Praca nauczyciela w szkole rodzenia, jak skutecznie uczyć radząc sobie z emocjami własnymi i uczestników" **mgr Zuzanna Rohn, menadżer trener rozwoju osobistego, audytor systemu zarządzania jakością w ochronie zdrowia**
2. Wypalenie zawodowe -jak sobie z nim radzić „**mgr Wojciech Nyklewicz, szkoleniowiec**
3. "Zajęcia gimnastyczne, relaksacja" **mgr Barbara Golińska, Agata Bąk, fizjoterapeutki PCE.** Przedstawiły nową metodę w profilaktyce dolegliwości bólowych kręgosłupa, obręzków w ciąży kinesiologów taping. Kinesiologów Taping - polega na aplikacji na ciele, w ściśle określony sposób, specjalistycznego elastycznego plastra. Nalepiony plaster jest źródłem bodźców wyłącznie mechanicznych (nie jest nasączony żadnym lekiem) i w zależności od rodzaju plastra, sposobu i miejsca aplikacji, ma różnorakie oddziaływanie.

4. Kompetentne niemowlę-wspieranie interakcji rodzice-dziecko”

Karolina Iso-Kurpińska, ekspert Skali NBAS, koordynatorka projektu Skala NBAS w Polsce.

Bardzo interesujące było wystąpienie Karoliny Iso-Kurpińskiej, która wspierając się filmami ze swojej praktyki, omawiała podstawy Skali Brazeltona. Mówiła o zdolności dzieci do komunikowania się. Na filmach zarejestrowane były zachowania dzieci w różnych sytuacjach: podczas snu, reakcji na bodźce, proces uspokajania się, ile czasu jest dziecku



potrzebne na uspokojenie się, czy łatwo się irytuje, czy potrafi poczekać na zaspokojenie swoich potrzeb, jakie są reakcje społeczne, jak rozwija się więź emocjonalna z rodzicami.

„Podstawy SKALI BRAZELTONA

założenia NBAS są następujące

- **noworodki, nawet te które wydają się słabe, są wysoce uzdolnione już w chwili narodzin**
- **noworodek poprzez zachowania komunikuje się z otoczeniem.**
- **noworodek nie tylko reaguje na sygnały wokół, ale podejmuje także kroki by kontrolować swoje środowisko np. płacząc zwracają uwagę swoich opiekunów. ”**

Skala NBAS podkreśla indywidualność każdego dziecka w kontaktach z otoczeniem i w relacjach społecznych, czy reakcji na stres. W skali tej nie ma „ocen poniżej normy”, ponieważ każdy mały człowiek już od początku ma indywidualny charakter, osobowość, upodobania i system zachowań. Za pomocą którego musi sobie radzić z otoczeniem. Możemy go tylko próbować poznać, zrozumieć oraz wspierać. W kontaktach z dzieckiem musimy być otwarci na zachowania maluszka, tak aby jego płacz, miny czy gesty stanowiły swoisty język, za pomocą którego odczytujemy jego potrzeby i reakcje. Koordynator centrum Brazeltona w Wielkiej Brytanii, psycholog Joanna Hawthorne mówi: „staramy się mówić rodzicom, aby obserwowali swoje dziecko, ponieważ przekazuje ono ogromną ilość informacji. Noworodki są bardzo dobrze wyposażone – są społecznie wykwalifikowanymi istotami. ”Metoda Brazeltona była pierwsza, która wykraczała poza badanie i rejestrowanie nieprawidłowości. NBAS akcentuje najlepsze mocne strony dziecka, jego talenty jak również wyzwania przed nim stojące. Skala jest także narzędziem pomagającym w nawiązaniu kontaktu z dzieckiem u kobiet z depresją poporodową, matek wcześniaków, matek dzieci z wadami wrodzonymi lub matek mających problem z zaakceptowaniem dziecka. Została ona tak zaprojektowana by odkrywać silne strony dziecka, jego indywidualne zachowania a jednocześnie badać jego stan zdrowia.

W swojej pracy położnej rodzinnej mam wiele przykładów potwierdzających zdolności dzieci do komunikowania się już od pierwszych dni życia. Prezentacja pracy trenera skali Brazeltona uwarściwia na zachowania noworodka, oraz przekonuje, że należy wspierać młodych rodziców w poznawaniu zdolności swojego dziecka. Chętnie dowiedziałabym się więcej o „Skali Brazeltona w Polsce” uczestnicząc w szkoleniu organizowanym przez panią Karolinę.

Położne Agnieszka Swoboda
Anna Jakubik

Sprawozdanie z V Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo – Szkoleniowej: „Lekarz , pielęgniarka , fizjoterapeuta w rehabilitacji”.

W dniach 22 – 23.09.2011r. w Tarnowskich Górach w Górnos Śląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” , odbyła się V Ogólnopolska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa : „Lekarz , pielęgniarka , fizjoterapeuta w rehabilitacji”. Głównym tematem konferencji był udział pielęgniarki w procesie rehabilitacji.

Jednocześnie Centrum Rehabilitacji „Repty” obchodzi 50 rocznicę działalności placówki. Patronatem konferencji był Marszałek Województwa Śląskiego Adam Matusiewicz, patronatem honorowym - prof. dr hab. med. Stanisław Rudnicki , natomiast patronat medialny sprawował Magazyn Pielęgniarki i Położnej.

W pierwszym dniu konferencji omawiano rehabilitację pacjentów po urazach wielonarządowych, głównie po urazach czaszkowo – mózgowych (UCM)

W Polsce rejestruje się rocznie ok. 200 – 300/100 tys. urazów czaszkowo - mózgowych (UCM). Trwale inwalidztwo występuje u 30–50% ogółu chorych, przy czym dotyczy ono 10% osób po urazach lekkich, 66% po średnich oraz 100% po ciężkich. Następstwem pierwotnej i wtórnej patologii wewnątrzczaszkowej są trzy typy deficytów neurologicznych: fizyczne (zaburzenia motoryki i czucia), funkcji poznawczych (zaburzenia pamięci, uwagi, uczenia się, językowe), psychospołecznych (zaburzenia emocjonalno – motywacyjne, behawioralne, osobowości), łącznie z objawami stresu pourazowego tworzą różnorodne zespoły zaburzeń funkcjonowania.

Realizacja zadań kompleksowej rehabilitacji uwarunkowana jest ścisłą współpracą specjalistów wielu dziedzin tworzących zespół rehabilitacyjny. Jednym z członków tego zespołu jest pielęgniarka realizująca proces pielęgnowania oparty na rozpoznaniu stanu bio - psycho - społecznego pacjenta.

Pielęgnowanie pacjenta po urazie wielonarządowym wymaga od pielęgniarki wszechstronnej wiedzy i zaangażowania gdyż zaniedbania pielęgnacyjne powstałe we wczesnym okresie pobytu pacjenta w szpitalu mogą zdecydowanie utrudnić i tym samym oddalić w czasie możliwość podjęcia specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych, jak również mogą mieć negatywny wpływ na końcowy, oczekiwany efekt procesu leczenia i rehabilitacji.

Drugi dzień konferencji poświęcony był rehabilitacji i edukacji pacjenta z problemami kardiologicznymi.

Przeszczepianie narządów jest skuteczną i uznaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Celem transplantacji jest przedłużenie życia, poprawa jakości życia, powrót chorego do społeczeństwa.

Transplantacja serca jest uznaną metodą leczenia niewydolności serca. Proponowana jest chorym, u których doszło do nieodwracalnego, ciężkiego uszkodzenia narządu, a wszystkie tradycyjne metody leczenia zachowawczego i chirurgicznego nie mogą przynieść żadnej poprawy.



Osoby kwalifikowane do transplantacji w większości przypadków to chorzy wyniszczeni z zanikami mięśni i ograniczoną aktywnością ruchową, co ma wpływ na usprawnianie po zabiegu.

Istotnym elementem leczenia jest wielokierunkowa edukacja chorego w trakcie pobytu w szpitalu oraz przygotowanie go do funkcjonowania w domu. Pomimo ciężkiego stanu klinicznego chorych przed zabiegiem, kompleksowa rehabilitacja pozwala na pokonanie tych problemów i powrót do aktywnego życia, który w znacznym stopniu wpływa na poprawę jego jakości.

Konferencja zakończyła się pokazem pokonywania barier architektonicznych na wózku inwalidzkim w wykonaniu byłych pacjentów Centrum Rehabilitacyjnego „Repty”, a obecnych terapeutów ze Stowarzyszenia Aktywna Rehabilitacja.

Dziękujemy za umożliwienie udziału w konferencji

Anna Kulikowska, S.C.M. Polanica Zdr.
Agnieszka Wach, Oddział Reh. Wałbrzych



W dniach 23 – 24 września 2011 w Warszawie odbyła się konferencja szkoleniowa z zakresu praw pacjenta i komunikacji z pacjentem pt. „Akademia praw pacjenta” zorganizowana przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej przy współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych.

Dzień I:

Komunikacja z Pacjentem – teoria i praktyka:

1. Warunki prowadzenia terapii: znaczenie stosowania się do zaleceń lekarza w trakcie leczenia, motywowanie pacjenta do leczenia, konsekwencje przerywania terapii.
 2. Warunki współpracy pielęgniarki z pacjentem i lekarzem.
 3. Reprezentacje poznawcze człowieka i ich wpływ na komunikację interpersonalną.
 4. Funkcje komunikacyjne i struktura emocji.
 5. Właściwe posługiwanie się komunikatami werbalnymi i niewerbalnymi.
 6. Empatia – umiejętność współodczuwania. Poprawne stawianie granic.
 7. Asertywność, jako przejaw szacunku względem siebie i drugiego człowieka.
- W trakcie wykładów przeprowadzono test predyspozycji komunikacyjnych.

Dzień II:

I. Prawa pacjenta

1. Wprowadzenie – rozwój koncepcji i uwarunkowania praw pacjenta.
2. Zakres działalności WHO; Rady Europy (ze szczególnym zwróceniem uwagi na standardy Europejskiej Konwencji Bioetycznej), oraz Unii Europejskiej
3. Źródła prawnej regulacji praw pacjenta.
4. Prawo pacjenta do ochrony zdrowia. Prawa świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczeniobiorca/pacjent – Narodowy Fundusz Zdrowia – pielęgniarka. Obowiązek należytej staranności realizacji umowy o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Autonomia jednostki wobec interwencji medycznej.
6. Obowiązek udzielania świadczenia zdrowotnego, a możliwość odmowy jego udzielania. Odmowa pielęgniarki wykonania świadczenia zdrowotnego zleconego przez lekarza.
7. Prawo pacjenta do zasięgnięcia drugiej opinii (lekarza, pielęgniarki, położnej)
8. Prawo pacjenta do poszanowania poufności.
9. Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej.
10. Prawo pacjenta do poszanowania intymności.
11. Zasada udzielania świadczeń zdrowotnych przez studentów kierunków medycznych.
12. Prawo pacjenta do poszanowania godności.
13. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
14. Prawo do opieki duszpasterskiej.
15. Prawo do godnej śmierci. Eutanazja. Uporczywa terapia. Testament życia.
16. Prawa pacjentów w szczególnych sytuacjach np. zaburzeń psychicznych, chorób psychicznych.

Edukacja pacjentów jest jednym z elementów procesu podnoszenia standardu świadczeń opieki zdrowotnej. Im lepiej pacjent będzie poinformowany, tym chętniej będzie współpracował z personelem medycznym. Celem takiej współpracy jest partnerstwo



i relacja oparta na wzajemnym szacunku i zaufaniu.

II. Odpowiedzialność prawna za naruszenie praw pacjenta

1. Rzecznik Praw Pacjenta.
2. Odpowiedzialność cywilna pielęgniarek.
3. Postępowanie cywilne w sprawach odpowiedzialności pielęgniarek i zakładów opieki zdrowotnej.
4. Odpowiedzialność karna pielęgniarek.
5. Błąd w sztuce.
6. Postępowanie karne w sprawach odpowiedzialności pielęgniarek i zakładów opieki zdrowotnej.
7. Odpowiedzialność pracownicza pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej.
8. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
9. Odpowiedzialność pacjenta za nieuzasadnione zarzuty wobec pielęgniarek lub zakładu opieki zdrowotnej.

Zajęcia prowadzone były przez eksperta Instytutu w dziedzinie praw pacjenta dr nauk prawnych Dorotę Karkowską oraz Panią mgr Mariolę Kosowicz specjalistę z zakresu komunikacji interpersonalnej.

Dziękujemy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w konferencji .

Urszula Grzebyk
Elżbieta Skonieczna
Pielęgniarki Specjalistycznego Szpitala
im. Sokołowskiego w Wałbrzychu

Sprawozdanie z VI Ogólnopolskiego Zjazdu Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych

W dniach 19.09.11 – 23.09 2011 r. w Olsztynie odbył się Zjazd dla kadry kierowniczej Pielęgniarek i Położnych, pod patronatem honorowym Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i patronem medialnym OPM (Ogólnopolski Przegląd Medyczny).

Organizator:

Polskie Centrum Edukacji Warszawa -Anna Osieńska

Prowadzący:

- dr n. med. Sylwia Marczevska - Naczelna Pielęgniarka -Łódź, Wizytator

Akredytacyjny CMJ w Krakowie

- mgr Radosław Tymiński – prawnik Sejmu.

- mgr Paweł Strzelec – radca prawny , Katedra postępowania karnego UMCS w Lublinie.

- mgr Agata Filip –Przełożona Pielęgniarek- Czarny Bór, Certyfikowany Specjalista Psychoterapii Uzależnień.

- mgr Anita Goździkowska – trener,

- mgr Wojciech Nyklewicz – szkoleniowiec,

- mgr Małgorzata Kosiak – trener.

Szkolenie min. oparte było na zorganizowanych warsztatach dotyczących umiejętności komunikacyjnych – dialog, perswazja, asertywność, rozwiązywanie konfliktów w relacjach interpersonalnych. Wypalenie zawodowe- co mogę z tym zrobić oraz wizerunek szefa.

Podczas wykładów głównymi tematami było omówienie: prawnych aspektów wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej wg nowej Ustawy z dn. 15.07.2011 o zawodach pielęgniarki i położnej, odpowiedzialność karna i cywilna za zakażenia szpitalne. Odpowiedzialność personelu medycznego i placówki medycznej oraz ogólna wiedza na temat uzależnień w praktyce pielęgniarskiej- jak rozpoznać u pacjenta objawy uzależnienia będące podłożem innych schorzeń.

Na wstępie należy zwrócić szczególną uwagę , że jednocześnie ze wzrostem znaczenia prawa (jego obszerności regulacji prawnych i ich głębokości), rośnie także jego nieznamość. W przeprowadzonych w różnych ośrodkach badań pielęgniarki i położne inaczej niż pacjenci oceniają stopień respektowania poszczególnych praw pacjenta co powoduje znaczne niebezpieczeństwo powstania sprawy, która może znaleźć swój finał w sądzie.

Powszechnie na problem ten zwraca się uwagę w środowisku medycznym. Choć kwestia oskarżeń o błędy w sztuce w Polsce jest problemem o znacznie mniejszej skali niż w krajach zachodnich czy USA, to jednak liczba roszeń pacjentów z roku na rok zwiększa się. Nie zależy ona od kompetencji personelu a raczej od świadomości i stopnia roszczeniowości samych pacjentów .Spostrzeżenie to potwierdzają także dane, dostarczone przez izby pielęgniarskie, z których wynika, że liczba skarg wnoszonych przeciwko pielęgniarkom i położnym w roku 2008 zwiększyła się o 59 % w stosunku do roku 2007. Mając powyższe na uwadze, trzeba stwierdzić, że współcześnie do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej jest niezbędna nie tylko wiedza i umiejętności praktyczne, lecz także biegła znajomość przepisów obowiązującego prawa. Pozwala to bowiem na świadome oraz bezpieczne podejmowanie czynności zawodowych.



Podstawowy kanon obowiązków pielęgniarek i położnych wyznaczają przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W szczególności należy jednak zwrócić uwagę na art. 18 ustawy, który brzmi:

„Pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością”. Przepis ten ma kluczowe znaczenie dla wszystkich pielęgniarek i położnych, gdyż formułuje elementarne dyrektywy wykonywania tych zawodów.

Z art. 18 u.z.p.p. wynikają cztery podstawowe zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej:

1. Zgodność z aktualną wiedzą medyczną
2. Zgodność z zasadami etyki zawodowej
3. Wykonywanie za pomocą dostępnych metod i środków
4. Wykonywanie ze szczególną starannością

A zatem należy jednoznacznie podkreślić, że w praktyce przepis może wymagać podjęcia różnych zachowań pielęgniarek, położnych, które można ocenić tylko w odniesieniu do konkretnego przypadku.

Należy stwierdzić, że pielęgniarki i położne muszą dokładnie wiedzieć, co zawierają w sobie wymienione powyżej zasady wykonywania zawodu, gdyż będą one w określonym przypadku wyznaczały właściwy sposób wykonywania czynności zawodowych wobec danego pacjenta.

Uświadomieniem poszczególnych faktów to Ogólnopolskie Zjazdy Pielęgniarek i Położnych, w których spotkania profesjonalistów i organizatorów umożliwiają okazję do szerokiej dyskusji, wymiany poglądów dla wspólnego dobra.

Serdecznie dziękujemy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za umożliwienie udziału w tak ważnym dla naszej pracy Zjeździe.

Ewa Zalewska
Alicja Kulawiec.

Sprawozdanie z konferencji w Toruniu

W dniach 27-28 września 2011 roku w Auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu odbyło się XV Jubileuszowe Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne i IX Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości. Sympozjum Diabetologiczne odbywa się w Toruniu corocznie od 1997 roku. Jego głównym założeniem jest popularyzacja najnowszych osiągnięć diabetologii polskiej i światowej oraz szkolenie chorych na cukrzycę.

Toruń stał się stolicą cyklicznych spotkań i wymiany doświadczeń pomiędzy lekarzami i ich pacjentami. Pielęgniarki bardzo chętnie uczestniczą w kolejnych edycjach, najczęściej dzięki zaangażowaniu i pomocy Okręgowych Izb Pielęgniarskich. Wciąż wzrastająca popularność tych konferencji idzie w parze z liczebnością odwiedzających. Jest to wydarzenie medyczne o wyjątkowym klimacie i ogromnym zainteresowaniu środowiska medycznego i diabetologicznego oraz samych diabetyków.

Sympozjum i Forum zakładają kompleksowe i wieloaspektowe podejście do problemu. Patronat naukowy nad Sympozjum jak co roku objął Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Współorganizatorem, jak w latach poprzednich, był Zarząd Główny Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Dwadziestego spotkania utworzyli: prof. dr hab. med. Irena Ponikowska – przewodnicząca Komitetu Naukowego Sympozjum i Forum (Kierownik Katedry i Kliniki Balneologii i Chorób Przemiany Materii), prof. dr hab. med. Czesław Wójcikowski – z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Andrzej Bauman - Prezes Zarządu Głównego PSD. Wykłady Sympozjum odbywały się w dwóch salach konferencyjnych, w jednej dla lekarzy i pielęgniarek, w drugiej dla diabetyków. Były również sesje wspólne i dyskusje. Swoją bogatą wiedzą i doświadczeniem dzielili się ze słuchaczami czołowi polscy specjaliści, mający ogromne doświadczenie w leczeniu cukrzycy i otyłości. W prezentowanych wykładach przybliżali tematy z perspektywy interdyscyplinarnej - nie tylko diabetologicznej, ale także psychiatrycznej i psychologicznej, omawiając zarówno codzienne problemy pacjentów, jak i sytuacje szczególne w przebiegu cukrzycy. Szeroka tematyka spotkań obejmowała m. in. – aktualne problemy w PSD, powikłania cukrzycowe, ale i nowości w leczeniu cukrzycy (m.in. postępy w leczeniu retinopatii, nefropatii, angio- i neuropatii). Omawiano problem wsparcia psychospołecznego w leczeniu osób otyłych, profilaktykę, powikłania i wyniki leczenia otyłości. Duża część wykładów poświęcona była praktycznym rozwiązaniom codziennych problemów związanych z cukrzycą – w tym techniki iniekcji insuliny, pielęgnacji skóry diabetyka, aktywności fizycznej czy też zapobieganiu i leczeniu objawów stopy cukrzycowej. Wykłady były dostępne dla każdego zainteresowanego słuchacza.

W ciągu dwóch dni trwania konferencji w Foyer Auli UMK w Toruniu trwała wystawa sprzętu rehabilitacyjno – diagnostycznego, produktów spożywczych oraz kosmetycznych. Na stoiskach licznych wystawców przedstawiono szeroka ofertę produktów dla osób chorych na cukrzycę oraz osób otyłych, począwszy od nowoczesnych pomp insulinowych prostych w obsłudze i coraz wygodniejszych glukometrów, po ciśnieniomierze, sprzęt światłolecznicy, leki, kosmetyki do pielęgnacji skóry chorego, suplementy diety, dietetyczne napoje i produkty spożywcze po specjalistycznej, innowacyjną odzież (w tym skarpety). Udzielano bezpłatnych konsultacji chorym na cukrzycę. Zainteresowanym wykonywano pomiary poziomu cukru we krwi oraz inne badania profilaktyczne. Wykładowcy chętnie odpowiadali na zadawane pytania, rozwiewali wątpliwości.

Po serii zróżnicowanych tematycznie wykładów pierwszego dnia, organizatorzy zapewnili



uczestnikom Sympozjum i Forum oraz Wystawcom i Wykładowcom udział w uroczystym wieczorze staropolskim, w pięknej scenerii ekskluzywnej toruńskiej restauracji. W programie integracyjnej imprezy przewidziano konkursy, zawody, pyszny poczęstunek oraz wspaniałą zabawę taneczną. Obecna edycja sympozjum przypadała jednocześnie w XXX- lecie istnienia Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. To wszystko potęgowało wyjątkowy charakter tegorocznego wydarzenia toruńskiego.

W drugim, równie pasjonującym dniu sympozjum, w sesji dotyczącej edukacji pacjentów - omawiano rolę pielęgniarki w zespole terapeutycznym. Ze względu na charakter choroby edukacja chorych na cukrzycę jest niezbędna i decyduje o powodzeniu terapii. Jako iskierkę nadziei na lepszą przyszłość przedstawiono wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia nowego zawodu „edukatora w cukrzycy” i rozpoczęcie szkoleń specjalistów o tym profilu. Działania pielęgniarek w tym zakresie mają wpływ na rozwój pielęgniarstwa diabetologicznego i postrzeganie pielęgniarki jako profesjonalistki, zwłaszcza w kontekście nowej roli i funkcji zawodowej, tj. edukatora diabetologicznego. Zarówno w rozpoznawaniu potrzeb, jak i planowaniu i realizowaniu opieki konieczne jest systematyczne uzupełnianie wiedzy i doskonalenie praktyki pielęgniarstwa. Są to treści priorytetowe w realizacji moich codziennych obowiązków na stanowisku pielęgniarki diabetologicznej.

Dotychczas Toruń kojarzyłam z jego historią, strategiczną lokalizacją, zachowanym zabytkom, wyrazistym postaciom a przede wszystkim z wytwarzanymi tam piernikami. Obecnie to miasto jest dla mnie skarbnicą wiedzy diabetologicznej. Mówi się, że żaden z gości nie może wyjechać z Torunia bez piernika. Ja tym razem przywiozłam znacznie więcej. Bardzo dziękuję OIPiP w Wałbrzychu za tę możliwość i udział w konferencji.

Pielęgniarka diabetologiczna
mgr Violetta Rzepka
Spec. Szpital im. A. Sokołowskiego
w Wałbrzychu

**W dniach 20-22.09.2011r, w Toruniu odbyła się Międzynarodowa
Konferencja Opieki Długoterminowej
„Problemy Kompleksowej Opieki Długoterminowej”.**

Program Konferencji składał się z VI sesji, warsztatów na temat Wolontariatu oraz wystawy sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dostępnego dla obłożnie chorych na wniosek lekarski częściowo refundowany przez NFZ (np. łóżka, wózki, podnośniki, opatrunki, środki pielęgnujące skórę, preparaty żywieniowe.) Wykłady prowadzone były w auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w j. polskim, angielskim, niemieckim i rosyjskim. Patronat honorowy objęła Anna Komorowska - małżonka prezydenta RP oraz Parlament Europejski (J. Buzek).

SESJA I - Problemy Kompleksowej Opieki Długoterminowej.

SESJA II - Wolontariat i opieka nieformalna w opiece długoterminowej-potrzeby i bariery.

SESJA III - Tematy tabu w op. długoterminowej.

SESJA IV - Dobre praktyki w placówkach op. długoterminowej w Europie.

SESJA V - Problemy medyczne w op. długoterminowej .

SESJA VI - standaryzacja usług w placówkach op. długoterminowej.

WARSZTATY - wolontariat w opiece długoterminowej - jak to zrobić?

SESJA I pod przewodnictwem prof. dr hab.n.med. K. Wieczorowskiej - Tobis przybliżyła nam trudności w systemie zaspokajania potrzeb op. długoterminowej. Główny problem to rozdzielne finansowanie usług sektora medycznego i socjalnego. Następny to brak lekarza do pełnego zespołu terapeutycznego w skład którego wchodzi: pielęgniarka , fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, pracownik socjalny. Lekarz pełni rolę konsultanta i nie bierze udziału w spotkaniach zespołu. Tak więc kompleksowość opieki wymaga zmiany jej finansowania oraz podjęcia próby włączenia do zespołu terapeutycznego lekarza. Właściwa współpraca Ośrodka Pomocy Społecznej z Ochroną Zdrowia pozwala na właściwą pomoc i komfort osób niepełnosprawnych i w starszym wieku.

SESJA II - ukazuje potrzebę wsparcia i ryzyko nadużyć w rodzinach opiekujących się osobami starszymi dostarczając dowodów empirycznych pochodzących z dwóch różnych badań europejskich EUROFAMCARE i ABUEL.

SESJA III - prof. dr hab. M.Kościelska omówiła problemy seksualności osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, a prof. dr hab. Zb. Tarkowski omówił opiekę bez agresji. Seksualność dotyczy wszystkich, a więc także osób chorych niepełnosprawnych niesamodzielnych, w podeszłym wieku i wtedy bywa problemem zarówno dla tych osób, jak i ich opiekunów.

SESJA IV- prof. dr hab.n.med. Marek Harat podał sposoby leczenia spastyczności w Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy. Spastyczność charakteryzuje się wzmocnieniem napięcia mięśniowego z wygórowaniem odruchów ścięgnistych. Przyczyną tego może być: uraz mózgu, rdzenia kręgowego, udar, SM, inne.

Sposób pierwszy – chemiczne wyłączenie unerwienia mięśni – polega na podaniu toksyny Otulinowej typu A (BTX-A). Jest bezpieczną i odwracalną metodą leczenia.

Sposób drugi – obwodowa neurotomia polegająca na przecinaniu wyselekcjonowanych



z danego nerwu pęczków zawierających włókna ruchowe z zaoszczędzeniem 1/5 - 1/3 ilości włókien danego pęczka.

Sposób trzeci – ciągły wlew Baclofenu do przestrzeni podpajęczynówkowej. Jest zarezerwowane dla przypadków spastyczności wymagających długotrwałego podawania Baclofenu. Dawki podawane podpajęczynówkowo są ok. 100 razy niższe niż podawaniu doustnym, a efekt terapeutyczny jest jednakowy.

Ciekawy był też wykład dr med. St. Kłęka na temat : Leczenie żywieniowe w opiece długoterminowej. Jest to podawanie drogą pozajelitową lub dojelitową substratów energicznych i azotu w ilościach pokrywających aktualne potrzeby chorych. Nielezione niedożywienie zawsze prowadzi do zgonu, na co dowodem są obserwacje przeprowadzone na mężczyznach głodujących. Śmierć następowała po utracie 40-50% masy ciała średnio w ciągu dwóch miesięcy.

Dziękujemy OIPiP w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w konferencji.

Notatkę sporządziły :
Specjalista Opieki Długoterminowej
Halina Animucka
Anna Bochos
Caritas Świdnica.

Sprawozdanie z Kongresu

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej terapii pasja czy zawód? To pytanie stanowiło myśl przewodnią kongresu zorganizowanego przez TPAiO trwającego od 23 do 25 września w Mikołajkach. Tak zadane pytanie stało się przyczynkiem do wielu rozważań zaproszonych na zjazd prelegentów. Jeden z nich - p. Tadeusz Szreter w całości poświęcił mu swoje wystąpienie.

Rozważeniu podlegała kwestia rozróżnienia pojęć pasji i zawodu. Zawód - w swym najszerszym pojęciu to wykonywanie określonej pracy, na podstawie wiedzy merytorycznej i zdobytego doświadczenia. W medycynie - jest to zespół czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarstwem może parać się każda osoba, która ukończyła odpowiednią szkołę, przygotowująca do tego zawodu - dzięki czemu opanowała niezbędną wiedzę teoretyczną i nabyła umiejętności praktycznych.

Tyle w teorii - jednakże wiadomo, że do nazywania się Pielęgniarką lub Pielęgniarem -to trochę za mało. Pielęgniarka lub Pielęgniarz to także osoba posiadająca określone cechy charakteru: samoświadomość, samokontrolę, empatię, wewnętrzną motywację oraz rozwinięte umiejętności komunikacyjne (łatwość nawiązywania kontaktów, porozumiewania się, budowania dobrych stosunków, ale także asertywność); - I to najważniejsze PASJĘ, bez której trudno wyobrazić sobie wykonywanie tego zawodu. Przy czym zaznaczyć należy, iż w tym przypadku pojęcie to nie zostało zdefiniowane jako doświadczanie radości i przyjemności, a raczej przejęcie się, oddanie, poświęcenie się czemuś.

I w tym kontekście pielęgniarstwo i pasja to pojęcia niemalże synonimiczne. Tym bardziej, że za sprawą Florence Nightingale - pierwszej pielęgniarki związane ze sobą historycznie. Florence, której młodość przypadła na okres krwawych wojen Krymskich, w dniu swoich trzydziestych urodzin uznała, że pora przestać być dzieckiem i zająć się czymś, co nie tylko przyniesie pożytek jej w kwestii rozwoju osobistego i dokonania czegoś wielkiego, ale także, a może przede wszystkim, pomoże ludziom chorym i pokrzywdzonym. Tak oto trzydziestoletnia kobieta niemalże każdą godzinę życia poświęciła opiece nad potrzebującymi, tworzeniu i organizacji podwalin pierwszych oddziałów, a także pisaniu książki o metodach pracy pielęgniarskiej.

Działania Florence przywoływane są jako przykład pasji, do dziś postrzegana jest jako osoba, która z ogromnym zaangażowaniem, rzetelnością i skupieniem oddawała się pielęgniarstwu, ale czy tak bardzo różni się od współczesnych pracowników służby zdrowia, którzy i dziś poświęcają czas... no właśnie pasji, czy zawodowi?

Elżbieta Rutkowska
Izabela Niedowicz



Sprawozdanie z kongresu

W dniach 06.10.2011 r. w Poznaniu odbył się III Międzynarodowy Kongres, Anestezjologia w Położnictwie i Medycynie Perinatałej". Poświęcony był doskonaleniu okołoporodowego bezpieczeństwa matki i dziecka.

Poród umożliwia noworodkowi przejście z fazy życia płodowego do fazy pozapłodowej. Wiąże się to z dużym obciążeniem obu stron. Dlatego lekarze i pielęgniarki muszą sprostać ogromnej próbie, jakiej zostali poddani.

Każdy pobyt w szpitalu wiąże się z ogromnym stresem i obawą a zwłaszcza, jeśli chodzi o kobietę ciężarną, która nie tylko boi się o siebie, ale i o swoje nienarodzone dziecko.

Pierwszym tematem Kongresu, było „Znieczulenie rodzących ze skoliozą, roszczeniem kręgosłupa i przebytą operacją kręgosłupa" przedstawiany przez Dr Saminę Ismail z Pakistanu. Można zastosować znieczulenie regionalne: blokada centralna (zwana jako znieczulenie w kręgosłup), z zastosowaniem PC A czyli sterowaną przez pacjentkę. Stosując dawkę wysycającą leków znieczulających plus bolusy.

Wykonanie znieczulenia regionalnego nie jest niemożliwe, lecz trudne do wykonania ponieważ występują zaburzenia lub nieobecne wyrostki kręgowy, do oznaczania przestrzeni nadoponowej. Dochodzi do rotacji kręgow. Problemem może być pręt Harringtona lub zrosty pooperacyjne.. Mimo problemów znieczulenie regionalne do porodu jest możliwe:

- Zewnętrzne
- Podpajęczne ciągłe
- Łączone

Pacjentka może mieć skorygowaną lub nie skoliozę. Pomocne w wykonaniu znieczulenia:

- USG - do obrazowania przestrzeni międzykręgowych,
- Manewr wprowadzania igły
- Umieszczenie pacjentki po stronie bocznej

Można wykorzystać większe objętości i mniejsze stężenia leków znieczulających miejscowo. Również w przypadku Roszczepu kręgosłupa możliwa jest analgezja porowowa:

- Zewnątrzoponowa
- PCA
- Środki dożylnie

Z pacjentką należy przeprowadzić dokładny wywiad oraz dobrze przygotować się do znieczulenia. Zniekształcenie anatomiczne nie wyklucza znieczulenia okołoporodowego.

Dr Samina Ismail przedstawiła również co nowego w analgezji po cięciu cesarskim. W bółu występuje:

- Próg
- Tolerancja

Stopień odczuwania bólu jest indywidualny, jednak występuje po każdym cięciu. Naszą rolą jest dążenie do tego aby temu przeciwdziałać przy pomocy dostępnych sposobów:

1. Przewidywanie bólu - wykorzystuje się do tego celu testy genetyczne,
2. Leczenie bólu :

PCA- pokonuje problem odpowiedzi na ból. Standard leczenia bólu ostrego polega na zapotrzebowaniu pacjentki. Należy tyle podać środków przeciwbólowych ile pacjent potrzebuje. Dzięki PCA wzrasta odsetek satysfakcji pacjentów. Mają oni komfort i nie czekają aż pielęgniarka poda leki.

Opioidy - najczęściej wykorzystywane po cięciu cesarskim.

Ograniczenie:

- świąd,
- wymioty,
- nudności
- sedacja,
- problemy oddechowe.

Multimodalna analgezja- polega na stosowaniu różnych leków i metod.

Niesterydowe leki przeciwzapalne wykorzystywane są w leczeniu bólu zmniejszają dawki opioidów.

Acetaminofen - dobry adiuwant dla morfiny.

Gabapentyna - 600mg doprowadza do zwiększenia sedacji.

Neostygmina.

Klonidyna - przedłuża analgezję, zmniejsza dreszcze Wszystkie działania są dążeniem do bólu, który jest odczuwalny jako 3 wg skali VAS.

Natomiast Prof. Leo Booij z Holandii przedstawił temat stosowania środków zwiotczających u noworodków i niemowląt.

Intubowanie noworodków bez zwiotczenia jest błędem. Należy podawać dziecku analgezję przed intubacją. Nie musi być głęboka. Nie stosowanie środków zwiotczających powoduje uszkodzenie strun głosowych, nawet do kilku miesięcy po zabiegu. Często występują powikłania płucne. Unikać stosowania scoliny. Bardzo dobrym i polecanym lekiem jest rocuronium.

Sugamadex - odwraca działanie rocuronium, w bardzo krótkim czasie. Jest stosowany w przypadku jeśli nie można zaintubować pacjenta i trzeba go wybudzić.

Prof Jerzy Szczapa zwrócił uwagę na przydatność pro kalcytoniny we wczesnej diagnostyce zakażeń bakteryjnych i antybiotykoterapii u noworodków i dzieci.

Główną przyczyną zgonów noworodków w OIT jest sepsa. Czynnikiem ryzyka zakażenia odmatczynego jest przedwczesne pęknięcie worka owodniowego, cukrzyca, zakażenie wirusem HIV, immunosupresja.

Wskaźniki zakażenia:

- całkowita liczba granulocytów
- wskaźnik leukocyтары
- liczba płytek krwi
- stosowanie biomarkerów sepsy u noworodków.

Prokalcytonina - jest pro hormonem kalcytoniny, jednak PCT i kalcytonina są odmiennymi białkami. U noworodków początek sepsy może być gwałtowny. Może jeszcze nie nastąpić wzrost stężenia PCT. Należy brać wówczas inne objawy. Zalecane jest wykonanie powtórnego pomiaru w późniejszym czasie.

Dr Wendy Teoh z Singapuru omówił Blok TAP pod kontrolą ultrasonografu do analgezji po cięciu cesarskim.

TAP - poprzeczna blokada ściany brzucha. Jest to dodatkowe znieczulenie dolnej części brzucha. W oparciu o badania anatomiczne ustala się miejsce najlepiej nadające do wykonania blokady, określone jako trójkąt Petit. Trójkąt ten jest ograniczony od tyłu przez mięsień najszerszy grzbietu, od przodu przez mięsień zewnętrzny skośny brzucha a podstawę tego trójkąta stanowi grzebień kości biodrowej. Igłę umieszcza się pod kontrolą



USG.

Dr Krzysztof Zając naświetlił problem Epidemiologii śmierci okołoporodowej. Liczba zgonów ciężarnych na świecie wynosi 1000 dziennie. MMR- stosunek zgonów matek do porodów.

Średnie MMR na świecie od 400 - 2000/ 100000 porodów.

Przyczyny zgonów:

- krwotok
- nadciśnienie
- sepsa

Czynniki osobnicze:

- otyłość
- ekstrema wieku ciężarnych
- wielorództwo

Czynniki związane z ciążą:

- poród zabiegowy
- wielorództwo
- ciążę z 1VF

Czynniki społeczne:

- grupy wydzielone ze społeczeństwa
- brak edukacji w ciąży.

Bezpośrednie zgony położnicze związane z:

- ciążą
- interwencją medyczną

Coraz więcej kobiet z ciężką chorobą układową zachodzi w ciążę.

Przyczyny zgonów położniczych:

1. Sepsa
2. Choroby serca
3. Zatorowość

Śmiertelność położnicza jest kilkukrotnie większa po znieczuleniu ogólnym niż po regionalnym. Jednakże zmniejsza się w ostatnich latach, powodem jest zwiększenie znieczuleń regionalnych.

Wykłady w drugim dniu poświęcone były przenikaniu leków przez łożysko: czy ma to znaczenie w anestezji? Pro f. Leo Booi, Holandia.

Bariera łożyskowa chroni płód przed niektórymi toksycznymi substancjami z krwi matki. Do nich należą niektóre leki stosowane podczas znieczulenia. Podawane matce mogą hamować wzrost płodu.

Leki mogą mieć działanie neurotoksyczne.

Największa faza rozwoju mózgu zaczyna się w ostatnim trymestrze ciąży i trwa do 3 r.ż. Należy zwrócić uwagę, że znieczulenie ogólne dzieci do 3r.ż. może skutkować ich późniejszymi problemami w nauce. Trzeba w anestezji brać to pod uwagę. Należy stosować znieczulenie regionalne. Jeśli nie można to trzeba zachować dużą ostrożność w znieczuleniu ogólnym. Mocno przeanalizować konieczność operacji.

Natomiast Prof Alfredo Cattaneo z Argentyny omówił anelgezę ambulatoryjną do porodu. Rodzaje bólu porodowego:

1. Trzewny - okresowy. Mogą wystąpić wymioty. Reaguje na rdzeniowe opioidy.
2. Somatyczny- ostry, szybka transmisja, stały. Skłania do podania rdzeniowego

środków miejscowo znieczulających.

Wpływ znieczulenia zewnątrzoponowego na poród:

- Może przedłużyć poród
- Nie zwiększa ilości cięć cesarskich

CSE - znieczulenie skojarzone podpajęczce i zewnątrzoponowe. Stosowana jest podwójna igła do znieczulenia. Korzyści znieczulenia CSE:

- Mniejsze zużycie leków,
- Przedłużenie analgezji
- Możliwość wykonania cięcia cesarskiego w znieczuleniu zewnątrzoponowym.
CSE- szybkie łatwy. Wygodne dla pacjentki, nie ogranicza jej ruchomości - może chodzić. Podaje się mniejsze dawki leków. Można zastosować:
- Wlew ciągły
- Bołusy

Chodząca pacjentka:

- techniki małodawkowe
- może chodzić
- ma pełną swobodę wyboru
- decyzja należy do niej czy ma chodzić, czy nie.

Przeciwwskazania:

- zmiana tętna płodu
- matki są osłabione - słabość kończyn dolnych.

Należy przestrzegać:

- konsultacje z położnikami
- podanie 500 ml płynu
- po znieczuleniu monitorowanie 5-10 minut potem co godzinę jeśli pacjentka stabilna
- pozostaje w łóżku 1 godz. po znieczuleniu, potem może chodzić jeśli nie ma blokady motorycznej
- chodzić może w obecności drugiej osoby
- czas chodzenia co jakiś czas po 15 minut.

piel. Elżbieta Bednarczyk
piel. Gabriela Wojtkiewicz

Specjalistyczny Szpital
Ginekologiczne - Położniczy
w Wałbrzychu

Sprawozdanie z konferencji.

W dniach od 8 - 10.06.2011 roku odbył się w Krakowie V Międzynarodowy Kongres Polskiej Rady Resuscytacji pod hasłem „Rozpoznaj nagłe zatrzymanie krążenia i działaj zgodnie z Algorytmem 2010.

Kongres miał szczególny charakter, gdyż w w2010 r. Polska Rada Resuscytacji obchodziła Jubileusz 10-cio lecia powstania, a rok 2011 jest rokiem implementacji Wytycznych 2010 Resuscytacji Krążeniowo - Oddechowej. Wytyczne te stanowią ukoronowanie wiedzy i praktyki klinicznej w medycynie resuscytacji, która z kolei obchodzi w br 50-cio lecie istnienia.

W czasie trzech, dni trwania obrad w 30 sesjach naukowych, warsztatach i szkoleniach przedstawione zostały najważniejsze aspekty wytycznych resuscytacji oddechowo-krążeniowej np.

„Postępy w resuscytacji: leki .defibrylacja, monitorowanie,”

„Prewencje nagłego zatrzymania krążenia”,

„Aktualne rekomendacje w zapewnieniu drożności dróg oddechowych w resuscytacji”,

„Medycyna katastrof”,

„Bezpieczeństwo ruchu drogowego” itp.....,

Obrady były wymianą cennych doświadczeń pomiędzy osobami, które traktują ratowanie życia innym jako sprawę najważniejszą. Tematem często poruszonym było ujednoczenie systemu nauczania pierwszej pomocy w naszym kraju, gdyż pomimo kilku przepisów w dalszym ciągu nie jest ta kwestia realizowana ze skutkiem zadawalającym. W dalszym ciągu można zaobserwować niechęć osób postronnych w udzielaniu pierwszej pomocy i dlatego celem akcji o charakterze prewencyjno - szkoleniowym na polskich drogach „Nie bój się ratować życia innym” jest przełamanie barier w udzielaniu pierwszej pomocy wśród Polaków.

Wśród dzieci szkolnych naukę ratowania życia wg programu „Ratujmy i uczmy ratować” prowadzili instruktorzy z Jurkiem Owsakiem i grupą dzieci.

Stoiska okołokongresowe zachęcały do ćwiczeń ratowania życia za pomocą nowoczesnego sprzętu dla dorosłych, dzieci i noworodków,

Szkoda tylko, że na tak nowoczesny i niezwykle przydatny sprzęt szpitale posiadają zbyt małe fundusze.

Barbara Soboń ,Małgorzata Antoniewicz



STANOWISKA

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

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

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

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

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

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

Obserwujemy, że przekształcenia szpitali w spółki nie służą bezpieczeństwu pacjentów, jak to zakładali reformatorzy. Przeciążenie pielęgniarek pracą jest tak duże, że nie są one w stanie wywiązywać się ze swoich podstawowych obowiązków – pielęgnacji pacjentów, a wykonywane zadania mają charakter czysto techniczny.

W wielu podmiotach nie ma możliwości kontynuowania kształcenia ustawicznego, które ma zapobiegać zdarzeniom niepożądanym i pracy nieskutecznymi metodami. Występuje także presja pozostawiania pielęgniarek na jednoosobowych obsadach na dyżurach



mających negatywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów

Ograniczanie kosztów, poprzez politykę zmniejszania liczby personelu obsługującego coraz większą liczbę potrzebujących opieki, skutkuje zagrożeniem ich zdrowia i życia. Takie działania mające tylko na celu ekonomizację systemu doprowadzą do wcześniejszych odejść z zawodu i pogłębienia narastającej sytuacji kryzysu wynikającego z braku personelu pielęgniarskiego. Młodzi ludzie nie są zainteresowani zawodem, w którym trzeba ciężko pracować oraz ponosić odpowiedzialność za życie ludzkie.

Ostrzegamy przed kryzysem, jaki dotyka pielęgniarstwo. Działania powodujące odchodzenie pielęgniarek z zawodu są niebezpieczne dla przyszłości systemu opieki zdrowotnej, zarówno z powodu starzejących się kadr pielęgniarek, jak i z powodu starzejących się odbiorców usług pielęgniarskich.

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

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

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

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

Tło

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

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

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

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

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

Analiza zgromadzonego materiału wykazała, że dominującą formą umowy o pracę pielęgniarek w Europie jest etat w pełnym (zwykle 36-40 godzinowy wymiar czasu pracy w tygodniu) lub niepełnym wymiarze czasu pracy. Umowa cywilno-prawna, a więc samozatrudnienie, stanowi bardzo rzadką formę zawierania umowy przez pielęgniarki z pracodawcą. W Czechach, Luxemburgu, w Danii i w Niemczech jest to zaledwie kilka % (często zaledwie 0,01%). Na Węgrzech ok. 6%, w Irlandii mniej niż 5% (pielęgniarki są wówczas zatrudniane poprzez agencje pielęgniarskie, jest to bezpieczniejsza forma zatrudnienia aniżeli nasz kontrakt), w Holandii -kilkaset pielęgniarek, w UK – około 120 położnych. Przy czym bardzo dokładnie przestrzegane są normy czasu pracy zarówno dla bezpieczeństwa pracodawcy, pielęgniarki, a przede wszystkim pacjenta, który oddaje w ręce pielęgniarek swoje zdrowie i życie z zaufaniem, którego nie wolno zawieść.

W pozostałych państwach, które wzięły udział w naszej ankiecie, samozatrudnienie pielęgniarek nie występuje. Pielęgniarki podejmujące pracę w ramach tzw. kontraktów najczęściej pracują poza podmiotami realizującymi opiekę w systemie ciągłym -więcej http://www.ptp.nal.pl/pliki/pdf/EFF_survey_outcome_2011.pdf.

Warszawa, 21 lipca 2011 r.



KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie
PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

Kraków 2011.11.05

**Stanowisko w sprawie eliminowanie pielęgniarek systemu z zespołów
ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych.**

w związku z licznymi informacjami dotyczącymi eliminowania pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez zmniejszanie obsady zespołów, zastępowanie innym personelem medycznym, zmuszaniem do zmiany warunków zatrudnienia z umów o pracę na umowy cywilno-prawne, przedstawiam swoje stanowisko.

Pielęgniarki i pielęgniarze spełniający kryteria pielęgniarek systemu zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (Dz.U.06. 191. 1410) Art. 3. są jednym z trzech pełnoprawnych i autonomicznych podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz medycznych czynności ratunkowych w ramach funkcjonowania systemu.

Ustawodawca określając wymagania dla pielęgniarek i pielęgniarzy systemu określił konieczność posiadania wysokiego poziomu przygotowania i doświadczenia zawodowego dla tej grupy zawodowej, zapewniającego jak najwyższą jakość świadczeń: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, konieczność kształcenia ustawicznego oraz posiadanie doświadczenia zawodowego w pracy z pacjentami w stanie zagrożenia życia.

Podnoszenie kwalifikacji w ramach kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalizacyjnych z pielęgniarstwa ratunkowego zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia odbywa się z wykorzystaniem istotnych środków unijnych oraz budżetowych.

Niedopuszczalna jest jakakolwiek forma dyskryminacji ze względu na wykonywany zawód, płeć czy wiek. Działania takie są szkodliwe, krzywdzące, ograniczające dostęp pacjentom do opieki przez osoby o najwyższych kwalifikacjach oraz mogą być przyczyną dochodzenia roszczeń przed sądami, narażając na konieczność wypłaty odszkodowań przez jednostki opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Nie ma podstaw merytorycznych oraz prawnych do zwalania, przesuwania do pracy w innych oddziałach, zastępowania przez osoby reprezentujące inne zawody medyczne, pielęgniarek spełniających wymagania dla pielęgniarek systemu. Jakkolwiek próby oraz działania mające na celu eliminowanie pielęgniarek i pielęgniarzy są niedopuszczalne.

Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
ratunkowego