



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

5 /2017
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ ŻYCZENIA ŚWIĄTECZNE I NOWOROCZNE
- 2 ◆ PROTEST LEKARZY REZYDENTÓW
– KOMUNIKAT PRASOWY
– STANOWISKO NR 12 PREZYDIUM NRPIP
- 6 ◆ KORESPONDENCJA MINISTERSTWA ZDROWIA
– OBOWIĄZEK AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE
PIELĘGNIAREK I REJESTRZE POŁOŻNYCH
PISMO MZ SEKRETARZA STANU JÓZEFY SZCZUREK-ŻELAZKO
- 8 ◆ KORESPONDENCJA MINISTERSTWA ZDROWIA
DEPARTAMENT PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ROZPORZĄDZENIA
MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE
OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
OPIEKI ZDROWOTNEJ – OWU”
– PISMO Z DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO PREZES NRPIP
– PISMO NFZ DEPARTAMENT ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DO DYREKTOR
DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
– STANOWISKO MZ
- 13 ◆ KORESPONDENCJA W SPRAWIE USTAWY Z DNIA 8 CZERWCA 2017 R. O SPOSOBIE
USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO PRACOWNIKÓW
WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE ZATRUDNIONYCH W PODMIOTACH
LECZNICZYCH
– PISMO MZ SEKRETARZA STANU JÓZEFY SZCZUREK-ŻELAZKO DO PREZES NRPIP
- 17 ◆ ZESTAW PRZECIWWSTRZAŚOWY KIEDY ZMIANY W PRZEPISACH
ROZPORZĄDZENIA MZ Z DNIA 22 LISTOPADA 2013 R.
– PISMO WICEPREZES NRPIP DO MINISTRA ZDROWIA
– PISMO DYREKTOR DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
DO PREZES NRPIP
- 19 ◆ MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ ICNP
– PISMO PREZES NRPIP DO MINISTRA ZDROWIA
– PISMO DYREKTOR DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
DO PREZES NRPIP
- 23 ◆ BÓL – CZ. I
- 30 ◆ POWRÓT DO TRADYCJI – UROCZYSTOŚĆ CZEPKOWANIA
- 31 ◆ KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE
– VI KONFERENCJA Z CYKLU JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM
„ETYKA W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ”
- 37 ◆ XX KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ ORGANIZATOR, FUNDACJA
„RAZEM ZIEMIAM ŚWIAT” 27–29.09.2017 R. TORUŃ
- 41 ◆ KONFERENCJA STOWARZYSZENIA MENADŻERÓW PIELĘGNIARSTWA
„OD TEORII DO PRAKTYKI” 6–7.10.2017 R. ŁĄDEK-ZDRÓJ
- 43 ◆ GRATULACJE
- 44 ◆ FUNDACJA DAJMY DZIECIOM SIŁĘ

KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław; tel. 71 784 18 45
email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – mgr WIESŁAW ZIELONKA
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7; 59-220 Legnica;
tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr KATARZYNA SALIK
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej Curie 58;
50-368 Wrocław; tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95
email: kasiasalik1@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
ul. Warszawska 2; 52-114 Wrocław; tel. 71 342 8631 wew. 344,
604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum
Onkologii we Wrocławiu pl. Hirsfelda 12; 53-413 Wrocław; tel. 71 368 92 60
lub 603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI
– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50981 Wrocław; email: naczelnia.pielgniarka@4wsk.pl;
tel. 26 166 02 07, 608 309 310

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59220 Legnica; tel. 76 721 14 01,
661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z O.O. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl, tel. 71 722 29 48, 603 852 669

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ
– dr n. med. DOMINIK KRZYŻANOWSKI, Bonifraterskie Centrum Opieki
Hospicyjnej w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.; ul. Poświęcka 8a,
51-128 Wrocław; tel. 608 585 295,
email: d.krzyzanowski@bronifraterskiecentrumzdrowia.pl

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel. 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
tel./fax: 74 842-33-25
tel.: 74 842 56 05
godziny pracy biura:
7:30-15:30

e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl
www.oipip.walbrzych.pl

Bank Zachodni WBK S.A. o/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca:

Maria Pałeczka
oipipwch@webmedia.com.pl

Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

BIURO**Sekretariat:**

Łukasz Płaczkowski
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk
oipiprejestr@webmedia.com.pl

Księgowość:

Aleksandra Neter
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna §
mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Michał Krajcarz

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13–15
lub telefonicznie do kancelarii:
tel.: 74 666 00 02

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Iwona Michańcio

Dyżury w siedzibie OIPIp:

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce Kontakt. W innym terminie po
wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIp w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:

Tereny Weny Agencja Reklamowa
Justyna Szafran-Dziewięcka
justyna@terenyyeny.pl

◆

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

*Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia
Niech magiczna moc wigilijnego
wieczoru przyniesie spokój i odpoczynek.
Życzę, aby Święta Bożego Narodzenia
upłynęły w radosnym nastroju
w gronie Najbliższych i Przyjaciół.
W imieniu własnym oraz
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Wałbrzychu
życzę, aby Nowy 2018 Rok spełniał
oczekiwania i nadzieje zarówno
w życiu osobistym i zawodowym.*

◆

Maria Pałeczka
Przewodnicząca ORPiP

PROTEST LEKARZY REZYDENTÓW

Komunikat prasowy



Warszawa, 18 października 2017

Komunikat prasowy

Pielęgniarki, położne, diagnosty laboratoryjni oraz fizjoterapeuci: zmiany w służbie zdrowia są konieczne

W dniu 16 października br. odbyło się spotkanie przedstawicieli zawodów medycznych, w którym udział wzięli przedstawiciele Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Uczestnicy spotkania wyrazili zrozumienie dla przyczyn protestu rezydentów, czyli zbyt niskich i nieefektywnie lokowanych środków finansowych w służbie zdrowia i podkreślili, że najlepszą drogą rozwiązywania konfliktów jest merytoryczny dialog. Wezwali do jego podjęcia i wypracowania reformy, która skupi się na relokacji środków finansowych (wzmocnienie profilaktyki) oraz w perspektywie długoterminowej na systematycznym zwiększaniu nakładów finansowych.

Zaniepokojeni sytuacją w służbie zdrowia przedstawiciele zawodów medycznych wystosowali list do Ministra Zdrowia, Pana Konstantego Radziwiłła, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Pani Elżbiety Rafalskiej oraz Wicepremiera i Ministra Rozwoju i Finansów, Pana Mateusza Morawieckiego, w którym zaproponowali rozpoczęcie merytorycznych rozmów, których celem jest poprawa sytuacji.

Autorzy listu podkreślili, iż wszystkie strony powinny skupić się na dobru pacjenta. Każdy pacjent zasługuje na właściwą ochronę zdrowia, profilaktykę, diagnostykę, leczenie i pielęgnację. Podkreślili, iż ich wspólnym celem jest zapewnienie opieki na najwyższym poziomie. Codzienne problemy, z jakimi się zmagają pracownicy służby zdrowia jak również pacjenci, m.in. wielomiesięczny czas oczekiwania na wizytę czy leczenie, niskie wynagrodzenia, zbyt duże obciążenie pracą ze względu na niewystarczającą liczbę personelu medycznego czy nie prawidłowo lokowane nakłady finansowe uniemożliwiają realizację tego zadania.

W poczuciu odpowiedzialności za środowisko medyczne podkreślili, że przepracowany lekarz, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta czy diagnosta laboratoryjny nie może być efektywny. Stawianie przed alternatywą: praca ponad siły lub bardzo niskie wynagrodzenie i narażanie pacjentów są wyrazem braku odpowiedzialności Rządu Polskiego i całej klasy politycznej za bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Pracownicy służby zdrowia często pracują ponad 12 godzin. To wynik niewystarczającej ilości personelu, ale i naturalna dążność ludzi do utrzymania finansowego siebie i swoich rodzin. Praca ta w tak dużym wymiarze godzin, połączona z dużym obciążeniem psychicznym i odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów, powoduje przedwczesne starzenie się i wypalenie osób wykonujących zawody medyczne. Kumulowane latami zmęczenie przenosi się na jakość pracy i wypalenie zawodowe. We wszystkich dziedzinach medycyny to właśnie kompetencje ludzi i jakość wykonywanych przez nich czynności ma największe znaczenie.

Kwestie te bezpośrednio znajdują odzwierciedlenie w strukturze wiekowej osób pracujących w ochronie zdrowia, w której obserwuje się szybki wzrost średniej wieku.

Młode osoby nie widząc przyszłości i możliwości rozwoju zawodowego rezygnują z podejmowania pracy w wyuczonym zawodzie. Wielu już wykształconych pracowników medycznych wybiera pracę poza granicami kraju lub w innych zawodach.

Rozwiązaniem w ocenie autorów nie jest pisanie planów, których skutki mają być odczuwalne za dziesięć czy piętnaście lat. Polska służba zdrowia może „nie przeżyć” tych dziesięciu lat.

Przedstawiciele Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych wzywają do podjęcia merytorycznych rozmów, mających na celu rozwiązanie sytuacji. Są przekonani o tym, że zmiana organizacji, w tym relokacja środków finansowych może przynieść pozytywne efekty.

W naszym kraju nie działa lub jest bardzo ograniczona profilaktyka i dostępność do badań laboratoryjnych osób w wielu produkcyjnym i seniorów. A to właśnie te działania pozwolą w sposób efektywny zaoszczędzić środki finansowe nie w perspektywie dziesięciu lat, ale już w ciągu dwóch.

Przykładowo odpowiednia profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia ogranicza liczbę zawałów serca i udarów mózgu. U osób starszych można ograniczać liczbę upadków, kończących się złamaniami, kosztownymi operacjami i nierzadko powikłaniami, np. zapaleniem płuc czy kalectwem. To efekt wieloletnich zaniedbań w zakresie zapobiegania. Wg danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych liczba zwolnień z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowych sięga 30 milionów dni. Odpowiednio zaplanowana profilaktyka pozwoli zaoszczędzić środki, które dziś są wydatkowane na leczenie, w tym powikłania, hospitalizację, rekonwalescencję oraz zasiłki zdrowotne i zwolnienia lekarskie.

Spustoszenie, jakie powodują choroby takie, jak cukrzyca czy powikłania infekcji wirusowych kosztują dziś Polskę miliardy złotych. Kwoty te przeznaczone na profilaktykę pozwolą zadbać o pacjenta w sposób odpowiedzialny. Zaoszczędzone kwoty mogą być przeznaczone na poprawę sytuacji pacjenta oraz urealnienie zarobków w służbie zdrowia. Konieczne są zmiany organizacyjne.

Sygnatariusze listu, podkreślili, iż nadrzędnym celem ich działań jest utrzymanie pacjenta w dobrym zdrowiu i kondycji. Dbanie o dobrą kondycję systemu jest drogą do realizacji tego celu.

Samorządy zadeklarowały dalszą wolę współpracy.

Elżbieta Puacz



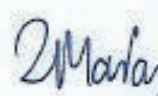
Prezes
Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych

prof. Maciej Krawczyk



Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Zofia Małas



Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 12

Prezydium Naczelnej Rady pielęgniarek i położnych z dnia 17 października 2017 roku w sprawie protestu lekarzy rezydentów

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko Nr 12
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 17 października 2017 roku
w sprawie protestu lekarzy rezydentów

Protest głodowy rozpoczęty przez lekarzy rezydentów i kontynuowany przez przedstawicieli innych zawodów medycznych zrzeszonych w Porozumieniu Zawodów Medycznych, kolejny raz w drastyczny sposób zwraca uwagę na palące problemy służby zdrowia w Polsce, których jednym z podstawowych źródeł jest niedofinansowanie. Niedofinansowanie to leży u podstaw:

- dynamicznie ograniczanej dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych,
- powiększających się z każdym rokiem niedoborów personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale również przedstawicieli innych zawodów medycznych,
- pogarszających się warunków pracy personelu medycznego, będących jednocześnie warunkami leczenia pacjentów,
- niedostatecznej liczby procedur medycznych i niedoszacowanej wyceny tych procedur,
- niespójności przepisów prawa oraz nadmiernie rozbudowanej biurokracji i sprawozdawczości.

Powyższe od lat powoduje poszukiwanie oszczędności kosztem dbałości o dobro i zdrowie pacjenta. Pacjent w funkcjonującym systemie ochrony zdrowia stał się przedmiotem procedury medycznej, a przestał być traktowany jako człowiek potrzebujący pomocy.

Skutkami niedostatecznego finansowania służby zdrowia są również niskie wynagrodzenia, praca na kilku etatach, emigracja zawodowa, które nasilają niedobory kadrowe w grupach pielęgniarek, położnych, lekarzy i innych pracowników medycznych, co powoduje zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Samodzielne zawody medyczne pielęgniarki i położnej zostały w ostatnich latach zdeprecjonowane w szczególny sposób. Na wspomniane grupy zawodowe stale nakładane są

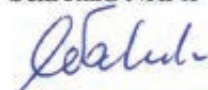
Również rządzący traktują pielęgniarki i położne w sposób krzywdzący, czego wyrazem jest ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Pielęgniarki i położne stały się na mocy przywołanej ustawy personelem medycznym gorszej kategorii.

Dlatego też samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych postuluje po raz kolejny o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce i tym samym solidaryzuje się z głodującymi lekarzami rezydentami. Samorząd upomina się przy tym o zwiększenie wynagrodzeń w służbie zdrowia oraz takie ustalenie ich wysokości, aby wynagrodzenia poszczególnych zawodów medycznych odpowiadały zakresowi ich zadań i odpowiedzialności oraz poziomowi wymaganego wykształcenia i oczekiwanego zaangażowania w procesie leczenia i pielęgnowania pacjentów.

W związku z powyższym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych domaga się dokonania w trybie pilnym zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, poprzez zmianę brzmienia samej ustawy oraz punktów 7-9 w załączniku do niej. Ze zmienionego brzmienia ustawy powinno jednoznacznie wynikać, że dodatkowe środki finansowe na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) nie mogą być przeznaczane do realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

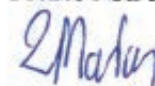
Wieloletnie zaniedbania w służbie zdrowia oraz brak zrozumienia dla postulatów środowiska medycznego po raz kolejny spowodowały, że przedstawiciele zawodów medycznych sięgają po drastyczne środki protestu. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oczekuje wypracowania realnych działań naprawczych.

Sekretarz NRPIP



Joanna Walewander

Prezes NRPIP



Zofia Małas

KORRESPONDENCJA MINISTERSTWA ZDROWIA

W SPRAWIE OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH
W REJESTRZE PIELEŃNIAREK I REJESTRZE POŁOŻNYCH



Ministerstwo Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 29-09-2017

PP-WPS.64522.3.2017/TB/MM

Okręgowe Izby
Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo

Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych jest bazą danych, która zawiera dane pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Zgromadzone dane są aktualizowane na podstawie danych wpisanych do rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z art. 91 ust. 1 pkt 1 *ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych*, izby otrzymują z budżetu państwa środki finansowe na prowadzenie rejestrów pielęgniarek i położnych.

Ponadto na podstawie zapisu *art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, pielęgniarki i położne wpisane do rejestru „są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, (...) jednak nie później niż w terminie 14 dni od ich powstania”. Jednakże z analizy danych wynika, że nie wszystkie pielęgniarki i położne realizują powyższy obowiązek.

W związku z różnicami występującymi w danych, które dotyczą pielęgniarek i położnych, pochodzących z różnych źródeł, w tym z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, zwracam się z prośbą o wypracowanie przez Okręgowe Izby

Pielęgniarek i Położnych strategii działań mających na celu skuteczne egzekwowanie zapisu art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Należy podkreślić, iż zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, „zadaniem samorządu jest w szczególności sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów”. Powyższy zapis wiąże się jednoznacznie z podejmowaniem przez samorząd starań, zmierzających do zwiększenia świadomości pielęgniarek i położnych w zakresie wypełniania obowiązków narzuconych przepisami prawa powszechnie obowiązującego, związanych z wykonywaniem obowiązków zawodowych, w tym do wypełniania zapisu art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych.

Z uwagi na powyższe, aby wykluczyć wszelkie wątpliwości związane z prowadzeniem Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, zwracam się do Państwa z prośbą o podjęcie działań zmierzających do skuteczniejszej i efektywniejszej aktualizacji danych w okręgowych rejestrach pielęgniarek i położnych.

Z wyrazami szacunku *8290000000*

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Jożefa Szczurek-Żelazko
Jożefa Szczurek-Żelazko

AKTUALIZACJA DANYCH W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK I REJESTRZE POŁOŻNYCH

Na podstawie art. 19 Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014.1435)

ust. 1 Pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę
- 2) w ramach stosunku służbowego
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej
- 4) w ramach wolontariatu
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej

ust.2. Pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formach, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, są obowiązane w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu
- 2) datę zatrudnienia i stanowisko, a przypadku umów

na czas określony – datę zakończenia umowy
3) miejsce wykonywania zawodu

ust.3 Pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formach, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, są obowiązane poinformować okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, o rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy, w 14 dni od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia umowy.

Zgodnie z Ustawą z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 174 poz.1038 ze zm.) art.11 ust. Członkowie samorządu są obowiązani:

pkt. 5 aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych

W Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych należy zło-

żyć wymagane dokumenty dotyczące:

- **Zmiany zatrudnienia** – dokumenty potwierdzające zmianę miejsca zatrudnienia
 - **Uzyskany tytuł zawodowy** – odpis dyplomu – **część A i B (suplement)**
 - **Uzyskany tytuł specjalisty** – oryginał prawa wykonywania zawodu, dyplom (oryginał do wglądu)
 - **Ukończone kursy** – dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje – oryginał do wglądu
 - **Zmiana nazwiska** – oryginał prawa wykonywania zawodu, odpis aktu małżeństwa – oryginał do wglądu
 - **Zmiana danych adresowych** – zgłoszona na piśmie
- W każdym przypadku **dowód osobisty** (oryginał do wglądu).

KORESPONDENCJA MINISTERSTWA ZDROWIA DEPARTAMENT PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCYCH

INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ROZPORZĄDZENIA
MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – „OWU”



Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek
i Położnych

PPP.024.64.2017.RJ/MP/JJ

Warszawa, 26.10.2017

Pani
Zofia Malas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Paści Premier!

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 sierpnia 2017 r. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.002.169.2017.TK) w sprawie wyjaśnienia pojęcia etat lub etat przeliczeniowy w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanych dalej „OWU” świadczeniodawca uwzględnia w informacji przekazywanej do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, liczbę pielęgniarek i położnych wykonujących u niego zawód i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów i równoważników etatów.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia dotyczącym § 2 rozporządzenia OWU (kopia w załączeniu), świadczeniodawca przekazując informację do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w przypadku wykonywania realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę zatrudnioną w ramach umowy o pracę uwzględnia wyłącznie czas pracy pielęgniarki albo położnej przeznaczony na realizację świadczeń opieki zdrowotnej wynikający z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawionym w piśmie z dnia 4 stycznia 2016 r. (kopia w załączeniu), pojęcie etat przeliczeniowy lub równoważnik etatu w ramach OWU odnoszą się do liczby godzin przepracowanych miesięcznie, nie zaś dobowo. W związku z tym, wysokość dodatkowego wynagrodzenia wynikająca z OWU dla pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej domowej nie powinna odpowiadać wymiarowi etatu przeliczeniowego uzależnionego od liczby pacjentów objętych opieką, lecz powinna być uzależniona od czasu pracy przeznaczonego na realizację świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach danej umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dorota Zińkowska
różca ministra



Narodowy Fundusz Zdrowia
Centrala w Warszawie
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dnia .. 4.01.2016.

Pani
Beata Cholewka
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Ministerstwo Zdrowia

W ~~odpowiedzi na pismo~~ z dnia 1 grudnia 2015 r., znak: IK 406197.TB, w sprawie udzielenie odpowiedzi na pytania 1, 6 i 7 zawarte w piśmie Pani Krystyny Zaleskiej, Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu, uprzejmie proszę o przyjęcie następującej informacji.

Ad 1

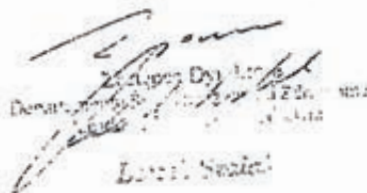
Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1400), świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń przekazuje za pośrednictwem serwisów internetowych informację, o której mowa w § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia. W związku z powyższym, dla świadczeniodawców udostępniono narzędzie informatyczne, umożliwiające przekazanie omawianej informacji do oddziałów wojewódzkich NFZ. Świadczeniodawca w ww. informacji przekazuje dane o liczbie pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń w przeliczeniu na liczbę etatów. Pojęcie etat przeliczeniowy lub równoważnik etatu odnoszą się do liczby godzin przepracowanych miesięcznie nie zaś dobowo. Liczba przepracowanych godzin w ramach równoważnika etatu wynosi przeciętnie 160 godzin miesięcznie. W miesiącu przeciętnie jest 720 godzin, co odpowiada 4,5 równoważnikom etatu. W celu uniknięcia omyłkowego wykazywania dla jednej pielęgniarki lub położnej liczby etatów, która po przekształceniu na liczbę godzin pracy przekracza ogólną miesięczną liczbę godzin ustalono, że maksymalna liczba etatów wskazanych dla pojedynczej pielęgniarki lub położnej może wynosić 4.

Ad 6

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanymi na podstawie art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

Ad 7

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia upoważniony jest do finansowania wyłącznie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem środki finansowe przekazywane przez NFZ świadczeniodawcom, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, co znalazło odzwierciedlenie w zwiększeniu kwot zobowiązań określonych w aneksach do umów o udzielanie świadczeń opieki zawieranych w związku z realizacją przepisów ww. rozporządzenia. Wskazać również należy, że środki finansowe jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, są ściśle określone, bowiem pochodzą w szczególności ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym, wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej, zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu na dany rok.



Minister Zdrowia
Lewon Szlachetka

Stanowisko Ministra Zdrowia

w sprawie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400).

Świadczeniodawcy mający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazują informacje do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ o liczbie pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej i wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów.

I. Przekazując tę informację świadczeniodawca uwzględnia, że § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) nie obejmuje pielęgniarek i położnych wykonujących zawód u podwykonawcy;
- 2) obejmuje pielęgniarki i położne przebywające na zwolnieniach chorobowych i na zasiłkach rehabilitacyjnych;
- 3) obejmuje pielęgniarki i położne przebywające na urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich albo osoby zatrudnione na zastępstwo tych osób;
- 4) obejmuje wyłącznie osoby zatrudnione na zastępstwo pielęgniarek i położnych przebywających na urloпах wychowawczych i na urloпах bezpłatnych;
- 5) obejmuje osoby oddelegowane zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 12 oraz art. 5 ust. 2 pkt 10 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 6) obejmuje także pielęgniarki i położne wykonujące zawód w podmiocie leczniczym w komórkach organizacyjnych, których zakres zadań stanowi element udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, np. na bloku operacyjnym, w pracowniach diagnostycznych, w sterylizatorni, w punkcie pobrań, a także pielęgniarki epidemiologiczne oraz pielęgniarki i położne kierujące i zarządzające zespołami pielęgniarek i położnych.

II. Przekazując ww. informację świadczeniodawca uwzględnia także, że:

- 1) w sytuacji wykonywania przez świadczeniodawcę więcej niż jednej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, w ramach których świadczenia są realizowane przez tę samą pielęgniarkę albo położną, świadczeniodawca decyduje w których umowach zostanie ona zgłoszona do NFZ w wymiarze proporcjonalnym do czasu pracy tej pielęgniarki albo położnej przeznaczonym na realizację danej umowy – w przypadku trudności świadczeniodawca wskazuje jedną umowę w wymiarze odpowiadającym czasowi pracy pielęgniarki albo położnej; świadczeniodawca powinien uwzględnić wyłącznie czas pracy przeznaczony na realizację świadczeń wynikających z umowy z NFZ;
- 2) w przypadku wykazywania pielęgniarki albo położnej, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie innej niż stosunek pracy (umowa zlecenia, umowa o dzieło, kontrakt), świadczeniodawca wskazuje równoważnik etatu, przeliczając liczbę godzin pracy pielęgniarki w stosunku do ustawowego wymiaru czasu pracy na etacie;
- 3) w przypadku, gdy nie można wykazać liczby godzin na dzień 15 września 2015 r., tak by ustalić równoważnik etatu w sposób określony w ww. pkt 2, przyjmuje się średni czas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z miesiąca poprzedzającego przekazanie informacji.

III. Obowiązujące rozporządzenie nie przewiduje zgłoszenia dodatkowej liczby osób po dniu 15 września 2015 r.

IV. Podział środków przeznaczonych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych, wynika z porozumienia albo sposobu podziału pozytywnie zaopiniowanego, zgodnie z § 2 ust. 4 ww. rozporządzenia, albo jest dokonywany zgodnie z § 2 ust. 5 ww. rozporządzenia.

KORSPONDENCJA W SPRAWIE USTAWY Z DNIA 8 CZERWCA 2017 R.

O SPOSOBIE USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE ZATRUDNIONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH



Minister Zdrowia

22-09-2017

Warszawa,

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Mając na uwadze pojawiające się wątpliwości co do sposobu kwalifikowania pracowników wykonujących zawody medyczne w związku z realizacją ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), dalej: „ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r.”, przekazuję w załączeniu do wiadomości i wykorzystania stanowisko Ministerstwa Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

W załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. określone zostały współczynniki pracy służące do obliczenia kwoty najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Podział na grupy zawodowe został dokonany według kwalifikacji wymaganych przez pracodawcę na konkretnym stanowisku. Zaszeregowanie pracownika wykonującego zawód medyczny do jednej z grup zawodowych odbywa się w oparciu o wymagania określone przez pracodawcę dla zajmowanego przez pracownika stanowiska, a nie jedynie w oparciu o faktycznie posiadane przez tę osobę kwalifikacje (wykonywany zawód, poziom i kierunek

wykształcenia, posiadanie specjalizacji).

W przypadku osób zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki albo położnej albo na stanowisku, na którym wymagane są kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej przyporządkowanie do poszczególnych grup zawodowych powinno się odbywać, co do zasady w zakresie grup oznaczonych w poz. 7-9 załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

Należy jednak jednoznacznie wskazać, że praktyczne zastosowanie przepisów ustawy dokonywane w podmiocie leczniczym na poziomie porozumienia albo zarządzenia odbywać się musi nie tylko i wyłącznie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., ale w każdym przypadku równocześnie należy brać pod uwagę również inne powszechnie obowiązujące regulacje.

Podkreślenia bowiem wymaga, że ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłącza w żadnym miejscu przepisów ogólnych Kodeksu pracy. W przypadku zatem, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie same obowiązki, lecz posiadają różne - choć porównywalne - kwalifikacje, wówczas zastosowanie do nich znajdzie art. 183c Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Przepisy omawianej ustawy mają charakter norm ochronnych, tj. gwarantują, że pracownicy wykonujący zawód medyczny nie będą mogli mieć ustalonego wynagrodzenia zasadniczego na poziomie niższym niż określony na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017r. Celem ustawy nie jest natomiast ingerowanie w strukturę wynagrodzeń poszczególnych pracowników podmiotów leczniczych. Na pracodawcach (podmiotach leczniczych) w dalszym ciągu spoczywa obowiązek kształtowania wynagrodzeń z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 78 § 1 Kodeksu pracy. Wynagrodzenie za pracę powinno zatem odpowiadać m.in. rodzajowi wykonywanej pracy, kwalifikacjom wymagany przy jej wykonywaniu, a także uwzględniać ilość i jakość świadczonej pracy.

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. również nie wyłącza w żadnym miejscu i nie pozwala w trakcie jej wykonywania pomijać innych niż określone w Kodeksie pracy regulacji powszechnie obowiązującego prawa oraz uregulowań wewnętrzzakładowych. W związku z tym przypomnienia wymaga, że szczegółowe warunki wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą w danym podmiocie leczniczym powinny być ustalane w układzie zbiorowym pracy lub regulaminie wynagradzania. Uprawnienia zagwarantowane pracownikom w układach zbiorowych pracy i regulaminach wewnętrznych, a dotyczące np. zasad kształtowania wynagrodzeń zasadniczych i pozostałych składników wynagrodzeń, w przypadku gdy są korzystniejsze dla pracowników niż to wynika z przepisów ww. ustawy, zachowują swoją moc i powinny być realizowane.

Pracodawca określając w porozumieniu albo zarządzeniu poziomy wzrostów

wynagrodzeń poszczególnych pracowników (grup pracowników) musi więc brać pod uwagę faktyczną strukturę zatrudnienia na istniejących w podmiocie leczniczym stanowiskach pracy oraz wymogi stawiane zatrudnianym na nich pracownikom. Przykładowo pracodawca nie może powołując się na ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. różnicować wysokości wynagrodzeń pracowników zatrudnionych na stanowiskach, na których wykonywana jest praca jednakowej wartości. Działałby bowiem wówczas wbrew art. 183c Kodeksu pracy statuującemu zasadę równego traktowania w zatrudnieniu. Zgodnie z zasadą równego traktowania w zatrudnieniu pracodawca powinien ustalić jednakowe wynagrodzenie dla osób, które wykonują jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości (w rozumieniu art. 183c Kodeksu pracy). Zarówno przepis art. 183c, jak też art. 78 Kodeksu pracy, odnosi się do sposobu kształtowania wynagrodzeń konkretnych pracowników, zatem adresowany jest do pracodawców (podmiotów leczniczych).

Jednocześnie podmioty lecznicze są w szczególności związane przepisami określającymi:

- kwalifikacje wymagane od pracowników zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz. U. poz. 283));
- wymogi wynikające z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a które dotyczą zapewnienia udzielania poszczególnych świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające wskazane w kontrakcie kwalifikacje (tzw. rozporządzenia koszykowe i tzw. rozporządzenie kryterialne);
- uprawnienia pracowników do wykonywania określonych czynności np. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

W przypadku pielęgniarek i położnych pracodawca brać musi również pod uwagę przepisy ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, które wskazują, że pracodawca już na poziomie aktów powszechnie obowiązujących pozwala na równe traktowanie pielęgniarek legitymujących się różnym poziomem wykształcenia dopuszczając je pomimo tego do udzielania tożsamyh świadczeń (a więc wykonywania tożsamej pracy). Przykładowo § 3 rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

„1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

- a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
- b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa".

Ponadto należy jednoznacznie wskazać, że wejście w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie może stanowić przyczyny wypowiedzenia warunków pracy i płacy pracownikom, których wynagrodzenie jest wyższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ani podejmowania przez pracodawców innych działań zmierzających do obejścia celu ustawy, jakim jest ustalenie minimalnego poziomu, poniżej którego pracodawca nie będzie mógł ustalać wynagrodzenia zasadniczego. Jak wspomniano wyżej normy zawarte w ustawie z 8 czerwca 2017 r. mają bowiem charakter norm ochronnych i gwarancyjnych, a co za tym idzie mają zabezpieczać minimalny poziom wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne. Nie mogą być natomiast w żadnym wypadku powoływane jako przyczyna wypowiedzenia warunków wynagrodzenia pracowników, skutkująca obniżeniem wynagrodzenia zasadniczego, albo być wykorzystywane aby takie wynagrodzenie obniżyć. Działanie takie będzie musiało być traktowane jako naruszające normę z art. 8 Kodeksu pracy, a więc jako sprzeczne ze społeczno - gospodarczym przeznaczeniem prawa pracodawcy do umownego kształtowania wysokości wynagrodzeń oraz z zasadami współzycia

społecznego i nie będzie korzystało z ochrony (będzie mogło być kwestionowane przed sądem pracy).

Podobnie oceniane musiałyby być działania pracodawcy polegające na obniżeniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarki albo położnej dokonywane tylko i wyłącznie w celu jego późniejszego podwyższenia i pokrycia kosztów tej kolejnej podwyżki środkami z OWU.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józef Szczęrek-Zelazko

ZESTAW PRZECIWWSTRZĄSOWY



KIEDY ZMIANY W PRZEPISACH ROZPORZĄDZENIA MZ Z DNIA 22 LISTOPADA 2013 R.
W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU ŚWIADCZEŃ
PIELĘGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ?



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.002.200.2017.TK

Warszawa, dnia 18.10.2017r

Pan

Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do naszego pisma z dnia 30 sierpnia 2017r. znak NIPiP-NRPIP-DM.002.170.2017.TK, dotyczącego prośby o wprowadzenie do warunków zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, zapisu dotyczącego składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki w analogiczny sposób jak jest to uregulowane w przypadku pielęgniarki podstawowej opieki oraz braku odpowiedzi na pismo, ponownie uprzejmie proszę o informację na jakim etapie są prace zmierzające do zmiany przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Jednocześnie ponownie proszę o udzielenie odpowiedzi na nasze pismo z dnia 30 sierpnia 2017r. znak NIPiP-NRPIP-DM.022.169.2017.TK dotyczące wyjaśnienia pojęcia etat lub etat przeliczeniowy w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

W załączeniu przesyłam kopie pism z dnia 30.08.2017r.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPIP

Mariola Łodzińska

Mariola Łodzińska



Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, 18-10-2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

Nawiązując do przekazanych informacji w piśmie z dnia 3 października 2017 r., znak: PPA.0762.6.2017/BW, stanowiącego odpowiedź na Pani korespondencję z dnia 30 sierpnia 2017 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.002.170.2017.TK, w sprawie przekazania informacji na jakim etapie są prace zmierzające do wprowadzenia zmian w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz., 1658 t.j.), w zakresie składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki – pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, analogicznie jak to ma miejsce w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje poniżej uzupełniające informacje w przedmiotowej sprawie.

W odniesieniu do zmiany składu zestawu przeciwwstrząsowego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie (Dz. U. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.), Departament Polityki Lekowej i Farmacji poinformował, że w dniu 9 października 2017 r. Minister Zdrowia zaakceptował projekt usunięcia leku Hydroxyethylamylum (HES) ze składu zestawu przeciwwstrząsowego.

Jednocześnie Minister Zdrowia zaakceptował dodanie do składu zestawu przeciwwstrząsowego używanego przez pielęgniarki adrenaliny – roztworu do wstrzykiwań. Nadmieniam, że zgodnie z procedurą legislacyjną prowadzoną w Ministerstwie Zdrowia, projektowane zmiany będą podlegały uzgodnieniom i konsultacjom publicznym.


DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

dr n. s. Jolanta Cholewicka

MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ ICNP



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 7B, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

NIPiP-NRPiP-DM-0025.107.2017

Warszawa, dnia 9 maja 2017r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP do dokumentów legislacyjnych i formalnych, umożliwiając tym samym dalszy rozwój procesu cyfryzacji pielęgniarstwa w Polsce.

Wynika to z oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych dotyczących możliwości korzystania ze Słownika ICNP w elektronicznym rekordzie pacjenta. Pozwoli na stosowanie ujednoliconej terminologii do opisu praktyki pielęgniarskiej; porównanie praktyki pielęgniarskiej w czasie, między ośrodkami klinicznymi, populacjami pacjentów, obszarami geograficznymi. Umożliwi również identyfikację wkładu pielęgniarki i położnej w pracę interdyscyplinarnego zespołu opieki zdrowotnej; a w konsekwencji ułatwi racjonalne określanie potrzeb w zakresie obsad pielęgniarek i położnych oraz będzie stanowić narzędzie oceny jakości opieki pielęgniarskiej, m.in. poprzez identyfikację zdarzeń niepożądanych.

Efektywne wykorzystywanie Klasyfikacji ICNP w praktyce zawodowej pielęgniarki, położnej, a tym samym realizacji świadczeń zdrowotnych wymaga odpowiedniego jej przygotowania na etapie kształcenia przed i podyplomowego. W związku z powyższym Naczelna Rada wnioskuje również o zabezpieczenie środków na prowadzenie kształcenia przed i podyplomowego w zakresie korzystania z elektronicznego rekordu pacjenta przez pielęgniarki i położne.

Powyższe stanowi kontynuację Rekomendacji Nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 roku Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie.

Przedstawiony wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uwzględnia:

- 1) European Interoperability Framework 2.0 (Europejskie Ramy Interoperacyjności dla europejskich usług użyteczności publicznej, 16/12/2000, do komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „W kierunku interoperacyjności europejskich usług użyteczności publicznej”).
- 2) Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 570).
- 3) Dyrektywę 24/2010/UE w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej.
- 4) Normę EN 13606 – 4: 2009 Informatyka w ochronie zdrowia. Przesyłanie elektronicznych dokumentów zdrowotnych – część 4: Bezpieczeństwo, Dyrektywa UE (95/46/EC) dotycząca ochrony danych, Rekomendacja 97/5 Rady Europy dotycząca ochrony danych medycznych.
- 5) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 113 ze zm.).
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015r., poz. 2069).

Należy podkreślić, iż wprowadzenie Klasyfikacji ICNP do elektronicznego rekordu pacjenta jest niezbędne dla:

- a) kompleksowej oceny stanu pacjenta,
- b) pełnej identyfikacji faktycznie zrealizowanych czynności pielęgniarzkich w ramach poszczególnych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta,
- c) określenia rzeczywistych potrzeb kadrowych w zakresie obsad pielęgniarek, położnych,
- d) określenia faktycznych kosztów świadczeń zdrowotnych,
- e) identyfikacji zdarzeń niepożądanych w pracy pielęgniarki i położnej,
- f) realizacji zapisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Z. Małas

Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, 13.09.2017r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Witam Pani Prezes!

Nawiązując do korespondencji skierowanej do Ministra Zdrowia znak: NRPiP-NRPiP-DM-0025.107.2017 r., oraz znak: NRPiP-NRPiP-DM-0025.107.1.2017 r., w sprawie wdrożenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) do dokumentów legislacyjnych i formalnych, umożliwiając tym samym dalszy rozwój procesu cyfryzacji pielęgniarstwa w Polsce, Departament Pielęgniarek i Położnych przedstawia poniżej następujące stanowisko w przedmiotowej sprawie.

W związku z wniesionym przez Panią Prezes do Ministra Zdrowia wnioskiem, Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia we współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych oraz merytorycznymi komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia przeprowadził konsultacje w zakresie ewentualnej możliwości przyjęcia wypracowanych przez Radę do spraw e-zdrowia w Pielęgniarstwie Rekomendacji dot. wdrożenia ICNP do elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej.

Na podstawie zgromadzonych informacji, Minister Zdrowia podjął decyzję, że określenie kierunków działań, w tym podjęcie ewentualnych prac nad uregulowaniem w obowiązujących przepisach prawa sposobu korzystania z Klasyfikacji – rekomendacji do stosowania Klasyfikacji ICNP® w dokumentacji medycznej, będzie możliwe po przeprowadzeniu *Pilotażu* w podmiotach leczniczych w ramach realizowanego pozakonkursowego projektu pn: „Rozwój kompetencji pielęgniarskich”

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), realizowanego przez Departament Pielęgniarek i Położnych.

Celem *Pilotażu* będzie m.in. stworzenie warunków w wybranych podmiotach leczniczych do praktycznego wdrożenia i wykorzystania oraz weryfikacji kodów Klasyfikacji ICNP®

w dokumentowaniu czynności wykonywanych przez pielęgniarki w bezpośredniej opiece nad pacjentem.

Dla potrzeb *Pilotażu* zostanie przygotowana aplikacja (zawierająca kody i interwencje Klasyfikacji ICNP®) do dokumentowania zdarzeń medycznych w pielęgniarstwie, wspierająca gromadzenie i dokumentowanie pracy pielęgniarzkiej oraz podejmowanie decyzji w zakresie tworzenia dokumentu pod nazwą *plan opieki pielęgniarzkiej*. Powyższa aplikacja będzie gromadziła szeroki zakres danych zarówno o samym pacjencie (podstawowe dane sprawozdawcze oraz teleadresowe a także karta wywiadu) jak również będzie uwzględniała przebieg leczenia klinicznego i dokumentowała zdarzenia medyczne w pielęgniarstwie.

Biorąc pod uwagę przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o *systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 z późn. zm.), należy wskazać, że podmioty lecznicze mogą prowadzić dokumentację medyczną w postaci papierowej i elektronicznej, zgodnie z zapisami tejże ustawy. Z uwagi na mały stopień z informatyzowania w podmiotach leczniczych, niezbędne jest podejmowanie dalszych działań ukierunkowanych na przygotowywanie się placówek ochrony zdrowia do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), w tym także w obszarze pielęgniarstwa.

Podsumowując, Departament podkreśla, że wyniki i wnioski z przeprowadzonego *Pilotażu* zostaną zaprezentowane środowisku zawodowemu pielęgniarek i położnych, oraz posłużą Ministrowi Zdrowia do określenia dalszych kierunków działań w tym zakresie.

Z poważaniem,

DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Beata Cholewka
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® jest międzynarodowym standardem dla terminologii pielęgniarstwa i integralną częścią globalnej infrastruktury informacyjnej opieki zdrowotnej, praktyki i polityki zdrowotnej, a której celem jest poprawa opieki zdrowotnej na całym świecie.

BÓL (część I)

mgr pielęgniarstwa Katarzyna Leksowska-Osińska
specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego
Członek Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
działającego przy OIPiP w Wałbrzychu



Ból – każdy z nas go w życiu doznaje, jest zjawiskiem powszechnym, a mimo to mało znanym. Gdzie się rodzi? Jak powstaje? Dlaczego każdy czuje go inaczej? Czy dzieci czują go tak samo jak osoby w wieku podeszłym? Jak go leczyć? Badamy, analizujemy, podejmujemy walkę z nim i.... niestety, tak często przegrywamy.

1. CO TO JEST BÓL?

Wg. Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (International Association for the Study of Pain –IASP):

Ból to doznanie czuciowe i emocjonalne subiektywnie odbierane jako nieprzyjemne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek.

Niektórzy znawcy zagadnienia uzupełniają definicję sformułowaniem:

... jest to uczucie złożone, integrowane na poziomie kory mózgowej.

Obecnie silny nacisk kładzie się na to co chory odczuwa, widzi i opisuje, co w praktyce sprowadza się do tego, że:

Bólem jest to co chory tak nazywa.

Definicja bólu zawiera dwie ważne komponenty:

- jest to proces czuciowy, zapewniający czasową, przestrzenną i jakościową informację przekazaną do mózgu – wrażenie zmysłowe
- proces emocjonalny związany z wywołanym uszkodzeniem tkanek odczuciami w postaci negatywnie zabarwionych emocji (niepokój, strach, smutek), wyrażających zagrożenie całej osobowości ludzkiej – sfery cielesnej, psychosocjalnej, duchowej.

Jak zatem widać ból jest procesem bardzo złożonym i subiektywnym. Ból jest zawsze doznaniem nieprzyjemnym, a jeśli trwa długo i jest dokuczliwy to związany jest z cierpieniem.

2. JAK POWSTAJE BÓL?

Zjawisko nocycepcji – proces powstawania odczucia bólowego nosi nazwę nocycepcji. Nocycepcja jest jedynie somatycznym wyrazem odczuwania bólu, natomiast klinicznym wykładnikiem jest cierpienie, będące psychiczną komponentą zachowania bólowego. Ból może powstawać w wyniku podrażnienia receptorów bólowych (nocyceptorów) lub obniżenia progu ich pobudliwości, albo też w następstwie uszkodzenia układu nerwowego. Może pojawiać się także bez towarzyszącego uszkodzenia tkanek, jednak jest odnoszony przez chorego do takiego uszkodzenia (ból psychogeny). Podstawową funkcją bólu jest jego ostrzegająco-ochronne

działanie. Z uwagi na rodzaj bodźca wywołującego stymulację nocyceptywną rozróżnia się ból fizjologiczny i ból kliniczny. Przemijający ból fizjologiczny (wywołany przez bodziec nieuszkodzający tkanek) powoduje naszą natychmiastową reakcję w celu ochrony tkanek przed uszkodzeniem. Ból fizjologiczny pojawia się jako wynik działania stymulacji nocyceptywny i jest związany z aktywacją nocyceptorów bodźcami o wysokiej intensywności, po przekroczeniu progu ich pobudliwości informacja jest przekazywana włóknami nerwowymi do rdzenia kręgowego powodując odruchową reakcję uogólnioną (wzrost RR i tętna) oraz segmentarną (zmiany w narządowym przepływie krwi, potliwość, wzrost napięcia mięśniowego).

Ból kliniczny występujący w czasie uszkodzeń lub choroby również inicjuje segmentarną i podsegmentarną odpowiedź OUN, która pomaga utrzymać ustrojowi homeostazę w okresie rozwoju procesu patologicznego. Reakcje dotyczą przede wszystkim zmian w krążeniu (przyśpieszenie akcji serca, wzrost rzutu serca, zwiększenie przepływu krwi w mózgu i mięśniach) oraz oddychaniu (przyśpieszenie i pogłębienie oddechu). W przypadku urazów obejmujących głębokie struktury somatyczne towarzyszący im ból wymusza ograniczenie aktywności, a związana z nim nadwrażliwość dodatkowo zmniejsza potencjalne ryzyko dalszego uszkodzenia lub nasilenia zmian patofizjologicznych, wzrost wrażliwości ułatwia także zdrowienie tkanek przez minimalizowanie ryzyka wystąpienia dalszych uszkodzeń. W przypadku uszkodzenia tkanek wystąpieniu bólu towarzyszy pojawienie się nadwrażliwości, związanej ze zmianą właściwości i wrażliwości pierwotnych zakończeń nerwowych (sensytyzacja obwodowa) oraz ze zmianami w OUN (sensytyzacja ośrodkowa), zjawisko to przejawia się obniżeniem progu bólowego (zjawisko alodynii – ból pojawia się po zadziaaniu bodźca nienocyceptywnego np. dotyku), wzrostem odpowiedzi na stymulację nocyceptorów (zjawisko hiperalgezji – przeculicy), występowanie bólów spontanicznych i bólu rzutowanego.

Utrzymywanie się tych zmian przez dłuższy czas i fakt, że ostry ból jest jednym z istotnych czynników generujących odpowiedź ustroju na uraz, sprawia, że pomimo korzystnego dla organizmu działania stymulacji bólowej w początkowym okresie rozwoju procesu patologicznego, jej utrzymywanie się (brak skutecznego uśmierzenia bólu) jest przyczyną występowania wielu powikłań. W przeważającej większości przypadków prawidłowo prowadzone postępowanie p/bólowe oraz procesy naturalnego zdrowienia sprawiają, że ostry ból zwykle zanika po kilku, kilkunastu dniach. W przypadku

braku lub nieodpowiedniej terapii utrzymujący się ból prowadzi do szeregu zmian patofizjologicznych w OUN (zjawisko plastyczności OUN) i ostra postać bólu może przejść w przewlekły zespół bólowy.

Proces nocycepcji obejmuje 4 etapy: transdukcję, transmisję (przewodzenie), modulację i percepcję, są to złożone zjawiska neurofizjologiczne i neurochemiczne, wpływające ostatecznie na doznanie bólowe:

- **proces przetwarzania (transdukcji)** – w obwodowych zakończeniach neuronu nocyceptywnego dokonuje się zmiana energii działającego bodźca mechanicznego, chemicznego lub termicznego na impuls elektryczny przewodzony włóknami nerwowymi, proces ten niezwykle złożony neurochemicznie odbywający się dzięki aktywizacji substancji takich jak bradykinina, cytokiny, serotonina, histamina, powstającej podczas impulsacji bólowej substancji P, przy udziale wysokiego poziomu potasu i specyficznego NGF (nerve growth factor – czynnik wzrostowy nerwu) odpowiedzialnego za powstanie impulsacji bólowej w drogach przewodzących ból pozwala na zmianę energii bodźców uszkodzających na informację zrozumiałą i możliwą do przekazania przez poszczególne piętra układu nerwowego, udział w tym procesie mediatorów zapalenia ewidentnie wskazuje na rozwój stanu zapalnego w miejscu doznanego urazu co faktycznie ma miejsce w większości przypadków bólu receptorywnego
- **proces przewodzenia (transmisji)** – przenoszenie impulsu od miejsca powstania do miejsca percepcji bólu; odbywa się ono w trzech etapach: pierwszy etap tego procesu odbywa się w pierwotnych neuronach aferentnych, których wypustki kończą się w rdzeniu kręgowym, drugi – w układzie neuronów obejmującym drogi od rogu tylnego rdzenia kręgowego do wzgórze i pnia mózgu (z rogu tylnego rdzenia kręgowego informacja nocyceptywna jest przekazywana na wyższe piętra OUN przede wszystkim drogami zlokalizowanymi w przednio-bocznym kwadrancie istoty białej rdzenia kręgowego i sznurach tylnych (drogi boczna i przyśrodkowa rdzeniowo-wzgórzowa, rdzeniowo-śródmózgowa, rdzeniowo-siatkowata), a trzeci –



Wg. Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (International Association for the Study of Pain – IASP):

Ból to doznanie czuciowe i emocjonalne subiektywnie odbierane jako nieprzyjemne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek.

Niektórzy znawcy zagadnienia uzupełniają definicję sformułowaniem:

... jest to uczucie złożone, integrowane na poziomie kory mózgowej.

Obecnie silny nacisk kładzie się na to co chory odczuwa, widzi i opisuje, co w praktyce sprowadza się do tego, że:

Bólem jest to co chory tak nazywa.

- **proces modulacji** – w wyniku działania wielu czynników neurofizjologicznych impuls bólowy na drodze przewodzenia (od miejsca powstania do kory mózgowej) podlega „opracowywaniu” (zmianom neuroplastycznym), co wpływa ostatecznie na percepcję doznań bólowych
- **proces percepcji** – ostateczny proces, w którym przetwarzanie, przewodzenie i modulacja współdziałają z indywidualną konstrukcją emocjonalną, wywołując końcowe, subiektywne doznanie postrzegane jako ból. Końcowy etap procesu nocycepcji zachodzi w korze mózgu, która odgrywa rolę poznawczą i jest odpowiedzialna za uświadomienie działania stymulacji bólowej. Tutaj następuje percepcja bólu, jego ocena oraz reakcje afektywne i emocjonalne, tutaj powstaje lęk, agresja, gniew i kształtowane są modele zachowań związanych z zapamiętanym bólem. To kora mózgowa uznawana jest za ostateczne miejsce powstawania doznania bólowego.

3. CZY ISTNIEJE WIĘCEJ NIŻ JEDEN RODZAJ BÓLU?

Taksonomie bólu – istnieje wiele kryteriów podziału bólu, w zależności od przyjętego wzorca można dokonać kilku klasyfikacji:

- podział według wzorca czasowego
 - ból ostry – zazwyczaj jest krótkotrwały (zwykle czas trwania nie przekracza miesiąca), o ściśle określonej lokalizacji. Najczęstsze przyczyny to: urazy, ból wieńcowy, kolka nerkowa, kolka żółciowa, zapalenie wyrostka robaczkowego, ostre stany zapalne tkanek, zabieg operacyjny.

Ból pooperacyjny – wywołany jest przez śródoperacyjne uszkodzenie tkanek/narządów, jego natężenie i zasięg są z reguły proporcjonalne do rozległości zabiegu operacyjnego. Pojawia się gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja, a jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchowne (skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe) jak również struktury położone głębiej (mięśnie, powięź, więzadła, okostna). W przypadku dużego zabiegu, oprócz bólu somatycznego powierzchownego i głębokiego, pojawia się także komponent trzewny bólu pooperacyjnego, wywo-

tany zarówno przez skurcz mięśni gładkich, spowodowany zginianiem lub rozciąganiem struktur trzewnych, jak i zmianami zapalnymi bądź pociąganiem lub skręceniem krezki. Ból pooperacyjny jest samoograniczającym się zjawiskiem, o największym natężeniu w pierwszej i drugiej dobie pooperacyjnej, a znacznie mniejszym w trzeciej i czwartej dobie po zabiegu. W istotny sposób na stopień odczuwania bólu wpływa oprócz lokalizacji zabiegu, jego rozległości, stopnia traumatyzacji i kierunku cięcia skórniego, także stosowanie w okresie okołoperacyjnym techniki analgezji. Największe nasilenie bólu obserwuje się u pacjentów po torakotomiach, natężenie bólu po zabiegach torakochirurgicznych uznaje się za jedno z największych spośród wszystkich rodzajów bólu związanych z ingerencją chirurgiczną. Współczesne metody terapii pozwalają na skuteczne uśmierzenie tego bólu. Pomimo to wiele doniesień wskazuje, że ból jest niewystarczająco kontrolowany u znacznego odsetka pacjentów. Najczęściej wskazywanym przez pacjentów obszarem występowania bólu, zarazem tym o najwyższym natężeniu, jest okolica rany pooperacyjnej. Ból w znacznym stopniu ogranicza rehabilitację ruchową i oddechową oraz czynności dnia codziennego w pierwszych 3 dobach pooperacyjnych. Źródłem bólu jest zarówno sama rana pooperacyjna jak i miejsca wprowadzenia drenów do jamy opłucnej czy rozsuwane rozszerzadłami struktury kostne klatki piersiowej czy uszkodzone przy tej procedurze nerwy międzyżebrowe

Ból pourazowy – obrażenia ciała są jednych z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny, gdyż stanowią trzecią pod względem częstości przyczynę zgonów i drugą niezdolności do pracy. Większość obrażeń dotyczy skóry, tkanki podskórnej, stawów, kości i innych dobrze unerwionych tkanek. Dlatego też ponad 80% poszkodowanych doznaje ostrego, bardzo nasilonego i o różnej długości trwania bólu. Ból jest nieuchronnym następstwem urazu, a jego natężenie zależy nie tylko od rozległości i ciężkości urazu, ale również od jego miejsca (rozległe otarcia naskórka lub stłuczenie tkanek miękkich tułowia mogą być przyczyną mniejszych dolegliwości niż izolowany uraz brzucha, oka czy narządów wewnętrznych. Szczególnym rodzajem bólu, który jest następstwem urazów układu w obrębie jego struktur centralnych czy obwodowych jest ból neuropatyczny ujawniający się zwykle po kilku dniach lub tygodniach po urazie.

b) ból przewlekły – ból uporczywy, powracający, utrzymujący się pomimo zagojenia uszkodzonych tkanek, bądź towarzyszący chorobie przewlekłej, trwający dłużej niż 3 miesiące utrzymuje się on dłużej niż przewidywany czas leczenia, część badaczy jest jednak zdania, że kryterium czasowe jest w tym przypadku niewystarczające. Sugerują oni, że bólem przewlekłym powinno określać się ból, którego skutkiem jest negatywny wpływ na osobowość pacjenta, jego równowagę psychiczną oraz zdolność do pełnienia funkcji społecznych i zawodowych. Ból taki nie spełnia już funkcji ostrzegawczej, traci więc swój biologiczny sens, stając się chorobą samą w sobie. Doświadczanie bólu przewlekłego wpływa negatywnie na wszystkie sfery życia, stanowiąc tak nieprzyjemne doznanie, że dla cierpiącej osoby często wszystko inne staje się nieistotne. Towarzyszą mu często silne emocje, takie jak

lęk, rozpacz, gniew, złość, bezsilność. To one właśnie wraz z silną koncentracją uwagi na odczuwaniu bólu powodują, że jego doświadczanie staje się jeszcze trudniejsze do zniesienia. Nierzadko na trudną sytuację nakładają się również problemy zawodowe, związane z niemożnością wykonywania pracy, a w efekcie pojawieniem się kłopotów finansowych czy też poczucia braku realizacji ambicji zawodowych.

Ból nowotworowy – określenie „ból nowotworowy”, zgodnie z wieloletnią, światową tradycją odnosi się do bólów spowodowanych jakimkolwiek procesem nowotworowym, powstałych jako konsekwencja leczenia lub obydwu tych sytuacji jednocześnie. Określenie „ból nowotworowy” nie jest więc rozpoznaniem. Jest tylko opisem sytuacji, kiedy chory na nowotwór złośliwy lub nawet wyleczony z nowotworu odczuwa ból.

Rozpowszechnienie bólu przewlekłego jest duże. Według badań epidemiologicznych, przeprowadzonych w Izraelu i krajach europejskich, szacuje się, że ból występuje u 19% populacji (zakres 10–30%). W Stanach Zjednoczonych około 50 milionów osób cierpi z powodu bólu przewlekłego, z czego u blisko połowy jest on przyczyną niesprawności fizycznej. Częstość tego typu bólu narasta wraz ze starzeniem się i w populacji po 65. roku życia dotyczy już 80%, a po 80. roku życia sięga nawet 100%. Mimo znacznego postępu w tej dziedzinie sukcesy terapeutyczne są niewielkie i 40% leczonych wykazuje niezadowolenie z terapii. W Polsce każdego roku 34 miliony osób cierpi z powodu bólu, z tego u 7 milionów występuje ból nawracający, przewlekły (u 43% – bóle kręgosłupa, a 30% – bóle reumatyczne). Najczęstszą przyczyną bólu przewlekłego są nowotwory, natomiast bólu przewlekłego nienowotworowego są zmiany zwyrodnieniowe stawów (34% pacjentów), w dalszej kolejności: napięciowe bóle głowy (20%), choroby krążka międzykręgowego (16%), urazy (16%), reumatoidalne zapalenie stawów (8%), migrena (8%), uszkodzenie nerwów (5%), przebyte operacje (4%). Natomiast jeśli chodzi o lokalizację dolegliwości bólowych, to najczęściej miejscem występowania bólu przewlekłego jest okolica krzyżowa (37%), głowa (26%), kończyny dolne (14% w tym kolana – 13%).

B) podział bólu ze względu na patomechanizm

a) receptorowy (nocyceptywny) – powstający w wyniku pobudzenia zakończeń nerwowych włókien A-delta i C. Doznania bólowe są zjawiskiem towarzyszącym podrażnieniu układu nocyceptywnego bodźcami ponadprogowymi. Każdy ból nocyceptywny ma komponentę zapalną powodującą obniżenie progu pobudliwości nocyceptorów. Informacja o podrażnieniu nocyceptorów przewodzona jest i modulowana przez nieuszkodzony układ kolejnych neuronów układu nocycepcji.

W opisie bólu chory zwykle używa prostych określeń (gnięcie, ucisk, tępy, pulsujący ból, itp.) i nie ma kłopotów z określeniem lokalizacji bólu. Bóle receptorowe nasilają się pod wpływem ucisku, ruchów, zmian temperatury. Cechą typową bólów receptorowych jest ustępowanie pod wpływem leków p/bólowych, zarówno niesteroidowych leków p/zapalnych (działanie miejscowe w ognisku zapalnym) jak i leków

opiodowych (hamowanie przekazywania na poziomie rogów tylnych rdzenia kręgowego-działanie ośrodkowe).

Wśród bólu receptorowego wyróżnia się:

– **bóle kostne** – są z jedną z najczęściej spotykanych postaci bólu nowotworowego, ale również pojawia się często jako ostry ból pourazowy czy po zabiegach ortopedycznych. Receptory bólowe w kości zlokalizowane są przede wszystkim w okostnej, podczas gdy warstwa korowa i szpik nie są wrażliwe na ból. Wśród mechanizmów odpowiedzialnych za podrażnienie receptorów wymienia się napinanie okostnej przez guz, miejscowe mikrozłamania, złamania lub chirurgiczne naruszenie ciągłości, głównie okostnej. Innym mechanizmem powstawania bólu jest ucisk na sąsiadujące nerwy – bezpośredni (naciek nowotworowy, złamana kość, odłamki kostne) lub pośredni (np. kompresyjnie złamany trzon kręgowy, kumulacja mikrozłamań beleczek kostnych warstwy korowej tuż pod okostną trzonu kręgowego)

– **bóle trzewne** – odrębności kliniczne tych bólów wynikają z odrębności organizacji układu nocycypcji w obrębie trzewi. Nocycyptory trzewne są wrażliwe przede wszystkim na bodźce mechaniczne o znacznym nasileniu. Inna klasa receptorów w trzewiach jest zdolna „monitorować” nasilenie zwykłych funkcji fizjologicznych. Lokalne niedokrwienie i zapalenie pobudzają aktywność obu klas receptorów i sprawiają, że nawet fizjologiczna stymulacja odbierana jest wtedy jako ból. Inną charakterystyczną cechą trzewnego układu nocycypcji jest jego ścisły związek z autonomicznym układem nerwowym. Charakterystyczne jest skąpe unerwienie nocycyptyczne trzewi w porównaniu z tkankami somatycznymi, neurony te mają zdolność przenoszenia (konwergencji) pobudzenia na inne należące do układu somatycznego neurony dośrodkowe, powoduje to powstanie zjawiska tzw. bólu udzielonych, odczuwanych jako ból somatyczny w odległych obszarach ciała (np. bóle łopatki, ramienia, pleców przy raku trzustki, ataku kolki wątrobowej). Specyficzną odmianą bólu trzewnego jest trudno poddający się leczeniu opiodami- tenesmus (bolesne parcie na pęcherz moczowy lub odbytnicę). Cechy kliniczne bólów trzewnych są związane z opisanymi wyżej odrębnościami unerwienia. Bóle trzewne są słabo zlokalizowane- najczęściej chory potrafi określić jedynie region jamy brzusznej (nadbrzusze, podbrzusze, strona prawa lub lewa). Często ból opisywany jest jako rozlany, tępy, gniotący, głęboki z nakładającymi się ostrymi bólami o charakterze kolki. Ból może promieniować do pleców, obojczyka, łopatki, itp. Często bólowi towarzyszą nudności, pocenie się, bledność. Bóle trzewne zwykle dobrze reagują na leczenie lekami p/bólowymi obwodowymi i ośrodkowymi. Długotrwałe uwolnienie od bólu mogą przynieść blokady zwojów układu współczulnego. Znaczną ulgę przynosi obniżenie stopnia napięcia ściany jelit lub żołądka (za pomocą wszelkich środków- leków rozkurczowych, przyspieszających opróżnianie się żołądka i normalizacji wypróżnień).

– **bóle mięśniowe** – tępy ból rozszerzający się na sąsiednie tkanki, ze współistniejącą często sztywnością oraz tkliwością i osłabieniem siły mięśniowej

b) niereceptorowe (neuropatyczne, neurogenne) – wyróżnienie tego bólu jest ważne gdyż jest on zwykle

bardzo nasilony, dokuczliwy i często trudno poddaje się standardowemu leczeniu. Jest on zainicjowany lub spowodowany pierwotnym uszkodzeniem układu nerwowego. Definicja obejmuje różnorodne zespoły bólowe, które nie posiadają wspólnej etiologii ani umiejscowienia, wiele z nich ma jednak wspólne cechy kliniczne, co może sugerować podobny mechanizm powstawania, wynikający z nadpobudliwości neuronów zarówno obwodowych jak i ośrodkowych. Dodatkowo mechanizm powstawania w niektórych zespołach bólu neuropatycznego może mieć komponent receptorowy, wynikający z obniżenia progu pobudliwości zakończeń nerwowych. Ból ten może być również zależny, przynajmniej w pewnym okresie jego trwania od pobudzenia układu współczulnego. Pomimo wspólnej przyczyny mechanizmy powstawania bólu neuropatycznego różnią się w bardzo istotny sposób i jest to jeden z powodów nieskuteczności leczenia. OUN wykazuje zdolność do modyfikacji swoich funkcji (tzw. plastyczność OUN) co jest powodem olbrzymiej różnorodności objawów bólu neuropatycznego. Ból neuropatyczny jest to ból, który powstaje w wyniku uszkodzenia układu nerwowego. Dotyka do 10% ludności. W warunkach prawidłowych nerwy służą do przesyłania sygnałów bólowych poprzez zlokalizowany w kręgosłupie rdzeń kręgowy aż do świadomości, czyli mózgu. Sygnaty te informują o możliwym lub istniejącym uszkodzeniu tkanek i narządów. Ból neuropatyczny powstaje gdy zostaje zaburzone przewodzenie informacji ruchowych i czuciowych wzdłuż włókien nerwowych lub odbiór tych informacji w rdzeniu kręgowym i mózgu. Głównym objawem bólu neuropatycznego jest uciążliwy, nieprzyjemny, piekący, palący, przeszywający ból. Bólowi towarzyszy drętwienie, mrowienie, palenie, parzenie kończyn, uczucie zimna lub gorąca w kończynach, wrażenie osłabienia kończyn. Często występuje przeczulica skóry; ból może pojawiać się pod wpływem dotyku, podmuchów powietrza, kontaktu z ubraniem, ciepła lub zimna. Pojawiają się skrajne reakcje jak nadmierna odpowiedź na bodziec bólowy lub zniesienie czy też osłabienie czucia. Często ból pojawia się z opóźnieniem i promieniuje poza obszar uszkodzonego nerwu. Ból może mieć stały lub napadowy charakter, kiedy nagle pojawia się jako krótkotrwałe, niezwykle silne, wręcz przeszywające uczucie odbierany jest często jako „porażenie prądem”. Dolegliwości najczęściej nasilają się w nocy zaburzając sen lub wręcz powodując bezsenność. Często uszkodzeniu nerwu towarzyszą obrzęki, zmiany skórne, wypadanie włosów, brak lub wzmózona potliwość, zaburzenia unaczynienia- blade sine, zimne kończyny. Ból neuropatyczny występuje w wielu chorobach i stanach: dyskopatiach, zmianach zwyrodnieniowych kręgosłupa, cukrzycy, nowotworach, miażdżycy tętnic, chorobach hematologicznych np szpiczaku mnogim, chorobach reumatologicznych np reumatoidalnym zapaleniu stawów, twardzinie, toczeniu, boreliozie, półpaścu i innych chorobach za-

każnych, AIDS, może występować w przebiegu terapii niektórymi lekami. Ból neuropatyczny często towarzyszy chorobom rozrostowym i jest wynikiem ucisku bądź naciekania procesu nowotworowego na struktury układu nerwowego lub ma charakter jatrogenny (przecięcie nerwu podczas zabiegów onkochirurgicznych, uszkodzenie układu nerwowego przez leki cytostatyczne, zwłóknienie struktur układu nerwowego w wyniku radioterapii).

– **ośrodkowy** – w przypadku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) mózg również odbiera sygnały bólowe o „nieistniejącym” uszkodzeniu – jest to tzw ośrodkowy ból neuropatyczny

– **obwodowy** – na skutek uszkodzenia nerwów, albo też w skutek zaburzenia ich działania zaczynają one wysyłać do mózgu nieprawidłowe, wyolbrzymione i zniekształcone informacje o bólu – jest to ból neuropatyczny, który wynika z uszkodzenia obwodowego układu nerwowego (nerwów), taki ból nazywa się wtedy nerwobólem, neuralgią lub neuropatią.

– **podtrzymywany współczulnie** – początkowo dominują objawy nadczynności układu współczulnego (kończyna chłodna z zaznaczonymi zaburzeniami troficznymi) w późniejszym okresie objawy dominują objawy jego niedoczynności. Ból ma charakter dyzestezi w obszarze odpowiadającym współczulnemu unerwieniu tętnic, najczęściej dotyczy kończyn dolnych, często pozostaje nierozpoznany i interpretowany jako trudno poddający się terapii ból neuropatyczny.

Bólom neuropatycznym towarzyszą dyzestezie (przykre, nieprawidłowe wrażenia bólowe powstające na skutek działania bodźca lub spontanicznie, mogą mieć charakter:

- alodyni – bólu spowodowanego bodźcem, który zwykle nie powoduje doznań bólowych
- hipoalgezji – osłabionego odczuwania doznań bólowych w odpowiedzi na zwykle bolesny bodziec
- hiperalgezji – wzmożonej reakcji na bodziec, który zwykle nie powoduje doznań bólowych
- hiperpati – nieprawidłowej, silnej reakcji na bodźce powtarzalne w obszarze niedoczulicy.

Przetrwaty ból pooperacyjny i pourazowy – jest to patologiczny, przewlekły ból utrzymujący się po operacji mimo wygojenia tkanek. Jest on zazwyczaj oporny na analgetyki opioidowe i nieopiodowe. Trwa dłużej niż 3 miesiące (jest więc przewlekłym zespołem bólu neuropatycznego). Silny, utrzymujący się ból pooperacyjny jest jednym z głównych powodów przedłużonej hospitalizacji czy powtórnego przyjęcia do szpitala. Najczęściej występuje po operacjach przepukliny pachwinowej (30%), po operacjach w obrębie klatki piersiowej (50%), nefrektomii, cholecysektomii, chirurgii gruczołu sutkowego, amputacjach oraz urazach kończyn i klatki piersiowej. Występowanie bólu przed operacją w miejscu nie związanym z zabiegiem oraz utrzymywanie się

bólu po operacji dłużej niż 7 dni, są czynnikami predysponującymi do wystąpienia bólu przewlekłego. Z klinicznego punktu widzenia, przedoperacyjna niepełnosprawność fizyczna czy otyłość, są również czynnikami predysponującymi. Do powstania bólu przewlekłego predysponują również: przedłużony czas operacji, technika operacyjna (np. laparoscopia vs laparotomia), indywidualna technika operacyjna czy rodzaje stosowanych implantów, co wiąże się bezpośrednio z rozległością urazu chirurgicznego i rozwojem procesu zapalnego. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania jest precyzyjna, oszczędzająca technika chirurgiczna, unikanie

przyczyn powodujących, wystąpienie neurologicznych powikłań znieczulenia oraz skuteczna analgeza w okresie pooperacyjnym lub pourazowym. W terapii tego bólu stosuje się specjalistyczne, wielokierunkowe leczenie bólu neuropatycznego.

Ból fantomowy – po amputacji kończyny lub jej części, części ciała (np. gruczołu piersiowego), utracie w wyniku urazu (np. utrata skóry wskutek ciężkich, rozległych oparzeń) występuje doznanie czuciowe, iluzja, że ta część ciała jest stale obecna, doznanie takie nazywa się czuciem fantomowym, część chorych

cierpi na ból odczuwany w amputowanej okolicy i wtedy doznanie to określa się mianem bólu fantomowego. Częstość występowania bólu fantomowego u pacjentów po amputacji kończyny wynosi ok. 30 – 85%, u 75% pacjentów występuje natychmiast po zabiegu lub w pierwszych kilkunastu godzinach, natomiast u części chorych jego wystąpienie jest opóźnione, czynnikami zwiększającymi częstość występowania bólu są wiek i bóle występujące przed operacją, duże znaczenie ma również współistnienie innego rodzaju bólu w kikucie, którego przyczyną jest nerwiak, bolesna blizna, odleżyna, stan zapalny wokół blizny lub zapalenie kości, natężenie bólu jest zróżnicowane od niewielkiego do dręczącego, dokuczliwego uniemożliwiającego sen i odpoczynek, uniemożliwiającego jakąkolwiek aktywność, również charakter bólu jest różny, chorzy opisują go jako piekący, strzelający, kurczący, miazdzący, stały, stały z zaostreniami, napadowy, może ulegać zaostreniu pod wpływem wielu czynników (zmęczenie, stres, lęk, bezsenność, podrażnienie bodźcami mechanicznymi lub termicznymi), bezpośrednio po amputacji ból występuje u większości pacjentów, w miarę upływu czasu wrażenia czuciowe i ból znikają, niektórzy pacjenci mają wrażenie, że amputowana kończyna zmniejsza się teleskopowo, po 2 latach ból przewlekły i zazwyczaj oporny na leczenie występuje u ok. 2–4% chorych, niekiedy może ustąpić nawet na kilka lat, by następnie powrócić. Leczenie – należy rozpocząć już przed zabiegiem operacyjnym, dalsze leczenie zależy od okresu jaki upłynął od zabiegu, charakteru i natężenia bólu, stosuje się psychoterapię, wczesne protezowanie, w zależności od przyczyny czasem konieczne jest leczenie chirurgiczne (np. bolesne blizny, odleżyny, itd.), w przypadku nerwiaka czasem skuteczna jest termolezja,

Ból fizyczny ma w sobie to dobrego, że jeśli przekroczy pewną granicę, zabija. Ból psychiczny, kiedy boli nas serce, zabija nas codziennie od nowa, jednak ciągle żyjemy.
– Paulo Coelho

w pierwszych miesiącach po zabiegu skuteczne jest kojarzenie leczenia farmakologicznego (dożylnie wlewy z lidokainy, leki p/drgawkowe, p/depresyjne, tramadol), psychologicznego i elektrostymulacji.

C) podział bólu ze względu na sposób percepcji

- a) zlokalizowany- ograniczony, dający się dobrze umiejscowić w określonej okolicy ciała
- b) rzutowany (udzielony) – promieniuje lub jest odczuwany w innym miejscu niż źródło jego powstawania

D) inne rodzaje bólu

- a) **duchowy** – źródłem bólu duchowego jest duchowy wymiar człowieka, może być interpretowany jako reakcja na niezaspokojone najważniejsze potrzeby człowieka obejmuje: cierpienie duchowe (wewnętrzne, wewnątrzpsychiczne), niedobór zasobów wewnętrznych (zmniejszenie sił psychicznych), problem z systemem poglądów – załamanie filozofii życiowej, poszukiwania religijne – potrzeby duchowej
- b) **jatrogenny** – występują w efekcie różnych, zwłaszcza inwazyjnych sposobów leczenia, np. terapii onkologicznej (radioterapii, chemioterapii) i zabiegów chirurgicznych, w których nawet przy ich prawidłowym wykonaniu należy liczyć się z możliwością uszkodzenia tkanki nerwowej. Do tej grupy należą bóle pomastektomijne, potaraktomijne, polineuropatia po chemioterapii, bóle spowodowane zwłóknieniem splotu ramiennego po napromienianiu okolicy nadobojczykowej. Wymienione patologie nie poddają się leczeniu przyczynowemu i od chwili ustalenia rozpoznania leczenie ukierunkowane jest na objawowe zniesienie bólu

E) szczególne rodzaje bólu:

- a) **ból przebijający** – u wielu chorych leczonych zgodnie z zasadami drabiny analgetycznej mogą pojawiać się przemijające epizody niespodziewanego nasilenia bólu lub dodatkowe bóle o charakterze ostrym. Zjawisko to opisywano różnymi nazwami. Ostatecznie utrwaliła się nazwa „ból przebijający”. Zjawisko jest na tyle rozpowszechnione, że bóle przebijające uznano za typową składową zespołu bólowego u chorych na nowotwory. Tak więc w diagnostyce bólu nowotworowego wyróżnić należy ból podstawowy (stały lub przedłużający się ból, trwający 12 lub więcej godzin w ciągu doby) oraz bóle przebijające. BP stanowią istotny problem kliniczny. Wykazano, że u chorych, u których występują, trudniej kontrolowany jest podstawowy ból przewlekły, tak jakby bóle były mniej wrażliwe na działanie opioidów.

Bóle przebijające nie są zjawiskiem jednorodnym. Określenie to używane jest dla opisanego wielu zjawisk obserwowanych u chorych leczonych stabilnymi dawkami opioidów z powodu przewlekłych bólów różnego pochodzenia. Cechą wspólną BP jest ich napadowy charakter i skłonność do samistnego ustępowania. Znaczące różnice dotyczą czynników inicjujących napady, charakteru bólów, wrażliwości na stosowane leczenie, wpływu na jakość życia chorych i ich

zachowań związanych z występowaniem BP. Klasyyczna definicja [Portenoy, Hagen 1990] brzmi następująco: Przemijające nasilenia bólu, większe niż umiarkowane, u chorych ze stabilnym bólem podstawowym.

W polskim piśmiennictwie definicja bólów przebijających pojawiła się w 1997 roku: Bólem przebijającym nazywa się ostry, przemijający, napadowy ból nakładający się na dotychczas istniejące, stałe dolegliwości lub przebijający się podczas skutecznej terapii przeciwbólowej.

Definicje formułowane w następnych latach podkreślały znaczenie poszczególnych cech BP. Dodano, że bóle przebijające powinny być rozpoznawane jedynie u chorych leczonych silnymi opioidami. Wprowadzono rozróżnienie uwzględniające brak lub obecność czynnika prowokującego. Bóle przebijające można rozpoznawać jedynie jako objaw towarzyszący bólowi stałemu (ból podstawowy), leczonym silnymi opioidami. BP nie są jednorodną jednostką kliniczną.

Pomimo bardzo znacznego zróżnicowania charakteru bólu, okoliczności występowania, czynników prowokujących, etiopatogenezy daje się jednak opisać charakterystyczny obraz kliniczny bólów przebijających. Typowo jest to ból o nagłym początku i dużej szybkości narastania mierzonej w minutach, umiarkowanym lub znacznym nasileniu. Bóle trwają od kilku minut do kilku godzin. Bóle przebijające zazwyczaj, choć nie zawsze, zlokalizowane są w tym samym miejscu co ból podstawowy i mają podobny charakter. Częstotliwość ataków jest zróżnicowana – od sporadycznych epizodów, co kilka dni, do kilkudziesięciu na dobę. Arbitralnie przyjęto, że liczba epizodów BP nie powinna przekraczać czterech na dobę. Jeśli jest ich więcej, należy podejrzewać, że niedostateczne jest leczenie bólu podstawowego. Średni czas trwania nielezonego epizodu to 60 minut, określono też, że bóle wywołane (incydentalne) narastają szybciej niż bóle spontaniczne (5 min wobec 10 min) oraz trwają krócej (45 min wobec 60 min). Bóle incydentalne często towarzyszą przerzutom nowotworowym do kości i są wywoływane obciążeniem. Bóle te zakłócają możliwość chodzenia i codziennych aktywności. Bóle spontaniczne mają większy destrukcyjny wpływ na sen i nastrój. Z uwagi na swoją nieprzewidywalność bóle spontaniczne istotnie ograniczają funkcjonowanie pacjenta. Pojęcie bólów przebijających odnoszone jest przede wszystkim do kliniki bólów nowotworowych. W ostatnich latach podkreśla się, że podobne lub identyczne zjawisko dotyczy także chorych leczonych opioidami z powodu bólów przewlekłych innego pochodzenia.

Bóle przebijające w różnych doniesieniach rozpoznawane są u 19 do 95 proc. chorych leczonych z powodu bólów nowotworowych. Taka rozbieżność wynika przede wszystkim z niejednorodnych kryteriów rozpoznania. Innym czynnikiem wpływającym na tak zróżnicowane dane jest fakt, że częstotliwość BP zmienia się wraz z postępem choroby, a także może być zależna od leku używanego do leczenia bólu podstawowego. Porównanie chorych leczonych morfiną o kontrolowanym uwalnianiu i przezskórnym fentanyllem wykazało, że BP występują częściej u leczonych morfiną. Może to być związane z bardziej stabilnym poziomem analgetyku podawanego drogą przezskórną. Wykazano, że w populacji kobiet BP raportowane są częściej niż wśród

mężczyzn (66 proc. wobec 44 proc.). Jednym z możliwych wyjaśnień tych różnic jest fakt, że u kobiet rak piersi jest najczęściej stwierdzanym nowotworem, a ten związany jest z występowaniem przerzutów do kości, co z kolei jest obarczone bardzo dużym ryzykiem pojawiania się bólów incydentalnych. Zaobserwowano również zróżnicowanie częstotliwości rozpoznań w zależności od miejsca leczenia chorego. Częściej BP rozpoznawane są przez lekarzy hospicjów. Być może zależy to od większego zaawansowania choroby nowotworowej u pacjentów lub też od większej czujności lekarzy w stosunku do tego objawu. BP są częściej raportowane przez pacjentów, którzy swój ból podstawowy określają jako umiarkowany niż przez tych, którzy mają ból słaby. Brak jest polskich badań oceniających częstotliwość występowania BP. W zależności od okoliczności występowania BP wyróżnia się:

- **bóle spontaniczne** (idiopatyczne, epizodyczne) – niespodziewanie pojawiające się epizody bólu, których wystąpienia nie daje się powiązać z żadnym czynnikiem wyzwalającym
 - **bóle incydentalne** (wyzwalane, wywołane) – występujące regularnie w określonych okolicznościach. Praktyczne znaczenie ma rozróżnienie bólów incydentalnych zależnie od czynników wyzwalających:
 - **zależne od woli** (woluntarne) – czynniki prowokujące ból, poddające się kontroli woli, np. chodzenie, połykanie, defekacja
 - **mimowolne** – np. kaszel
 - **proceduralne** – wywołane czynnikami związanymi z zabiegami leczniczymi (np. zmiana opatrunków, zabiegi pielęgnacyjne itp.
- b) **ból końca dawki** – pojawia się wraz z ustępowaniem

działania leku-ból powtarzający się regularnie przed porą podania kolejnej dawki analgetyku, u chorych którym podano zbyt małą dawkę leku p/bólowego (zaleca się zwiększenie dawki o 25–50%)

- c) **ból totalny i wszechogarniający**, uogólniony (total pain) – wszechogarniający, może dotyczyć całego ciała (wiele miejsc odczuwania bólu) z towarzyszącymi cierpieniami psychicznymi (lęki, depresja, złość, utrata poczucia godności, własnej wartości, lęk przed bólem, szpitalem, śmiercią, poczucie winy), społecznymi (utrata kontaktów społecznych, trudny dostęp do leczenia, biurokratyczne przepisy), duchowymi (utrata wiary, pytania o sens życia, cierpienia).

Twycross i Lack wyróżnili 4 składowe bólu totalnego: czynniki somatyczne powodujące ból, depresja, lęk i strach. Autorzy ci podkreślili złożoność zjawiska, jak i konieczność równoczesnego „leczenia” jego wszystkich składowych. Koncepcję bólu totalnego do medycyny paliatywnej wprowadziła Cicely Saunders, obecnie określenie to jest stosowane również dla innych przewlekłych jednostek chorobowych przebiegających z zespołami bólu przewlekłego niosącego długotrwałe cierpienie. Jest to ból doświadczany nie tylko w aspekcie fizycznym, ale wynikający także z przyczyn psychicznych, społecznych i duchowych. Można go rozpoznać szczególnie wtedy, gdy dominuje utrata sensu i znaczenia życia, poczucie braku nadziei i wiary w jakąkolwiek pomoc oraz „że to trwa i trwa bez końca”. W przypadku bólu totalnego wskazana jest pomoc i wsparcie dotyczące różnych sfer bycia człowiekiem.



POWRÓT DO TRADYCJI



UROCZYSTOŚĆ CZEPKOWANIA

W środę 15 listopada 2017 r. w auli Auditorium Novum im. prof. Elżbiety Lonc Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Sileiusa w Wałbrzychu odbyła się uroczystość CZEPKOWANIA studentów II roku kierunku Pielęgniarstwa.

Podczas uroczystości Zespół Pieśni i Tańca Wałbrzych odśpiewał Hymn pielęgniarski a studenci złożyli uroczyste ślubowanie w obecności Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu. W uroczystości wzięło udział 40 studentów PWSZ, w tym 6 panów.

Czepkowanie – uroczystość, podczas której osoby studiujące pielęgniarstwo oraz położnictwo otrzymują białe czepki i symbolicznie dołączają do grona pielęgniarek. Czepek pielęgniarski stanowi symbol wykonywanego zawodu, a także znaku pierwszego stopnia wtajemniczenia zawodowego.

W Polsce uroczystość czepkowania stała się tradycją, miała zawsze bardzo podniosły charakter. Prawo do noszenia czepka jako oznaki zawodu uregulowane zostało przez Ministra Zdrowia 8 lutego 1950 roku. Czepek z czarnym paskiem mogły nosić pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarek lub złożyły egzamin państwowy. Czepek z czerwonym paskiem położne.

Obowiązek noszenia czepków uchylił Samorząd Pielęgniarek i Położnych na I Krajowym Zjeździe w 1990r. Ostatecznie przyznano mu wyłącznie rolę symbolu i zastąpiono znacznikiem, miniaturowym czepkiem.

Jako symbol zawodu widnieje na podręcznikach, piśmach zawodowych, jako element loga. **Stanowi element stroju galowego, obowiązującego podczas ważnych uroczystości.**



KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE

VI Konferencja z cyklu JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM „Etyka w zawodzie pielęgniarki i położnej”

O wartościach i zasadach w pracy pielęgniarki i położnej

UWAGA HISTORYCZNA

Historia refleksji nad moralnymi przymiotami pielęgniarki i położnej sięga przynajmniej XVIII wieku. Jest osadzona w polskiej filozofii moralnej. Ludwik Perzyna w „Nauce położnej krótko zebranej” już w 1790 roku do cnót położnej zaliczał przede wszystkim odwagę, czułość, ludzkość, litościwość, cierpliwość, skromność oraz dbałość o własne imię. Przywary jej zaś stanowiły: upór, grubiaństwo, lenistwo i nieludzkość. Takie osoby niesposobne są do nauki położnej, także „osoby słabowite, chorowite, mdłościom podległe, lękliwe, bojaźliwe, smutne, jako też ani zuchwałe, ani okrutne, natrętne, głupkowane i grubiańskie, ani się do tego nie zdadzą osoby otyłe, grube, nieruchawe, bałwanowate, ani ułomne, z krzywymi rękami lub palcami, ni garbate albo skalciate, ni leniwe, ani ospałe, miłośnice trunków jakowychkolwiek, nie są zdadniemi do tej Nauki, ale owszem mają być Uczniowie tej Nauki przeciwczonemi w pisaniu i czytaniu, mają być śmiałemi, wesołemi, umysłu przytomnego, pilnemi, czułemi, litościowemi, ludzkiemi, cierpliwemi, ciało jako wyżej mówiono kubitnego, i zręcznego na wszelkie przypadki obrotnego, mają być życia skromnego, poczciwego, honor kochającego, i bogobojne”.

Te katalogi cnót, koniecznych do sprawowania opieki medycznej, tworzone są również przez lekarzy. W 1791 roku w pięknej dysertacji o potrzebie chirurgii Rafał Czerwiakowski wymienia tych kilka, acz koniecznych, przymiotów moralnych lekarza: ludzkość wraz z uczynnością, zdolność do okazywania współczucia, cierpliwość, grzeczność i łagodność. Wymienia także wady, do których zalicza nieczułość, pychę, próżność i pazerność, wypominając chirurgom, iż nie zastanawiają się na tym, „jak wiele nieczułość serca, grube obyczaje, w samym nawet dobrze-czynieniu nieszczęśliwemu człowiekowi powiększają przykrości”. Do tego katalogu cnót powraca 1825 roku Wincenty Szczucki w „Propedeutyce do nauk medycyny”. Lekarz powinien się cechować ludzkością, bezinteresownością, życzliwością, dobroczynnością, litością, łagodnością, pobłażliwością, wyrozumiałością, cierpliwością, spokojnością umysłu, czystością obyczajów i nieskażonym charakterem duszy oraz pobożnością.

Kilkadziesiąt lat później Henryk Jordan ponownie

sięga w „Nauce położnictwa” (1872) do przymiotów moralnych położnych: „Co się tyczy przymiotów serca, powinna każda położna być uczciwą i sumienną, łagodną i cierpliwą – skromną i litościwą – łatwo się zadowolającą, tak względem bogatych, jak i ubogich usłużną, i w swem zachowaniu przyzwoitą”. Podobnie jak Perzyna wspomina Jordan również o wielu innych zdolnościach, które są konieczne w opiece medycznej: o zdrowym rozsądku położnej, o jej dobrej pamięci, żywej wyobraźni, przytomności i stanowczości. Nadto, położna powinna dysponować delikatnym czuciem i dobrym zdrowiem, albowiem zawód to uciążliwy, ponieważ „położna bardzo często ze zdrowia i spokoju swego na korzyść chorej musi czynić ofiarę, pielęgnując takową i w dzień i w noc”.

Wrogami jej są przywary: niedbalstwo, niesumienność, pazerność, niestaranność czy zbyteczna gadanina. Wystrzegać się więc powinna położna zarozumiałości, fałszywej ambicji, zawiści i zazdrości „względem swoich współzawodniczek, bo sobie samej zwykle przez to szkodzi najwięcej”, a dalej: nieprzyzwoitości w mowie i czynach, obmawiania i lenistwa. Zawód położnej – pisze

dr hab. nauk hum. Jarostaw Barański

Kierownik Zakładu Humanistycznego Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Filozof, literaturoznawca, etyk i estetyk, zajmujący się głównie filozofią i socjologią ciała.



Jordan – „jest równie pięknym, jak trudnym. W ręku położnej spoczywa zdrowie i życie dwóch, a czasami i więcej osób, – sumiennym pełnieniem swych obowiązków, przyczynia się ona do utrzymania szczęścia rodziny i ochrania ją od nieszczęść. Jest to więc powołanie piękne, które bardzo często przekonaniem, iż się zdrowie lub nawet życie bliźnim swoim ocaliło, prawdziwą wewnętrzną radość i rzeczywistą korzyść ludzkości sprowadza i które z tego powodu na powszechny szacunek zasługuje”.

Józef Zawadzki w „Krótkim zarysie pielęgniarstwa” (1920) tak oto uzasadnił katalog cnót pielęgniarki: „obok zasad nauk, na których opiera się pielęgniarstwo, wykonawca musi mieć szereg właściwości charakteru, które pozwalają mu zostać pielęgniarzem (ręką). Przede wszystkim zaś musi być obdarzony niewyczerpaną cierpliwością, płynącą ze zrozumienia cierpienia i psychologii chorego, a głównie z istotnej miłości bliźniego, szczególnie cierpiącego, bezradnego, zdanego na naszą łaskę i niełaskę. Drugą cechą będzie łagodność i wyrozumiałość, niezrażająca się żadnymi ze strony chorego przeciwnościami, a przez to zdobyć sobie zaufania bezgranicznego u chorego, któremu służymy. Chory winien widzieć w pielęgniarce swego anioła opiekuńczego w ścisłym tego słowa znaczeniu, nic nie powinien ukrywać, wiedząc, że pielęgniarka pragnie wyłącznie tylko jego dobra. A mimo cierpliwości, pogody ducha, łagodności, wyrozumiałości winna jednak pielęgniarka posiadać i pewną stanowczość w postępowaniu z chorym, niezbędną dla samego chorego; w jego własnym interesie żądać musi stanowczego wypełnienia wszelkich zaleceń lekarza, od tego bowiem zależy prawidłowe leczenie chorego”.

Te przymioty, w które uzdolniona będzie pielęgniarka i położna umożliwią właściwe, czyli umiejętne, podejście do chorych. Anna Sawczyńska w roku 1937, na łamach czasopisma „Położna”, pisząc „O pracy pielęgniarki społecznej” ujęła to następująco: „Podejścia nie nauczymy się od razu, sztukę tę zdobędziemy jedynie wytężoną pracą nad sobą, nad chorym: po przez pracę w szpitalu – do pracy w terenie! Sztukę tę ująć można krótko w słowa »miej serce i patrz w serce«. Patrząc w serce i kierując się sercem, zdobędziesz na pewno zaufanie i wiarę w twoje nauki”.



CNOTY PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Przymioty moralne są trwałymi cechami charakteru, dzięki którym w sposób – jak to wypowiadał Arystoteles – nawykowy skłonni jesteśmy do przyjęcia wartościowych postaw, a te zaś stają się wtedy źródłem dobroczynnych działań. W oświeceniowym polskim myślu tę myśl wyraził Franciszek Ksawery Dmochowski następująco: „Cnota nie co innego jest, tylko stateczne w dobrem ćwiczenie; to wszystko obejmuje, co sprawiedliwością, ludzkością, dobrocią, grzecznością zwiemy”. Wymaga ona, aby być utrwaloną, wysiłku, czyli pracy nad sobą i nieustannego ćwiczenia, dalej: czasu i cierpliwości.

Cnoty są – bez wątpienia – ozdobą charakteru, ale nade wszystko pozwalają być dobrym człowiekiem. Jeśli więc mówimy o opiece nad pacjentem, to może to uczynić umiejętnie jedynie ta osoba, która cnoty w sobie potrafi ukształtować i je w sobie pielęgnować, właśnie poprzez ćwiczenie się w nich, czyli postępowanie zgodnie z nimi. Bo tylko dobrego człowieka wypatruje pacjent w opiece nad nim, bo tylko dobremu powierzy siebie i swoje troski; takiemu zaufa, na takim dźwignie się w swojej bezradności w cierpieniu, na takim wesprze się emocjonalnie.

Mówi o tym Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej:

„We współpracy z pacjentem pielęgniarka/położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia”.

Właściwą zatem współpracę z pacjentem, zapewniają te podstawowe cnoty: życzliwość, wyrozumiałość i cierpliwość, które uzdolniają pielęgniarkę i położną do przyjęcia wartościowych postaw i podjęcia dobroczynnych działań, a dzięki którym są one w stanie zbudować relację z pacjentem opartą na wzajemnym zaufaniu i zrozumieniu.

Życzliwa postawa pielęgniarki i położnej wobec pacjenta to postawa ukierunkowana na jego pomyślność, uprzedzająca kontakt z chorym. Wyraża gotowość do niesienia pomocy, czyli do przyjęcia postaw i podjęcia takich działań, które przynieść mogą dobro choremu. Życzliwość jest postawą, która sprzyja działaniom moralnie wartościowym i okazujemy ją w kontakcie z pacjentem także uśmiechem i spojrzeniem. W nich bowiem pielęgniarka i położna składają etyczną deklarację, że ich pragnieniem jest chęć niesienia pomocy; że stronić będą od wszelkiej krzywdy, jaka mogłaby być pacjentowi wyrządzona; że dołożą wszelkich starań, aby jak najlepiej zaopiekować się pacjentem.

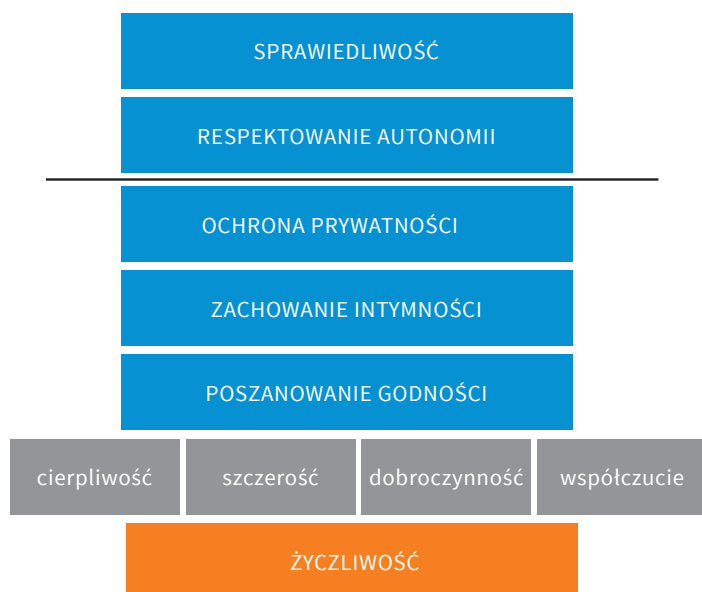
Życzliwość jest wtedy cnotą moralną, jest pierwszym wyrazem woli etycznej, aby być dobrym człowiekiem i czynić dobro dla innych. Aby życzyć jednak komukolwiek dobra, samemu należy być dobrym człowiekiem. Jeśli samemu nie jest dobrym, wtedy nie wydobędzie się z siebie motywacji do wartościowego postępowania, względnie czynić się to będzie w sposób niewystarczający. Życzliwość to zdolność zwykła, która tkwi w człowieku, a którą potrafi on rozwinąć wraz z sobą albo zniweczyć. Jeśli więc przyjąć życzliwość za normę podstawową, za minimalny wymóg moralny, to z takim przeświadczeniem, które wy-

powiedział Marek Aureliusz: „Jeśli coś jest dla ciebie bardzo trudne, nie sądź, że to jest niemożliwe dla człowieka w ogóle. Owszem miej to przekonanie, że co jest możliwe dla człowieka i zwykle, to i dla ciebie jest możliwe do osiągnięcia”

Życzliwość skłania więc do innych cnót, przede wszystkim do szczerości, cierpliwości, współczucia i dobroczynności. Te zaś umożliwiają przyjęcie innych cnotliwych postaw, które warunkują wartościowe działania. Szczerość bowiem jest podstawą prawdomówności; cierpliwość – wyrozumiałości; współczucie – troski; dobroczynność – poświęcenia.

W opiece medycznej konieczna jest wyrozumiałość na ułomności ludzkie i cierpliwość w ich znoszeniu. Wtedy dopiero zdolni jesteśmy do łagodności. Dzięki życzliwości adresowanej do pacjenta lżej nam być wobec chorego, cierpliwym, ponieważ lżej nam jest znieść ludzkie słabości i przykrości, które nas dotyczą – po prostu, potrafiemy to wszystko ścierpieć. Wyrozumiałość jest postawą, dzięki której dzielić można z pacjentami smutek, ośmielać do wypowiedzi milczących lub skrytych, ochronić ich od upokorzenia, bo zakłada zrozumienie drugiego człowieka – jego obaw i oczekiwań, jego potrzeb i pragnień.

ZASADY SPRAWOWANIA OPIEKI NAD PACJENTEM



Cnotliwy charakter moralny uzdolniający do przyjęcia wartościowych postaw i podjęcia dobroczynnych działań umożliwia respektowanie zasad postępowania wobec chorego. Trudno bowiem wyobrazić sobie, aby ktokolwiek, kto nie jest życzliwy innemu, zdobył zaufanie jego i zachował poufność, chronił jego intymność i uszanował go, jeśli nie jest zdolny do cierpliwości, wyrozumiałości i łagodności – jeśli więc nie ma pragnienia zatroszczenia się o innego człowieka.

Kodeks wymienia następujące zasady:

„Pielęgniarka/położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:

- respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
- realizować świadczenia pielęgniarstwa za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować

Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej”.

Intymność jest wyrażeniem werbalnym lub pozawerbalnym tego, co osobiste, wobec innej osoby. Jest relacją, która może być kontynuowana, jeśli ta druga osoba, wobec której odsłania się pierwsza, odpowiada empatią i zdolnością do utrzymania poufności.

Istnieje wiele obszarów intymności u pacjenta, które pielęgniarka i położna powinny chronić: intymność cielesna, związana z nagością, wyglądem ciała, seksualnością, z objawami chorobowymi i reakcjami fizjologicznymi; intymność zachowań, jakie właściwe są pacjentowi w sytuacji ujawniania własnych lęków i niepokojów o swoje zdrowie, reagowania na przekazywane informacje, na sposób pielęgnowania, na towarzyszące temu dolegliwości fizyczne; intymność emocjonalna, która dotyczy sfery skrywanego uczuć i emocji ujawnianych podczas leczenia.

Nadto, istnieje również intymność związana z poufnością danych medycznych o chorobie pacjenta. Ona określa delikatną sferę prywatności pacjenta. Ta bowiem wymaga poufności dotyczącej wszystkiego tego, co jest osobiste dla pacjenta, a nadto określa granice między osobą pacjenta a sferą publiczną, dystans, jaki dzieli pacjenta od innych ludzi. W wielu sytuacjach medycznych zachowanie prywatności polega na zachowaniu anonimowości – nieidentyfikowania publicznego pacjenta, ani jego schorzenia.

Najczęstszą postacią naruszenia intymności i prywatności pacjenta jest: po pierwsze, publiczne wypowiadanie przez personel medyczny nazw chorób, na które skarży się pacjent, względnie tych, które przeszedł, a także specjalności lekarza, do którego pacjent pragnie się udać; głośne przekazywanie informacji o rodzaju badań lub ich wynikach; po drugie, niedelikatne pielęgnowanie chorego, czemu towarzyszy upominanie pacjenta za poczucie wstydlivosti i niechęć do obnażenia się, a także badanie, pielęgnowanie lub rozmowa na temat choroby, leczenia, opieki w obecności osób trzecich; po trzecie, wszelkie postaci moralizatorstwa w sytuacjach krępujących pacjenta; publiczne komentowanie jego zachowań i postaw.

Poszanowanie godności pacjenta jest również warunkiem ochrony jego intymności i respektowania jego prywatności. Szacunek dla osób, zgodnie z Raportem belmonckim, obejmuje co najmniej dwa etyczne przekonania: po pierwsze, że jednostki powinny być traktowane jako autonomiczne podmioty działania, a po drugie, że osoby o zmniejszonej podmiotowości mają prawo do ochrony. Zasada szacunku dla osób dzieli się zatem na dwa osobne postulaty moralne: 1. postulat poszanowania autonomii

i 2. postulat ochrony osób o zmniejszonej autonomii.

Autonomia człowieka to zdolność do podejmowania decyzji dotyczących siebie samego, to również uprawnienie – prawo do podejmowania decyzji we własnych sprawach, wymagające poszanowania, respektowania. Ta zasada stoi w jawnej sprzeczności z paternalizmem, który polega m.in. na oczekiwaniu od pacjenta lub pacjentki jedynie posłuszeństwa, poddania się decyzjom i działaniom personelu medycznego, pełnej akceptacji dla planu i sposobu realizacji opieki. A wtedy każda chorych wątpliwość, każda prośba albo każdy sprzeciw przyjmowany jest jako wyraz nieposłuszeństwa i staje się potencjalnym źródłem konfliktu, a także przyczyną niechęci do pacjenta albo karcenia go. Paternalizm spełnia się w dominującej pozycji personelu medycznego, który, aby ją potwierdzić, a czasami, aby wymusić na pacjencie podporządkowanie się, pozbawia go zdolności do decydowania o sobie. Wtedy infantylizuje się pacjenta, obwinia się go, zastrasza, poucza, protekcjonalnie traktuje, jak również ogranicza zakres informacji jemu przekazywanej lub manipuluje się tą informacją.

Dlatego też każda czynność pielęgniarki i położnej powinna być poprzedzona zgodą pacjenta lub pacjentki: jawną ustną albo taką i równoległą (pacjent, który ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni oraz opiekun), albo dorozumianą (konkudentną), wyrażoną przez wyraźne i jednoznaczne zachowanie pacjenta. Na tej zgodzie (przyzwoleniu) zasadza się współpraca z pacjentem, bo też trudno sobie wyobrazić podejmowanie czynności pielęgniarskich i położniczych, jeśli pacjent lub pacjentka nie wyraża zgody.

ETYCZNE PRZESŁANKI KOMUNIKOWANIA SIĘ

OBSZARY INTYMNOŚCI PACJENTA

emocje	zachowania
cielesność	informacja

Z PACJENTEM

Zdolność do przyjęcia wartościowych postaw i dzięki temu umiejętność respektowania zasad warunkuje poprawne komunikowanie się i porozumiewanie się z pacjentem. Wtedy łatwiej jest unikać w rozmowie z pacjentem tego, co czyni pacjenta lub pacjentkę nieufnymi wobec pielęgniarki i położnej, co utrudnia z nimi współpracę: moralizowania i obwiniania pacjenta; patrzenia na problemy chorego z własnej perspektywy i bagatelizowania niepokoju, lęku przed chorobą, badaniami, leczeniem, pobytem w szpitalu; fałszywie brzmiącego współczucia; pytań wielozłonowych, rozbudowanych zdań; nadużywania pytań wprost i mechanicznego powtarzania słów

pacjenta, stwierdzeń naprowadzających; protekcjonalnego traktowania. Jednakże najczęstszymi postawami, które tę współpracę uniemożliwiają są następujące: traktowanie pacjenta chłodno i dużym dystansem; rutynowe prowadzenie rozmowy; autorytatywna postawa i brak znaczenia, co jest ważne w zaleceniach (podanie instrukcji pacjentowi w sposób niezrozumiały, przeciążony informacją, nieprecyzyjny).

Rozmowa z pacjentem musi uwzględniać jego indywidualność, o której decydują nie tylko aspekty biograficzne bądź cechy osobowości, ale nade wszystko schematy postaw i zachowań charakterystyczne dla pacjentów cierpiących na określone schorzenie czy będących w określonym wieku. Co najważniejsze: należy mówić do pacjenta, a nie o pacjencie.

Przykładowo, istnieją zasady prowadzenia rozmowy z pacjentem w podeszłym wieku, z których nie można zrezygnować: po pierwsze, historia życia jest istotnym kluczem do zrozumienia odczuć związanych z chorobą; po drugie, u starszych osób istnieją diagnostyczne i terapeutyczne granice, które da się określić najlepiej właśnie w rozmowie; po trzecie, pielęgniarka może być jedynym lub ostatnim społecznym kontaktem.

W kontakcie i w rozmowach z pacjentami w podeszłym wieku uczestniczy, niestety, wiele uprzedzeń i stereotypów, które sprzyjają naruszeniu intymności i godności pacjenta. Często biorą się one z przeświadczenia, że osoby starsze pozbawione są głębszych uczuć, niezdolne do ich wyrażania i przeżywania (infrahumanizacja) bądź niedostępne im są określone potrzeby, względnie ich oczekiwania są interpretowane są np. jako „niestosowne” dla wieku. Nie ma nic bardziej niehumanizującego w stosunku do drugiego człowieka, jeśli odziera się go z ludzkich cech tylko dlatego, że jest w podeszłym wieku albo choruje na określoną chorobę, albo właściwa mu jest jakaś psychofizyczna niesprawność. Wszyscy mamy te same uczucia i te same potrzeby, bo wszyscy zostaliśmy w nie wyposażeni (do końca życia) przez życie społeczne.

Najczęstszą postawą naruszającą intymność i godność pacjenta w podeszłym wieku jest protekcjonalne jego traktowanie. Przejawia się ono:

- w bagatelizowaniu problemów („jest pan dziś już na kropelce? ”), ale i skarg pacjenta („to nie jest takie nieprzyjemne”, „tak to już jest w tym wieku”), co wzmacnia uczucie braku pomocy i bezradności;
- w formułowaniu wypowiedzi upominających pacjentów („już pani o tym wielokrotnie mówiłam”, „to jest to samo, co już pan mówił”) i we wskazówkach pedagogicznych („starzy ludzie nie płaczą”);
- w infantylizacji pacjentów poprzez wypowiedzi zawierające uproszczenia, pomniejszenia, zdrobnienia (troszczkę, malutko, tylko połowa), poprzez sposoby wypowiedzi i słownictwo charakterystyczne dla dzieci (tzw. Baby-talk);
- w zwracaniu się do pacjenta z poufałością, po imieniu, pieszczotliwie („moja kochaniątka”);
- w zwracaniu się w trzeciej osobie („mówiłam, że najpierw musi zarejestrować się”, „niech idzie

tam”), co – a to należy szczególnie podkreślić urąga elementarnej obyczajowości;

- w traktowaniu pacjenta jako osoby aseksualnej („a ogląda się pan jeszcze za dziewczynami?”).

Protekcjonalne traktowanie osób w podeszłym wieku wzmacnia paternalistyczny do nich stosunek i ubezwłasnowolnia ich, odbierając im zdolność do decydowania o sobie. Wtedy, obchodząc się z nimi jak z dziećmi, budujemy w sobie przekonanie, że są infantylni i należy za nich decydować, w tym również określać, jakie mają potrzeby i jakie mogą zgłaszać oczekiwania, co osoby w podeszłym wieku przyjmują jako upokorzenie.

„TRUDNI” PACJENCI

Bardzo często właśnie pacjentów w podeszłym wieku etykietuje się, mówiąc o nich, że są „trudnymi” pacjentami. Nie są takimi, lecz bywa, że są wymagającymi. Doświadczanie „trudnych” pacjentów wiąże się z negatywnymi odczuciami personelu medycznego do nich adresowanymi, takimi, jak: niechęć, antypatia, irytacja, frustracja, poczucie winy czy niepokój lub lęk. Jednak są to tacy pacjenci, którzy zachowaniami i postawami po prostu utrudniają opiekę nad nimi. Jest ich bodaj 15%, z czego 2/3 nadto spełnia kryteria zaburzeń psychicznych. „Trudny” pacjent zatem to problem kliniczny.

J. Groves wymienia ich cztery typy:

- pacjent zależny, eskalujący potrzeby opieki, „głodny” nieustającej uwagi personelu medycznego. Postępowanie: ograniczenie oczekiwań jedynie do realistycznych oraz jasne werbalne i pisemne instrukcje;
- pacjent roszczeniowy, agresywnie zgłaszający potrzeby, wymuszający ich zaspokojenie. Postępowanie: brak reakcji na agresję, podejmowanie dyskusji nad realistycznymi oczekiwaniami;
- pacjent odmawiający współpracy, pasywny i depresyjny, niewdzięczny i pesymistycznie oceniający leczenie. Postępowanie: regularne spotkania z pacjentem.
- pacjent autodestrukcyjny, udaremniający swoim zachowaniem poprawę kondycji, wymagający leczenia psychiatrycznego. Postępowanie: unikanie uczuć mściwości, karanie, podjęcie leczenia antydepresyjnego.

Jednym z tych typów pacjentów, wobec których personel medyczny bywa często bezradnym, jest pacjent agresywnie zgłaszający własne potrzeby i oczekiwania. Jednakże należy pamiętać, że gniew pacjenta może być związany ze złym jego traktowaniem: z bagatelizowaniem jego problemów, lekceważeniem jego skarg, także z naruszeniem jego intymności i godności. Wtedy zachowanie agresywne pacjenta ma charakter obronny. Dlatego można odróżnić pacjenta gniewnego od agresywnego, choć w zachowaniach jest to niezwykle trudne. Gniew bowiem jest afektem reaktywnym, obronnym, za cel mający zmianę czyichś krzywdzących zachowań, ochronę własnej godności, jest krótkotrwały, będącym przykrym doznaniem dla pacjenta. Agresja zaś jest afektem aktywnym, prze-



jawiającym się w ataku lub niszczeniu, za cel mającą pozabawienie kogoś godności, wyrządzenie mu krzywdy, jest długotrwały, żywiony urazem, wrogością i pragnieniem zemsty, przynoszący agresorowi doznania przyjemne.

Dlatego też w postępowaniu z pacjentem agresywnym nie należy reagować na jego zachowanie własnym gniewem. Nie należy oceniać go, ubliżać mu, karcić ani grozić mu zerwaniem relacji, lecz przede wszystkim podjąć starania zrozumienia przyczyn zachowania pacjenta, wprost pytając o nie – „co jest powodem pana zdenerwowania?”. Należy sygnalizować empatię, troskę, zredukować lęki i dążyć w rozmowie do odprężenia. I wtedy podejmować dyskusję nad realistycznymi oczekiwaniami pacjenta. Jeśli uznamy, że pacjent agresywny jest problemem klinicznym, oznacza to, że jego zachowanie jest apelacją o pomoc, także o taką, jaka pozwoli mu poradzić sobie z własnymi uczuciami, nad którymi on sam zapanować już nie potrafi.

KOMUNIKACJA Z PACJENTAMI NIEDOSŁYSZĄCYMI, NIEDOWIDZĄCYMI

Trudności w komunikowaniu się z sprawiają zaburzenia narządu słuchu bądź wzroku pacjenta. Są to przeszkody, które można usunąć właściwym podejściem do pacjenta. Jest ono konieczne, jeśli uwzględni się, że co dziesiąta osoba cierpi na niedosłuch; że ponad połowę pacjentów w podeszłym wieku dotyka znaczny stopień utraty słuchu, a większości – niedowidzenie.

Dlatego pielęgniarka, jeśli dostrzeże, że pacjent ma trudności w poruszaniu się, powinna zapytać pacjenta, czy życzy sobie pomocy w podaniu dłoni (ta powinna być na dłoni pielęgniarki – nie należy łąpać za rękę). Jeśli ta pomoc jest zbyt duża, a pacjent sygnalizuje niedowidzenie, dobrze jest poinformować go o odległości do krzesła, łózka czy innego miejsca, do którego wraz z pielęgniarką się udaje. W kontakcie z pacjentem niedowidzącym nie należy rezygnować z dotyku. A jeśli to możliwe, należy zwiększyć intensywność światła w pomieszczeniu.

Wielu pacjentów cierpi na niedosłuch. Uszkodzenie

słuchu w stopniu umiarkowanym dotyczy bowiem 800 tys. osób, a 80% osób w podeszłym wieku skarży się na ubytek słuchu. Jeśli więc pielęgniarka będzie podejrzewała, że pacjent nie dosłyszy, albo on sam ów problem zasygnalizuje, należy usiąść blisko pacjenta w taki sposób, aby rozmawiać z nim twarzą w twarz, ponieważ pacjent ma wtedy możliwość czytać z ust. Należy mówić wolniej, wyraźniej i w krótkich zdaniach, uprzedzając go, że za chwilę pielęgniarka sformułuje ważne dla pacjenta zalecenia (pacjenci ci nie proszą o powtórzenie). Należy mówić głośno, lecz nigdy nie krzyknąć i jeśli jest to możliwe, kierować głos (pochylić się) w stronę tego ucha, na które pacjent lepiej słyszy (w którym nosi aparat słuchowy). Jeśli pielęgniarka o cokolwiek pyta pacjenta niedosłyszającego, powinna dać mu czas na zastanowienie się nad odpowiedzią bądź na podjęcie decyzji.

Niezbędny w kontakcie z pacjentem niedosłyszającym i niedowidzącym jest życzliwy uśmiech, pogodna twarz pielęgniarki i kontakt wzrokowy. Pacjent, który odczuje dzięki temu, że jest akceptowany, że jego ułomności nie stanowią przeszkody w kontakcie, czuje się bezpieczny i chętniej podejmuje współpracę z pielęgniarką.

OBECNOŚĆ PRZY UMIERAJĄCYCH

Są też tacy pacjenci, z którymi rozmowa, a po prostu – obecność przy nich, jest bardzo wymagająca, bo żądająca od personelu medycznego jeszcze jednej cnoty – odwagi: trzeba się bowiem zmierzyć z doświadczeniem umierania, także z własną bezradnością wobec zbliżającej się śmierci pacjenta. A nade wszystko z tym, czy poddała się obecności przy umierającym, bo wtedy trzeba okazać całą swoją ludzkość.

W sposób konieczny należy w kontakcie z pacjentem umierającym respektować następujące zasady: zaakceptować proces umierania i pogodzić z bliską śmiercią pacjenta; zapewnić mu spokój; podejmować starania, aby zredukować jego lęki związane ze zbliżającą się śmiercią; udzielać pomocy w odnajdywaniu przez pacjenta sensu sytuacji egzystencjalnej, w jakiej się znalazł. Można to uczynić jedynie wtedy, gdy nie pozostawi się pacjenta umierającego w samotności, ponieważ – pisał P. Ramsey – „Opuszczenie bardziej dławi niż sama śmierć; i budzi większy strach. Głównym problemem związanym ze śmiercią jest to, aby nie umierać w samotności”.

Rozmowa z pacjentem umierającym – jak podkreśla L. Geisler – ma więc istotne cele, których nie można zignorować: zbudowanie więzi z pacjentem, wycofanie u pacjenta poczucia samotności, pomoc w budowaniu nadziei innej niż wyleczenie, redukcja lęków, akceptowanie u pacjenta uzasadnionych „negatywnych uczuć”, nieprzełamywanie mechanizmów obronnych u pacjentów oraz włączenie w opiekę nad pacjentem rodziny chorego.

Rozmowa z pacjentem umierającym jest wyzwaniem, ponieważ język, którym się posługują, może operować różnymi poziomami semantycznymi. Pojawiają się symbole, poprzez które umierający komunikują zbliżającą się śmierć i narastający lęk przed nią. Symbole te tkają narrację, która odbiega od codziennych wypowiedzi, często

instruktażowych, skonkretyzowanych kontekstem codziennych przedmiotów i czynności. Własne umieranie, własny lęk przed śmiercią i ona sama jest przecież poza zasięgiem naszego doświadczenia codziennego.

Pacjenci umierający przywołują w rozmowach epizody z życia, bywa, że niejasne dla otoczenia, wydaje się – nieistotne, mało znaczące, z pozoru niewłaściwe dla sytuacji medycznej i egzystencjalnej umierających, ale często budzące u opiekujących się nimi osób lęk, niezrozumienie lub podejrzenie „pomieszania zmysłów”, interpretowane jako efekt terapii albo objaw umierania. Bardzo często wtedy pacjenci podlegają dehumanizacji, czyli traktowaniu ich jako osoby niezdolne do sensownych wypowiedzi. Ta utrata w oczach innych zdolności ludzkich sprowadza umierającego do istoty nie w pełni ludzkiej albo wręcz zwierzęcej, niemej, której „nie wypada” już nic, jak tylko umierać. Obecność, umiejętność słuchania i dotyk odgrywają kluczową rolę w towarzyszeniu im. Wtedy można im okazać wszystko to, co jest najbardziej w nas ludzkie.

Dwie poniższe wypowiedzi pacjentek adresowane do opiekuna paliatywnego (B. Gembala) mają charakter symboliczny: komunikują narastający lęk przed śmiercią i są apelacją o pomoc w postaci stałej obecności oraz komunikują zbliżającą się śmierć.

Wypowiedź pierwsza:

Pani T., którą odwiedzałem w szpitalu, poprosiła mnie pewnego razu, bym wziął jej portmonetkę z szuflady i przeliczył jej pieniądze. Nawet drobniaki musiałem policzyć. Pani T. była bardzo zaniepokojona, gdy usłyszała, jaką sumą dysponuje i głośno przemyślała, co by można zrobić, by zdobyć więcej pieniędzy. W końcu powiedziała: „Ale to wystarczy do czwartku”. Początkowo byłem trochę zdziwiony treścią naszej rozmowy, bo przecież w jej stanie nie było gdzie i kiedy wydać tych pieniędzy.

Pani T. zmarła w czwartek.

Wypowiedź druga:

Wyobraź sobie, że śniłam o swym własnym pogrzebie. Leżałam w otwartym grobie i cała moja rodzina była tam zebrana. Byli tam co do jednego, widziałam ich wszystkich jeszcze raz: moje dzieci, wnuki i prawnuki. Oni patrzyli na mnie i byli tacy dobrzy dla mnie, tacy dobrzy... Tak je kocham. Nigdy ich nie zapomnę, nigdy, nigdy, nigdy....

I mama jest znowu przy mnie. W czarnych butach... Jak cicho potrafi ona chodzić w tych czarnych butach. Jaka ona dobra... Mama tu jest....

ZAKOŃCZENIE

Pragnienie pielęgniarki i położnej kształtowania w sobie cnót oraz wytrwałość w ćwiczeniu się w nich jest gwarancją, że podołają one potrzebom i oczekiwaniom pacjentów, że będą zdolne respektować zasady postępowania z nimi. Trawestując słowa W. Szczyckiego można powiedzieć najprościej i najtrafniej: wszystko cokolwiek zdobić może człowieka we względnie moralnym, pielęgniarskim i położnej też obcym być nie powinno.

XX KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ



ORGANIZATOR, FUNDACJA
„RAZEM ZIENIAMY ŚWIAT”
27–29.09.2017 R. – TORUŃ

Temat tegorocznej konferencji dotyczy niezwykle ważnego dziś, ale jeszcze bardziej istotnego w przyszłości zagadnienia, jakim jest sytuacja dyrektora placówki opiekuńczej.

Dziś coraz więcej mówi się o deinstytucjonalizacji opieki. Sam proces rozwoju opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania powinien zostać przeprowadzony, choć oczywiście nie jest to nowa idea. Skuteczna deinstytucjonalizacja oznaczać jednak będzie w praktyce nie tylko wzrost odsetka osób niesamodzielnych pozostających w swoich domach, ale i zwiększenie udziału osób najmniej samodzielnych wśród wszystkich mieszkańców placówek. Spowoduje to konieczność lepszego wyposażenia domów, dalszego podnoszenia poziomu przygotowania kadr, zwiększenia liczby opiekunów i pociągnie za sobą wzrost kosztów.

Dodatkowo trzeba się liczyć z tym, że proces starzenia się ludności i ograniczenie możliwości pełnienia przez rodzinę funkcji opiekuńczych wpłynie na dalsze podniesienie przeciętnego wieku mieszkańców placówek. Wiąże się z tym postępujący proces utraty samodzielności, wymagający większego nakładu pracy i czasu ze strony opiekunów.

Trudna sytuacja dyrektora domu wynika z jego specyficznego usytuowania w strukturze opieki długoterminowej. Dyrektor jest bowiem adresatem oczekiwań i roszczeń ze strony mieszkańców placówki i ich rodzin. Równocześnie jest zwierzchnikiem swoich pracowników, za których działania ponosi odpowiedzialność, a którzy do niego kierują swoje oczekiwania i postulaty. On wreszcie jest odbiorcą rozmaitych poleceń i jemu przekazują swoje decyzje przedstawiciele płatnika i ewentualnie instytucji założycielskiej.

ROLE DOMÓW OPIEKI W PRZESZŁOŚCI I PRZYSZŁOŚCI PRZESZŁOŚĆ

Generacja typu instytucjonalnego (1900 do 1950/60). Domy opieki, w których starsi, zazwyczaj samotni

i biedniejsi ludzie («mieszkańcy») otoczeni byli opieką we wspólnych pokojach lub domach noclegowych, w których znajdowało się 8 bądź nawet więcej łóżek.

- Generacja typu szpitalnego (1960 do 1980): Domy opieki bardziej przypominały szpitale; «mieszkaniec» stał się «pacjentem» wymagającym leczenia i opieki. Jakiegokolwiek braki w zdrowiu, które wymagały leczenia, znajdowały się w centrum uwagi.
- Generacja typu mieszkalnego (od ok. 1980): Z punktu widzenia ich designu, domy opieki oparte są na pojęciu «przestrzeni życiowej». Centrum opieki i wsparcia stanowi model kompetencyjny (powiększanie istniejących zasobów i umiejętności). Samo „życie” staje się równie ważne, co aspekt „opieki”
- Generacja typu społeczność mieszkalna (od ok. 1995): Domy opieki oparte na modelu wspólnoty mieszkaniowej z własnymi drzwiami frontowymi. Każdy z mieszkańców posiada swój własny, prywatny pokój. Duże kuchnie/jadalnie o otwartym planie mają nadrzędne znaczenie. Tutaj «normalność życia codziennego» jest priorytetem jeśli chodzi o sposób w jaki żyją mieszkańcy i jak zarządzana jest społeczność.
- Generacja typu hybrydowej przestrzeni życiowej (od ok. 2000): Świadczący opiekę zmieniają się w zdecentralizowanych, elastycznych i ściśle nakierowanych na potrzeby klienta dostawców usług. Niezależność, samostanowienie o sobie i normalność życia codziennego są tutaj zmaksymalizowane, pomimo potrzeby opieki pielęgniarstwa i wsparcia. Jakość życia człowieka, w domu który jest mu znany bądź w nowo wybranym domu są tym, co liczy się najbardziej.



Obecnie, rynek domów opieki rozrasta się. W znacznej mierze dzieje się to dzięki sektorowi prywatnemu. Podczas gdy instytucje publiczne, nienastawione na zysk w dalszym ciągu dominują na niektórych z rynków europejskich (np. Francja, Szwecja, Szwajcaria), ich rola w ostatnich lat uległa zmniejszeniu. W związku z faktem, iż większość krajów europejskich stawia czoła ograniczeniom budżetowym, sektor publiczny nienastawiony na zysk nie posiada kapitału niezbędnego do remontowania obecnych budynków, nie mówiąc już o ich rozbudowie tak, aby mogły one sprostać obecnemu i przyszłemu popytowi.

W zależności od systemów politycznych, prawnych, gospodarczych, społecznych i opieki zdrowotnej, domy opieki pełnią wiele różnych ról. Niemniej jednak, właśnie dzięki temu zachowują się one w sposób przewidywalny, ponieważ do każdej roli

przyporządkowano listę praw, obowiązków, oczekiwań i norm, które należy spełnić.

PRZYSZŁOŚĆ

Aby przewidzieć nadchodzącą zmianę, CURAVIVA Szwajcarii opublikowało «Model Mieszkania i Opieki 2030». Wskazuje on na piątą generację opieki nad osobami starszymi, opartą na czterech filarach. Życie w prywatności: Osoby starsze żyją w swoich własnych domach (o różnej wielkości), wraz ze wsparciem na miarę potrzeb i oczekiwań (usługi à-la-carte). Życie na poziomie do którego przywykła dana osoba starsza: Osoby wymagające opieki będą żyć sobie możliwości zachowania standardu życia do którego przywykły, jeżeli będzie to możliwe.

Życie w ramach społeczności: Aby dopełnić, «życie w prywatności», będzie istniał szereg możliwości w ramach danej społeczności (wspólne salony i czynności), służące sprostaniu różnorodnym potrzebom. Życie w sferze publicznej: Instytucja stanowi część lokalnej społeczności i na odwrót. Zapewniana jest interakcja społeczna. Szczególny nacisk kładziony jest na przestrzeń mieszkalną/okolicę, ponieważ przestrzeń życiowa (okolica wchodzi w skład budynku mieszkalnego i odwrotnie. Budynek stanowi część okolicy).

OPIEKA NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ – KONTEKST ETYCZNY

W prezentacji omówiona została także kwestia wybranych aspektów etycznych związanych z należytą opieką nad osobami cierpiącymi na demencję. Chodzi głównie o to jak ważne jest postawienie prawidłowej diagnozy we właściwym czasie oraz zapewnienie wsparcia po jej postawieniu, udzielenie należytych informacji dotyczących diagnozy oraz o wymianę informacji w ramach zespołów świadczących opiekę itp. Głównym celem artykułu jest analiza problematyki opieki nad osobami będącymi w zaawansowanym stadium demencji jak również dylematów etycznych, które są z nią związane.

U osób mieszkających w placówkach opieki długoterminowej demencja pojawia się niezmiernie często. Według różnych badań, można stwierdzić, iż 70–90% (lub nawet więcej) osób mieszkających w instytucjach tego typu żyje z demencją. W naszych badaniach wykazaliśmy, iż w Republice Czeskiej procent osób cierpiących na demencję jest różny w zależności od typu instytucji. Niemniej jednak wciąż chodzi o bardzo znaczącą liczbę: w placówkach będących domami opieki nad osobami starszymi jest to 66%. W instytucjach świadczących opiekę specjalną chodzi o liczbę rzędu 95% i więcej.

U wielu z tych osób nigdy nie zostaje postawiona dia-

gnozą – pomimo będącego ogólnie znaną prawdą faktu, iż wielu z tych osób nigdy nie zostaje postawiona diagnoza – pomimo będącego ogólnie znaną prawdą faktu, iż prawidłowa diagnoza postawiona we właściwym czasie warunkuje późniejsze zapewnienie należytej opieki. Używając

pojęcia prawidłowa diagnoza postawiona we właściwym czasie mamy na myśli cały proces diagnostyczny, który jest niezbędny do tego, aby postawić prawidłową diagnozę poczynając od przeprowadzenia odpowiednich badań a kończąc na sukcesywnym odkrywaniu całości problemu będącym wynikiem współpracy całego zespołu, zależnie od potrzeb i oczekiwań osoby cierpiącej na demencję. Diagnoza jest niezmiernie istotna zarówno z punktu widzenia dalszego życia osoby cierpiącej na demencję jak i opieki, którą otoczony jest chory. Pomimo faktu, iż obecnie istnieją już niezwykle zaawansowane oraz kosztowne metody diagnostyczne, które pozwalają na bardziej dogłębną diagnozę choroby Alzheimera

oraz innych chorób prowadzących do demencji, wykorzystywane są one jednak głównie do prowadzenia badań naukowych. Diagnoza demencji nie jest tak kosztowna jak ma to miejsce w przypadku innych chorób. Wymaga ona przeprowadzenia wywiadu chorobowego i prawidłowej jego oceny, przeprowadzenia testu podstawowych funkcji kognitywnych, podstawowych badań laboratoryjnych a w szczególności starannych badań klinicznych oraz oceny ich wyników. Zarówno profesjonalni, jak i rodzinni opiekunowie mogą dostarczyć informacji dotyczących objawów demencji.

Postawienie prawidłowej diagnozy we właściwym czasie, dokonanie oceny funkcji oraz ustalenie potrzeb stanowią podstawę dla zapewnienia należytej opieki w placówkach tego typu. Informacje te powinny być w należyty sposób rozpowszechniane pomiędzy członkami zespołu świadczącego opiekę. Powinni oni rozumieć swoich klientów i ich potrzeby. Mają oni także być świadomi tego co kryje się pod pojęciem demencji i jakie zmiany może ona wywoływać w zachowaniu pacjentów, którzy na nią cierpią oraz w ich reakcjach na różne sytuacje. W mojej opinii, istnieje kilka kluczowych filarów opieki nad cierpiącymi na demencję – czynników, które sprawiają, iż opieka świadczona jest w sposób należyty. Do tych czynników zaliczamy: poznanie osoby i jego/jej problemów (łącznie z rodzajem demencji oraz cechami, które są dla niej charakterystyczne, stopniem zaawansowania choroby, zmianami w zachowaniu) oraz empatyczne zrozumienie jego/jej potrzeb. Ponadto chodzi także o podstawową wiedzę na temat demencji oraz umiejętność pracy w zespole opartej na wymianie wiedzy, spostrzeżeń oraz doświadczeń z innymi

Dodatkowo trzeba się liczyć z tym, że proces starzenia się ludności i ograniczenie możliwości pełnienia przez rodzinę funkcji opiekuńczych wpłynie na dalsze podniesienie przeciętnego wieku mieszkańców placówek. Wiąże się z tym postępujący proces utraty samodzielności, wymagający większego nakładu pracy i czasu ze strony opiekunów.

członkami zespołu. Na podstawie zgromadzonych informacji i doświadczeń powstały zalecenia dotyczące najlepszych praktyk przyjęte i szeroko omówione w gronie ekspertów w ramach dwóch międzynarodowych konferencji konsensualnych. Wyróżniono 6 najistotniejszych dziedzin: ochrona praw i godności osób cierpiących na demencję. Planowanie opieki. Radzenie sobie z objawami. Zachowanie możliwie najlepszej jakości życia. Wspieranie rodziny i przyjaciół.

WIĘKSZE INSTYTUCJE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ = GORSZA JAKOŚĆ ŻYCIA: PRAWDA CZY MIT?

Opieka długoterminowa nad osobami starszymi ulega znaczącym zmianom w Europie. Zmagamy się z niedoborem personelu i brakiem środków finansowych, podczas gdy oczekiwania wobec jakości oferowanych przez nas usług rosną.

Trwają dyskusje eksperckie nad sposobem świadczenia opieki, jej integracją, jej deinstytucjonalizacją, jak również opieką nad specyficznymi grupami docelowymi takimi jak osoby cierpiące na demencję. Dyskusje te również dotyczą między innymi zaangażowania rodziny, usług dla społeczności lokalnej oraz kwestii natury etycznej.

Jeden z tematów omawianych w zróżnicowanym stopniu, w zależności od kraju, dotyczy ogólnej natury domów opieki. Rodzi się pytanie: jaki powinien być „dobry i właściwy” dom opieki nad osobami starszymi? Jaka jest jego idealna wielkość, jeśli taka w ogóle istnieje? W niektórych państwach europejskich wielkość średniego domu opieki maleje, zaś w innych ona się nie zmienia. Jak rzeczywiście wygląda sytuacja w Europie? Jaka jest pojemność i wielkość domów opieki w poszczególnych krajach europejskich?

W Europie są domy opieki mieszczące setki łóżek a również takie mieszczące na przykład 10 łóżek. Kolejną kwestią poruszaną w tej debacie jest to, czy Państwo czy Komisja Europejska powinna regulować maksymalną pojemność domów opieki. Kiedy stoi się przed decyzją o ustalenie wielkości domu opieki należy zadać sobie dwa kluczowe pytania, albo inaczej mówiąc, należy rozważyć dwie kwestie: po pierwsze, w jaki sposób wielkość zakładu wpłynie na jego efektywność ekonomiczną oraz jakość zapewnionych w nim usług? To z kolei wpłynie na jakość życia osób mieszkających w nim. A po wtóre, jakie wskaźniki jakości powinniśmy brać pod uwagę?

Na koniec powinniśmy zadać sobie pytanie, czy naprawdę jest tylko jeden model stacjonarnej opieki długoterminowej, który jest dla wszystkich najlepszy.

ROLA DYREKTORA W PROCESIE ZMIAN

Do każdej ludzkiej potrzeby zachodzącej w procesie starzenia się należy podchodzić z myślą o przyszłości. W takich centrach usługowych rodzinom i osobom starszym trzeba poświęcić dużo uwagi, muszą znaleźć w nich

kogoś, kto będzie ich wysłuchiwał oraz należyty poziom kompetencji, dzięki któremu uzyskają skuteczne, zadowalające odpowiedzi. Odpowiedzi te muszą uwzględnić wszelkie opcje, od zapewnienia starszym osobom wsparcia pozwalającego im prowadzić samodzielny tryb życia, do opieki stacjonarnej w przypadku osób, którym zapewnienie właściwej opieki w ich własnym domu jest niemożliwe. Ideologiczne przeciwieństwo pomiędzy opieką domową a opieką w ośrodku opiekuńczym należy wykorzenić. Obie formy opieki, o ile są sprawowane profesjonalnie, kompetentnie i z użyciem innowacji technologicznych, należy zintegrować w ofertę podmiotów świadczących usługi osobiste. Ludzie, którzy zwracają się do domu opieki, muszą być pewni, że ich potrzeby, zarówno te materialne, jak i niematerialne, będą zaspokojone. Aby zrealizować te cele, należy podejść do zagadnień związanych z zarządzaniem w nowy sposób. Dyrektor musi działać tak, aby promować mentalny i fizyczny rozwój zarówno ludzi, jak i przestrzeni. Jego działania powinny

propagować integrację opieki społecznej w życie codzienne, tworząc przy tym nowe możliwości. Pod tym względem ważne jest utworzenie multidyscyplinarnych i wielosektorowych zespołów, które potrafią sprostać wyzwaniom stworzenia i realizowania skutecznych projektów życiowych. Do tej pory usługi związane z opieką nad osobami starszymi były przeważnie oderwane od innych systemów społecznych. Jednak takie usługi powinny stanowić część nowoczesnego społeczeństwa i rozwiązać problemy osób borykających się z niesamodzielną. Aby to osiągnąć, trzeba umieć tworzyć alianse strategiczne z innymi sektorami życia społecznego, takimi jak świat badań naukowych, szkoleń technologicznych czy biznesu. Istotne jest prowadzenie dialogu ze światem gospodarczym, tak aby tworzyć partnerstwa oparte na wzajemnym szacunku. To z kolei pozwoli na podwyższenie jakości usług i polepszenie warunków życia zarówno dla tych, którzy korzystają z usług, jak i dla tych, którzy je zapewniają.

Niepubliczne Centrum Geriatryczne SENIOR
Nowa Ruda
Lic. piel. Anna Milion
mgr Lidia Niewiadomska

Do tej pory usługi związane z opieką nad osobami starszymi były przeważnie oderwane od innych systemów społecznych. Jednak takie usługi powinny stanowić część nowoczesnego społeczeństwa i rozwiązać problemy osób borykających się z niesamodzielną. Aby to osiągnąć, trzeba umieć tworzyć alianse strategiczne z innymi sektorami życia społecznego, takimi jak świat badań naukowych, szkoleń technologicznych czy biznesu. Istotne jest prowadzenie dialogu ze światem gospodarczym, tak aby tworzyć partnerstwa oparte na wzajemnym szacunku.

KONFERENCJA STOWARZYSZENIA MENADŻERÓW PIELĘGNIARSTWA

„OD TEORII DO PRAKTYKI“
6–7.10.2017 R. ŁĄDEK-ZDRÓJ



Coroczna konferencja SMP tradycyjnie poprzedzona została Walnym Zgromadzeniem członków SMP, któremu przewodniczyła Amelia Ścibor sekretarz SMP. Prezes Marzena Barton przedstawiła sprawozdanie z działalności merytorycznej za rok 2016/2017 oraz plan pracy na rok 2017/2018, sprawozdanie finansowe przedstawiła Alicja Buksińska skarbnik SMP. Pracę Komisji Rewizyjnej zaprezentowała przewodnicząca Renata Ciemierz (członkowie Dorota Augustyn, Ewa Zalewska). Zarząd otrzymał absolutorium. Podczas zebrania podjęto wiele uchwał między innymi o przyjęciu 12- stu nowych członków oraz podjęciu współpracy z czasopismem „Analiza przypadków w pielęgniarstwie i położnictwie” PZWL, pracę koordynować będzie w-ce Prezes SMP dr Ewa Wodzikowska itp....

Dzięki decyzji członków SMP konferencje odbywają się cyklicznie 1 raz w roku, zawsze w innym zakątku naszego pięknego kraju.

W październiku 2017 roku gościliśmy w najstarszym kurorcie w Polsce w „Uzdrowisku Łądek-Długopole” SA w Łądku Zdroju.

W imieniu Zarządu Uzdrowiska uczestników konferencji powitała Przełożona Pielęgniarek mgr Ewa Zalewska oraz kierownik Działu Sprzedaży mgr Iwona Sobolewska, następnie na terenie pięknej ziemi wałbrzyskiej w imieniu samorządu zawodowego (Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu) niezwykle ciepłe słowa powitania skierowała do wszystkich zebranych Pani Przewodnicząca Maria Pałeczka, która w ramach prewencji odpowiedzialności zawodowej wspomogła naszą aktywność wykładem prof. dr hab. Doroty Karkowskiej i dr Izabeli Witczak.

W imieniu Zarządu SMP wszystkich gości, wykładowców, uczestników, członków SMP oraz sponsorów witała Prezes SMP dr Marzena Barton.

Prezes jak zwykle przypominała, iż celem konferencji jest dzielenie się swoją wiedzą, umiejętnościami i przemyśleniami, aby wzbogacić pielęgniarstwo w obszarze naukowym i praktycznym, wskazując rolę jaką ma spełnić

w systemie ochrony zdrowia wobec obecnych i przyszłych wyzwań społecznych. Prezes przekazała informacje o tym, że podczas konferencji podjęte zostaną zagadnienia etyczne, prawne, komunikacji terapeutycznej, bezpieczeństwa pacjenta i pracownika w placówkach ochrony zdrowia w Polsce. Powyższe ma na celu refleksję nad tym jakie podjąć działania, aby pozytywnie rzutowały na przyszłość.

O inaugurację konferencji poproszona została Pani Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Pani Prezes już po raz drugi zaszczyliła uczestników swoją obecnością dzięki czemu mogliśmy usłyszeć bezpośrednią informację na temat aktualnie prowadzonych prac w obrębie samorządu zawodowego we współpracy z innymi organami zawodowymi i państwowymi (legislacyjnymi).

Niezmiernie miło było gościć Panie przewodniczące ORPiP w Gdańsku Annę Czarnecką oraz w Opolu Sabinę Wiatkowską był to dla nas sygnał, że każde działanie w pielęgniarstwie w tym zarządzanie jest obszarem zainteresowania samorządu.

Stowarzyszenie tradycyjnie miało zaszczyt gościć dr Grażynę Rogal-Pawelczyk Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, która przedstawiła wykład nt. „ICNP w prewencji wykroczeń zawodowych pielęgniarek i położnych”, który jednoznacznie wskazywał na znaczenie prewencji w wykonywaniu zadań zawodowych zgodnych z aktualną wiedzą a przede wszystkim „należyście”. Ponadto Pani Rzecznik w następnym dniu podsumowała całość konferencji motywując Zarząd do kolejnych aktywności.

Następnie mieliśmy okazję wysłuchać niezwykle ekspresyjnego wystąpienia członka SMP naszej koleżanki Iwony Michańcio, naczelnej pielęgniarki Szpitala Położniczo – Ginekologicznego pt. „Etyka zawodu pielęgniarki i położnej” czyli nadal odpowiedzialność. Całość wykładu będziecie mogli Państwo odczytać na naszej stronie internetowej jednakże dopiero po jej przebudowie.

W podobnej konwencji mogliśmy wysłuchać wykładu pt., „Medyczny błąd pielęgniarki i położnej” prof. dr hab. Doroty Karkowskiej, która wzmocniła swoje wystąpienie casusami z praktyki zawodowej oraz wykładu dr Izabeli Witczak pełnomocnika dyrektora ds. jakości USK we Wrocławiu pt., „Ryzyko decyzyjne oraz niepewność w podnoszeniu standardów jakości świadczeń medycznych w pracy pielęgniarek i położnych”.

Odpowiedzialność zawodową poruszyła również w swoim wystąpieniu pt., „Zdarzenie medyczne oraz błąd medyczny w aspekcie wykonywanego zawodu pielęgniarki i położnej”, Marzena Olszewska-Fryc w-ce przewodnicząca OIPiP w Gdańsku, dyrektor ds. pielęgniarstwa w Szpitalu Copernicus w Gdańsku. Pani Marzena od kilku lat jest członkiem SMP i po raz kolejny wspomaga nasze działania wykładem za co serdecznie dziękujemy. W jej wystąpieniu mogliśmy odnaleźć wiele praktycznych wskazówek do wykorzystania w naszej codziennej praktyce menedżera.

Poza tym Zuzanna Konrady przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – Oddział Wielkopolski również w swoim wystąpieniu pt., „Odleżyna a odpowiedzialność zawodowa” uwrażliwia nas prewencyjnie na aktualności wiedzy w zakresie postępowania z pacjentem leżącym.

Na prośbę członków SMP Pani Anna Czarnecka przewodnicząca ORPiP w Gdańsku wygłosiła trzeci wykład z cyklu, „Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych c.d.”. Pani Przewodnicząca przedstawiła zmiany i ciągłość prac związanych z działalnością KOPIP co z wielkim zainteresowaniem śledzą członkowie SMP z całej Polski jako nowatorskie rozwiązywanie problemów na terenie województwa pomorskiego.

Pozostając w temacie wykorzystania wiedzy teoretycznej w praktycznym działaniu niezwykle interesujący temat w swoim wystąpieniu przedstawiła Marzena Łokietko naczelnia pielęgniarka MCZ S.A w Lubinie, która zaszczycała nas swoją obecnością oraz wspomogła konferencję wykładem pt., „Koncyliacja lekowa a bezpieczeństwo pacjenta”. Pani Marzena swoje zaangażowanie zawodowe ukierunkowała na działania związane z jakością usług medycznych, a szczególnie z ich bezpieczeństwem. Wiele osób po raz pierwszy miała okazję wysłuchać wykładu Pani Marzeny niezwykle ważnego w procesie terapeutycznym każdego pacjenta. Rozwiązania przedstawione podczas wykładu bardzo zainteresowały uczestników, szczególnie zaprezentowana karta pacjenta o czym świadczyły rozmowy na temat szczegółów koncyliacji w kuluarach konferencji. Kolejny wykład z zakresu praktyki zawodowej pt., „Opatrunki i nie tylko jako standard w postępowaniu z raną o różnej etiologii” z ramienia firmy ConvaTec przedstawiła mgr Małgorzata Budynek. Podczas konferencji mieliśmy okazję wzbogacić się o dodatkowe informacje dla naszej codziennej zawodowej praktyki. Bardzo ciekawe praktyczne informacje jak i doniesienia badań naukowych zostały przekazane podczas wystąpienia przedstawiciela firmy 3M Joannę Rudek pt., „Pie-

lęgnacja dostępow naczyniowych w świetle najnowszych wytycznych i standardów postępowania”. Ponadto mieliśmy okazję wysłuchać wykładu Pani Justyny Piwo-warczyk konsultanta naukowego (Medilab) o kontrolnym temacie, „Zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną koszt czy zysk”. Każdy z nas mógł się przekonać jak powinna być prawidłowa odpowiedź dla praktyki każdego menedżera w placówkach medycznych.

Oprócz wykładów uczestnicy konferencji mieli okazję do wymiany myśli i doświadczeń podczas przerw oraz podczas uroczystej kolacji. Zarząd SMP po raz kolejny organizując konferencję ma nadzieję, iż na stałe zostaną one wpisane do kalendarza kierowniczej kadry zarządzającej jak i wszystkich sympatyków SMP jako forum dyskusji o nauce i praktyce w zarządzaniu. Prezes SMP podziękowała wszystkim za przybycie na kolejną konferencję podkreślając, iż wymiana wspólnych doświadczeń zawodowych jest szczególnie ważna podczas realizacji codziennych zadań na rzecz podopiecznych i podczas organizacji pracy w rodzimych placówkach.

Słowa uznania zostały skierowane do wszystkich sponsorów wymienionych i niewymienionych (TZMO, Mercator, BBraun, Lohmann&Rauscher, TZMO..) oraz współorganizatorów naszej aktywności w ramach SMP. Na zakończenie wypełniono przygotowane ankiety z pytaniami o propozycje tematyki następnej konferencji jak również jej lokalizacji. Ponadto wręczone zostały certyfikaty uczestnictwa dla uczestników konferencji z Katowic, Gdańska, Kartuz, Chojnic, Jarcewa, Kościerzyny, Warszawa, Przeworska, Zakopanego, Ełku, Bydgoszczy, Łądku Zdroju, Rybnika Kazimierza Dolnego, Inowrocławia, Wrocławia, Wałbrzycha, Poznania, Lublina, Opola, Konstancina, Kielc, Świdnicy, Lubina.

Już dziś zapraszam koleżanki i kolegów do współpracy oraz członkostwa w SMP.

Przed wyjazdem wszystkich zaproszono na lunch. Trudno było się rozstać i opuszczać tak urokliwe i gościnne miejsce, dlatego też kilka osób przedłużyło swój pobyt w Łądku Zdroju. Zapewne niektórzy z nas będą odwiedzać częściej najstarsze Uzdrowisko w Polsce, aby korzystać z jego walorów, na pewno jest warto tutaj zadbać o swoje zdrowie i kondycję.

Konferencja odbywała się pod Patronatem Honorowym Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Patronat Medialny sprawował Magazyn Pielęgniarek i Położnych.

W imieniu Zarządu SMP serdecznie pozdrawiam i już dziś zapraszam na konferencję w przyszłym roku, której miejsce zostanie wybrane zgodnie z oczekiwaniami uczestników konferencji oraz członków SMP.

*dr Marzena Barton
Prezes Stowarzyszenia
Menedżerów Pielęgniarstwa*

GRATULACJE

Kryształowy Koliber dla Pielęgniarki Roku 2017

4 listopada 2017 roku w Nysie odbyły się Krajowe Obchody Światowego Dnia Walki z Cukrzycą. Podczas tych uroczystości **Barbara Soboń otrzymała odznaczenie Kryształowego Kolibra jako Pielęgniarka Roku**. Kryształowy Koliber przyznawany jest przez Kapitułę przy Polskim Stowarzyszeniu Diabetyków z siedzibą w Warszawie.

Pani Barbara Soboń pracuje w Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku gdzie pełni funkcję pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologicznego. Gratulujemy tak zaszczytnego wyróżnienia.

Życzymy dalszej satysfakcji z wykonywanej pracy, szacunku oraz wdzięczności pacjentów, których otacza Pani opieką, z którymi dzieli się Pani wiedzą i doświadczeniem. Niech Pani pracy towarzyszy twórcza pasja i poczucie dobrze spełnionego obowiązku a podejmowany trud był źródłem satysfakcji i społecznego uznania.

*Dyrekcja i współpracownicy
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Kłodzku*

Pani Barbarze Soboń

w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, gratuluję zaszczytnego wyróżnienia. Życzę dalszych sukcesów i rozwoju zawodowego.

Z wyrazami szacunku

Maria Pałeczka

Przewodnicząca ORPiP w Wałbrzychu



FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ



ul. Katowicka 31, 03-932 Warszawa,
tel./fax: +48 22 616 02 68, +48 22 616 03 14

www.fdds.pl

Przesyłamy Państwu link do pobrania elektronicznej wersji raportu DZIECI SIĘ LICZĄ 2017, przygotowanego przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę pod patronatem Rzecznika Praw Dziecka. Publikacja dostępna jest na stronie: www.dziecisielicza.fdds.pl.

Celem raportu jest kompleksowy opis zagrożeń bezpieczeństwa i dobrostanu dzieci w Polsce na bazie dostępnej wiedzy empirycznej. Autorzy raportu przyglądają się kondycji dzieci, głównie w aspektach doświadczania różnych form krzywdzenia i deprivacji oraz ich uwarunkowań. Z raportu wynika, m.in., że w Polsce:

rośnie liczba dzieci hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych;

- pod względem zakończonych zgonem prób samobójczych dzieci w wieku 10–19 lat Polska jest na drugim miejscu w Europie, po Niemczech;
- co piąte dziecko doświadczyło przemocy fizycznej ze strony znajomej osoby dorosłej, natomiast w ostatnich latach stale rośnie odsetek rodziców, którzy nigdy nie dali dziecku lania;
- tylko niespełna połowa 3-latków mieszkających na wsi jest objętych edukacją przedszkolną;
- rośnie liczba interwencji sądów w pełnienie władzy rodzicielskiej przez rodziców. W 2015 takich ingerencji było ponad 214 tysięcy (dotyczyły około 3% populacji dzieci);
- 12% dzieci doświadczyło jakiejś formy wykorzystywania seksualnego, tylko połowa rodziców rozmawiała ze swoimi dziećmi o takim zagrożeniu;
- 11% nastolatków przesyłało intymne zdjęcia za pośrednictwem Internetu lub telefonu komórkowego;
- powtarzalnej, długotrwałej cyberprzemocy doświadcza 5% dziewczyn i 4% chłopców.

Na bazie diagnozy obszarów zagrożeń dzieciństwa opisywanych w raporcie sformułowane zostały rekomendacje adresowane do polskiego rządu i instytucji odpowiedzialnych za ochronę dzieci przed krzywdzeniem. Autorzy raportu apelują, by m.in. wprowadzić w ramach struktur pomocy społecznej, wzorem innych krajów, wyspecjalizowane służby ochrony dzieci odpowiedzialne za przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci i koordynację działań na rzecz ich ochrony. Wśród rekomendacji znajduje się także postulat, by tworzyć i rozwijać specjalistyczne ośrodki oparte na modelu współpracy między różnymi służbami, w których dziecko poszkodowane przestępstwem i jego opiekunowie mogliby otrzymać kompleksowe wsparcie: psychologicz-

ne, prawne, medyczne i socjalne, pod jednym dachem. Tworzenie takich centrów pomocy dzieciom rozpoczęła już w Polsce Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Mamy nadzieję, że informacje zawarte w raporcie oraz rekomendowane rozwiązania będą inspiracją do podjęcia rzetelnej debaty publicznej wszystkich zainteresowanych środowisk i aktorów: dzieci, ich rodziców, profesjonalistów, przedstawicieli władz rządowych i samorządowych, podmiotów prywatnych, organizacji pozarządowych, organizacji religijnych, organizacji oświatowych i mediów, by na jej podstawie opracować szczegółowe, systemowe rozwiązania zwiększające bezpieczeństwo najmłodszych obywateli.

*Marta Skierkowska
członek Zarządu*

platforma edukacyjna
Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę
dla profesjonalistów

na temat ochrony dzieci
i młodzieży przed przemocą



kursy e-learning



scenariusze zajęć



konferencje
i szkolenia otwarte



materiały edukacyjne



szkolenia na zamówienie

edukacja.fdds.pl



**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu**

**ETYKA
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ**
profesjonalizm

**GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA**
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK**
uśmiechnij się

**PRAWDA
ODWAGA**
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź



Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

