

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



**Dnia 10 lutego 2015 roku
podpisano porozumienie**
Luty 2015r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Dnia 10 lutego 2015 roku podpisano porozumienie w sprawie ustalenia zasad współpracy pomiędzy:
Zarządem Regionu Śląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

a
Beskidzką Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Bielsku Białej,
Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.



W NUMERZE:

Naczelna Izba

Okręgowa Izba

Farmacje

Prawo

Prace autorskie

Informacje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji (siedziba Izby):
UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.pl

MILLENNIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

Podpisano porozumienie

Dnia 10 lutego 2015 roku w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach zostało podpisane porozumienie w sprawie ustalenia zasad współpracy pomiędzy:

Zarządem Regionu Śląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
a
Beskidzką Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Bielsku Białej, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

Porozumienie to wpisuje się w ogólnopolską akcję mającą na celu poprawę jakości wykonywania zawodów pielęgniarstwa położnej, w tym również warunków pracy i płacy. Zostaliśmy jako grupa zawodowa postawieni pod ścianą, której nie da się pokonać preferowanymi przez nas pokojowymi metodami: konsultacjami, petycjami, apelami i stanowiskami. Dzisiaj mówimy stanowczo **„NIE”! Nie zgadzamy się na dalsze trwanie w tej bezsilności!** Jako grupa zawodowa jesteśmy lekceważeni i spychani na margines systemu. Postępująca degradacja naszych zawodów przejawiająca się załamaniem pozycji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, coraz gorsze warunki pracy i płacy, pauperyzacja środowiska, odchodzenie od zawodu, brak chętnych do wykonywania ciężkiej i słabo płatnej pracy spowodowały podjęcie naszych wspólnych działań.

Z roku na rok pogarsza się sytuacja pielęgniarek i położnych; jeśli to się nie zmieni, ich liczba w najbliższych 20 latach spadnie o jedną trzecią. Podpisanie porozumienia wzmacnia nasze siły. Idziemy jednym frontem – **jako samorząd i związek zawodowy**. Pierwszym działaniem jest kampania informacyjna, ale wkrótce w placówkach ochrony zdrowia mają być wszczynane spory zbiorowe w sprawie poprawy warunków pracy i wynagradzania. W przypadku braku porozumienia - nie wykluczamy strajku. Środowisko jest na tyle zdeterminowane, że gotowe jest podjąć ten krok, który wynika z ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych. Mamy świadomość, że jest to dla nas ostateczność.

Prosto jest powstrzymać się od pracy w zakładzie produkcyjnym, gorzej jest powstrzymać się od pracy w szpitalu, przychodni, gdzie mamy do czynienia z ratowaniem życia i zdrowia. Z konieczności pielęgniarstwa pracują w kilku miejscach naraz, kosztem wypoczynku i życia rodzinnego. Podkreślić należy, że z powodu złych warunków pracy zainteresowanie wykonywaniem naszego zawodu jest wśród młodych ludzi niewielkie, a osoby, które już decydują się na kształcenie w tym kierunku, z reguły po zdobyciu uprawnień przenoszą się do innych krajów Unii Europejskiej. Rośnie luka pokoleniowa, średnia wieku pielęgniarek w rejonie działania OIPIP w Częstochowie wynosi obecnie 48,22 lat, a położnych 48,33 lat.

Dane są dramatyczne. Do roku 2035 liczba pielęgniarek i położnych w całej Polsce zmniejszy się o 100 tys. Obecnie zawod ten w Polsce wykonuje 280 tys. osób, z czego 42 tys. w woj. Śląskim, natomiast w Częstochowie w chwili obecnej jest zarejestrowanych 4648 pielęgniarek i położnych - czynnych zawodowo. Liczby mówią same za siebie, tylko w roku 2014 w rejonie działania OIPIP w Częstochowie wpisano do rejestru 54 pielęgniarki i położne, natomiast ubyło z rejestru z różnych przyczyn 107 pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarki nie zgadzają się na redukcję ich liczby na dyżurach. Chcemy, by pielęgniarkom - podobnie jak w przypadku

lekarzy – określono minimalne wynagrodzenie i by zarabiała „adekwatnie do nakładów pracy”.

Treść porozumienia:



OZZPiP
ZARZĄD REGIONU ŚLĄSK

BOIPI

Beskidzka
OIPIP



OIPIP
w Częstochowie



OIPIP
w Katowicach

POROZUMIENIE w sprawie ustalenia zasad współpracy

W dniu 10 lutego 2015r. w Katowicach pomiędzy:

Zarządem Regionu Śląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Sosnowcu, 41-209 Sosnowiec, ul. Odrodzenia 9, reprezentowanym

przez:

Krystynę Ptok - Przewodniczącą Regionu Śląskiego OZZPiP, zwaną dalej „Zarządem Regionu Śląskiego OZZPiP”

a

Beskidzką Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Bielsku-Białej, 43-300 Bielsko-Biała, ul. Krasińskiego 28,

reprezentowaną przez:

Małgorzatę Szwed - Przewodniczącą Beskidzkiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej, zwaną dalej „BOIPIP w Bielsku-Białej”

a

Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie, 42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25

reprezentowaną przez:

Halinę Synakiewicz - Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, zwaną dalej „OIPIP w Częstochowie”

a

Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Katowicach z siedzibą w Katowicach, 40-027 Katowice, ul. Francuska 16

reprezentowaną przez:

Mariolę Bartusek - Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, zwaną dalej „OIPIP w Katowicach”

PREAMBUŁA

W Polsce doszło do pogorszenia się warunków wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej. Sukcesywnie dochodzi do nakładania na pielęgniarki i położne kolejnych obowiązków, w tym także niezwiązanych z kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi. Nastąpił realny spadek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Nie ma również żadnych przesłanek pozwalających wnioskować, aby Rząd RP oraz Parlament zamierzał zrealizować obiecywane zmiany w ustawodawstwie.

W związku z powyższym Strony, każda działając na podstawie ustaw o związkach zawodowych oraz o samorządzie pielęgniarek i położnych, podjęły decyzję o zawarciu porozumienia o następującej treści:

§1.

Przedmiotem niniejszego porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce.

§2.

W celu realizacji niniejszego porozumienia, Strony zobowiązują się do:

1/ wspólnego udziału przedstawicieli obu Stron w spotkaniach z przedstawicielami organów władzy państwowej oraz administracji państwowej i samorządowej, a także innych podmiotów;

2/ wspierania się w działaniach, które indywidualnie zastrzeżone są do kompetencji własnych i wyłącznych danej Strony, wynikających z ustawy o związkach zawodowych oraz ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych;

3/ prowadzenia kampanii informacyjnej na temat oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

§3.

Strony przyjmują wspólny Harmonogram działań, jakie będą podejmowane dla realizacji niniejszego Porozumienia na terenie województwa śląskiego.

§4.

Strony zobowiązują się do wspólnego podejmowania wszelkich innych działań, które będą konieczne do reprezentacji i obrony godności zawodowej pielęgniarki i położnej.

§5.

1. Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

2. Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania. ■

Zarząd Regionu Śląskiego OZZPiP

PRZEWODNICZĄCA
Zarządu Regionu Śląskiego OZZPiP
Krzysztof Prok

BOIPI w Bielsku Białej

**BESKIDZKA OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**
43-300 BIELSKO-BIAŁA
ul. Krasińskiego 28, tel./fax (33) 822 81 11
NIP 547-17-51-955
ING BS 28 1050 1070 1000 0001 0027 5783
PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Beskidzkiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Bielsku-Białej
Matgorzata Szwed

OIPI w Częstochowie

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
mgr Halina Synakiewicz

OIPI w Katowicach

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
40-027 Katowice, ul. Francuska 16
tel. 32 209 04 15
NIP 634-15-91-471
PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Katowicach
dr Mariola Bartusek

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 22 stycznia 2015 r.

Pani/Pan
Członek Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych VI Kadencji

Szanowni Państwo

W dniu 21 stycznia 2015 roku zostało podpisane porozumienie w sprawie ustalenia zasad współpracy pomiędzy Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych.

Przedmiotem porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywną poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce.

Tekst porozumienia przesyłam w załączniku. ■

Wiceprezes
Teresa Kuziara

POROZUMIENIE

w sprawie ustalenia zasad współpracy

W dniu **21 stycznia 2015r.** w Warszawie pomiędzy:

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie 00-252 Warszawa, ul. Podwale 11 reprezentowanym przez:
Lucynę Dargiewicz - Przewodniczącą OZZPiP
zwanym dalej „OZZPiP”

a

Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie 02-757 Warszawa ul. Pory 78, lok. 10 reprezentowaną przez:

Grażynę Rogale - Pawelczyk - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
zwana dalej „NIPIP”

PREAMBUŁA

W Polsce doszło do pogorszenia się warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Sukcesywnie dochodzi do zwiększania nakładanych na pielęgniarki i położne kolejnych obowiązków, w tym także nie związanych z kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi. Nastąpił realny spadek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Nie ma również żadnych przesłanek pozwalających wnioskować, aby Rząd RP oraz Parlament zamierzał zrealizować obiecywane zmiany w ustawodawstwie.

W związku z powyższym Strony, każda działając na podstawie ustaw o związkach zawodowych oraz o samorządzie pielęgniarek i położnych podjęły decyzję o zawarciu porozumienia o następującej treści:

§1.

Przedmiotem niniejszego porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce.

§2.

W celu realizacji niniejszego porozumienia, Strony zobowiązują się do:

1/ wspólnego udziału przedstawicieli obu Stron w spotkaniach z przedstawicielami organów władzy państwowej oraz administracji państwowej i samorządowej, a także innych podmiotów,

2/ wspierania się w działaniach, które indywidualnie zastrzeżone są do kompetencji własnych i wyłącznych danej Strony wynikających z ustawy o związkach zawodowych oraz ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych,

3/ prowadzenia kampanii informacyjnej na temat oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

§3.

1. Każda ze Stron przyjmuje własny Harmonogram działań jakie będzie podejmować dla realizacji niniejszego Porozumienia (Załącznik nr 1 - Harmonogram działań NIPIP oraz Załącznik nr 2 - Harmonogram działań OZZPiP).

2. Strony będą wspierać się w realizacji przyjętych Harmonogramów działań.

§4.

Strony będą wspierać zawieranie wspólnych porozumień w poszczególnych województwach pomiędzy strukturami regionalnymi OZZPiP, a okręgowymi izbami pielęgniarek i położnych.

§5.

Strony zobowiązują się do wspólnego podejmowania wszelkich innych działań, które będą konieczne do reprezentacji i obrony godności zawodowej pielęgniarce i położnej.

§6.

1. Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

2. Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załącznik nr 1 - Harmonogram działań

NIPIP Załącznik nr 2 - Harmonogram działań OZZPiP ■

OZZPiP

Lucyna Dargiewicz

NIPIP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Warszawa, 21 stycznia 2015 r.

List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - reprezentujący grupę zawodową pielęgniarek i położnych - dostrzegają zagrożenia dla społeczeństwa polskiego, które wynikają z braku:

- reakcji Rządu RP na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych,
- dialogu Rządu RP ze środowiskiem pielęgniarek i położnych na temat sposobów uniknięcia skutków nadciągającej katastrofy, która będzie wynikiem drastycznego ograniczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarce i położne,
- strategii Rządu RP dotyczącej zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarstwa i położnicze.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ostrzegają, iż dalsze bagatelizowanie problemu grozi załamaniem się systemu opieki zdrowotnej.

Żądamy:

1. Określenia docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców.
2. Zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.
3. Wdrożenia polityki zatrudniania pielęgniarek i położnych:

- zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.
4. Wdrożenia mechanizmów gwarantujących wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym;
 - zgodnie z zakresem zadań realizowanych w praktyce zawodowej oraz zgodnie z zakresem odpowiedzialności jaką ponoszą,
 5. Zabezpieczenia możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.
 6. Uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach, które są przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednolicenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
 7. Przeprowadzenia analizy zapotrzebowania na liczbę pielęgniarek i położnych w określonych specjalnościach, które wynikają z wymagań kwalifikacyjnych określonych przepisami prawa w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowywania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.
 8. Ustalenia liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.
 9. Pełnej informacji na temat działań Rządu RP prowadzących do niwelowania skutków braku pielęgniarek i położnych i jego negatywnego wpływu na zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych uznają, iż powaga sytuacji wymaga natychmiastowych działań. ■

Przewodnicząca ZK OZZPiP

Lucyna Dargiewicz

Prezes NRPIP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 15-01-2015 r.

Pani

Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk Prezes

Naczelnej Rady n Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W związku z uczestnictwem w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 13 stycznia 2015 r., w załączeniu przesyłam kserokopię pisma skierowanego do Wojewodów w sprawie uwzględniania wymogu, przy nabywaniu przez podmioty lecznicze składników majątku, spełniania krajowych ram interoperacyjności, w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej, w ramach Systemu Informacji Medycznej wprowadzenie w przyszłości dokumentacji pielęgniarstwa

w postaci elektronicznej, wykorzystującej standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP). ■

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

Minister Zdrowia

Warszawa, 16-10-2014 r.

Panie/Panowie
Wojewodowie
/wg rozdzielnika/

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 117, poz. 657, z późn. zm.) zwracam się do Państwa Wojewodów z uprzejmą prośbą o skierowanie, na podstawie art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 j.t., z późn. zm.), do kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w podległym Państwu województwie, prośby o uwzględnianie przy zakupie oprogramowania wymogu spełniania krajowych ram interoperacyjności przez nabywane składniki majątku, w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. z 2012. poz. 526), w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej, w ramach Systemu Informacji Medycznej (SIM) wprowadzenie w przyszłości dokumentacji pielęgniarskiej w postaci elektronicznej, wykorzystującej standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

Wdrażane i użytkowane, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, programy informatyczne powinny również spełniać wymogi określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014 r. poz. 177 j.t., z późn. zm.) wydanego na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245).

W przepisach rozporządzenia zostały określone m.in. sposoby prowadzenia dokumentacji, w tym wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zawierającej w szczególności kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, obejmującą informacje dotyczące stanu zdrowia i przebiegu choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, a także opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W tej sprawie, pismem z dnia 17 września 2014 r. Przewodnicząca Rady do spraw e-Zdrowie w Pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), powołanej w celu przygotowania minimalnego zbioru danych o pielęgniarstwie (NMDS) dla potrzeb polityki zdrowotnej w Polsce, poinformowała Ministerstwo Zdrowia o podjętych i zrealizowanych, przez ww. Radę oraz współpracujących z nią zespoły, czynnościach zmierzających do zastosowania w dokumentowaniu pracy pielęgniarek i położnych ICNP.

W ramach prac Rada ds. e-Zdrowia wydała m.in. rekomendację, w której przedstawia elementy, określonej przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia karty indywidualnej opieki w postaci: karty wywiadu, karty oceny, listy diagnoz, interwencji i wyników oraz raportu i karty wypisu do opieki środowiskowej. Ponadto, rekomendacja wskazuje, na potrzebę zastosowania słownika ICNP w procesie prawidłowego pielęgnowania.

Należy zauważyć szczególną przydatność wprowadzenia ICNP przy dokumentowaniu opieki pielęgniarskiej w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Uwzględniając powyższe uprzejmie proszę o wsparcie procesu wdrażania dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej w systemie elektronicznym wg standardów ICNP. ■

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński



Okręgowa Izba

OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W CZĘSTOCHOWIE

Szanowny Delegacie!

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
uprzejmie informuje:

26 marca 2015 roku w godzinach 9:00-13:00

w Urzędzie Miasta Częstochowy w sali sesyjnej
ul. Śląska 11/13 odbędzie się

V Okręgowy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji

Na podstawie Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych przyjętego Uchwałą Nr 8/VI/2012 II Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 30 marca 2012 roku zmienionej uchwałą Nr 8/VI/2013 III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 28 marca 2013 roku uprzejmie informuję, iż obecność na Zjeździe jest obowiązkowa. Przypominam, iż:

1. Delegata na Zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniu Zjazdu.
2. Delegat na Zjazd może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.
3. Wiarygodne usprawiedliwienie nieobecności na Zjeździe Delegat składa pisemnie w biurze Okręgowej Izby w ustawowym terminie przed obradami zjazdu.
4. Delegaci na Zjazd i uczestnicy Zjazdu potwierdzają obecność na Okręgowym Zjeździe podpisami na listach obecności sporządzonych oddzielnie dla Delegatów każdego regionu wyborczego.

5. Po podpisaniu listy obecności Delegaci na Zjazd otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.
6. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub nieuzasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad Delegat na Zjazd może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów. ■

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
(-) Halina Synakiewicz

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 21 stycznia 2015 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie sześć pielęgniarek, jednego pielęgniarskiego, jedną położną.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyła pięć pielęgniarek.
- Anulowano adnotację o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony czterem pielęgniarkom.
- Stwierdzono posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu dwóm pielęgniarkom.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek - na kwotę 4 500.00 zł. ■

KALENDARIUM Styczeń – luty 2015 rok

28.01.2015r. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym odbyły się konkursy na stanowisko: Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Nefrologii z Pododdziałem Dializy Otrzewnej i Stacji Dializ, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych ul. PCK 7. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na ww. oddziałach. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

04.02.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się zebranie Zarządu Koła Terenowego PTP. Tematem spotkania było opracowanie projektu programu konferencji pt. „Bezpieczne środowisko pracy pielęgniarek i położnych.” Planowany termin konferencji - 20 maja 2015 roku.

05.02.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się robocze spotkanie przedstawicieli NFZ Oddziału Śląskiego Pana Wojciecha Mika z Zespołem ds. Opieki Długoterminowej i Hospicyjnej działającego przy OIPIP w Częstochowie.

10.02.2015r. W siedzibie OIPIP w Katowicach odbyło się spotkanie Przewodniczących OR z Bielska Białej, Częstochowy i Katowic z przedstawicielami Zarządu Regionu Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Oddziału Śląskiego. Podczas spotkania zostało podpisane porozumienie w sprawie ustalenia zasad współpracy pomiędzy Zarządem Regionu Śląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Bielsku Białej, Częstochowie i Katowicach. Przedmiotem porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce.

11.02.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie pełnomocnych przedstawicieli Samorządu Zawodowego PiP, Pielęgniarek Naczelnych podmiotów leczniczych oraz przedstawicieli Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych.

12.02.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie uczestników szkolenia specjalizacyjnego Pielęgniarstwo geriatryczne.

17.02.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPiP w Warszawie.

25.02.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

25.02.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

25.02.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

26.02.2015r. W Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach odbyło się spotkanie Przewodniczących OR z Bielska Białej, Częstochowy i Katowic z Wicewojewodą Śląskim Piotrem Spyra. Tematem spotkania było omówienie konieczności i zasadności powołania konsultantów wojewódzkich w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. ■

Oferta kursów OIPIP w Częstochowie

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej

9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
12. Pielęgniarstwo onkologiczne

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarzek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Prowadzenie porodu w wodzie
13. Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
14. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszypikowego – kurs dla pielęgniarzek „systemu”
15. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
16. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – kurs dla położnych

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiokardografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
5. Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żyłnej i obrzęku limfatycznego
6. Diagnozowanie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarzek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów połączonych kursów/szkoleń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPIP pokój nr 407, telefonicznie **tel. 519 862 186**

Budapeszt - Szentendre **21/22 - 24.05.2015**

Dzień 1: Wyjazd z Częstochowy około 24.00, z pod siedziby OIPIP w Częstochowie przekroczenie punktu granicznego - Cieszyn, przejazd przez Czechy, Słowację.

Dzień 2

Przyjazd do Budapesztu około godz. 9.00 na Plac Bohaterów, na środku którego stoi 36 metrowy Pomnik Tysiąclecia. Oprawę pomnika stanowi półokrągła kolumnada prezentująca posąg najznakomitszych węgierskich przywódców od króla Stefana I po Kossutha. Po zapoznaniu się z historią narodu węgierskiego przejdziemy do Parku Miejskiego, aby obejrzeć bajkowe wieże zamku Vajdahunyadego – "kamiennego katalogu stylów architektonicznych". Zarówno park jak i zamek zostały zaprojektowane na milenijne obchody państwa węgierskiego. Następnie udamy się przez dzielnicę ambasad na zwiedzanie największego kościoła Budapesztu bazyliki Św. Stefana, w której znajduje się relikwia- zmumifikowana prawa ręka króla Stefana I który stał się narodowym świętym. Obejrzymy budynek Parlamentu i przejdziemy na ulicę Váci, przy której stoi min. Teatr Peszterński. Ta ruchliwa promenada, pełna butików i ulicznych kafejek, przypomina Bond Street w Londynie lub Ramblas w Barcelonie. Około 17.00 zakwaterowanie w hotelu, kolacja. Przejazd na przystań, godzinny rejs statkiem spacerowym po Dunaju. Nocleg.

Dzień 3: 8:00 - śniadanie. Wyjazd z hotelu ok. godz. 9.00. Przejazd wiszącym mostem Elżbiety na budańską stronę miasta. Zwiedzanie miasta rozpoczynamy od Wzgórza Gellerta, które wznosi się 130 m. ponad nabrzeże Dunaju (wyjazd autokarem), i na którego szczycie stoi Pomnik Wolności i zbudowana przez Habsburgów Cytadela. Podziwianie wspaniałej panoramy miasta, której punktem centralnym jest Dunaj z jego pięknymi mostami. Przejazd na Wzgórze Zamkowe. Zwiedzanie Baszty Rybackiej z której rozpościera się wspaniały widok na stojący na przeciwnym brzegu Dunaju Parlament. Kościół Macieja, pomnik króla Stefana I na koniu. Spacer po zabytkowej starówce w kierunku Pałacu Budańskiego. Po drodze będzie można zobaczyć górną stację zabytkowej kolejki linowej "siklo", obok której wznosi się wykonana z brązu statua ptaka Turula, mitycznego założyciela królewskiej dynastii Arpadów. Spacer po zamkowych dziedzińcach gdzie można będzie zobaczyć Fontannę Macieja z figurą z brązu, pomnik konny Eugeniusza Sabaudzkiego i Bramę Lwów". Przejazd do węgierskiej czardy na kolację z winem i muzyką. Podczas powrotu do hotelu krótki nocny objazd Budapesztu. Nocleg.

Dzień 4: Ok. godz. 8.00 śniadanie. Ok. godz. 9.00 wyjazd z hotelu, dalsze zwiedzanie miasta. Przejazd na Wyspę Małgorzaty – najładniejszy park Budapesztu z licznymi obiektami sportowymi i rekreacyjnymi, oraz bogatą fauną. W czasie krótkiej przejażdżki kolejką turystyczną będzie można zobaczyć min. pływalię Alfreda Hajosa, ruiny klasztoru Dominikanek w którym służyła księżniczka Małgorzata, ogród różany, kąpielisko Palatinus z basenami ciepłowodnymi, krętymi zjeżdżalniami i sztuczną falą. Spacer po "japońskim ogrodzie", powrót do autokaru. Przejazd do Szentendre. Spacer po malowniczych uliczkach miasteczka. Zwiedzanie Muzeum Marcepana, greckiej Cerkwi Zwiastowania oraz placu kościelnego. Ok. godz. 15.00 odjazd w drogę powrotną do kraju. Przejazd tranzytowy przez Słowację. Przyjazd do kraju około północy.

Cena: 570 zł/os

Cena obejmuje:

- autokar klasy Lux,
- 2 noclegi w hotelu w Budapeszcie, pokoje 2,3 osobowe z łazienkami.
- 2 śniadania w formie bufetu, 2 kolacje serwowane (w tym jedna z winem i muzyką w czardzie).- opiekę pilota na całej trasie,

- pakiet ubezpieczeniowy SIGNAL IDUNA,
- podatek Vat zgodnie z Art. 119 Ustawy o podatku Vat

Cena nie obejmuje: Biletów wstępu do zwiedzanych obiektów:
Bilety:

- Bazylika św. Stefana (kopuła) 500 Ft
- Baszta Rybacka- 600 Ft
- Kościół Macieja - 600 Ft
- Kolejka na wyspie Małgorzaty - 1000 Ft
- Muzeum marcepana - 450 Ft
- Rejs po Dunaju ok. 9 - 10 Euro (dla osób zainteresowanych)
- Przewodnik – 4E

Farmacje



22 grudnia 2014

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia

Produkty lecznicze zawierające walproinian: ryzyko zaburzeń rozwoju dziecka będących wynikiem przebiegu ciąży

Szanowna Pani Doktor, Szanowny Panie Doktorze,
Celem tego pisma jest poinformowanie w uzgodnieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o ważnych, nowych informacjach oraz o rozszerzonych ostrzeżeniach dotyczących bezpieczeństwa stosowania leków zawierających walproinian, będących wynikiem zakończenia przeglądu o zasięgu europejskim.

Podsumowanie

- U dzieci narażonych w życiu płodowym na walproinian istnieje wysokie ryzyko poważnych zaburzeń rozwojowych (do 30-40% przypadków) i (lub) wrodzonych wad rozwojowych (w około 10% przypadków).
- Walproinianu nie należy przypisywać dzieciom płci żeńskiej, nastolatkom płci żeńskiej, kobietom w wieku rozrodczym lub kobietom ciężarnym, chyba że inne metody leczenia nie są skuteczne lub nie są tolerowane.
- Leczenie walproinianem musi być rozpoczęte i nadzorowane przez lekarza specjalizującego się w leczeniu padaczki lub choroby afektywnej dwubiegunowej.
- Należy ostrożnie wyważyć korzyści leczenia walproinianem w stosunku do zagrożeń przy pierwszym przepisaniu walproinianu, w rutynowych kontrolach leczenia, gdy dziecko płci żeńskiej osiąga wiek dojrzewania oraz gdy kobieta planuje ciążę lub zajdzie w ciążę.
- Należy upewnić się, że wszystkie pacjentki są poinformowane i rozumieją:
 - zagrożenia związane ze stosowaniem walproinianu w ciąży;
 - potrzebę stosowania skutecznej antykoncepcji;
 - potrzebę regularnej kontroli leczenia;
 - potrzebę niezwłocznej konsultacji, jeśli pacjentka planuje ciążę lub zajdzie w ciążę.

Dalsze informacje dotyczące kwestii bezpieczeństwa i zaleceń

Ryzyko zaburzeń rozwoju dziecka będących wynikiem przebiegu ciąży

Stosowanie walproinianu przyjmowanego w monoterapii lub w połączeniu z innymi lekami jest związane z zależnym od

dawką ryzykiem zaburzeń rozwoju dziecka będących wynikiem przebiegu ciąży. Dane sugerują, że jeśli walproinian jest przyjmowany z powodu padaczki z innymi produktami leczniczymi, ryzyko zaburzeń rozwoju dziecka będących wynikiem przebiegu ciąży jest większe niż jeśli walproinian jest przyjmowany w monoterapii.

- Ryzyko wrodzonych wad rozwojowych wynosi w przybliżeniu 10%, podczas gdy badania dzieci w wieku przedшкоlnym narażonych w życiu płodowym na walproinian wykazały, że do 30-40% wykazuje opóźnienia w ich wczesnym rozwoju w zakresie mówienia i (lub) chodzenia, posiada niskie zdolności intelektualne, słabe umiejętności językowe oraz problemy z pamięcią "".
- Iloraz inteligencji (IQ) mierzony w badaniu z udziałem 6-letnich dzieci narażonych w życiu płodowym na walproinian wynosił średnio 7-10 punktów poniżej wyników tych dzieci, które narażone były na inne leki przeciwpadaczkowe.
- Dostępne dane pokazują, że dzieci narażone w życiu płodowym na walproinian są w grupie zwiększonego ryzyka zaburzeń autystycznych (około trzykrotnie) i autyzmu dziecięcego (około pięciokrotnie) w stosunku do ogólnej populacji badanej.
- Ograniczone dane sugerują, że dzieci narażone na walproinian w życiu płodowym mogą być bardziej narażone na rozwój objawów deficytu uwagi/zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) 7,8,9.

Biorąc pod uwagę te zagrożenia, walproinian nie powinien być stosowany w leczeniu padaczki lub choroby afektywnej dwubiegunowej w czasie ciąży oraz u kobiet w wieku rozrodczym chyba, że jest to bezwzględnie konieczne, np. w sytuacjach gdy inne metody leczenia są nieskuteczne lub nie są tolerowane.

Należy ostrożnie wyważyć korzyści leczenia walproinianem w stosunku do zagrożeń przy pierwszym przepisaniu walproinianu, w regularnych kontrolach leczenia, gdy dziecko płci żeńskiej osiąga wiek dojrzewania oraz gdy kobieta planuje ciążę lub zajdzie w ciążę.

Jeśli zdecydują Państwo przepisać walproinian kobiecie w wieku rozrodczym, pacjentka musi stosować skuteczną antykoncepcję w czasie leczenia i być w pełni poinformowana o zagrożeniach dla nienarodzonego dziecka, jeśli zajdzie ona w ciążę podczas stosowania walproinianu.

Leczenie podczas ciąży

Jeśli kobieta leczona walproinianem z powodu padaczki lub choroby afektywnej dwubiegunowej planuje ciążę lub zajdzie w ciążę, należy rozważyć alternatywne leczenie.

Jeśli leczenie walproinianem jest kontynuowane w czasie ciąży:

- Należy stosować możliwie najniższą skuteczną dawkę a dawkę dobową należy podzielić na kilka małych dawek przyjmowanych w ciągu całego dnia. Zastosowanie preparatu o przedłużonym uwalnianiu może być preferowane nad innymi formami leczenia.
- Należy rozpocząć specjalistyczny monitoring prenatalny celem kontrolowania rozwoju płodu, w tym możliwości wystąpienia wad cewy nerwowej i innych wad rozwojowych.
- Suplementacja folianów przed ciążą we wszystkich przypadkach może obniżyć ryzyko wystąpienia wad cewy nerwowej. Jednakże dostępne dowody nie wskazują, że zapobiega to wadom wrodzonym płodu lub wadom rozwojowym związanym z ekspozycją na walproinian.

Druki informacyjne poszczególnych produktów zostaną zaktualizowane w celu odzwierciedlenia obecnej interpretacji

dostępnych danych oraz dostarczenia przejrzystych informacji.

Materiały edukacyjne dla pracowników służby zdrowia oraz pacjentów będą dostępne na stronie internetowej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych pod adresem: www.urpl.uov.pl oraz na stronach internetowych podmiotów odpowiedzialnych w celu poinformowania o zagrożeniach związanych ze stosowaniem walproinianu u dzieci płci żeńskiej, kobiet w wieku rozrodczym i kobiet w ciąży.

Zgłaszanie działań niepożądanych:

Wszelkie przypadki podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych należy zgłaszać zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych do:

Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych

Al. Jerozolimskie 181C

02-222 Warszawa

tel.: +48 22 492 13 01, faks: +48 22 492 13 09

e-mail: ndl@urpl.gov.pl

i do właściwego podmiotu odpowiedzialnego.

Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dostępny jest na stronie internetowej:

<http://dn.urpl.gov.pl/dn-zgloszenia-dzialan-niepozadanych>

Produkty lecznicze zawierające walproinian podlegają dodatkowemu monitorowaniu.

Kontakt z właściwym podmiotem odpowiedzialnym

Dane kontaktowe w celu uzyskania dodatkowych informacji znajdują się w drukach informacyjnych produktu (Charakterystyka Produktu Leczniczego i Ulotka dla Pacjenta).

L.p.	Podmiot odpowiedzialny	Produkt leczniczy	Dane kontaktowe gdzie można raportować działania niepożądane
1.	Orion Corporation	Absenor	MBR Consulting ul. Obrzeźna 18F, 02-691 Warszawa fax (22) 370 21 09, ad@mbeconsultiniz.com.pl
2.	G.L. Pharma GmbH	Convival Chrono Convulex Convulex 150 Convulex 300	Przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego w Polsce: G. L. Pharma GmbH Sp. z o.o. Oddział w Polsce Al. Jana Pawła II 61 01-031 Warszawa office@gl-pharma.pl
3.	Sanofi-Aventis France Sanofi-Aventis Sp. z o.o.	Depakine Depakine Chrono 300 Depakine Chrono 500 Depakine Chronosphere 100 Depakine Chronosphere 250 Depakine Chronosphere 500 Depakine Chronosphere 750 Depakine Chronosphere 1000	Przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego w Polsce: Sanofi-Aventis Sp. z o.o. ul. Bonifraterska 17 00-203 Warszawa tel.: (22) 280 00 00, faks: (22) 280 06 03 www.sanofi.pl
4.	PharmaSwiss Ceska Republika s.r.o.	Dipromal	Valeant sp. z o.o. sp. j. Ul. Przemysłowa 2 35-959 Rzeszów Tel.: 178655100 fax: 178642299 http://www.valeantinfo.pl/
5.	Desitin Arzneimittel GmbH	Orfiril 150 Orfiril 300 Orfiril 600 Orfiril Long 150 Orfiril Long 300 Orfiril Long 500 Orfiril Long 1000	Przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego w Polsce: Ewopharma AG Sp. z o.o. ul. Świętokrzyska 36/16 00-116 Warszawa tel.: (22) 620 1171, faks: (22) 620 24 02 www.ewopharma.pl
6.	Sandoz GmbH	ValproLEK 300 ValproLEK 500	Sandoz Polska Sp. z o.o. ul. Domaniewska 50 C 02-672 Warszawa tel. 22 209 70 00 faks: 22 209 70 05 www.sandoz.pl drug-safety.poland@sandoz.com

Zielona karta przepustką do kuracji

Zielona karta, bezpłatny hotel przy szpitalu, koordynator – to tylko część ułatwień dla chorych onkologicznie, które weszły

w życie. To nowości dla pacjentów. Dzięki nim zmaganie się z chorobą ma być łatwiejsze

Czy każdy lekarz w POZ będzie mógł wydać kartę pacjenta onkologicznego?

TAK. Każdy lekarz rodzinny ma uprawnienia wydawać zieloną kartę (tzw. DiLO). Ale tylko na początku. Potem może stracić na chwilę uprawnienia. Od kwietnia sytuacja może się zmienić, bowiem część lekarzy może stracić uprawnienia do wydawania

karty. Stanie się to wówczas, gdy nie uda im się zdiagnozować prawidłowo nowotworu przynajmniej u jednego pacjenta na 15, którym wydał karty. Decyzje o wydaniu karty diagnostycznej podejmuje on sam, robiąc wywiad z pacjentem, a także przeprowadzając wstępne badania. Jeżeli jego niepokoję się potwierdzą, powinien wydać kartę uprawniającą do szybkiej ścieżki leczenia. Umożliwi on m.in. szybsze przyjęcie do specjalisty.

Czy mój lekarz prowadzący może stracić uprawnienia do wydawania zielonej karty?

TAK. Jeżeli nie będzie trafnie diagnozował chorych, może stracić uprawnienia. Chory ma możliwość wówczas przepisać się do innego lekarza, który będzie nadal miał prawo kierować na szybszą ścieżkę leczenia, lub też poczekać, aż jego lekarz, po odbyciu szkoleń, je odzyska.

Czy każdy specjalista wyda zieloną kartę?

NIE. Nie każdy lekarz będzie uprawniony do wystawiania takiego dokumentu. Przede wszystkim takie prawo zyskali lekarze rodzinni. Tylko oni będą wydawać zielone karty pacjentom, którzy nie mają jeszcze ostatecznej diagnozy, a jedynie podejrzenie raka.

Jednak chorzy będą mogli uzyskać ten dokument także u specjalisty (np. onkologa) lub w szpitalu. W tym przypadku jednak dokument będzie przysługiwał osobom, które mają już rozpoznany nowotwór, a nie tylko jego podejrzenie.

Zieloną kartę mogą też uzyskać osoby, które miały rozpoznany nowotwór przed wejściem w życie nowych przepisów i są już w trakcie leczenia. Ten dokument powinny uzyskać od lekarza, który opiekuje się nimi w szpitalu.

Czy wszędzie obowiązuje szybka ścieżka?

NIE. Przystąpienie do nowego systemu było dla świadczeniodawców dobrowolne. Niektóre placówki nie zdecydowały się na to. Szybka ścieżka będzie dostępna w tych przychodniach i szpitalach, które zawarły z NFZ umowę na realizację świadczeń z pakietu onkologicznego. Nie oznacza to, że pozostałe przestaną leczyć pacjentów onkologicznych. Będą to robić, ale w standardowy sposób, a to oznacza np., że nie obowiązują przyspieszone terminy. Wykaz placówek, które podpisały odpowiednie umowy z NFZ, fundusz ma opublikować w styczniu. Łatwo jest jednak zidentyfikować je samemu, bo każda z nich powinna być oznakowana specjalnym logo szybkiej terapii onkologicznej.

Czy zielona karta, ułatwiająca szybsze badania, przysłuży każdemu choremu?

NIE. Ten dokument może uzyskać każdy pacjent z podejrzeniem nowotworu złośliwego. Przepisy przewidują jednak jeden wyjątek – podejrzenie może dotyczyć każdego rodzaju nowotworów, poza rakami skóry. Z tym, że najgroźniejszy z nich, czyli czerniak, jest objęty działaniem karty.

Czy zielona karta jest własnością pacjenta?

TAK. Ten dokument będzie należał do chorego. Znajdą się w nim wszystkie informacje o przebiegu leczenia. Dotychczas nie były one dostępne w jednym miejscu, były rozproszone w dokumentacji medycznej wszystkich świadczeniodawców, którzy leczą daną osobę. Do karty będą jednak mieli wgląd wszyscy lekarze, którzy udzielają pomocy medycznej choremu. Korzystając z badań lub będąc w trakcie leczenia, pacjent będzie pozostawiał ten dokument na czas udzielania mu świadczeń w placówce, która sprawuje nad nim opiekę. Jednak po zakończeniu każdego kolejnego etapu leczenia albo

w sytuacji, gdy będzie chciał zmienić lekarza, karta będzie mu wydawana.

Czy lekarz rodzinny wystawi całą dokumentację?

NIE. Karta DiLO składa się z 7 stron o formacie A4 i jest wydawana pacjentowi w częściach na poszczególnych etapach leczenia. Jej pierwsza strona zawiera dane identyfikujące chorego, lekarza oraz placówkę medyczną, w której jest zakładana. W tej części chory składa także swój podpis. Kolejną sekcję karty wypełnia lekarz rodzinny, który wpisuje podejrzenie choroby nowotworowej, a także badania wykonane na tym etapie diagnostyki oraz ich wyniki. Ta część dokumentu kończy się skierowaniem na konsultację do specjalisty. Kolejną sekcję wypełnia się w placówce ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Znajdują się tu informacje o wykonanej diagnostyce. Lekarz zamyka kartę, jeśli u pacjenta nie stwierdził raka. Jeśli podejrzenie raka potwierdziło się, medyk wpisuje rozpoznanie. Zgłasza też pacjenta do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN). W karcie ma obowiązek wpisać indywidualny numer zgłoszenia choroby nadany przez KRN. Ostatnią część karty wypełnia szpital, który przejmuje opiekę nad chorym onkologicznym. W tej sekcji powinien zostać udokumentowany indywidualny plan leczenia opracowany dla danego pacjenta. Muszą także zostać wpisane dane lekarzy, którzy uczestniczyli w konsylium, oraz przydzielonego choremu koordynatora. Na końcu dokumentu znajdują się informacje o lekarzu rodzinnym, do którego karta zostanie przesłana po zakończeniu leczenia.

Czy kartę zgubioną można odtworzyć?

TAK. Każda karta DiLO jest odrębnym dokumentem, który posiada swój indywidualny numer nadany przez NFZ. Dlatego należy go chronić przed zniszczeniem lub zgubieniem, bo jego odzyskanie nie będzie łatwe. Lekarz rodzinny w przypadku zgubienia karty będzie musiał wystawić pacjentowi nową. Podstawową trudnością będzie jednak odtworzenie treści poprzedniego dokumentu. Nie będzie to proste w przypadku, gdy terapia jest zaawansowana, bo trzeba będzie odzyskać informacje z poprzednich etapów leczenia (np. od lekarza rodzinnego i z placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). Nie jest to jednak niewykonalne. Wszystkie informacje wpisywane do zielonej karty są również odnotowywane w dokumentacji medycznej danego pacjenta. Na jej podstawie można więc odtworzyć treść zgubionego dokumentu.

Czy posiadaczowi zielonej karty lekarz wystawi skierowanie do specjalisty?

NIE. Zielona karta jest rodzajem skierowania. Zgodnie więc ze zmienionymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych posiadacz tego dokumentu będzie mógł korzystać bez skierowania z badań, konsultacji specjalistów, a także z leczenia szpitalnego.

Czy lekarz POZ może zrobić bardziej skomplikowane badania?

TAK. Aby szybciej wykryć niebezpieczną chorobę, jaką jest nowotwór, lekarze POZ otrzymali możliwość wykonywania dodatkowych badań u siebie na miejscu. Chodzi m.in. o badanie USG piersi, moszny, jąder i najądrzy, ślinianek, przytarczyc i tarczycy. Pacjent będzie mógł zbadać też antygen swoisty dla stercza (który ułatwia wykrycie choroby prostaty), spirometrię oraz zdolność wiązania żelaza. Oczywiście w puli badań pozostaną nadal gastroscopia i endoscopia oraz takie podstawowe badania, jak krwi, moczu i kału. W przypadku bardziej skomplikowanych i pogłębionych badań lekarz wyśle

do specjalisty. Jeżeli pacjent będzie miał specjalną kartę, to nie będzie czekał dłużej niż siedem tygodni na wszystkie badania.

Czy lekarz POZ skieruje do specjalistów w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej?

TAK. W zależności od potrzeb pacjenta i podejrzeń lekarz rodzinny może takiego chorego skierować do: onkologa, chirurga-onkologa, chirurga ogólnego, neurochirurga, gastroenterologa, ginekologa, ginekologa-onkologa, onkologa dziecięcego, hematologa, laryngologa, urologa, torakochirurga, okulisty, chirurga szczękowo-twarzowego.

Czy lekarz wskaże lekarza AOS?

TAK. Może poradzić mu lekarza. Lekarz POZ musi być potem z tym specjalistą w kontakcie. Jeżeli choroba się potwierdzi, to lekarz rodzinny i dany specjalista będą później monitorować stan zdrowotny chorego po przebytej terapii.

Czy na pewno chory będzie przyjęty poza kolejnością?

TAK. Jeżeli lekarz POZ stwierdzi, że są powody do niepokoju, wysła takiego pacjenta poza kolejnością. Lekarz AOS go przyjmie poza kolejką, bowiem za badania otrzyma dodatkowe pieniądze od funduszu. Jedyna kolejka, która może powstać, to kiedy do specjalisty będzie czekać już pewna liczba pacjentów z podejrzeniem raka, czyli takimi samymi zielonymi kartami. Do lekarza pierwszego kontaktu chory może dostać się nawet tego samego dnia, w którym się zgłosi do przychodni. Na przyjęcie do specjalisty chory nie powinien czekać dłużej niż 14 dni. A ten ma tydzień na skierowanie na badania. Potem wykonanie badań podstawowych i pogłębionych nie powinno trwać dłużej niż cztery tygodnie. W szpitalu nie powinien czekać dłużej niż dwa tygodnie na rozpoczęcie leczenia.

Czy koordynator przypilnuje, czy plan leczenia jest wypełniany zgodnie z planem?

TAK. Koordynator to zupełnie nowa osoba w opiece zdrowotnej. Ma pomóc choremu przejść przez skomplikowaną drogę leczenia. Nie chodzi o opiekę medyczną, tylko opiekę merytoryczno-systemową i organizacyjną. To on ma wytłumaczyć jak będzie wyglądał proces leczenia, co mają dalej robić, jeżeli nie zrozumieli komunikatu lekarza, czy jest wypełniany plan leczenia, który ustaliło konsylium lekarskie. Ale też będzie dbał o to, czy dokumentacja chorego jest prawidłowo wypełniona. Nie należy go mylić z lekarzem prowadzącym. Będzie on wybierany spośród członków konsylium, ale może to być psycholog czy pielęgniarka. Chory ma mieć do niego bezpośredni kontakt, najlepiej komórkowy, tak by mógł na bieżąco, w razie wątpliwości, zapytać o radę.

Czy chory może być zakwaterowany poza szpitalem?

TAK. Ośrodki onkologiczne mają obowiązek zapewnić chorym bezpłatny nocleg w hotelu. Taką możliwość wprowadził pakiet onkologiczny. Będą mogły z niej skorzystać osoby przyjezdne poddawane radioterapii, których stan zdrowia jest na tyle dobry, że nie muszą być stale pod opieką lekarza i pielęgniarki. Szpital otrzyma za zakwaterowanie chorego w hotelu zapłatę od NFZ. Nie może więc za to pobierać żadnych dodatkowych opłat. Przepisy nie określają standardu hotelu, w którym na czas zabiegów zamieszka pacjent poddawany radioterapii. Ustawa mówi jednak wprost o usłudze hotelowej, a to oznacza, że szpital nie może oferować pacjentom miejsc np. w takim hostelu czy noclegowni. Warunkiem skorzystania z noclegu w hotelu jest złożenie wniosku w tej sprawie. Ponadto placówka medyczna, także na pisemną prośbę chorego, ma

obowiązek zapewnić mu bezpłatny transport z hotelu do miejsca udzielania świadczeń i z powrotem.

Czy szybka ścieżka przysługuje w nawrocie choroby?

TAK. Pacjenci, u których po zakończonym leczeniu onkologicznym choroba się odnowi, będą mieli takie same uprawnienia, jak ci nowo diagnozowani. W przypadku wznowy raka przysługuje im prawo do szybkiej ścieżki diagnostycznej oraz nielimitowane leczenie. Lekarz może im także założyć kartę DiLO.

Czy pacjent, u którego nie stwierdzono raka, zwróci zieloną kartę?

TAK. Osoba, u której lekarz po wykonaniu wszystkich niezbędnych badań nie rozpozna nowotworu, nie będzie miała prawa podczas dalszej terapii posługiwać się kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Nawet jeśli w wyniku wykonanych badań lekarz stwierdzi u niej inną groźną chorobę i potrzebne jej będzie pilne leczenie. Przepisy mówią jednoznacznie, że pacjent, u którego nie stwierdzono nowotworu złośliwego, pozostawia ten dokument w tej placówce medycznej, która wykonywała mu badania. Dalsze jego leczenie będzie się odbywało w normalnym trybie. Podobna sytuacja, tzn. konieczność zwrócenia karty, będzie miała miejsce w przypadku zakończenia leczenia onkologicznego. Chory po skończonej terapii też będzie musiał zwrócić kartę lekarzowi, który leczył go jako ostatni. Ten przekaze ją lekarzowi POZ pacjenta. Będzie ona dołączona do jego dokumentacji medycznej.

Czy chory wybiera szpital samodzielnie?

TAK. Każdy ma prawo wybrać, w jakiej placówce chce się leczyć.

Podstawa prawna

Ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1138). ■



ZABIEGI Z DZIEDZINY CHIRURGII REKONSTRUKCJI PLASTYCZNEJ

PRZESZCZEPY SKÓRY PO OPARZENIACH

Aby zwiększyć szanse na przeżycie pacjenta po oparzeniu, niezbędne jest podjęcie szybkich i zdecydowanych kroków. Należy usunąć martwicze obszary i zamknąć rany przy pomocy zachowanej zdrowej skóry, przeszczepów allogenicznym lub sztucznej skóry. W przypadku ciężkich oparzeń jak najszybciej pobiera się przeszczep, aby możliwie szybko wykorzystać go w miejscu najlepiej rokującym na jego przyjęcie.

Przeszczepy autogenne

Najlepszym materiałem do leczenia ran tego rodzaju są tzw. przeszczepy autogenne, z własnej skóry, przeniesione z innych miejsc ciała. Na przykład gdy pacjent poparzył ręce i brzuch, chirurg może pobrać skórę z kończyn dolnych i z pleców. Najczęściej do takich przeszczepów wykorzystuje się skórę o niepełnej grubości.

Im szybciej pobrany jest fragment skóry do przeszczepu, tym lepiej, ponieważ już po około 14 dniach można dokonać ponownego pobrania przeszczepu z tego samego miejsca. Takie działanie ogranicza do minimum narażenie pacjenta na skutki oparzenia.

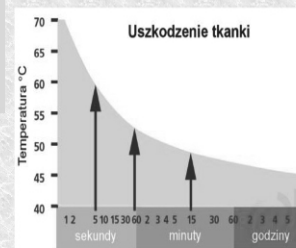
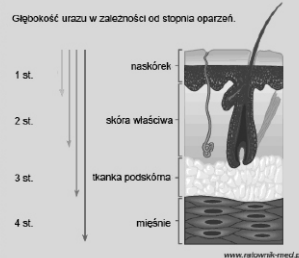
Jednak często przy rozległych oparzeniach ilość materiału do przeszczepów jest niewystarczająca. W takich przypadkach możemy z nich utworzyć siatkę, która pokrywa ranę. Po wycięciu martwych tkanek i nałożeniu na ranę takiego autoprzeszczepu w "oczkach" wytwarza się własny naskórek, który namnaża się, dzięki czemu wypełnia całą powierzchnię.

Przeszczepy allogeniczne

W sytuacji dużych oparzeń, gdy nie wystarcza skóry pochodzącej od pacjenta, stosuje się przeszczepy allogeniczne lub preparaty złożone z wewnętrznej warstwy kolagenu wołowego i zewnętrznej warstwy silikonu, który w późniejszej fazie leczenia jest zastępowany cienkim, niepełnym przeszczepem skóry pochodzenia autogenicznego.

Przeszczepy allogenne mają jednak tylko charakter czasowego opatrunku biologicznego, ponieważ nie przyjmują się na stałe. Po pewnym czasie organizm traktuje je jako obce elementy i dąży do ich odrzucenia.

Konieczne jest wówczas zastosowanie przeszczepu skórno wytworzonego z hodowli komórek własnych pacjenta.



SUBSTYTUTY SKÓRY

Sztuczna skóra powinna się charakteryzować następującymi cechami:

- brak antygenowości
- wytrzymałość i elastyczność
- skuteczność ochrony przed nadmiernym parowaniem
- prostota użycia
- mały koszt

Dotychczas opracowano i stosowano syntetyczne (np. Integra) i biologiczne (np. Alloderm) substytuty skóry właściwej bez elementów komórkowych, a także syntetyczne (np. Dermagraft) i biologiczne (np. Apligraf) substytuty skóry właściwej zawierające elementy komórkowe.

Dodatkową korzyścią zastosowania tych materiałów jest możliwość wyeliminowania powikłań w miejscu pobrania przeszczepu: bólu, zakażenia, przerostu blizny.

MASTEKTOMIA

Chirurgiczna rekonstrukcja piersi po amputacji składa się z:

- odtworzenia niedostatku powłok,
- odtworzenia wyniosłości.

Odtworzona pierś powinna mieć wygląd jak najbardziej zbliżony do naturalnego. Należy dążyć do nadania jej kształtu tzw. konturowanego lub kropłowego, odtworzyć fałd podpiersiowy, nadać odpowiednią szerokość podstawy i wypełnienie dekoltu. Można również odtworzyć brodawkę i otoczkę. W uzasadnionych przypadkach można rozważyć korekcję kształtu lub/i wielkości piersi przeciwległej dla uzyskania symetrii.

Pierwszą metodą rekonstrukcji piersi były implanty silikonowe, które pojawiły się w latach sześćdziesiątych XX wieku. Dzięki nim można było przeprowadzać pierwsze operacje odtwarzania piersi po mastektomii. W tamtych czasach operacje usunięcia raka piersi były bardziej radykalne niż obecnie - standardowo wycinano chorą pierś wraz z mięśniem piersiowym większym i wszystkimi węzłami pachowymi po "chorej" stronie.

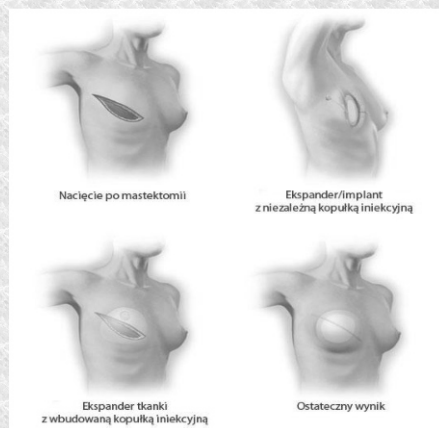
W latach siedemdziesiątych wprowadzono nową metodę zastępowania usuniętej piersi - tzw. płat mięśniowo-skórny z mięśnia najszerzego grzbietu.

REKONSTRUKCJA PIERSI- EKSPANDER

Ekspander to rozprężacz tkankowy, który umożliwia umieszczenie protezy pod skórą. Stopniowo się powiększając, ekspander sprawia, że skóra poszerza się. Umożliwia to zmniejszenie napięcia tkanek, które pokrywają implant piersi. Tkanki mogą powoli zaadaptować się do zwiększonej objętości "piersi", dzięki czemu wszczepiany później implant wygląda bardziej naturalnie.

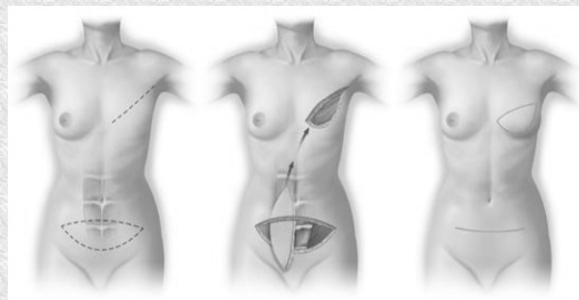
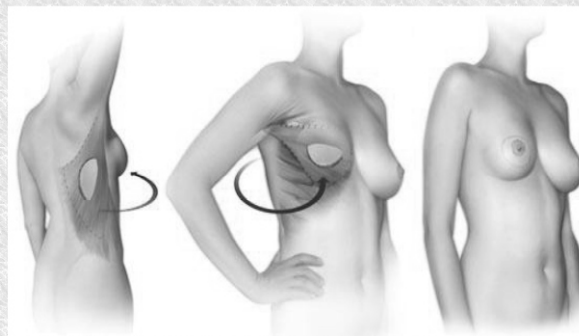
W trakcie operacji rekonstrukcji piersi ekspander zostaje wypełniony wodnym roztworem soli. Z czasem lekarz dodaje coraz więcej płynu (procedurę tę wykonuje się zwykle raz w tygodniu), aż do uzyskania pożądanej objętości.

Gdy skóra jest wystarczająco rozciągnięta, wykonuje się operację, która polega na zamianie ekspandera na stały implant piersi. Zazwyczaj ma to miejsce 3-4 miesiące po pierwszym zabiegu.



REKONSTRUKCJA Z UŻYCIEM PŁATÓW MIĘŚNIOWYCH

Zabieg odtworzenia piersi za pomocą płata mięśniowo-skórnego polega na utworzeniu "fałdy" imitującej pierś przy użyciu własnych mięśni pacjentki - mięśnia najszerzego grzbietu lub mięśnia prostego brzucha. Są to duże, dobrze unaczynione i pokryte tkanką tłuszczową mięśnie, z których z względną łatwością można utworzyć płaty, tzw. wyspy, które posłużą do rekonstrukcji piersi. Płat może być uszypułowany, czyli połączony z miejscem, z którego został pobrany lub wolny, czyli całkowicie odcięty od miejsca dawczego.



REKONSTRUKCJA BRODAWKI I OTOCZKI

Brodawkę odtwarza się z odpowiednio zaplanowanych uszypułowanych płatków skórnych, podnoszonych w odpowiednim miejscu użytego do rekonstrukcji płata lub też rozciągniętej ekspanderem skóry. Można również zastosować przeszczep części brodawki drugiej piersi.

Otoczkę odtwarza się przeszczepem części otoczki drugostronnej lub przeszczepem skóry, np. z okolicy pachwinowej.

Wskazania do rekonstrukcji z wykorzystaniem tkanek własnych

- duża pierś po zdrowej stronie, trudna do odtworzenia z użyciem endoprotezy,
- usunięcie w czasie mastektomii mięśnia piersiowego większego, powodujące, że nie jest wykonalne wszczepienie endoprotezy,
- leczenie raka piersi napromienianiem,
- stan po mastektomii u kobiety, która jest poza tym w pełni zdrowa (nie ma przeciwwskazań do dodatkowej poważnej operacji).

Bożena Potemska

Bibliografia u autora.

Znaczenie edukacji w dializie otrzewnowej

W dzisiejszych czasach jesteśmy świadkami wielu zmian w organizacji opieki zdrowotnej zarówno w Polsce jak i na całym świecie. Z aktualnej polityki zdrowotnej wynika konieczność przygotowania starzejącego się społeczeństwa do samoopieki i samopielęgnacji. Starzejąca się populacja, to ogromne wyzwanie dla dzisiejszej medycyny. Z danych epidemiologicznych wynika, że 40-50% osób hospitalizowanych i 30-55% chorych poddawanych dializoterapii to chorzy po 65 roku życia. Na całym świecie wzrasta liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi. Duży odsetek to chorzy ze schyłkową niewydolnością nerek, którzy wymagają leczenia nerkozastępczego. Wiąże się to z działaniami edukacyjnymi podejmowanymi przez personel pielęgniarski. W pielęgniarstwie europejskim duży nacisk kładzie się na zachęcania pacjentów do większej aktywności. W Polsce nie ma powszechnie obowiązujących standardów opieki pielęgniarskiej w dializie otrzewnowej, ani standardów edukacyjnych. Europejskie Towarzystwo Pielęgniarek Dializacyjnych EDTNA/ERCA utworzyło już kilkanaście lat temu europejskie standardy nefrologicznej praktyki pielęgniarskiej, które mogą być podstawą do stworzenia szczegółowych standardów nefrologicznej opieki pielęgniarskiej w różnych krajach Europy.

Dializa otrzewnowa to metoda, w której pacjent odgrywa kluczową rolę w sprawowaniu opieki nad samym sobą. Sukces

leczenia metodą dializy otrzewnowej tkwi w specjalistycznym wyszkoleniu pacjenta i (lub) jego opiekuna przez pielęgniarkę edukacyjną i lekarza nefrologa. Zespół terapeutyczny powinna cechować wiedza i profesjonalizm. Z uwagi na zaawansowany wiek pacjentów i choroby współistniejące można spodziewać się trudności w edukacji. Szkolenie pacjenta i jego opiekuna to zadanie trudne i odpowiedzialne, dlatego pielęgniarka edukacyjna powinna mieć do tego predyspozycje i być odpowiednio przeszkolona. Sytuacja, w jakiej znalazł się pacjent jest dla niego trudna i stresująca. Pielęgniarka podejmująca się edukacji pacjenta powinna być cierpliwa, życzliwa, taktowna, tolerancyjna, empatyczna i wrażliwa na problemy chorego. Praca z pacjentem wymaga umiejętności nawiązywania i utrzymania kontaktu z pacjentem i poszanowania godności osobistej chorego. Pielęgniarka - edukator musi posiadać gruntowną wiedzę nefrologiczną: teoretyczną i praktyczną, znać i stosować zasady i metody nauczania. Wskazane jest też doświadczenie zawodowe: praca w oddziale nefrologii, stacji dializ, transplantologii, jak również specjalistyczne przygotowanie zawodowe: specjalizacja nefrologiczna, kurs kwalifikacyjny, kursy dokształcające w zakresie dializy otrzewnowej. Niezmiernie ważną cechą pielęgniarki nefrologicznej jest stałe pogłębianie swojej wiedzy w zakresie pielęgniarstwa nefrologicznego przez udział w kursach i konferencjach naukowo-szkoleniowych. Aby zdobyć zaufanie pacjenta i pozyskać go do współpracy powinna stosować werbalne i poza werbalne techniki komunikowania się z pacjentem. Istotną rolę w edukacji pacjenta odgrywa rodzina. Wsparcie, pomoc i akceptacja rodziny czy bliskiej osoby jest czymś, co pozwala choremu zaakceptować nową, trudną dla niego sytuację. Ciepło, miłość i bliskość drugiej osoby dają energię, chęć do życia i wiarę w to, że dializa otrzewnowa to tylko następny etap w życiu. Świadomość, że jest ktoś, na kogo zawsze można liczyć daje choremu poczucie bezpieczeństwa.

Bardzo istotną kwestią jest akceptacja wybranej metody leczenia nerkozastępczego przez pacjenta. Jeżeli metoda jest podyktowana wskazaniami żywotnymi, niewątpliwie będzie to miało istotne znaczenie na przygotowanie pacjenta i na przebieg leczenia.

Edukacja przeddializacyjna może mieć duże znaczenie w wyborze dializy otrzewnowej jako pierwszej metody leczenia nerkozastępczego.

W wielu zagranicznych ośrodkach nefrologicznych oraz w dużych ośrodkach w Polsce prowadzona jest profesjonalna edukacja przeddializacyjna skierowana do pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Jest to wielodyscyplinarna opieka prowadzona przez lekarzy nefrologów, pielęgniarki nefrologiczne, dietetyków, psychologów i pracowników socjalnych, tworzących zespół edukacyjny. Zadaniem takiego zespołu jest emocjonalne wsparcie pacjentów oraz przekazanie wiedzy, która pozwoli świadomie i odpowiedzialnie wybrać metodę leczenia nerkozastępczego.

Cele edukacji przeddializacyjnej to:

- przedstawienie metod leczenia nerkozastępczego
- lepsza kontrola niedokrwistości i powikłań mocznic
- przygotowanie psychiczne pacjenta do następnego etapu PNN (wsparcie emocjonalne)
- nawiązanie współpracy z pacjentem i jego rodziną, zachęcanie do zaangażowania, zwiększenie świadomości na temat choroby
- zapoznanie pacjenta z funkcjonowaniem Stacji dializ i Ośrodkiem dializy otrzewnowej
- planowe rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego, krótsza hospitalizacja
- wyjaśnienie znaczenia zachowania resztkowej funkcji nerek

- większe prawdopodobieństwo wyboru Dializy Otrzewnowej
- edukacja pacjenta na temat diety z ograniczeniem białka, fosforanów, potasu, tłuszczów nasyconych a także dostarczania organizmowi odpowiedniej liczby kalorii
- ustalenie planu leczenia

Spotkania edukacyjne powinny odbywać się w przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, wyposażonym w materiały pomocnicze, takie jak: materiały edukacyjne (broшуry, książki, plakaty), sprzęt audiowizualny, fartuchy szkoleniowe i sprzęt szkoleniowy (worki do dializy, dreny do cyklera, dializatory, igły do dializ, aparat do hemodializy), aby pacjent mógł wszystko zobaczyć i dotknąć. Szkolenie należy podzielić na trzy etapy. Każde spotkanie powinno trwać około 60-90 minut.

Edukacja przeddializacyjna pozwala pacjentowi wziąć odpowiedzialność za własne decyzje oraz respektuje prawo pacjenta do decydowania o własnych sprawach.

Edukacja pacjentów dializowanych otrzewnowo to zadanie trudne i odpowiedzialne. Wymaga profesjonalnego przygotowania od pielęgniarki i lekarza, tworzących zespół edukacyjny. Zespół edukacyjny powinien posiadać umiejętności pedagogiczne, psychologiczne oraz umiejętność dotarcia indywidualnie do każdego pacjenta zgodnie z jego osobistymi preferencjami. Większość pacjentów wybierając dializę otrzewnową jako metodę leczenia nerkozastępczego jest zaangażowana w proces edukacji. Inaczej jest z pacjentami włączanymi w program dializy otrzewnowej ze wskazań życiowych, osobami starszymi, z ograniczoną sprawnością manualną, niedowidzącymi czy z problemami psychicznymi. Trudności, jakie wynikają z edukacji pacjentów dializowanych otrzewnowo jak i brak profesjonalnych zespołów edukacyjnych to duże wyzwanie dla współczesnego pielęgniarstwa nefrologicznego. Potrzebne są nowe rozwiązania systemowe w ochronie zdrowia i współudział w leczeniu dializą otrzewnową pielęgniarek środowiskowych.

Pacjent, który wybrał Dializę otrzewnową jako metodę leczenia nerkozastępczego powinien być włączony w program Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej, a dopiero później zapoznać się z zasadami Automatycznej Dializy Otrzewnowej i poznać działanie Cyklera. Ponieważ w przypadku awarii aparatu, czy innych sytuacji wymagających wykonania CADO (krótki jednodniowy wyjazd, brak prądu, wątpliwości, co do klarowności płynu dializacyjnego), pacjent musi umieć wykonać wymianę ręczną.

Szkolenie pacjenta zakwalifikowanego do leczenia Dializą otrzewnową przebiega według schematu ustalonego przez Ośrodek Dializy Otrzewnowej.

Edukację należy dostosować do różnych grup pacjentów, z jakimi spotyka się pielęgniarka w swojej pracy. Często są to ludzie starsi, wymagający pomocy, czasami samotni, czy bez wsparcia rodziny. Pacjentami wymagającymi leczenia nerkozastępczego są również ludzie wykształceni, pracujący w różnego rodzaju instytucjach czy korporacjach. Dlatego wszystkich tych pacjentów trzeba dopasować do różnych poziomów szkolenia. Właściwa kwalifikacja pacjenta jest tu bardzo istotna i zależy w dużej mierze od doświadczenia edukatora.

Edukację pacjentów w większości ośrodków prowadzi pielęgniarka i lekarz. Lekarz odpowiada za szkolenie teoretyczne a pielęgniarka za praktyczną część szkolenia. W niektórych ośrodkach szkolenie teoretyczne i praktyczne prowadzi doświadczona pielęgniarka. Bardzo istotnym założeniem jest stworzenie miłej atmosfery, poczucia bezpieczeństwa i zaufania. Pacjent nie może wstydzić się pytać lub prosić o powtórzenie niezrozumiałych tematów szkolenia. Ważne jest by zaplanować przerwy podczas szkolenia, a ich ilość i długość

uzależnić od stanu pacjenta, wieku i zdolności percepcyjnych. Szkolenie teoretyczne powinno być prowadzone indywidualnie lub w małych grupach, szkolenie praktyczne tylko indywidualnie lub z opiekunem. Szkolenie powinno odbywać się według opracowanego w ośrodku schematu szkolenia i z wykorzystaniem dostępnych materiałów edukacyjnych. Materiały takie jak: broшуry, plakaty, filmy DVD i CD, wzory diet, instrukcje wykonania wymiany CADO i ADO i notatki własne pomagają przyswoić przekazywaną wiedzę i są wsparciem w wykonywaniu samodzielnych dializ w domu.

Cały proces edukacji powinien być właściwie udokumentowany, a każdy jej etap oceniony przez osoby szkolące. Oceniamy efekty edukacji wczesnej, czyli posiadane umiejętności pacjent po przebytych szkoleniu na podstawie: odpowiedzi na zadawane pytania, wyniki testu końcowego i egzaminu praktycznego oraz samooceny pacjenta.

Ocena odległa pacjenta i skuteczności programu wynikać będzie z ilości epizodów dializacyjnego zapalenia otrzewnej (DZO), zapalenia ujścia cewnika (ESI- exit site infection), liczba powikłań oraz całkowity czas prowadzonej edukacji.

Dokumentacja szkolenia jest ważnym materiałem, który pozwala na ocenę możliwości percepcyjnych pacjenta a tym samym na indywidualizację programu w zależności od potrzeb chorego.

Reedukacja - prowadzona jest u wszystkich pacjenci dializowanych otrzewnowo. Dodatkowego szkolenia wymagają:

- pacjenci, u których występują częste epizody dializacyjnego zapalenia otrzewnej i zapalenia ujścia cewnika
- pacjenci, u których wystąpiła przerwa w dializie otrzewnowej (zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej, przeciek płynu dializacyjnego czy inne powody)
- pacjenci z przewodnieniem i z wysokim ciśnieniem tętniczo-żylnym.

Głównymi tematami reedukacji są zazwyczaj: bilans wodno – elektrolitowy, prowadzenie dzienniczka samokontroli, łączenie systemu, mycie i dezynfekcja rąk, używanie maseczki chirurgicznej, hiperglikemia i hipoglikemia, dieta w dializie otrzewnowej. Redukacja powinna polegać na przypomnieniu zagadnień, z którymi pacjent ma problemy i które rzutują na jego zdrowie i jakość życia. Jest to tzw. reedukacja cząstkowa. Jeżeli pobyty szpitalne i powikłania są częste zespół edukacyjny może zdecydować o reedukacji całkowitej danego pacjenta. Należy wtedy powtórzyć tematycznie cały cykl szkolenia w odpowiednio krótszym czasie.

Edukacja permanentna odbywa się całego trwania dializy otrzewnowej, w czasie każdej wizyty kontrolnej, gdzie rozwiązujemy wszystkie aktualne problemy pacjenta. Ważnym elementem edukacji są porady telefoniczne, szczególnie ważne w pierwszym okresie samodzielnej dializy w domu, gdzie pacjent ma wiele wątpliwości, jest wystraszony i zdany tylko na siebie. Lekarz lub pielęgniarka dializacyjna może wtedy telefonicznie rozwiązać wiele wątpliwości, udzielić rady lub, gdy uzna za stosowne, poprosić pacjenta o przyjazd do ośrodka dializy otrzewnowej na konsultację. Ważne jest, aby pacjent poczuł się bezpiecznie i wiedział, że ma wsparcie w osobach mu życzliwych. Edukacja permanentna pozwala na ograniczenie hospitalizacji do minimum, a co za tym idzie znacznie poprawia jakość życia pacjenta.

Program edukacyjny realizowany w każdym ośrodku dializy otrzewnowej powinien być modyfikowany, aby jak najlepiej przygotowywał pacjentów do dializy otrzewnowej, by był dla nich zrozumiały i konkretny.

ZALECENIA ISPD (MIĘDZYNARODOWEGO TOWARZYSTWA DIALIZY OTRZEWNOWEJ) DOTYCZĄCE EDUKACJI PACJENTÓW DIALIZOWANYCH OTRZEWNOWO

1. Szkolenie powinna prowadzić pielęgniarka po odbytym wcześniej, 6-8 tygodniowym szkoleniu i współpracy z mentorem obserwującym jej pierwsze szkolenia.
2. Ważną zasadą jest, aby jedna pielęgniarka szkoliła jednego pacjenta.
3. Cechy pielęgniarki – edukatora: umiejętność komunikacji, motywacja pacjenta do samoopieki, wiara w jego sukces, wytrwałość i innowacyjność.
4. Pielęgniarka nie musi posiadać wykształcenia pedagogicznego, powinna jednak poznać zasady kształcenia osób dorosłych i rozwijać swoje umiejętności edukacyjne.
5. Z uwagi na występowanie chorób towarzyszących u pacjentów dializowanych otrzewnowo niezbędne jest doświadczenie w zakresie pielęgniarstwa ogólnego i chirurgicznego.
6. Ważne jest ciągle podnoszenie kwalifikacji, wymiana doświadczeń i wsparcie pielęgniarki z większym doświadczeniem (mentoring).

Pielęgniarka prowadząca program edukacji pacjenta powinna:

- 1) zapewnić odpowiednie warunki do prowadzenia szkolenia,
- 2) przedstawić pacjentowi zarys programu szkolenia oraz jego cele,
- 3) zweryfikować postawione cele z możliwościami empirycznymi pacjenta,
- 4) konsekwentnie przedstawiać kolejne etapy szkolenia,
- 5) stosować zasady kształcenia dla osób dorosłych,
- 6) rozróżniać między teorią (procedury) a praktyką (umiejętności),
- 7) stosować powtórzenia i podpowiedzi aż do opanowania danej umiejętności,
- 8) przystępować do praktyki po opanowaniu przez pacjenta części teoretycznej szkolenia,
- 9) nadzorować ćwiczenia praktyczne do zamierzonego skutku,
- 10) udzielać odpowiedzi na każde zadane pytanie w czasie ćwiczeń,
- 11) nie łączyć teorii z praktyką w czasie szkolenia,
- 12) umiejętnie dawkować informacje edukacyjnych (3-4 na godzinę),
- 13) wspierać i dodawać otuchy pacjentowi,
- 14) weryfikować postępy pacjenta poprzez zadawanie pytań,
- 15) utrzymywać zdobytą wiedzę przez częste powtórki materiału,
- 16) mierzyć efekty programu przez ocenę wyników klinicznych.

W szkoleniu uczestniczyć może sam pacjent, pacjent z partnerem, sam partner albo inny opiekun. Aby podjąć decyzję, kogo będziemy szkolić musimy poznać i przeanalizować możliwości i preferencje każdej z tych osób. Do każdej z nich musimy podejść indywidualnie i dostosować szkolenie do jej tempa przyswajania wiedzy.

Na efekty szkolenia będzie miał wpływ stan kliniczny pacjenta, i tak, jeśli pacjent będzie miał problemy z poruszaniem musimy dostosować szkolenie do jego możliwości. Jeżeli natomiast jego zdolności poznawcze będą obniżone - musimy wykazać się cierpliwością i wyrozumiałością w powtarzaniu czynności. Najważniejszą zasadą w ustaleniu i zatwierdzeniu programu edukacji pacjentów dializowanych otrzewnowo jest plan kształcenia.

Najważniejsze jego cele to: 1) osiągnięcie samodzielności w prowadzeniu dializy otrzewnowej, 2) radzenie sobie z problemami wynikającymi z DO, 3) umiejętność szukania pomocy w ośrodku dializy otrzewnowej, 4) wykształcenie odpowiednich nawyków, 5) udzielanie pacjentom wsparcia emocjonalnego.

Edukacja pacjenta jest bardzo ważnym elementem mającym wpływ na występowanie powikłań infekcyjnych dializy otrzewnowej, częstość hospitalizacji a co za tym idzie jakość życia pacjenta. Edukacja przeddializacyjna pozwala świadomie dokonać wyboru metody leczenia nerkozastępczego, a poprzez reedukację, pacjent stale uzupełnia swoją wiedzę. Program szkolenia pacjenta nie może być powierzchowny, prowadzony bez konkretnego przygotowania. Zespół edukacyjny musi wyznaczyć sobie cele i wytrwale do nich dążyć. Pacjent

powinien czuć się bezpiecznie, powtarzać materiał teoretyczny i praktyczny tak długo jak będzie to konieczne. Od wyedukowania pacjenta tak naprawdę zależy jak długo ta metoda leczenia nerkozastępczego będzie dla niego odpowiednia. Powikłania infekcyjne, które są skutkami błędów popełnianych przez pacjenta skracają czas żywotności otrzewnej i czas dializy funkcjonowania tej metody leczenia nerkozastępczego. Efektem i pozytywnym skutkiem edukacji jest brak powikłań infekcyjnych (dializacyjnego zapalenia otrzewnej, zapalenia ujścia cewnika otrzewnowego), wykonywanie dializ i zmian opatrunku zgodnie z wyuczonymi procedurami, regularne zgłaszanie się na wizyty kontrolne, długość przeżycia metody leczenia dializą otrzewnową, brak wskazań do zmiany metody na hemodializę i mała liczba zgonów.

Anna Gorząd

Bibliografia u autora.

SEKSUALNOŚĆ A ALKOHOL

1. ALKOHOL JEST DOBRY NA WSZYSTKO

W naszej kulturze istnieje bliski związek pomiędzy alkoholem a seksem. Nie można zaprzeczyć, że alkohol jest traktowany jako środek, który ma silne działanie integrujące, ułatwia i ożywia kontakty międzyludzkie, pozwala "przełamać lody". Niektóre osoby sięgają po trunka, aby dodać sobie animuszu, zredukować napięcie, pokonać obawy czy zamaskować nieśmiałość.

Panuje również powszechnie przekonanie, że alkohol jest afrodyzjakiem, wzmacnia pożądanie i podniecenie seksualne, rozpala wyobraźnię, budzi fantazję. Można do tego dodać jeszcze obniżenie krytycyzmu wobec otoczenia i siebie sąmego.

2. WPŁYW ALKOHOLU NA SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA

Jednak rzeczywisty wpływ konsumpcji alkoholu na życie seksualne jest skomplikowany i nierzadko negatywny.

Mówiąc o działaniu alkoholu na seksualność możemy wyróżnić:

1. krótkoterminowe skutki alkoholu;
2. długotrwałe skutki natury zdrowotnej i społecznej.

3. KRÓTKOTERMINOWE SKUTKI ALKOHOLU

Wkrótce po spożyciu alkohol wywołuje następujące efekty: efekt "rozhamowania", czyli przekroczenia norm społecznych i obyczajowych, których przestrzegamy na co dzień; uczucie rozluźnienia, komfortu, większej pewności siebie w sytuacjach społecznych, wzrost samooceny, spadek krytycyzmu; stan beztroski i otwartości, ułatwienie komunikacji;

W niewielkich ilościach alkohol może mieć wpływ na podniesienie pożądania i podniecenia seksualnego. Alkohol wyostreza zmysły, intensyfikuje doznania, wywala z konwenсів i ograniczeń.

Lampka wina, kieliszek whisky czy jeden drink na pewno nie zaszkodzi życiu erotycznemu. Wręcz przeciwnie, mogą podgrzać atmosferę między kochankami. Jednak należy pamiętać, że alkohol wywala człowieka z hamulców, a czasem przekroczenie granicy może grozić niemiłymi konsekwencjami...

Seks po pijanemu jest nieświadomy, dlatego pod wpływem dużej ilości napojów wysokoprocentowych łatwo zrobić coś, na co tak naprawdę wcale nie miało się ochoty. Czasem po

mocno zakrapianej imprezie można wylądować w łóżku z kimś, kto jest nieznany i z kim wcale nie wiąże się żadnych planów. Łatwo zranić uczucia innej osoby i skomplikować własne życie.

W niewielkich ilościach alkohol może mieć wpływ na podniesienie pożądania i podniecenia seksualnego. Kobiety pod wpływem napojów wysokoprocentowych są bardziej wrażliwe na dotyk kochanka, intensywniej odczuwają smak i zapach jego skóry. Poza tym, uprawianie seksu przez kobiety pod wpływem alkoholu jest wyzwolone z konwenansów i ograniczeń. Panie są rozluźnione, wyzbywają się kompleksów, nie przejmują się tak bardzo niedoskonałościami swojego ciała i nabierają w łóżkowych igraszkach większej pewności siebie.

Doznania mężczyzn ze względu na rozszerzenie naczyń krwionośnych i wzrost ciśnienia krwi, intensyfikują się, dlatego erekcja po alkoholu może zachodzić szybciej i być mocniejsza niż przy kontaktach seksualnych „na trzeźwo”.

Jednak po kilku drinkach odczucia te ulegają zmniejszeniu. Duża ilość alkoholu powoduje, że seks staje się trudny lub wręcz niemożliwy do urzeczywistnienia. Mężczyźni mogą doświadczać trudności z osiągnięciem erekcji, a u obojga płci pojawiają się trudności z przeżyciem orgazmu.

Samo spożywanie alkoholu powoduje też zwiększenie ilości partnerów seksualnych. Częsta zmiana partnerów seksualnych oznacza zwiększone ryzyko zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową.

4. DŁUGOTRWĄŁE SKUTKI NATURY ZDROWOTNEJ I SPOŁECZNEJ

Przewlekłe nadużywanie alkoholu czy choroba alkoholowa nieuchronnie wywiera druzgocący wpływ na seksualność, powodując między innymi:

zaburzenia i dysfunkcje erekcji u mężczyzn;

utrata popędu płciowego,

znaczący spadek pożądania seksualnego u mężczyzn i kobiet;

trudności w przeżywaniu orgazmu u obojga płci

Nadużywanie alkoholu powoduje także różnorakie problemy, na przykład osoby przewlekłe spożywające alkohol mogą nie pozostawać w trwałych relacjach, być mniej zdolne do znalezienia lub utrzymania partnera seksualnego, doświadczać trudności natury społecznej, zdrowotnej i finansowej, które czynią ich mniej pożądanymi przez potencjalnych kochanków.

5. ALKOHOL A ZABURZENIA SEKSUALNE

Z powodu zaburzeń seksualnych cierpi ok. 60 proc. alkoholików i prawie 40 proc. alkoholiczek. Do najczęstszych zaburzeń seksualnych u uzależnionych zaliczyć możemy zaburzenia erekcji i obniżenie podniecenia.

Często picie alkoholu służy odsuwaniu od siebie zaburzeń seksualnych. Problem zaczyna się, kiedy alkoholem nie można już regulować emocji. Teoretycznie - razem z uzyskaniem abstynencji powinny się poprawić także funkcje seksualne. Najczęściej dzieje się tak, że kiedy uzależniony przestaje pić i zaczyna terapię, wówczas wychodzą na jaw wszystkie jego problemy seksualne. Mogły one mieć swój początek przed okresem uzależnienia i wtedy alkohol pomagał je znosić, przełamywać, np. nieśmiałość, a mogły się one rozwinąć w czynnej fazie choroby w wyniku picia.

Często zdarza się tak, że w uzależnieniu seks nie ma nic wspólnego z seksem, podobnie jak uzależnienie od alkoholu nie ma nic wspólnego z alkoholem... Alkohol jest tylko narzędziem do rozwiązywania problemów emocjonalnych. Zaburzenia seksualne to fantastyczny powód, by zapić – nie wychodzi mi, więc po co żyć?

6. WPŁYW ALKOHOLU NA UKŁAD HORMONALNY

Za sprawność seksualną odpowiada między innymi układ hormonalny, a w nim estrogeny i testosteron. Alkohol bardzo poważnie zaburza ich poziom w organizmie – zwłaszcza u mężczyzn. Picie powoduje wzrost estrogenu i obniżenie poziomu testosteronu. Dzieje się tak na skutek zmniejszonej wydolności wątroby i wpływu alkoholu na przekształcanie się testosteronu w estrogeny. Wzrost estrogenów w organizmie wywołuje kłopoty z erekcją, obniżenie zdolnością do przeżycia orgazmu, a nawet anorgazmie, czyli całkowitą niemożność przeżycia orgazmu.

Co więcej u obu płci nadmiar hormonów kobiecych jest odpowiedzialny za: gromadzenie tłuszczu w okolicach brzucha, ud i pośladków oraz spadek libido, chroniczne zmęczenie i spadek odporności.

Alkohol jest także odpowiedzialny za zmniejszenie ilości spermy, a u przewlekłych alkoholików występuje zanik jąder, czego następstwem jest zahamowanie wytrysku nasienia. Dzieje się tak na skutek zaburzeń występujących w podwzgórzu i przysadce, gdzie znajdują się ośrodki regulujące pracę gonad oraz hormonów. Picie alkoholu w dużej mierze powoduje także deformację plemników. Dzieje się tak w wyniku zaburzonej czynności komórek odpowiedzialnych za morfologiczne zmiany spermatyd, które różnicują się i dojrzewają w plemniki w procesie spermiogenezy.

U osób nadużywających alkohol przestaje poprawnie działać układ naczyniowy i serce czego następstwem jest kardiomiopatia i polineuropatia. Oznacza to zaburzenie przewodzenia bodźców z głowy do narządów. U kobiet, które mają uszkodzony układ naczyniowy, nie ma lubrykacji, czyli nawilżania pochwy, zatem stosunki są bolesne. Na skutek obniżenia poziomu hormonów nie występuje też faza pobudzenia.

7. ALKOHOL A EROTYKA

Alkohol nie jest tylko związany z kwestią układu hormonalnego. Dużym zagadnieniem jest erotyka - jest ona bardzo istotna dla kobiet, u których pożądanie zazwyczaj nie powstaje samoistnie. Dla kobiety seks to coś bardzo wyjątkowego, coś co pozwala na utworzenie albo wzmocnienie więzi z partnerem. Seks jest przeżyciem duchowym, wymagającym stworzenia odpowiedniego klimatu, o który powinien zadbać mężczyzna. Trudno jednak mówić o klimacie, kiedy partner jest brudny, śmierdzi alkoholem, czuć od niego pot, a często również i papierosy. Jak czerpać z przyjemność z obcowania z takim ciałem? Brak higieny to również problem związany z chorobami przenoszonymi drogą płciową: grzybica, zapalenia, choroby weneryczne.

Osoby uzależnione mają kłopot w interpretowaniu emocji partnerki, a w kontaktach intymnych są egoistami. Takie zachowanie wywołuje odrazę i obrzydzenie. Rodzi to bariery, a w dalszej fazie chęć unikania intymnych kontaktów z partnerem. Alkoholik, w tym momencie nie widzi problemu w sobie. Odmowa współżycia to dla niego koronny dowód zdrady. Zaczyna mozolne dochodzenie i poszukiwania dowodów na potwierdzenie swojej teorii. W pewnym momencie, każdy ruch partnera jest kojarzony ze zdradą. W ten sposób dochodzi, do jeszcze większego odsuwania się kobiety i być może ostatecznie do jej odejścia ze względu na niemożność zniesienia ciągłych podejrzeń.

8. SEKSUALNOŚĆ A ALKOHOL

Podsumowując alkohol ma ogromny wpływ na seksualność człowieka. A umiar i rozsądek przy spożywaniu wysokoprocentowych napojów są najważniejsze.

Aneta Stawicka

Bibliografia u autora.

OKRĘGOWA RADA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KATOWICACH

Szanowni Państwo!

w związku z realizacją Projektu pt „Wyższe kwalifikacje i umiejętności samo zatrudnionych z branży medycznej” dla pielęgniarek i położnych samozatrudnionych serdecznie zapraszamy na kursy specjalistyczne oraz nowe szkolenia planowane w bieżącym roku w zakresie:

- 1) Kurs Specjalistyczny Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych,
- 2) Kurs Specjalistyczny Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych,
- 3) Kurs Specjalistyczny Szczepienia Ochronne dla pielęgniarek,
- 4) Kurs dokształcający Doskonalenie umiejętności społecznych niezbędnych w kontakcie z pacjentem i jego rodziną,
- 5) Kurs Specjalistyczny Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych - NOWY KURS,
- 6) Kurs Specjalistyczny Terapia bólu ostrego dla pielęgniarek i położnych - NOWY KURS,
- 7) Kurs Specjalistyczny Leczenie ran dla pielęgniarek- NOWY KURS,
- 8) Kurs dokształcający z jakości/ISO - NOWY KURS 2 dniowy.

Zapraszamy wszystkie pielęgniarki i położne prowadzące działalność gospodarczą oraz zatrudnione w mikroprzedsiębiorstwach (zakłady zatrudniające maksymalnie 9 pracowników) do udziału w bezpłatnych kursach.

Jednocześnie informujemy, że w maju bieżącego roku kończy się możliwość skorzystania z bezpłatnych kursów w ramach projektu, dlatego prosimy o pilne zgłaszanie chęci udziału w kształceniu!

Podczas zajęć teoretycznych zapewnimy pełne wyżywienie, ponadto każdy uczestnik kursu otrzyma materiał dydaktyczny w formie książki.

**Szczegółowe informacje dostępne są na stronie
www.projekt.izbapiel.katowice.pl oraz w Biurze
Projektu - telefon 32 35017 58**

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
dr Mariola Bartusek

DYREKTOR WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA NEUROPSYCHIATRYCZNEGO W LUBLIŃCU ZAMIERZA OGŁOSIĆ KONKURS NA STANOWISKO PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO (ODCINEK MĘSKI).

Kandydaci na w/w stanowisko/a winni posiadać kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151 poz. 896)

Więcej informacji u organizatora konkursu.

UWAGA!

PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE

Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy wszystkim Członkom Samorządu o obowiązku aktualizacji w rejestrze swoich danych osobowych, tj. :

- zmiany nazwiska celem wpisania do dokumentu (do biura okręgowej izby należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu wraz z odpisem skróconego aktu małżeństwa),
- zmiany adresu zamieszkania celem uzupełnienia zmian w rejestrze,
- zmiany miejsca pracy celem uzupełnienia zmian w rejestrze,
- ukończonego kształcenia podyplomowego: szkolenia, kursy, specjalizacje, studia, itp. (do biura okręgowej izby należy dostarczyć dyplom ukończenia ww form kształcenia, uzyskania stopni i tytułów naukowych, a w przypadku specjalizacji dostarczyć dyplom specjalisty i oryginał prawa wykonywania zawodu).

Ponadto aktualizacji danych wymagają:

- zniszczenie lub zagubienie prawa wykonywania zawodu
- zaprzestanie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
- przebywanie na urlopie wychowawczym, zasiłku rehabilitacyjnym,
- bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- przejście na emeryturę lub rentę.

Z uwagi na zapis art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej- pielęgniarki i położne wpisane do rejestru, o których mowa w art. 43 ust.1 są zobowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście w siedzibie izby w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu /IV piętro, pokój 405 / lub poprzez wypełnienie **Arkusza aktualizacyjnego danych osobowych** (do pobrania na stronie www.oipip.czest.pl) i przesłaniu go na adres:

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE, UL. PUŁASKIEGO 25, 42-200 CZĘSTOCHOWA

W razie wątpliwości prosimy o kontakt z biurem OIPIp w Częstochowie pod numerem telefonu 34 324 51 12, 503 008 946

INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA LUB O POMOC FINANSOWĄ W TRUDNEJ SYTUACJI LOSO- WEJ.

Aktualizacja danych w Rejestrze oraz regularne opłacanie składek członkowskich jest warunkiem rozpatrzenia wniosków.

**Prosimy aktualizować swoje dane w Rejestrze
prowadzonym przez ORPiP w Częstochowie!!!**

GRATULACJE!

W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie składam
serdeczne gratulacje
wraz z życzeniami
pomyślności i sukcesów
zarówno w pracy
zawodowej jak i w życiu
osobistym z okazji wyboru na stanowiska
pielęgniarek oddziałowych w Wojewódzkim
Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie
Paniom:

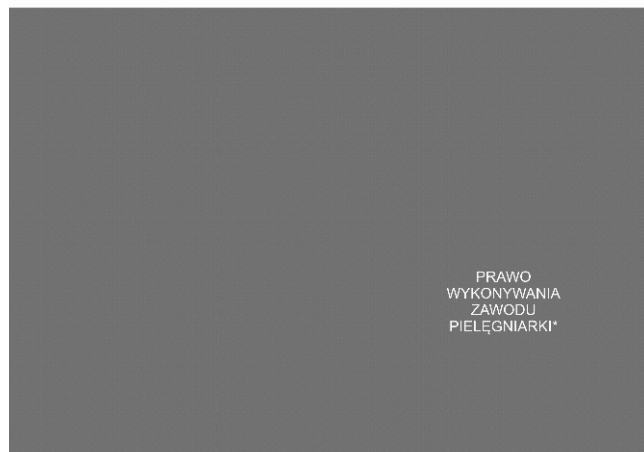


1. Annie Brzozowskiej
Oddziałowej Oddziału Neurochirurgii
ul. Bialska 104/118
2. Agnieszce Nowak
Oddziałowej Gastroenterologii i Chorób
Wewnętrznych
ul. Bialska 104/118
3. Agacie Ciesielskiej
Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych
ul. PCK 7
4. Agacie Fikus
- Oddziałowej Oddziału Chorób Nefrologii
z Pododdziałem Dializy Otrzewnowej i Stacji
Dializ ul. Bialska 104/118

Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Komunikat Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

WZOR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI*



PRAWO
WYKONYWANIA
ZAWODU
PIELEŃNIARKI*

* Jeżeli prawo wykonywania zawodu dotyczy pielęgniarki, wyraz
"pielęgniarki" zastępuje się wyrazem "pielęgniarka".

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI*

JEST JEDYNYM DOKUMENTEM
STWIERDZAJĄCYM UPRAWNIENIE
DO WYKONYWANIA
ZAWODU PIELEŃNIARKI
NA OBSZARZE
RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ

wewnętrzna strona okładki

Nazwa okręgowej rady
pielęgniarek i położnych

Zaświadczenie nr
o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarka*

Pani(Pan)	
(imię i nazwisko)	
miejsce na fotografię	ur. dnia 19 r. w (miejsce urodzenia)
posiadająca(y)	
(numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)	
jest uprawniona(y) na podstawie art.12 ust.1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.) do wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarka* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.	
miejsce na pieczęć okrągłą	
numer rejestru pielęgniarek i położnych	
data i miejsce wydania zaświadczenia	podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych
*niepotrzebne skreślić	

naklejka na stronę 1

* Jeżeli prawo wykonywania zawodu dotyczy pielęgniarki, wyraz
"pielęgniarki" zastępuje się wyrazem "pielęgniarka".

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje, iż zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., nr 1435; tekst jednolity z późn. zm.; dalej: ustawa o zawodach) osoby, które przed dniem wejścia w życie tej ustawy, tj. przed 1 stycznia 2012 r. ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem wejścia w życie ustawy o zawodach, a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo art. 31, mogły uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 r. złożyły stosowny wniosek. Zgodnie z art. 97 ust. 2 ustawy o zawodach po upływie terminu określonego w ust. 1 prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

Powyższe oznacza, iż osoby, które:

- do dnia 1 stycznia 2012 r. nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, a które
- przed 1 stycznia 2012 r.:
 - ukończyły liceum medyczne lub

- szkołę policealną albo
- szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo
- ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej,
- i które do dnia 1 stycznia 2015 r. nie złożyły wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu obecnie nie mogą wykonywać zawodu pielęgniarki / położnej ponieważ ich prawo wykonywania zawodu wygasło. ■

INFORMACJE O PŁACENIU SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Obowiązek opłacania składek w określonej wysokości mają wszystkie pielęgniarki i położne, które posiadają prawo wykonywania zawodu i są wpisane na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Składki członkowskie przekazuje się na konto Okręgowej Izby do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Dopuszcza się opłacanie składek członkowskich „z góry” za okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

Obwieszczenie

**Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego
z dnia 20 stycznia 2015 r.**

**w sprawie przeciętnego miesięcznego
wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez
wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2014 r.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 17 lipca 1998 r. o pożyczkach i kredytach studenckich (Dz. U. z 2014 r. poz. 1026 i 1198) ogłasza się, że **przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2014 r. wyniosło 4138,58 zł.**

Wyciąg z uchwały Nr 19, VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2011 r.

Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

- 1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.
- 2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
- 3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

**Składka miesięczna w 2015 roku z tytułu umowy
zlecenia lub działalności gospodarczej wynosi
41,39 zł.**

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- 2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o odnośne zaprzestanie wykonywania zawodu.

Składki należy wpłacać na konto :

MILLENNIUM BANK 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101 ■

**ZWYCIĘZCY KONKURSU
POŁOŻNA NA MEDAL**

I MIEJSCE
EDYTA SZUMSKA, WROCŁAW (9333 GŁOSÓW)

II MIEJSCE
HALINA BIEDROŃ, NAKŁO NAD NOTECIĄ (8368 GŁOSÓW)

III MIEJSCE
KATARZYNA ADAMCZYK, PUŁTUSK (8100 GŁOSÓW)

GRATULUJEMY WSZYSTKIM POŁOŻNYM
I DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W KONKURSIE!

LISTA POZOSTAŁYCH LAUREATÓW KONKURSU: www.polożnanamedal.pl

Profesjonalizm, opanowanie, służenie pomocą, gdy jest to potrzebne a z drugiej strony delikatność – to cechy najlepszej położnej w Polsce – Położnej na medal – wg uzasadnienia jednej z uczestniczek konkursu.

Zakończyła się I edycja kampanii społecznej zorganizowanej przez Akademię Malucha Alantan, pod patronatem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Położnych, Fundacji Rodzić po Ludzku i portalu edukacja-pacjenta.pl. Celem kampanii był wzrost świadomości położnych nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej i podniesienie standardów pracy w zgodzie z przyjętymi wymaganiami środowiska i oczekiwaniami pacjentów, oraz uświadczenie roli położnej, jej kompetencji i odpowiedzialności w oparciu o przyjęte standardy pracy jaką na co dzień wykonuje.

W konkursie – który został przeprowadzony w ramach kampanii – na najlepszą położną w Polsce oddano 43 115 głosów, zgłoszono 705 położnych, najwięcej z województwa śląskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego. Do udziału w konkursie zgłoszono zarówno położne, które prowadzą szkoły rodzenia, jak i te, które przyjmują porody czy pracują na oddziałach noworodkowych. Wszystko to pokazuje, jak bogata, złożona i ważna jest praca położnej. Najwięcej głosów otrzymała – Pani Edyta Szumska z Wrocławia (9 333 głosów), II miejsce przypadło Pani Halinie Biedroń z Nakła nad Notecią (8 368 głosów), a III miejsce Pani Katarzynie Adamczyk z Pułtusza (8 100 głosów). Więcej informacji o konkursie jest dostępnych na stronie poloznanamedal.pl.

Uroczysta Gala, na której najlepsze położne w Polsce i województwie otrzymają dyplomy oraz zostaną wręczone nagrody odbędzie się 20 marca w Warszawie.

Mamy nadzieję, że dzięki takim właśnie akcjom, polskie położnictwo dalej będzie się zmieniać.

Wszystkich uczestnikom gratulujemy i zapraszamy do udziału w 2. edycji kampanii i konkursu, który startuje już w 1 kwietnia 2015.

Podziękowania



*Najlepsze życzenia, to marzeń spełnienia.
Bo cóż piękniejszego, niż właśnie marzenia...?
Wiek emerytalny po to jest nam dany,
By realizować niespełnione plany.
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,
Tylko łykać życie i się delektować.
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.*

W związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
podziękowania za długoletnią pracę, codzienny
trud,
gotowość do niesienia pomocy potrzebującym,
poświęcenie i życzliwość
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składa dla Pani

Grażyny Bujak

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



Pani Aleksandrze Szczepanek

w związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
z podziękowaniami za długoletnią, sumienną
i pełną poświęceń pracę, codzienny trud,
i życzliwość.
Wyjątkowe oddanie, rzetelność, cierpliwość,
którymi zawsze się wyróżniała się w pracy.
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



Wesołe jest życie emeryta, robi
co chce, dużo czyta.
Żyje bez ograniczeń rozkazów,
pełna swoboda zero zakazów.

Kiedy chce to wstaje, szef
poleceń nie wydaje.

Czasem plecy bolą i kości
strzykają, ale emeryci tak zazwyczaj mają.
Dziś się zaczyna nowe, lepsze życie, nie trzeba
już będzie wstawać o świcie. Dlatego dzisiaj my
przyjaciele, chcemy Ci Aniu życzyć tak wiele.
Zdrowia i zdrowia, pogody ducha, radości z życia
od ucha do ucha, ciekawych książek marzeń
spełnienia, byśmy zostali w Twoich
wspomnieniach.

Gdy za nami zatęsknisz droga Emerytko, zakładaj
płaszcz i przybiegaj szybko.

W końcu byłeś z nami latek tak wiele, raz był
smutek, raz wesele.

Twoją pracę pamiętamy i jeszcze nie raz
powszpominamy.

Na koniec podsumujemy te wspomnienia śmiało:

BĘDZIE NAM CIĘ BRAKOWAŁO!

Życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składa

Pani Annie Jagielskiej

**ZESPÓŁ ODDZIAŁU CHORÓB
WEWNĘTRZNYCH W KŁOBUCKU**
oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



Pani Barbarze Łuksza

w związku z zakończeniem
pracy zawodowej i zasłużonym odejściem na
emeryturę, podziękowania za wieloletnią pracę
zawodową, za cierpliwość
i wyrozumiałość,
wspieranie chorych, zaangażowanie na rzecz
środowiska pielęgniarskiego,
za godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki,
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie,
oraz

Pielęgniarki i Położne Stacji Pogotowia
w Częstochowie.



Pani Gabrieli Walenta

W związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania wieloletnią pracę zawodową, za godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za cierpliwość i wyrozumiałość wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym
składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

KALENDARZE DO REJESTRACJI NA 2015 ROK

- KALENDARZE DZIENNE KSIĄŻKOWE PRZEZNACZAJĄ CAŁĄ STRONĘ NA KAŻDY DZIEŃ
- KALENDARZE TYGODNIOWE 1 TYDZIEŃ NA DWÓCH STRONACH
(CAŁY TYDZIEŃ NA ROZKŁADÓWCE)

ZAPRASZAMY
ATRAKCYJNE CENY

Tracą cierpliwość

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP) zapowiada, że w 2015 r. może ogłosić strajk generalny. To kolejny - po obawach i protestach związanych z zapowiedzią wprowadzenia pakietu onkologicznego i antykolejkowego - sygnał ostrzegawczy kierowany do Ministerstwa Zdrowia.

Lucyna Dargiewicz, przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, mówi Rynekowi Zdrowia, że nie było konkretnego wydarzenia, które skłoniłoby do decyzji o strajku generalnym.

- Takiej iskry nie było. Ale stworzyła się niebezpieczna mieszanka wybuchowa. Z jednej strony jest olbrzymia determinacja naszego środowiska. Z drugiej strony napotykamy na totalną ignorancję i lekceważenie. Jak pracuję już 36 lat w służbie zdrowia, to jeszcze nie widziałam takiej ignorancji. A to przecież minister odpowiada za to, co się dzieje w obszarze zdrowia. Art. 68 konstytucji mówi, że to państwo ma obowiązek zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne obywateli - stwierdza Lucyna Dargiewicz.

Tymczasem, zdaniem przewodniczącej, do żadnych spotkań z środowiskiem pielęgniarskim nie dochodzi. - Mimo że wysłałam mnóstwo pism do MZ. Ostanie z prośbą o pilne spotkanie wysłałam 5 grudnia. Całą korespondencję opublikujemy w styczniu - zapowiada.

Trudna współpraca

Przewodnicząca jako przykład słabej współpracy podaje działania resortu przy pracy nad normami zatrudnienia.

- Specjalny zespół wypracował stanowisko dotyczące zmian w rozporządzeniu ministra zdrowia ws. norm zatrudnienia. Jednakże pan minister ani razu nie był łaskaw przybyć na obrady zespołu. Wiceministrowie i dyrektorzy departamentów sami nie są zaś w stanie zmienić przepisów. To tylko jeden przykład braku efektów współpracy. A problemów przybywa. Na naszą grupę zawodową nakładane są kolejne obowiązki, wynikające np. z pakietu onkologicznego i obowiązku wypisywania recept - wymienia nasza rozmówczyni.

Zdaniem szefowej OZZPiP, nowe zadania spadają na pielęgniarki i położne, których średni wiek w naszym kraju to 48 lat. Są przeciążone fizycznie i psychicznie. - Nie mogą nawet pójść na zalecone przez lekarza zabiegi z zakresu rehabilitacji, bo przecież nie zostawią oddziału. A na oddziale są z reguły 2 pielęgniarki - dodaje.

Powszechnie wiadomo, że są dwie grupy problemów dotyczące środowiska pielęgniarskiego wymagające pilnej reakcji: systemowe - jak np. starzenie się grupy zawodowej, a także bieżące - jak warunki pracy i płacy. Zdaniem przewodniczącej trzeba zająć się ich rozwiązaniem jak najszybciej.

- Te problemy są ze sobą powiązane, stanowią całość. Z bieżących zagadnień wymagających uregulowania na pierwszym miejscu stawiam warunki pracy i płacy. Chodzi o to, że jednej

pielęgniarkie powierza się 20-30 chorych, co jest zadaniem niewykonalnym dla osób w pewnym wieku. Uważam, że lepiej zamknąć placówkę, niż czekać aż pielęgniarki padną pod ciężarem zadań - wyjaśnia Lucyna Dargiewicz.

Zaznacza: - To jest ostatni moment, żeby bić na alarm, bo za 2-3 lata pielęgniarki, które są w systemie, odejdą na emeryturę. Nie będzie w Polsce pielęgniarek, a społeczeństwo się starzeje. Proszę zauważyć, co w tej sytuacji robią kraje UE - przechwytyują nasze pielęgniarki. I one wyjeżdżają, żeby poprawić swój byt. Młodych osób, pielęgniarek w wielu 21-25 lat, mamy jak na lekarstwo - w systemie jest ich niespełna 2%. Nic dziwnego. Pielęgniarki po studiach wyższych, ze znajomością języka, ze specjalizacją zarabiają 2 tys. zł na rękę - argumentuje.

Nie ma sprawiedliwości

Warto dla porównania zwrócić uwagę, że, jak podawał portal wynagrodzenia.pl, pielęgniarka, która wyjechała do pracy do Wielkiej Brytanii, np. w Chichester otrzymuje 2 tys. funtów, czyli ponad 10 tys. zł, plus różne dodatki.

Jednocześnie, jak tłumaczy przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, w polskich placówkach ma miejsce niesprawiedliwy podział środków finansowych. Żeby się temu przeciwstawić, ogłaszane są spory zbiorowe.

- Na ostatnim zarządzie OZZPiP podjęto uchwałę o wejściu w spory zbiorowe. Pielęgniarki chcą się porozumieć z dyrektorami szpitali w sprawach płac i norm zatrudnienia. W żaden sposób nie dotyka to pacjentów. Jeśli natomiast nie będzie porozumień, wtedy bierzmy pod uwagę ogólnopolski strajk generalny. Powołaliśmy zespół, który określi formy i zakres ewentualnego strajku.

Negocjacje trwają

Przypomnijmy, że w wielu placówkach pielęgniarki i położne prowadzą negocjacje płacowe z pracodawcami. Zwracają uwagę, że mimo wzrostu kontraktów szpitali z NFZ, ich płace nie rosną, pojawiają się za to dodatkowe obowiązki. Dlatego wchodzą w spory zbiorowe i zapowiadają w 2015 r. strajk generalny.

W spór zbiorowy weszły m.in. pielęgniarki z 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie. Walczą o wypłatę podwyżki wynagrodzeń za 2012 r. Negocjacje prowadzone są też w Świdniku, Janowie Lubelskim i Kraśniku. W Łukowie spór zakończył się podwyżką w wysokości 70 zł.

Po tym, jak Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych podjął uchwałę o przygotowaniu do wszczęcia sporów zbiorowych, wspólne działania całego środowiska planują też pielęgniarki i położne z województwa podkarpackiego. Będą tam organizowane spotkania i kampanie mające skłonić związki zawodowe w poszczególnych placówkach do przyłączenia się do protestu i wchodzenia w spory zbiorowe.

Walczą razem

Dodatkowo 10 grudnia 2014 r. opublikowano uchwałę Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczącą porozumień

ze związkiem zawodowym pielęgniarek i położnych w sprawie działań na rzecz poprawy sytuacji tej grupy zawodowej.

Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych mają zawrzeć porozumienia ze związkami zawodowymi pielęgniarek i położnych. Chodzi o nawiązanie współpracy w celu poprawy warunków pracy i płacy. ■

Ryszard Rotaub

Przedruk z Rynek Zdrowia, styczeń 2015r

Jest nas coraz mniej

Większość polskich pielęgniarek to osoby w wieku od 41 do 65 lat. Średnia wieku polskiej pielęgniarki nieustannie rośnie i wynosi obecnie 46,9 lat. Już teraz mamy za mało pielęgniarek, bo tylko 5,4 na 1000 mieszkańców. Dla porównania - w Szwajcarii jest ich 16. Do wstąpienia w szeregi tej grupy zawodowej raczej nie zachęca fakt, że 25% jej przedstawicieli zarabia poniżej 2200 zł brutto miesięcznie.

Jak podaje Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, w latach 2008- 2013 liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych wzrosła o ponad 14 tysięcy. Jednak w tej grupie - oprócz wykonujących zawód - są osoby: bezrobotne, przebywające na urloпах macierzyńskich i wychowawczych, pracujące w innych zawodzie, przebywające na emeryturze lub rencie.

Demografia nie kłamie

Niepokojący jest szybki wzrost średniej wieku pielęgniarek i położnych w Polsce - w 2008 r. dla pielęgniarek wynosiła 44,19 lat, a dla położnych 43,23. Na koniec 2013 roku odpowiednio - 48,69 i 47,69 lat.

Według Marii Olszak-Winiarskiej, przewodniczącej lubelskiego oddziału Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, kwestia polityki senioralnej, szeroko podnoszona przez decydentów, dotyczy też pielęgniarek. Dotyczy osób, bo wiele z nich jest w wieku senioralnym, dotyczy też systemowo - jedną z najlepszych form opieki nad seniorem jest ta domowa, długoterminowa, którą właśnie sprawują pielęgniarki.

Co do starzenia się grupy zawodowej, przewodnicząca poinformowała, że środowisko pielęgniarskie dostrzega problem i wychodząc mu naprzeciw, zdecydowało się na stworzenie Domu Spokojnej Starości Pielęgniarek i Położnych. - Adaptowany jest budynek w Tyłmanowej. Jest nas coraz mniej, mamy coraz więcej lat, ale jestem dumna z tego, że jesteśmy coraz lepiej wykształcone - dodaje przewodnicząca.

Młodzi się nie garną

Tak znaczny wzrost średniej wieku świadczy o zbyt małej liczbie osób młodych zarejestrowanych - podaje NIPiP. Najwięcej pielęgniarek jest w przedziale wiekowym 41-65 i więcej lat - 211 807, natomiast w młodszej generacji, tj.

w przedziale wiekowym 21-40 lat, zarejestrowanych jest tylko 68 507 pielęgniarek. Średnia wieku pielęgniarek wynosi zatem 46,9.

Podobnie przebiega rozkład wieku położnych, wśród których w przedziale wiekowym 41-65 i więcej lat zarejestrowanych jest 25 337 osób, a w przedziale wiekowym 21- 40 lat - 9 471 osób. Średnia wieku położnych wynosi 47,8.

Z zestawienia danych dotyczących liczby pielęgniarek i liczby położnych najmłodszych, tj. w przedziale wiekowym 21-25 lat, i najstarszych, tj. 65 i więcej lat, jednoznacznie wynika, że w Polsce nie występuje zastępowalność pokoleniowa zarówno wśród pielęgniarek, jak i położnych.

Przyjmując założenie, iż minister zdrowia określając limity przyjęć na studia I i II stopnia (w latach 2006- 2012), kierował się potrzebami systemu ochrony zdrowia pod względem zapewnienia kadry pielęgniarskiej, należy stwierdzić, iż założenie to nie zostało zrealizowane.

Limity w latach 2006-2011 zostały wykorzystane w ok. 76%, co stanowi 35 333 absolwentów I i II stopnia. Z tej liczby tylko 11 489 osobom wydano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, co stanowi 25,10% ustalonych przez resort potrzeb w zakresie kształcenia zawodowego pielęgniarek.

Co do położnych to limity w latach 2006-2011 zostały wykorzystane w ok. 67% (6 574 absolwentów I i II stopnia). Z tej liczby tylko 2 209 osobom przyznano prawo wykonywania zawodu położnej, co stanowi 22,58% ustalonych przez ministra zdrowia potrzeb w zakresie kształcenia zawodowego położnych.

Zdaniem samorządu pielęgniarskiego dane te (szczegóły - w tabelach) mogą świadczyć o braku zainteresowania młodzieży wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej.

Zmierzamy ku zagładzie?

Zdaniem Marii Olszak-Winiarskiej, te dane świadczą o tym, że "zmierzamy ku zagładzie zawodu pielęgniarki i położnej".

- Statystyki są przerażające. Najgorsze w tym wszystkim jest to, że my o tym mówimy, alarmujemy, ale spotykamy się ze "ścianą". Nikt nas nie słucha. Czynnione są starania, żeby wprowadzić na rynek pracy zawody paramedyczne. Moim zdaniem dla wszystkich znajdzie się praca w systemie ochrony zdrowia, jednak trzeba pamiętać, że tego, co robi pielęgniarka, nikt inny nie jest w stanie wykonać - zaznacza nasza rozmówczyni.

Przewodnicząca przypomina, że na przepracowaną pielęgniarkę nakłada się coraz więcej obowiązków, rosną też wymagania co do jej umiejętności i kompetencji: - Dlatego całe swoje życie zawodowe uczymy się, podwyższamy swoje kwalifikacje, staramy się być kadrą wysokospecjalistyczną - stwierdza.

Jednak często słabe wyposażenie oddziałów szpitalnych powoduje, że pielęgniarki nie radzą sobie nie tyle intelektualnie, co fizycznie, bo przecież praca pielęgniarki to też ciężka praca fizyczna. - Bywa tak, że pielęgniarka ważąca ok.

50 kg musi np. co dwie godziny zmieniać ułożenie na łóżku pacjenta, który waży ponad 100 kg - tłumaczy.

- Jeśli dochodzi do wypadków, chorób spowodowanych przeciążeniami fizycznymi w pracy, pielęgniarki często nie sprawozdają tych zdarzeń. Boją się iść na długie zwolnienia lekarskie, obawiają się składania dokładnych wyjaśnień dotyczących chorób spowodowanych pracą. Dlatego trudno udowodnić nam, że dochodzi do wielu takich zdarzeń - mówi przewodnicząca.

Pesymistyczne prognozy

Z opracowanej przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych prognozy dotyczącej liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek w latach 2015-2035 wynika, że:

systematycznie zmniejszać będzie się liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych

mimo zmniejszającej się liczby populacji społeczeństwa polskiego nie wzrośnie wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Wskaźnik będzie się zmniejszał z powodu większego tempa ubytku pielęgniarek niż ubytku naturalnej ludności.

Za chlebem

Problemem jest także emigracja zarobkowa pielęgniarek i położnych. Wiele z nich wyjeżdża z kraju od razu po ukończeniu edukacji zawodowej. Z danych Izby wynika, iż od chwili wejścia Polski do Unii Europejskiej jest duże zainteresowanie uznaniem kwalifikacji w krajach Unii Europejskiej.

Po spadku zainteresowania w latach 2010-2011 od roku 2012 nastąpił znaczny wzrost osób wyjeżdżającej do pracy w krajach UE. Najliczniejszą grupę stanowią pielęgniarki z tytułem licencjata. W sumie od 2004 r. wydano 16 115 zaświadczeń na potrzeby uznania kwalifikacji zawodowych za granicą. Najwięcej w 2008 r. - 1449 i 2013 - 1253.

- Do pracy za granicę wyjeżdżają już nie tylko młode pielęgniarki i położne. Te starsze uczą się z powodzeniem języków obcych i coraz częściej z całymi rodzinami przeprowadzają się na Zachód. Nie jesteśmy doceniane przez rząd, tak jak np. zostały docenione Czeszki. Kiedy okazało się, że zaczynają wyjeżdżać do pracy do Niemiec, dostały 100% podwyżki - mówi przewodnicząca lubelskiego OZZPiP.

- Nasze koleżanki pracują w renomowanych szpitalach w Niemczech, Francji, Hiszpanii. Są bardzo cenione, zajmują wyższe stanowiska, zarabiają, w przeliczeniu, 8-10 tys. zł miesięcznie. W niektórych szpitalach potrafią być całe zmiany lekarsko-pielęgniarskie obsadzone przez Polaków. Nas się straszy, że zastąpią nas Ukrainki, ale one nie przyjadą do Polski, nie opłaca im się to - podkreśla Maria Olszak-Winiarska.

Nie ma co się dziwić, że pielęgniarki i położne wyjeżdżają "za chlebem". Z danych NIPIP wynika, że 25% pielęgniarek zarabia poniżej 2200 zł brutto miesięcznie, a 25% położnych poniżej 2205 zł brutto. Analogicznie 25% pielęgniarek zarabia powyżej 3335 zł brutto, a 25% położnych powyżej 3360 zł brutto miesięcznie (mediana dla pielęgniarek - 2640, położnych - 2700 zł).

- Finanse to ważna sprawa. Młodzież, która decyduje się na kształcenie na kierunkach pielęgniarstwa, widzi, jak doceniany jest ten zawód. Efekt jest taki, że ci młodzi ludzie kończą naukę i wyjeżdżają z kraju. Czy państwo polskie stać na to? - pyta Maria Olszak-Winiarska. - W województwie lubelskim rocznie mamy ok. 300 absolwentów kierunków pielęgniarstwa, ale tylko ok. 50 z nich odbiera prawo wykonywania zawodu.

Anna Kaczmarek

Prognoza liczby zatrudnionych i zarejestrowanych pielęgniarek i położnych na lata 2015-2035

Rok	Liczba mieszkańców w tys.	Liczba zatrudnionych pielęgniarek	Wskaźnik zatrudnionych na 1 tys. położnych	Liczba zarejestrowanych poniżej wieku emerytalnego			
				razem			
2011	38 511	192 383	22 715	215 098	5,59	251 568	282 328
2015	38 016	183 344	22 592	205 936	5,42	239 748	270 341
2020	37 830	177 881	22 753	200 634	5,30	232 605	263 416
2025	37 438	162 802	21 601	184 403	4,93	212 887	242 138
2030	36 796	148 062	20 103	168 165	4,57	193 612	220 835
2035	35 993	131 247	18 617	150 064	4,17	171 624	197 106

Źródło: GUS, CBPP, NIPIP

Liczba absolwentów kierunku położnictwo uzyskujących prawo wykonywania zawodu

Rok akademicki	Razem absolwentów I i II stopnia	Liczba położnych, którym stwierdzono PWZ po raz pierwszy	Wskaźnik absolwentów uzyskujących PWZ
2006 / 2007	1 114	356	31,96%
2007 / 2008	1 469	434	29,54%
2008 / 2009	1 472	511	34,71%
2009 / 2010	1 868	493	26,39%
2010 / 2011	651	415	63,75%
RAZEM:	6 574	2 209	33,60%

Źródło: NIPIP

Limity przyjęć oraz liczba absolwentów na kierunku położnictwo

Rok akademicki	Limit przyjęć na studia I stopnia	Absolwenci I stopnia danego rocznika	Stosunek liczby absolwentów do limitu	Limit przyjęć na studia II stopnia	Absolwenci II stopnia danego rocznika	Stosunek liczby absolwentów do limitu	
2006 / 2007	1 025	908	88,59%	615	206	33,50%	
2007 / 2008	1 117	1 051	94,09%	714	418	58,54%	
2008 / 2009	1 582	964	60,94%	909	508	55,89%	
2009 / 2010	1 452	1 119	77,07%	1 254	740	59,73%	
2010 / 2011	1 445			1 113	651	58,49%	
2011 / 2012	1 109			1 093			
Razem lata 2006 do 2011	5 176	4 042	80,17%	Razem lata 2006 do 2011	4 605	2 532	54,98%

Źródło: NIPIP

Liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo uzyskujących prawo wykonywania zawodu

Rok akademicki	RAZEM absolwentów I i II stopnia	Liczba pielęgniarów, którym stwierdzono PWZ po raz pierwszy	Wskaźnik absolwentów uzyskujących PWZ
2006 / 2007	5 672	2 070	36,50%
2007 / 2008	7 246	2 330	32,16%
2008 / 2009	10 304	2 583	25,07%
2009 / 2010	9 630	2 437	25,31%
2010 / 2011	2 481	2 069	83,39%
RAZEM:	35 333	11 489	32,52%

Źródło: NIPIP

Limity przyjęć oraz liczba absolwentów na kierunku pielęgniarstwo

Limity przyjęć na studia w kierunku Inżynieria Budownictwa							
Rok akademicki	Limit przyjęć na studia I stopnia	Absolwenci I stopnia razem	Stosunek liczby absolwentów do limitu	Limit przyjęć na studia II stopnia	Absolwenci II stopnia razem	Stosunek liczby absolwentów do limitu	
2006 / 2007	7 169	4 671	65,16%	1 680	1 001	59,58%	
2007 / 2008	8 047	5 318	66,09%	2 223	1 928	86,73%	
2008 / 2009	8 269	8 170	98,80%	2 800	2 134	76,21%	
2009 / 2010	8 952	7 132	79,67%	3 299	2 496	75,72%	
2010 / 2011	7 722			3 325	2 481	74,62%	
2011 / 2012	6 831			4 201			
Razem lata od 2006 do 2010	32 437	25 291	77,43%	Razem lata od 2006 do 2011	13 327	10 042	75,35%

Źródło: NIPIP

Spotkanie przedstawiciela NFZ Oddziału Śląskiego z Zespołem ds. Opieki Długoterminowej i Hospicyjnej działającego przy OIPiP w Częstochowie, Częstochowa, 5 stycznia 2015 roku.



XIX Międzynarodowa Konferencja Naukowo - Szkoleniowa Opieki Paliatywnej

i Zespołów
Hospicyjnych

Częstochowa,
23 stycznia
2015 roku.

