



# OKRĘGOWA IZBA Pielęgniarek i Położnych

POZNAŃ  
BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-1029



Zbliżamy się do siebie zimą  
- za sprawą wąskich ścieżek  
w śniegu



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych  
ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań  
www.oipip-poznan.pl

e-mail: sekretariat@oipip-poznan.pl  
sekretariat: tel. 618620950  
fax 618620951  
rejestr: tel. 618620954, 618620955  
księgowość: tel. 618620953

Bank Zachodni WBK II Oddział Poznań  
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Przewodnicząca Okręgowej Rady  
– Teresa Kruczkowska

Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady  
– Tomasz Kaczmarek  
– poniedziałki i środy godz. 14.00-19.00

– Marzena Skalska-Spychtała  
– wtorki i czwartki godz. 14.00-19.00

Sekretarz Okręgowej Rady  
– Jolanta Plens-Gałęska

Skarbnik Okręgowej Rady  
– Wiesław Morek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej  
– Magdalena Krajewska

Zastępcy Okręgowego Rzecznika:  
Barbara Kulesza, Wiesława Piotrowska,  
Barbara Stefaniak  
Renata Szafranek, Katarzyna Kaja  
Dyżury: I i V środa miesiąca

Okręgowy Sąd  
Przewodnicząca – Małgorzata Pięt  
Członkowie – Marzena Banach, Małgorzata Gawlik,  
Ewa Kusztal, Alla Rejniak, Maria Chmielewska,  
Elżbieta Mikołajewska  
Dyżury: II i środa miesiąca

Okręgowa Komisja Rewizyjna  
Przewodnicząca – Teresa Przewoźna  
Członkowie – Danuta Budna, Emilia Marcinkow-  
ska, Beata Skokowska, Mirosława Krzypczak,  
Jadwiga Drałowicz, Renata Witkowska

Dział Merytoryczny OIPIP  
– Teresa Wiśniewska  
– Małgorzata Nosal  
poniedziałek-piątek 7.30-16.00

## MOIM ZDANIEM

Czas Prezentów ..... 1

## WOKÓŁ ZAWODU

Normy zatrudnienia ..... 2-3

Misyjna posługa ..... 4-5

## PRAWO

Dokumentacja medyczna a prawo ..... 6-7

## KONFERENCJE I SZKOLENIA

Stany nagłe w laryngologii wymagające interwencji ..... 8

Czy potrzebne są standardy w przygotowaniu sali operacyjnej ..... 8-9

Zakażenia w pologu ..... 10-11

## DZIAŁALNOŚĆ OKRĘGOWEJ RADY

Pozycja pielęgniarek i położnych w kontekście wypełniania wymogów

Unii Europejskiej ..... 12

Szkolenia podyplomowe do realizacji ..... 13

Spotkanie noworoczne ..... 14

Protokoły posiedzeń Komisji Refundacji ..... 15

Składka członkowska ..... 15

Kalendarium ..... 16

## Biuro

Sekretariat OIPIP

Przyjmowanie i wydawanie wniosków

o refundację i pomoc społeczną

– poniedziałki, wtorki i piątki w godz. 8.00-16.00

oraz środy i czwartki 10.00-18.00

– Katarzyna Walas-Grossmann

## Dział Prawa Wykonywania Zawodu

Przyjmowanie wniosków i wydawanie zaświadczeń o prawie

wykonywania zawodu oraz zezwoleń na wykonywanie indywi-

dualnej/grupowej praktyki pielęgniarek i położnych

poniedziałek-piątek w godz. 7.30-16.00

– Agnieszka Urbaniak, Anna Piekarska, Estera Stanisławiak

## Księgowość

– czynna pn 13.00-19.00, wt 8.00-15.00, 15.30-19.00

śr 12.00-19.00, czw 15.30-18.30

– Danuta Skorys

– Elżbieta Małgorzata Waligóra

## Kasa

– czynna codziennie (oprócz sobót) w godz. 8.30-15.30

## Radca Prawny OIPIP

Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związa-

nych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej

w czwartki od godz. 17.00-18.00

po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym (618620950)

## CZAS PREZENTÓW

Któż z nas nie lubi otrzymywać prezentów? Myślę, że wszystkim sprawiają one radość, zwłaszcza jeżeli są szczere poza tak zwanym czasem okolicznościowym, a więc "bez okazji".

W okresie świąteczno-noworocznym składałiśmy sobie wiele życzeń, wszystkiego co najlepsze i najpiękniejsze, oczekując, że Nowy Rok 2013 będzie bardziej pomyślny. I cóż? Wielkie rozczarowanie nastąpiło już 2 stycznia, gdy na stronie internetowej ujrzeliśmy podpisanę 28 grudnia 2012 r. (a więc nie jako w prezencie noworocznym) przez Ministra Zdrowia Pana Bartosza Arłukowicza rozporządzenie w sprawie sposobu obliczania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, w wyciągu nie mającym nic wspólnego z wcześniej opiniowanym projektem.

Projekt rozporządzenia wypracowany w okresie prawie trzyletnim przez Zespół do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek Położnych w ZOZ powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia nie był idealnym, ale kompromisem opartym na fundamencie wieloletnich badań naukowych. Jakaś „niewidzialna ręka” antypielęgniarskich działaczy wykreśliła z projektu te zapisy, których oceniła środowisko pielęgniarek położnych. Nie były to fanaberie, wymyślone cyfry, wielkość ale najbardziej racjonalne, wyliczone wskaźniki dodatkowo poparte wiedzą i dorozsądkową.

I znów inni zdecydowali za nas, a przecież całkiem niedawno Pan Minister podkreślał jak ważnym jesteśmy partnerem we współpracy z Ministerstwem. Powtórzę kolejny raz: nie w ten sposób traktuje się partnera. Więcej, by być wiarygodnym, słowa należy poprzeć czynami. Głos największej grupy zawodowej w ochronie zdrowia oraz praca przedstawicieli została zlekceważona przez decydentów. Na takie traktowanie nas nie dajemy przyzwolenia.

Czy propozycje zapisów, by:

- normy zatrudnienia obowiązywały we wszystkich podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych,
  - na zamianie nie było mniej niż 2 pielęgniarki,
  - nie wliczać kadry kierowniczej do normy zatrudnienia,
  - w bloku operacyjnym na 1 czynny stół zatrudnione były 2 pielęgniarki operacyjne
- to wygórowane żądania, które doprowadzą do ruiny finansowej podmioty lecznicze? Na pewno nie! Jest to zaledwie namiastka normalności, której dzisiaj tak potrzeba, by zagwarantować pacjentom bezpieczeństwo i właściwą jakość świadczeń.

Koleżanki, Koledzy! Nie marnujmy czasu oraz energii na dyskusje i nikomu niepotrzebne spory, które bardziej dzielą niż łączą. Czas zewrzeć szeregi, by odrzucić niepotrzebne i niemile prezenty.

Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu  
Teresa Kruczkowska



16 stycznia b.r. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (w zastępstwie za Pana Ministra). Wiodącym tematem posiedzenia były zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Trzygodzinna dyskusja i próba przekonania Podsekretarza Stanu K. Chlebusa oraz Z-cy Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych J. Skolimowskiej o ominięciu zasady poprawnej legislacji, marginalizowaniu prac Zespołu ds. Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych (nota bene powołanego przez Ministra Zdrowia) i błędach merytorycznych zakończyła się przyjęciem stanowiska Naczelnej Rady skierowanym do Ministra Zdrowia p. Bartosza Arlukowicza.

Treść pisma przedstawiamy poniżej.

Pan Bartosz Arlukowicz  
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apeluję o pilną nowelizację Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012r. późn. 545).

Uprzejmie proszę o wskazanie przyczyn, dla których treść wydanego przez Pana Ministra rozporządzenia znacząco odbiega od projektu z dnia 18 października 2012 roku przekazanego do konsultacji społecznych.

Tęgo rodzaju sytuacja stawia pod znakiem zapytania zgodność rozporządzenia z niekwestionowaną na gruncie art. 2 Konstytucji RP zasadą poprawnej legislacji. Wydaje się, także, iż tego rodzaju postępowanie pozostaje w opozycji do treści art. 7 ust. 4 pkt 3 Ustawy z dnia 8 sierpnia 1996r. o Radzie Ministrów (tj. Dz.U. z 2012r. późn. 392). Stosownie do dyrektyw wpływających ze wspomnianego przepisu, Członek Rady Ministrów, realizując politykę ustaloną przez Radę Ministrów, zobligowany jest do współdziałania z przedstawicielstwami środowisk zawodowych, a takim jest przecieł samorząd pielęgniarek i położnych. W treści art. 50 ust. 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, późn. 654, ze zm.), minister właściwy do spraw zdrowia zyskał uprawnienie do określenia w drodze rozporządzenia sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Zgodnie ze wspomnianym przepisem uczynić to może po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji zawodowych. Należy tu podkreślić, że celem tego rozporządzenia ma być zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Nie może budzić wątpliwości, że pojęcie „właściwej jakości” dostępności świadczeń zdrowotnych koresponduje i musi z wyrażonymi w treści art. 68 ust. 1 ust. 2 Konstytucji RP, zasadami powszechnego dostępu do ochrony zdrowia oraz dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Cytowane przepisy stanowią, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1) oraz że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2). Tymczasem wdrożenie przepisów rozporządzenia w obecnym kształcie doprowadzić może do ograniczania liczby pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych. Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w polskich szpitalach są znacząco niższe od wskaźników w innych krajach europejskich.

Należy również podkreślić, iż Rozporządzenie w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno być gwarantem nie tylko jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych, ale także zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz bezpieczeństwo pracy pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie informowała Pana Ministra o nieprawidłowościach związanych z ustalaniem obsad pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych stosowanych praktykach dyżuru jednoosobowego w niektórych szpitalach lub z znacznym ograniczaniem stanu zatrudnienia na jednej zmianie. Ponadto treść rozporządzenia poza marginesem swojego zainteresowania pozostawia wyniki prac Ze Spółu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielę-

gniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009 roku (Dz.Ur. MZ. 09.06.33).

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w omawianym brzmieniu, zatem nie tylko nie poprawia warunków pracy pielęgniarek i położnych, ale przede wszystkim będzie miało negatywny wpływ na dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co w konsekwencji prowadzi do naruszenia art. 68 ust. 1 ust. 2 Konstytucji RP.

W tym stanie rzeczy Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się przywrócenia następujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia zgodnie z którymi:

obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organizacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianie;

do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej;

przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich odpowiadający do kategorii opieki zgodnie z propozycją zawartą w § 2 projektu z dnia 18 października 2012 roku;

w bloku operacyjnym na jeden czynny istót operacyjny (jednego operowanego pacjenta) świadczenia lecznicze powinna wykonywać co najmniej jedna pielęgniarka albo położna operacyjna i jedna pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarska albo położna operacyjnej.

Wykreślenie powyższych zapisów nie było konsultowane z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych. Dlatego nie pokoi jednocześnie dziwi fakt, iż taki ważny dla naszych grup zawodowych akt prawny nie uwzględnia trzyletniego doświadczenia ekspertów przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych biorących udział w pracach Zespołu ds. Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, o którym mowa wyżej.

Pragnę także zwrócić uwagę Pana Ministra na fakt, iż prawidłowo ustalona obsada pielęgniarek i położnych zapobiega występowaniu zdarzeń niepożądanych we wszystkich podmiotach leczniczych. Dlatego w ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych przedmiotowe rozporządzenie uwzględniające przedstawione wyżej propozycje powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na ich rodzaj.

Szanowny Panie Ministrze,

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec treści nowo wydanego rozporządzenia w obecnym brzmieniu i wnosi o uwzględnienie powyższych uwag w dalsze prace kierowanego przez Pana Urzędu. Ponadto Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na konieczność nowelizacji innych aktów prawnych warunkujących prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej niezależnie od źródeł finansowania.

Prezes

dr in. med. Grazyna Rogala-Pawelczyk

**STANOWISKO OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU Z DNIA 22.01.2013R.  
DOTYCZĄCE PODPISANEGO W DNIU 28 GRUDNIA 2012R.  
ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE SPOSOBU USTALANIA  
MINIMALNYCH NORM ZATRUDNIENIA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH NIEBĘDĄCYCH PRZEDSIĘBIORCAMI**

Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu wyrażają oburzenie wynikające z faktu podpisania przez Pana Ministra rozporządzenia, którego treść ma się najaś do opiniowanego projektu z dnia 18 października 2012r.

Po raz kolejny środowisko pielęgniarek i położnych czuje się oszukane i zlekceważone przez resort zdrowia. Złamana została konstytucyjna zasada poprawnej legislacji, zmarginalizowano trzyletnią pracę Zespołu ds. Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu oczekuje przywrócenia usuniętych z projektu zapisów, które mogły być gwarantem właściwej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa pacjentów oraz pielęgniarek i położnych:

- za pewnienia o bsađ nie mniejszej niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianie,
- niewliczania zatrudnionej kadry kierowniczej (pielęgniarki oddziałowej, z-cy pielęgniarki oddziałowej, koordynujących) do wyliczenia minimalnych norm zatrudnienia,
- przywrócenia wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach nowo tworzonych oraz zapisu, że w bloku operacyjnym świadczenia winny wykonywać dwie pielęgniarki lub położne operacyjne w odniesieniu do jednego czynnego stołu operacyjnego.

Ponadto naszym zdaniem normy zatrudnienia powinny dotyczyć wszystkich podmiotów leczniczych, których działalność finansowana jest ze środków publicznych, gdyż zgodnie z zasadą solidarności społecznej wszyscy pacjenci powinni mieć zagwarantowaną właściwą jakość i bezpieczeństwo i równy dostęp do ochrony zdrowia.

Panie Ministrze! Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu nie daje przyzwolenia na pomijanie naszego zdania w sprawach, które wiążą się z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej.

*Sekretarz ORPiP w Poznaniu  
Jolanta Piens-Gaińska*

*Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu  
mgr Teresa Kruczkowska*

Po zapoznaniu się z treścią podpisanego przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w sprawie sposobu obliczania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, negatywna reakcja Okręgowych Izb była natychmiastowa. W efekcie której zwołane zostało nadzwyczajne posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w dniu 16 stycznia b.r. z udziałem Ministra Zdrowia. Przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia zabrakło odwagi by poinformować członków Naczelnej Rady o podpisaniu w dniu 14 stycznia 2012r. stanowisku Ministra Zdrowia dotyczącym Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przestrzegania obowiązujących norm w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Poniżej przedstawiamy treść stanowiska. Szczegółnej uwadze polecam ostatnie dwa zdania.

*Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu  
Teresa Kruczkowska*

MINISTER ZDROWIA

Warszawa 14.01.2013

**Stanowisko  
dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie  
przestrzegania obowiązujących norm w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych**

Od 2000 roku obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, póź. z. 1314).

Natomiast zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, póź. z. 654, z późn. zm.) od 1 stycznia 2013 roku obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545), które zastąpiło rozporządzenie z 1999 roku.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym ustala kierownik placówki, po zasięgnięciu opinii kierowników jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych określonych w statucie placówki, przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie placówki. Projekt tych norm opracowuje naczelna pielęgniarka, przełożona, pielęgniarka i położnych placówki we współpracy z pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi. Ustalone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w danej placówce podlegają stałej kontroli kierownika podmiotu leczniczego.

Kwestia dotycząca o bsađ pielęgniarskich uregulowana jest również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które określa, iż niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielenia świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, o drębnych przepisach i oraz

zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia Prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranego z Funduszem umowy. W materiałach tych w wybranych świadczeniach gwarantowanych zawarte są także warunki dotyczące liczb kwalifikacji zatrudnialnego personelu medycznego, w tym liczb pielęgniarek i położnych, np. leczenie uduarów mózgu w oddziale uduarowym, a nestezjologia, intensywne terapia, neonatologia. Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Równocześnie należy na dmienić, iż zgodnie z § 4a ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, póź. z. 1142, z późn. zm.), zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych, o której mowa w ust. 1, w zakresie nie uregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Oznacza to, iż w przypadku udzielenia świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Funduszem, czyli finansowanych ze środków publicznych w tym zakresie minimalne normy obowiązują każdego świadczeniodawcę.

*Z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu Aleksander Sopiński*

## „Misyjna posługa... po prostu być dla drugiego człowieka”



*Posługa misyjna to po prostu bycie dla drugiego człowieka. To powołanie, które dało mi szczęście.*

Świecki misjonarz to osoba, która po przejściu kilku etapów przygotowania zostaje posłana przez biskupa diecezjalnego do pracy na misjach na minimum kilka lat.

Kiedy w 2002 roku wróciłam z Zambii, gdzie pracowałam jako wolontariusz - pielęgniarka w ośrodku misyjnym, gdzie w głębi serca wiedziałam, że tą drogę będę jeszcze w przyszłości kontynuować.

Tak też się stało w 2005 roku po rocznym przygotowaniu i ukończeniu Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie już jako misjonarka świecka wyjechałam na trzy lata do Afryki. Przez rok pełniłam posługę misyjną w Burundi, a następne dwa lata w Kamerunie. Posługa misyjna to ewangelizacja i pomoc innym w każdym zakresie i w każdej dziedzinie życia. Pracowałam głównie w misyjnych ośrodkach zdrowia.

Moim głównym zadaniem było konsultowanie chorych, tzn. diagnozowanie, kierowanie na odpowiednie badania oraz leczenie. Brałam też udział w szczepieniach dzieci w poszczególnych dzielnicach miasta.

W ośrodkach zdrowia przygotowywałam tablice edukacyjne, statystyki, prowadziłam dokumentację.

W Burundi pracowałam głównie w przychodni i aptece. Znajdował się też tam mały szpitalik, ze względu na trudną sytuację polityczną kraju i związane z tym niebezpieczeństwa (napady, walki), jak również brak prądu, był on właściwie zamknięty. Prowadziliśmy również centrum dożywiania dzieci, gdzie uczyliśmy matki właściwego przygotowywania posiłków, ogólnych zasad żywienia dzieci i sprawowaliśmy pełną kontrolę nad dziećmi skrajnie niedożywionymi.

Do przychodni przychodziło od samego rana wielu chorych. Jak wiele ośrodków zdrowia, nie mieliśmy lekarza, więc chorych konsultował miejscowy pielęgniarz i ja. Dziennie przyjmowaliśmy około stu pacjentów. Ktoś zapytał jak to możliwe?. Pacjenci przychodzą z bardzo odległych wiosek, wiele kilometrów po-



*Kiedy po jakimś czasie widzi się swoich pacjentów zdrowych i uśmiechniętych to największa nagroda jaką można otrzymać...*



konując pieszko, często z wysoką temperaturą, bez jedzenia. Przyjąć trzeba wszystkich, bo przecież muszą jeszcze wrócić do swoich domów. Kiedy po jakimś czasie widzi się swoich pacjentów zdrowych i uśmiechniętych to największa nagroda jaką można otrzymać, to wspólna radość i satysfakcja.

Mimo trudnych chwil jakie tamtejsza ludność przeżyła w związku z wojną, bardzo skromnych warunków życia, spotyka się życzliwość, uśmiech i chęci by każdego dnia dzielić się dobrocią z innymi.

Czasami zastanawiam się dlaczego tu nie potrafimy żyć na co dzień z rozumieniem, miłością, dlaczego tak trudno nam wyciągnąć pomocną dłoń do drugiego człowieka.

W Kamerunie pracowałam w ośrodku zdrowia prowadzonym przez Siostry Pasjonistki. Tutaj oprócz przyjmowania pacjentów, prowadziliśmy edukację ludności i szczepienia dzieci w terenie. W pracy z pacjentem ogromne znaczenie ma edukacja. To przekazanie wiedzy na temat sposobów zapobiegania takim chorobom jak malaria, choroby pasożytnicze, AIDS, gruźlica oraz podstaw higieny życia.

Miejscowa ludność bardzo chętnie uczestniczyła w spotkaniach, które były nie tylko okazją do poznania czegoś nowego, ale również do tego, aby wspólnie spędzić czas. Nie trzeba dodawać, że nikt tam nie spogląda na zegarek, gdyż liczy się chwila obecna i nic poza tym. W naszym świecie, tak bardzo zabieganym, to trudne do zrozumienia.

Jeśli chodzi o czas w Afryce, to rzeczywiście nikt się tam nie spieszy, każdy ma czas by się zatrzymać, poroz-

mawiać. Sytuacja kiedy Msza Święta w niedzielę trwa czasami ponad dwie godziny i zaczyna się pół godziny później niż powinna, nikogo tam nie dziwi i nie denerwuje, to czas świętowania i budowania wspólnoty, to czas dany sobie nawzajem.

Nieodczowna w pracy misyjnej jest również znajomość kultury, tradycji i języka danego kraju, a nawet poszczególnych plemion. Bez takiej wiedzy, trudno jest czasem leczyć pacjentów,

czy choćby zrozumieć ich postępowanie. Wymaga to od misjonarzy dodatkowej nauki, otwartości serca i niekiedy przełamywania różnych barier np. językowych, kulturowych.

Poza pracą w ośrodku zdrowia, w wolne soboty spotykałam się z dziećmi z naszej parafii, którym pomagałam trochę w nauce, a mniejsze dzieci miały wtedy okazję by coś rysować czy wspólnie się bawić. Mogłam wtedy zobaczyć jak wiele radości może dziecku sprawić choć jedna kolorowa kredka, papier kolorowy albo zeszyt. Wiele dzieci nie chodzi do szkoły, gdyż rodziny nie są w stanie jej opłacić. Dzieci już od najmłodszych lat są zaangażowane w prace domowe i pracę w polu. To dzieci najczęściej rano idą po kilka kilometrów do studni po wodę, starsze rodzeństwo zajmuje się młodszym. Często wspominam też dzieci, które wybiegaly na drogę by powitać mnie kiedy jechałam do pracy. Uśmiechnięte buzie i radosne słowa powitania na długo zostają w pamięci i sercu.

Każdy dzień na misjach to nie tylko niesienie pomocy innym, ale również ubogacenie samego siebie.

To odnajdywanie dobrych chwil w codziennym życiu, docenienie tego co mamy.

Posługa misyjna to po prostu bycie dla drugiego człowieka. To powołanie, które dało mi szczęście.

*mgr. Agnieszka Piechowiak*

*...nikt tam nie spogląda na zegarek, gdyż liczy się ta chwila obecna i nic poza tym. W naszym świecie, tak bardzo zabieganym to trudne do zrozumienia.*



Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej Nr 11/2012

USTAWA O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ

## Dokumentacja medyczna a prawo

Wpływu działań podejmowanych przez pielęgniarki i położne na wynik leczenia pacjenta nie sposób przecenić. Konieczne jest więc staranne dokumentowanie udzielanych przez nie świadczeń. Z pewnością prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wszystkimi wymogami formalnymi nie jest łatwe. Cennym źródłem wiedzy są więc przepisy prawne.

MGR PRAWA IWONA MAGDALENA ALEKSANDROWICZ  
doktorantka Szkoły Wyższej Prawa i Dyplomacji w Gdyni

**N**owa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r. (Dz.U. z 2011, Nr 174, poz. 1039 ze zm.) porusza kwestię dokumentacji medycznej w kilku artykułach. Przede wszystkim doprecyzowano w niej wyrażone w ustawie o prawach pacjenta uprawnienie pielęgniarek i położnych do uzyskiwania i przetwarzania niezbędnych danych zawartych w dokumentacji medycznej (art. 24, ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2012, Nr 30, poz. 159 ze zm.). Zgodnie z przepisami dotyczącymi zawodów pielęgniarki i położnej osoby wykonujące te zawody mają prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań.

**Dokumentacja medyczna ma fundamentalne znaczenie jako narzędzie przekazywania informacji między pielęgniarką lub położną a lekarzem. Pielęgniarka lub położna ma zatem prawo korzystać z dokumentacji medycznej w celu realizacji swoich zadań zawodowych, w szczególności zaś wykonywania zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej. Wyjątek dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego za-**

grożenia zdrowotnego, czyli stanach polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3, pkt 8 ustawy z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym - Dz.U. z 2006, Nr 191, poz. 1410 ze zm.). Jest zasadne, by w tego typu sytuacjach pielęgniarka nie musiała się kierować zapisami z dokumentacji medycznej, dostosowując swoje działania do zmieniającej się sytuacji pacjenta.

**W kolejnych zapisach ustawa nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek informowania pacjenta o jego prawach, a zatem również o prawie pacjenta do dokumentacji medycznej.** Prawo to obejmuje prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej w ściśle określony sposób. Przede wszystkim należy przekazywać pacjentom i innym osobom występującym o udostępnienie dokumentacji medycznej rzetelne informacje na temat możliwości korzystania z dostępu do dokumentacji. Pacjent musi na przykład wiedzieć o konieczności złożenia oświadczenia o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej i braku możliwości wydania dokumentacji osobie nieupoważnionej oraz że nie otrzyma oryginałów dokumentacji medycznej w przypadku zmiany podmiotu leczniczego. Rzetelna informacja i przestrzeganie reguł narzuconych przez ustawę o prawach pacjenta chroni przed odpowiedzialnością z tytułu udostępnienia

niepowołanym osobom danych wrażliwych czy konsekwencjami utraty dokumentacji lub jej przerobienia.

Z uwagi na zawarte odesłanie (patrz ramka) ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nie wskazuje konkretnych zasad prowadzenia dokumentacji medycznej. Tych należy szukać w ustawie o prawach pacjenta oraz wydanym do niej rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - Dz.U. z 2010, Nr 252, poz. 1697 ze zm.).

**Zgodnie z cytowanym rozporządzeniem, dokumentacja medyczna dzieli się na dokumentację zewnętrzną, wytwarzaną w celu przekazywania jej innym podmiotom oraz dokumentację wewnętrzną wytwarzaną z przeznaczeniem na potrzeby podmiotu, który ją sporządził.** Dokumentacja wewnętrzną jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził, natomiast dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

Można dokonać podziału dokumentacji medycznej również z uwagi na podmiot wytwarzający. Katalog podmiotów wyróżnionych ze względu na różnice w rodzajach prowadzonej dokumentacji medycznej obejmuje:

- szpital,
- zakład opieki zdrowotnej lub jego komórkę organizacyjną, w której czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin,
- zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych,
- podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną,
- żłobek,
- dysponenta zespołów ratownictwa medycznego,
- pracownię diagnostyczną będącą odrębnym zakładem opieki zdrowotnej,
- pracownię protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- zakład rehabilitacji leczniczej,
- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom,
- lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej,
- pielęgniarkę i położną udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej, indywidualnej specjali-

Warto zwrócić uwagę, że w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej stwierdzono, iż pielęgniarka i położna mają obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta. To odesłanie pozwoliło uniknąć powtarzania tych samych treści w dwóch różnych ustawach. W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyści natomiast nadal znajduje się niezbyt fortunny zapis, że lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta zgodnie z ustawą o prawach pacjenta. Tymczasem obowiązek lekarza nie ogranicza się do dokumentacji indywidualnej, ale również dotyczy dokumentacji zbiorczej, np. księgi raportów lekarskich.



stycznej albo grupowej praktyki pielęgniarki lub położnej.

Rozporządzenie rozgranicza również dokumentację indywidualną, dotyczącą pojedynczych pacjentów, oraz zbiorczą, obejmującą grupy pacjentów wyodrębnione według określonych kryteriów. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest tworzona na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń. Pacjent ma pełne prawo poznać jej treść, jednak nie ma potrzeby, aby w jego posiadaniu znajdował się oryginał dokumentacji. Natomiast dokumentacja indywidualna zewnętrzna musi być wydana pacjentowi, ponieważ jest ona podstawą do realizacji określonych uprawnień, w tym dalszego leczenia, diagnostyki czy świadczeń transportu sanitarnego.

Istnieje ścisła relacja pomiędzy dokumentacją wewnętrzną i zewnętrzną – zewnętrzna musi mieć oparcie w wewnętrznej (np. historii zdrowia i choroby), natomiast fakt wydania dokumentacji zewnętrznej musi zostać odnotowany w pozostającej w placówce.

**Dokumentacja zbiorcza wewnętrzna to zestawienia sporządzone na potrzeby podmiotu leczniczego. Przedstawia pracę określonych komórek lub jednostek organizacyjnych.** Dokumentacja zbiorcza zewnętrzna jest tworzona na potrzeby innych podmiotów i może być przez nie udostępniana, czego przykładem jest zamieszczanie na stronach internetowych NFZ danych dotyczących kolejek oczekujących na udzielenie określonych świadczeń.

Dostęp do dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej mają uprawnione podmioty i instytucje, jednak zawsze jego tryb i zasady oraz krąg uprawnionych podmiotów muszą mieć podstawę prawną. Dlatego sposób jej prowadzenia nie jest wewnętrzną sprawą placówki leczniczej.

**Formalny podział dokumentacji medycznej jest niezwykle istotny dla zrozumienia prawnych aspektów jej prowadzenia.** Pozwala zróżnicować dokumentację ze względu na jej zastosowanie i przeznaczenie. Rozporządzenie określa, jakie elementy musi zawierać każdy z rodzajów dokumentacji medycznej właściwej dla danego podmiotu leczniczego. Ma to istotne znaczenie w codziennej pracy. Zestawienie prowadzonej dokumentacji z wymogami rozporządzenia pozwala zweryfikować, czy dokumentacja nie zawiera braków, które mogą skutkować odpowiedzialnością związaną z niewłaściwym udokumentowaniem udzielonych świadczeń. Często nawet gotowe druki medyczne nie zawierają wszystkich niezbędnych danych i wymagają uzupełnienia o dodatkowe informacje.

## Prawnik NIPiP wyjaśnia Kompetencje zawodowe pielęgniarek, położnych - wykaz aktów prawnych

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) – akt prawny regulujący ogólny zakres kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej;
  2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. Nr 210, poz. 1540) – akt prawny określający szczegółowo zakres świadczeń zdrowotnych, które mogą być wykonywane przez pielęgniarkę, położną i pielęgniarkę systemu samodzielnie, bez zlecenia lekarza;
  3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2010, Nr 187, poz. 1259) – akt prawny, który określa czynności zawodowe, które są realizowane m.in. przez położną w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem;
  4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005, Nr 214, poz. 1816) – akt prawny, który określa m.in. zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
  5. Na podstawie upoważnienia wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 ze zm.) zostały wydane rozporządzenia Ministra Zdrowia określające zasady i organizację udzielania świadczeń gwarantowanych w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia, zakres zadań realizowanych przez pielęgniarki i położne w ramach udzielania ww. świadczeń gwarantowanych. Główne rozporządzenia Ministra Zdrowia regulujące ww. kwestie:
    - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2009, Nr 139, poz. 1139 ze zm.),
    - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2009, Nr 140, poz. 1147 ze zm.),
    - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2009, Nr 139, poz. 1138 ze zm.),
    - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2009, Nr 140, poz. 1143 ze zm.).
- Na podstawie upoważnienia wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostało wydane także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. z 2009, Nr 139, poz. 1133), które określa organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami oraz wskazuje na wymagane kwalifikacje i zadania pielęgniarki, położnej sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami;
6. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów – lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z 2012 r., poz. 631) – akt prawny określający zakres umiejętności, które nabywa absolwent studiów I i II stopnia na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo, które po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej może wykorzystywać we własnej praktyce zawodowej;
  7. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz.U. z 2004, Nr 125, poz. 1317 ze zm.) – akt prawny określający m.in. zakres zadań służby medycyny pracy, które są wykonywane przez pielęgniarki;
  8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2003, Nr 197, poz. 1922 ze zm.) – akt prawny określający m.in. umiejętności wynikowe (zakres kompetencji), które są nabywane przez pielęgniarki i położne po ukończonych szkoleniach specjalizacyjnych (specjalizacjach).

Należy także pamiętać, iż pielęgniarki, położne, które ukończyły poszczególne rodzaje szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych nabywają określone umiejętności, kompetencje zawodowe, wynikające z ramowych programów kształcenia określonych dla ww. rodzajów kształcenia. Ramowe programy kształcenia dla poszczególnych szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych są zamieszczone na stronie internetowej Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych: [www.ckppip.edu.pl](http://www.ckppip.edu.pl)

Stan prawny na dzień 25.10.2012 r.  
Przemysław Ośka  
asystent ds. prawnych w biurze NIPiP

Beata Gruzewska-licencjat pielęgniarstwa  
drIn.medMagdalenaKordylewska

## STANY NAGLE W LARYNGOLOGII WYMAGAJĄCE INTERWENCJI W RAMACH BLOKU OPERACYJNEGO

Wielkopolskie Centrum Onkologii Centralny Blok Operacyjny,

Wielkopolskie Centrum Onkologii Oddział Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej Poznań

Stany nagłe w onkologii to sytuacja, która pojawia się nagle, potencjalnie zagraża życiu pacjenta, a o powodzeniu interwencji decyduje jej wczesne rozpoznanie. Wskazane jest szybkie rozpoczęcie leczenia. Sytuacje takie związane mogą być z nowotworem na jakimś etapie choroby, z leczeniem, jakemu jest poddany w związku z tym, lub z objawami sytuacji, jednocześnie. Oceniając stan chorego powinniśmy uwzględnić rodzaj stwierdzonego zaburzenia, zaawansowanie choroby, podstawowe i rokowanie, co do przyszłości. Równie ważne jest występowanie schorzeń towarzyszących, przybicie, dotychczasowe leczenie (operacyjne, radioterapia, chemioterapia) i jego wpływ na stan chorego. Powinniśmy również pamiętać o woli chorego, podjętej przez niego decyzji, co do sposobu leczenia, jak również o możliwości porozumienia się z chorym w momencie wystąpienia stanu wymagającego naglej interwencji.

W laryngologii powodem naglej interwencji są duszność, krwawienie z guza, krwawienie w obrębie jamy pooperacyjnej. W konsekwencji wystąpić mogą nagła duszność krtaniowo-tchawicza, krwawienie z guza w obrębie jamy ustnej, gardła, krtani, krwawienie w obrębie pola operacyjnego, zlokalizowanego w jamie ustnej, gardle, krwawienie z krtani po zabiegach częściowej resekcji, z guzów w obrębie jamy nosa, zatok, części nosowej gardła, czy wręcz krwawienie w obrębie jamy pooperacyjnej na szyi. Chory taki wymaga w trybie naglej przewiezienia na blok operacyjny celem przeprowadzenia zabiegu ratującego życie. By zabieg mógł być przeprowadzony sprawnie, w bezpieczny dla niego sposób, blok operacyjny powinien spełniać określone wymagania. Są nimi: gotowość personelu pielęgniarskiego (pielęgniarek operacyjnych, pielęgniarki anesteziologicznej) i lekarskiego (laryngolog, anesteziolog), odpowiednie wyposażenie sali w instrumentarium, niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, leki, środki opatrunkowe. Ważna jest również sprawną współpracą z laboratorium. Przykładem sytuacji wymagającej takiej interwencji jest sprawną współpracą członków zespołu jest nagła duszność krtaniowo-tchawicza, wymagająca wykonania tracheotomii. Różnorodność warunków anatomicznych okolicy pola operacyjnego, zmian pooperacyjnych, popromiennych, konieczność udrożnienia dróg oddechowych w krótkim czasie stanowi wyzwanie dla całego zespołu. Najbardziej komfortową sytuacją jest wykonanie zabiegu u chorego, nie obciążonego z długą, szczupłą szyją. Niestety, najczęściej zabieg ten jest kolejnym zabiegiem w tej okolicy, niekiedy w polu operacyjnym zlokalizowany jest duży guz. Pierwszym problemem z jakim się spotykamy to możliwość lub braki współpracy z pacjentem. Stąd tak ważna rola zespołu anesteziologicznego – podanie tlenu przez cewnik donosowy, leków w spakujących, reagowanie na zmieniającą się sytuację w trakcie zabiegu. Kolejnym problemem jest odpowied-

nie ułożenie pacjenta, często konieczne jest utrzymanie pozycji siedzącej lub półsiedzącej. W sytuacjach krytycznych w takiej pozycji wykonywany jest zabieg. Stąd ważne jest sprawne działanie personelu pielęgniarskiego, pomoc w ułożeniu pacjenta, przygotowanie instrumentarium oraz sprzętu medycznego, instrumentowanie w ścisłej współpracy z zespołem operacyjnym, co związane jest z koniecznością szybkiej reakcji na zmieniającą się sytuację w polu operacyjnym, nietypowo często przebieg zabiegu. W momencie kiedy założymy rurkę tracheotomijną pacjent z aczyną oddechą, mogą pojawić się kolejne problemy, takie jak krwawienie z tkank w polu operacyjnym – z tarczycy, naczyń żylnych, często nie prawidłowym przebiegu, odma podskórna, zaburzenia oddychania. Wszystko to wymaga odpowiedniego zaopatrzenia, przed założeniem szwów opatrunku zabezpieczającego rurkę. Na tym etapie pojawiają się ważne elementy naszego postępowania – długość tasiemki, sposób jej zawiązania, ułożenie głowy i szyi podczas zabezpieczenia rurki opatrunku (należy pamiętać o przygięciu głowy). Wamunkiem sprawnego przeprowadzenia zabiegu są umiejętności organizacji, szybkość podejmowania decyzji, odporność na stres, wiedza oraz kwalifikacje zawodowe, umiejętność współpracy całego zespołu pielęgniarsko-lekarskiego.

Pośród prezentacji posterowych najlepszą w drodze głosowania wybrano prezentację Beaty Gruzewskiej (współautor M. Kordylewska) z Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu pt. „Stany nagłe w laryngologii wymagające interwencji w ramach bloku operacyjnego”.



XVI Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowej PSpO dla Pielęgniarek Onkologicznych w Trzebnawie 2012 rok  
Od lewej autorka prezentacji Beata Gruzewska

## Czy potrzebne są standardy w przygotowaniu sali operacyjnej do zabiegów endoskopowych zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki?

Autor: Danuta Lewandowska mgr pielęgniarstwa – Wielkopolskie Centrum Onkologii Poznań, Centralny Blok Operacyjny.

Współautorzy: Beata Szmiłowska – mgr pielęgniarstwa, Dorota Lang – licencjat pielęgniarstwa – Wielkopolskie Centrum Onkologii Poznań, Centralny Blok Operacyjny.

Zdobyte doświadczenie, poprzez wieloletnią pracę na bloku operacyjnym Wielkopolskiego Centrum Onkologii na stanowiskach pielęgniarek operacyjnych, pozwala nam przeanalizować przytoczony temat.

Poprzez słowo standard rozumiemy schemat postępowania oparty na podstawach teoretycznych. Jest to norma realizacji zadań profesjonalnej praktyki zawodowej, przy czym normy te są ustalane przez specjalistów z danej dziedziny i możliwe do zrealizowania w określonych warunkach sali operacyjnej. Standard jest szansą dla rozwoju pielęgniarstwa operacyjnego, przed którym stoją coraz większe wyzwania poprzez wprowadzanie nowych technik operacyjnych, co w praktyce zapewnia wysoką jakość i powtarzalność świadczonych usług. Standard służy również ocenie pracownika – może to być ocena wewnętrzna lub zewnętrzna.

Do prawidłowego przygotowania sali operacyjnej i sprawnego przebiegu operacji, pielęgniarki wykorzystują swoje kompetencje i doświadczenia. Ważna jest też dla nich możliwość dalszej edukacji, dla utrzymania aktualnego poziomu wiedzy i umiejętności oraz ich

pogłębiania, celem podnoszenia swoich kwalifikacji.

Przykładem konieczności stosowania standardów i ważności przestrzegania procedur są zabiegi endoskopowe zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki. Należy tutaj zwrócić uwagę na specyfikę pola operacyjnego (dostęp do zatok przynosowych przez nozdrza przednie jamy nosowej), co związane jest z koniecznością stosowania bardzo specjalistycznego sprzętu, którego podstawą jest tor wizyjny (w skład którego wchodzi: kamera, monitor, źródło światła, pompa ssąco-płuczająca).



Może też być potrzebna neuronawigacja (fot.2) używana przy zabiegach endoskopowych przedniego dołu czaszki. Specyficzne jest również instrumentarium używane przy zabiegach tego typu (fot.3).



Fot. 2



Fot. 3

Aby procedura tych zabiegów przebiegła sprawnie potrzebna jest wiedza personelu o wysoce specjalistycznych rozwiązaniach technicznych, przebiegu operacji, opiece nad instrumentarium oraz prowadzeniu dokumentacji.

Wprowadzając standaryzację stosujemy:

1. KRYTERIA STRUKTURY – wyjaśniają nam co jest potrzebne do realizacji zadania oraz warunki niezbędne do osiągnięcia celów zawartych w standardach.
2. KRYTERIA PROCESU – przedstawiają: kto, co i w jaki sposób będzie wykonywał oraz relacje zachodzące wewnątrz zespołu.
3. KRYTERIA WYNIKU – określają co osiągnęliśmy poprzez profesjonalne działania.

Zabiegi endoskopowe zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki można przeanalizować na podstawie wcześniej wymienionych kryteriów standaryzacji.

Ad.1 Rozważając kryteria struktury bierzemy pod uwagę: zasoby ludzkie, zasoby rzeczowe, organizację pracy.

- Bardzo ważne są kwalifikacje personelu sali operacyjnej, czyli zdobyte doświadczenie, wykształcenie oraz umiejętność zastosowania posiadanej wiedzy w praktyce.
- Mówiąc o zasobach rzeczowych mamy na myśli bazę lokalową bloku i jego wyposażenie, zapewniające komfort i bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu.
- Poza tym bardzo ważną jest odpowiednia organizacja pracy zespołu operacyjnego zgodna z procedurami.

Ad.2. Według standardu do prawidłowego przygotowania sali operacyjnej do zabiegu, wymagane są 2 osoby wykwalifikowane w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

- Pielęgniarki operacyjne sprawdzają gotowość sprzętu specjalistycznego używanego w trakcie zabiegu endoskopowego (np. tor wizyjny, endoskopy, sheyver, elektrokoagulacja), potrzebne instrumentarium (z oznaczoną ważnością sterylności) oraz potrzebny materiał opatrunkowy i dodatkowy.
- W tym momencie następuje podział obowiązków między pielęgniarkę operacyjną (asystującą do zabiegu) a pielęgniarkę pomagającą podczas zabiegu. Prawidłowy przepływ informacji pomiędzy nimi jest warunkiem owocnej współpracy.

Pielęgniarka operacyjna przygotowuje stół z narzędziami do zabiegu endoskopowego zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki. Są to m.in.: raspatory, pęsety, ssakówki, kleszczyki zatokowe, sondy itp. (fot.3). Jest to również sprzęt endoskopowy typu: światłowód, dren do pompy ssąco-płuczącej. Może to być też sprzęt o napędzie elektrycznym (np. sheyver). Pielęgniarka przygotowuje również potrzebne leki do stosowania miejscowego oraz materiały opatrunkowe (setony, gaziki, opatrunki wewnętrzne).

Dla pielęgniarki pomagającej, przygotowującej pacjenta do zabiegu bezpośrednio na sali operacyjnej, priorytetem jest troska o bezpieczeństwo pacjenta. Składa się na to odpowiednie ułożenie pacjenta, które zapewnia mu komfort a jednocześnie jest optymalnym ułożeniem do bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu endoskopowego.

Zabiegi endoskopowe zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki wykonywane są z użyciem endoskopów oraz specjalnie do tego przygotowanych narzędzi. Operator posługuje się nimi pod kontrolą toru wizyjnego. Prawidłowe działanie używanego sprzętu, jak i zapis przeprowadzanego zabiegu, wymaga prawidłowego połącze-

nia części sterylnych (endoskop, światłowód dren) z częścią niejaloną (kamera, źródło światła, pompa ssąco-płucząca). Poprzez urządzenie rejestrujące wprowadzamy dane identyfikujące pacjenta, nazwisko operatora, daną procedurę i wtedy można zapisać przebieg zabiegu w sposób ciągły lub wybiórczo „stop-klatka”.

Asystując do zabiegu pielęgniarka operacyjna bezpiecznie podaje i odbiera endoskop połączony z kamerą, ze źródłem światła i z drenem ssąco-płuczącym. Zapewnia to prawidłowe funkcjonowanie elementów mechanicznych potrzebnych do zabiegu endoskopowego zgodnie z życzeniami operatora.

Pielęgniarka operacyjna przekazuje materiał do badań histopatologicznych (może to być badanie ostateczne lub śródoperacyjne), podaje setony z lekami, które powodują obkurczenie błony śluzowej w obrębie pola operacyjnego i zmniejszenie krwawienia (tzw. anemizacja) a na zakończenie podaje opatrunki wewnętrzne.

Pielęgniarka pomagająca zabezpiecza odebrane preparaty, dołącza skierowanie na badania histopatologiczne i przekazuje je do zakładu histopatologii. Prowadzi również dokumentację medyczną w bloku operacyjnym dla danego pacjenta, uwzględniając rozliczenie materiałów medycznych użytych do tego zabiegu oraz wykaz osób odpowiedzialnych za poszczególne zadania.

Ad.3 Oceniając wykonane czynności należy stwierdzić, czy:

- przebiegły one zgodnie z procedurami obowiązującymi na bloku operacyjnym.
  - sprawne działanie całego zespołu sali operacyjnej umożliwiło przebieg operacji endoskopowej bez zbędnego wydłużania czasu jej trwania.
  - wykwalifikowany personel zwraca uwagę na ekonomiczne wykorzystanie materiałów operacyjnych i opatrunkowych.
  - pielęgniarki operacyjne działają zgodnie ze swoją wiedzą i doświadczeniem wpływają na usprawnienie przebiegu operacji.
- Skuteczność i wydajność w wyniku stosowania standardów jest ściśle związana z określonymi oczekiwaniami społecznymi (pacjent oczekuje szybkich, skutecznych i bezpiecznych interwencji, które pozwolą na czas rozpoznać, wyleczyć lub złagodzić objawy choroby), zawodowymi (pielęgniarki operacyjne poszukują potwierdzenia, że ich działania są zgodne z posiadaną wiedzą-wpływa to na komfort pracy i sprawnego przeprowadzania zabiegu, co może potwierdzić operator) oraz administracyjnymi (dyrekcja zakładu opieki zdrowotnej, finansująca świadczenia, oczekuje potwierdzenia, że zabiegi wykonywane są zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, potrzebami społecznymi i po umiarkowanych kosztach).

Poszczególne kryteria informują jak osiągnąć standard, dają gwarancję realizacji usług medycznych na najwyższym poziomie, są miernikami stosowania standardów (w pierwszym etapie - audyt wewnętrzny, w drugim etapie - audyt zewnętrzny).

Wprowadzenie standardów przy zabiegach endoskopowych zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki daje wiele możliwości:

- opisuje technikę wykonania zadania
  - określa organizację pracy kompetentnego personelu
  - poprawia warunki organizacyjne - techniczne
  - usprawnia działania medyczne dla osiągnięcia celu
  - wyznacza zakres odpowiedzialności zawodowej
  - monitoruje świadczone usługi dla poprawy ich jakości
  - warunkuje ubieganie się o akredytację oraz certyfikat ISO
  - jest powodem wzrostu konkurencyjności danej placówki
- Za stosowaniem standardów na sali operacyjnej przemawiają:
- względy społeczne – pacjenci coraz więcej wiedzą o swoich problemach zdrowotnych oraz sposobach leczenia.
  - względy polityczne – stosowanie standardów daje możliwość porównania skuteczności leczenia w różnych ośrodkach (miastach, województwach)
  - względy zawodowe – to usprawnienie pracy zespołu pielęgniarskiego, działającego w obrębie bloku operacyjnego, co umożliwia zastępowanie i wymianę personelu pomiędzy salami operacyjnymi.

Reasumując: standard jest niezbędnym wymogiem profesjonalnego działania pielęgniarskiego w warunkach sali operacyjnej. Daje on gwarancję zapewnienia świadczeń na wysokim poziomie. Wprowadzenie standardów uświadamia nam czym jest wysoka jakość pracy – daje możliwość obiektywnego porównania pracy poszczególnych zespołów.

Z powyższych rozważań wynika, że w przygotowaniu sali operacyjnej do zabiegów endoskopowych zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki, potrzebne są standardy praktyki pielęgniarstwa operacyjnego, które opisują zasady postępowania przy tego typu zabiegach. Zabiegi endoskopowe zatok przynosowych i przedniego dołu czaszki są przykładem potwierdzającym konieczność wprowadzania standardów i przestrzegania procedur w przygotowaniu sali operacyjnej i pacjenta do zabiegu oraz jego przeprowadzaniu i dokumentowaniu.

*Bibliografia u autorek.*

W dniu 27.11.2012 r. w siedzibie Okręgowej Izby w Poznaniu po raz kolejny odbyło się bezpłatne szkolenie tym razem dla położnych oraz pielęgniarek neonatologicznych pod wspólnym tytułem "Profilaktyka zakażeń w położnictwie i neonatologii".

Szkolenie odbyło się dzięki Firmom Medycznym. Schülke, JKT, Medisept oraz Greenpol.

Tematyka wykładów bezpośrednio dotyczyła pracy położnych na oddziałach położniczo-ginekologicznych oraz pielęgniarek na oddziałach neonatologicznych. Wykłady prowadzili :

- prof.dr hab.med. Krzysztof Drews z Kliniki Perinatologii i Chorób Kobietych U.M.w Poznaniu,
- prof.dr hab.med. Jerzy Szczapa z Kliniki Zakażeń Noworodka U.M.w Poznaniu,
- prof.dr hab.med. Iwona Mozer-Lisewska z Kliniki Chorób Zakaźnych U.M.w Poznaniu
- mgr Jolanta Sadek oraz mgr Małgorzata Pięt - wykładowcy z Wydziału Nauk o Zdrowiu z Katedry Zdrowia Matki i Dziecka U.M.w Poznaniu.

Mamy nadzieję, że informacje przekazane na szkoleniu będą przydatne w pracy zawodowej.

*Pozdrawiamy i zapraszamy na kolejne szkolenia organizowane przez Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych i OIPIP w Poznaniu mgr Marlena Majcherek i mgr Danuta Mańka*

**Wykład mgr Małgorzaty Pięt prezentowany w dniu 27.11.2012 r. na szkoleniu zorganizowanym przez Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych dla położnych i pielęgniarek neonatologicznych w OIPIP w Poznaniu.**

## „Zakażenia w położu”

Położem nazywamy okres rozpoczynający się w momencie wydalenia łożyska i trwający do 6 lub do 8 tygodnia po porodzie. Częstość występowania zakażeń wnikających przebieg położu w tym okresie, szacuje się pomiędzy 5 a 10% wszystkich porodów. Zakażenia położowe to wszystkie procesy chorobowe przebiegające z gorączką, które powstają wskutek zakażenia ran porodowych. Zakażenia położowe ze względu na drogę zakażenia, możemy podzielić na zakażenia endogenne tzn. zakażenie następuje drobnoustrojami saprofitycznymi, występującymi na sromie, w pochwie lub innych częściach ciała kobiety oraz zakażenia egzogenne, wywołane głównie florą mieszaną: tlenowce: E.coli, Proteus, Staphylococcus, Klebsiella, Pseudomonas, Streptococcus, beztlenowce: Peptostreptococcus, Bacterioides, Clostridia. Głównym i klinicznie mającym największe znaczenie objawem zakażenia w położu, jest gorączka. Gorączka położowa definiowana jest jako podwyższenie temperatury ciała równe lub przekraczające 38°C, w co najmniej 4 pomiarach, trwające przynajmniej przez dwa dni, w dowolnym okresie pierwszych dziesięciu dni po porodzie, z wyłączeniem pierwszych 24 godzin. Prawidłowa temperatura ciała w położu wynosi 36.5-37.2°C. Stan podgorączkowy 37.3-37.9°C, gorącz-

ka od 38°C. Pomijając dzień porodu i pierwszy dzień położu 80% położnic ma prawidłową temperaturę. Temperatura ciała 38°C i powyżej wskazuje na powikłania.

Do przyczyn podwyższonej temperatury ciała w położu zaliczamy: zakażenie rany krocza, zapalenie błony śluzowej macicy, zapalenie błony śluzowej i mięśnia macicy, zapalenie jajowodu, zapalenie otrzewnej, miednicy mniejszej, zapalenie przymocicz. Inne przyczyny podwyższonej temperatury ciała w położu poza narządem rodnym to przede wszystkim zakażenie dróg moczowych, odmiedniczkowe zapalenie nerek, zakrzepowe zapalenie żył, zakrzepica żył kończyn dolnych i/lub miednicy, zapalenie gruczołu piersiowego, wtórne gojenie się ran powłok. Najczęstsze zakażenie położowe to Endometritis puerperalis. Objawy: stany podgorączkowe, cuchnące odchody, często zatrzymanie odchodów (lochometra) w 4-7 dniu położu, zwolnienie inwolucji macicy, bolesność uciskowa, skąpe krwawienia. Leczenie obejmuje: spazmolityki, leki obkurczające macice, antybiotyki. Barwa odchodów położowych stanowi obraz stanu jamy macicy. Odchody zawierają liczne bakterie pochowe (gronkowce, paciorkowce, pałeczki okrężnicy, inne). Namnażanie się bakterii w odchodach następuje w 1-3 dniu położu. Zakażenia położowe

w praktyce klinicznej dzielimy na zakażenia miejscowe:

Zakażenie ran pochwy i krocza, oraz na zakażenia szerzące się przez błony śluzowe – endometrium > jajowód > jajnik > otrzewna, drogą chłonki – endometrium > przymocicza > omocicza > otrzewna, drogą naczyń krwionośnych > endometrium > myometrium > zakażenie uogólnione /posocznica położowa/. Miejscowe zakażenia położowe to zakażenie rany poporodowej np. zszytej rany po pęknięciu krocza, po episiotomii, w obrębie której dochodzi do obrzęku, zaczerwienienia, rozjeścia szwów i w rezultacie do powstania zlejącej rany. Objawy to: bolesny obrzęk sromu, podwyższenie temperatury ciała, rozjeście się lub zakażenie rany krocza.

Pomocne są okłady z lodu, celem zredukowania bólu obrzęku na 10-15 min, osuszanie rany po kąpieli lub podmyciu osuszanie suszarką do włosów, (letni strumień powietrza), stosowanie rękawiczek jednorazowych, napar z nagietka, kory dębu, arniki górskiej, roztwór chlorowodoru benzydaminu (działa przeciwbólowo, przeciwzapalnie, antyseptycznie, przez co zmniejsza możliwość nadkażenia rany i zapobiega infekcjom), ponowna operacja – rozcięcie zabliznienia i założenie nowych szwów. Rozjeście się lub zakażenie rany po cięciu cesarskim. Otwarcie i oczyszczenie rany, drenaż, odprowadzenie płynu z okolic rany, stosowanie środków odkażających, podbudzających ziarninowanie, ponowne zszycie. Zalecenia dla pacjentki: zakaz gwałtownych ruchów mogących powodować nadmierne napięcie mięśni, podtrzymywanie brzegów rany w czasie kaszlu, dieta bogata w białko i witami-

ny. Higiena rąk – mycie po każdej zmianie opatrunku i po każdym skorzystaniu z toalety.

Posocznica połogowa. Rozwija się, gdy w związku z porodem lub poronieniem w organizmie wytworzyło się ognisko posocznicy, z którego stale lgną z przerwami uwalniane są do krążenia bakterie chorobotwórcze, a w przebiegu choroby dominują kliniczne następstwa tego zjawiska, nie zaś objawy miejscowego procesu. Posocznica połogowa objawy: wysoka gorączka ponad 39°C – septyczna, dreszcze, tachykardia 130-160/min, tachypnoe, pobudzenie ruchowe, sinica, zaburzenia świadomości, morfologia leukocytowa 20-30 x 10<sup>9</sup>/l, Hb-9g%, trombocytopenia, laboratoryjne wykładniki DIC.

Choroba zakrzepowa w połogu. Zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych kończyn dolnych – objawy: ból i stwardnienie w przebiegu żyłaka, zaczerwienienie i wzmożone ucieplenie skóry nad zmienionym naczyniem, obrzęk kończyny, wzrost temperatury ciała, przyspieszenie tętna. Zakrzepowe zapalenie żył głębokich kończyn dolnych – objawy: obrzęk kończyny (pomiar obwodów -2-5 cm różnicy), bolesność uciskowa (objaw Homansa), poszerzenie żył powierzchownych, wzmożone ucieplenie skóry, zaczerwienienie kończyny (błady lub sinicy bolesny obrzęk kończyny – całkowite zamknięcie żyły udowej), gorączka, tachykardia. Zakrzepowe zapalenie żył miednicy małej – objawy: ubogie lub bezobjawowe, gorączka typu septycznego i bolesność w czasie badania wewnętrzne. Zakrzepowe zapalenie żył w połogu – leczenie: wysoka elewacja kończyny – ułatwia odpływ krwi i zmniejsza obrzęk, pończochy uciskowe lub bandażowanie kończyn, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, antybiotyki, antykoagulanty – heparyna. Uwagi dotyczące klinicznego przebiegu połogu. Bóle głowy w okolicy czołowej są swoiste dla zatrzymania odchodów. Bóle w podbrzuszu mogą wskazywać na skurcze poporodowe macicy, ale również na zapalenie błony śluzowej macicy. Bóle po bokach podbrzusza sugerują zapalenie przydatków.

Połogowe zapalenie piersi w 90% jest wywołane przez gronkowca złocistego z jamy nosowogardłowej noworodka. Wyróżniamy trzy formy zapalenia – śródmiąższowe (cellulitis), miąższowe (adenitis) oraz ropień piersi. Czynniki sprzyjające to przede wszystkim maceracja i pęknięcia brodawki, zastój pokarmu. Objawy: złe samopoczucie, ból, zaczerwienienie, obrzęk (jednej piersi), gorączka, nadmierne pocenie, ropna wydzielina z kanałów mlekowych. Leczenie: antybiotykoterapia,

opróżnianie gruczołów piersiowych, leczenie chirurgiczne. Profilaktyka: zabezpieczenie przed uszkodzeniem brodawek, niedopuszczenie do zastój pokarmu, higiena w połogu. Przyczyny stanu zapalnego piersi mogą być złożone związane z nieprawidłową techniką karmienia, ograniczeniem częstotliwości karmienia, słabego opróżniania piersi ze strony dziecka, nadmierne rozbudzonej laktacji, uszkodzenia brodawek, pominięcia karmień, przebytych zapaleń piersi. Czas i długość karmienia nie ma wpływu. Początek zapalenia rozpoczyna się od zastój pokarmu w przewodach i pęcherzykach mlecznych. Wzrost ciśnienia powoduje cieńczenie ścian przewodów tak, że najmniejsze cząsteczki spośród składników pokarmu połączenia pomiędzy komórkami nabłonka i przedostają do tkanek zębę. Tkanki odpowiadają napływem mediatorów zapalenia, a to powoduje miejscowy obrzęk, ból, zaczerwienienie, wzmożone ucieplenie, a także odpowiedź ze strony całego organizmu, wzrostem temperatury tętna. Dłużej trwający zastój pokarmu daje szansę na wzrost bakteriom. Uszkodzenie połączeń w nabłonku przewodów mlecznych jest trwałe, stąd nawroty i ryzyko ponownego zapalenia. Połogowe zapalenie piersi dotyka od 1,4% do 8,9% karmiących matek. Gdy leczenie rozpocznie się w czasie 24 godzin od wystąpienia jest to schorzenie o łagodnym przebiegu trwające zwykle jeden, dwa dni. Gdy rozpoczęcie leczenia się opóźnia, zwiększa się ryzyko wystąpienia wielu powikłań – zapalenie może przybrać przewlekłą lub nawrotową postać i rozwinąć się może ropień piersi (od 8 do 66% przypadków). Różnicowanie bólu związany z uszkodzeniem lub bolesnością brodawek zwykle ograniczony jest do okolicy brodawek, nasila się w czasie karmienia i ustępuje pomiędzy karmieniami. Zmiany zazwyczaj widoczne są na brodawkach i nie ma gorączki. U kobiet z zablokowaniem przewodu mlecznego na szczycie brodawki zwykle widoczna jest biała plamka, a odpowiadający mu segment piersi jest twardy i tkliwy, ale nie jest ani zaczerwieniony, ani nadmierne ucieplony. Kobieta nie ma gorączki. Stan zapalny raka piersi rzadko jest przyczyną gorączki i nie poddaje się leczeniu.

Postępowanie karmienia rozpoczynamy chorą piersią najlepiej co dwie godziny i odpowiednio długo (w tym czasie zdrową pierś opróżniamy laktatorem lub ręcznie), stosowanie zmiany pozycji dziecka do karmienia najlepiej jeśli nosi bródka dziecka są od strony zapalenia, można przykładać zimne okłady po karmieniach, zwiększamy

przyjmowanie płynów, odpoczynek w łóżku, wskazana pomoc w domu. Leczenie: Niesterydowe leki przeciwpalne np. ibuprofen-200-400mg/dawkę co 6 godzin na dobę, leki przeciwgorączkowe paracetamol – 500mg-1g/dawkę co 4-6 max 4g na dobę, w bakteryjnym zapaleniu wprowadzamy antybiotyki – na zlecenie lekarza. Jeśli w ciągu 48 godzin nie ma poprawy lub nastąpił nawrót zapalenia, konieczne jest zlecenie posiewu z mleka a także zalecana jest zmiana antybiotyku. Nie wolno ugniatać i forsownie masować piersi oraz stosować gorących kompresów! Ropień piersi powstaje wtedy, gdy zakażone miejsce zostanie odgraniczone. Antybiotyki nie mogą przenikać do powstałej torbieli wypełnionej ropą i obowiązkowo staje się chirurgiczne zdrenowanie ropnia.

Poranione brodawki mogą czasem ulec zakażeniu bakteryjnemu, w tym przypadku stosujemy leczenie maścią Bactroban – jest dobrym antybiotykiem do użytku zewnętrznego na chorą skórę. Dotkliwy, uporczywy ból brodawek, dający uczucie palenia lub pieczenia, określane przez kobiety jako palący ból w piersiach lub określane jak wbijanie kawałka rozbitego szkła, może być powodowany zakażeniem grzybiczym, które z kolei wywołuje u dziecka pleśniawki (dziecko mające pleśniawki zaraża matkę). Przyczyną grzybiczy może być np. przyjmowanie antybiotyku przez matkę lub przeniesienie z innych partii ciała, oraz zakażenie od innych członków rodziny. Leczenie polega na równoczesnym podawaniu matce i dziecku środków przeciwgrzybiczych. Po każdym karmieniu chore miejsce usta dziecka i brodawkę – smarujemy Nystatyną, tak aby nie dochodziło do wzajemnego zakażenia. Zakażenie grzybicze podejrzewamy również wtedy, gdy bolesność brodawki utrzymuje się dłużej, nawet kilka tygodni a wizualnie brodawka nie wykazuje zmian. W prawidłowym postępowaniu wymagana jest szczególna higiena dotycząca całej rodziny – jest to praktycznie reżim sanitarny, wszystkie przedmioty muszą być starannie myte, smoczkę, butelki wyparzone, ręczniki używamy tylko raz, w wilgotnym środowisku łatwo o rozwój i namnażanie grzybków.

mgr Małgorzata Pięt  
Wykładowca z Wydziału Nauk  
o Zdrowiu z Katedry Zdrowia Matki i Dziecka  
U.M. w Poznaniu

## Pozycja pielęgniarek i położnych w Polsce w kontekście wypełniania przez pielęgniarki i położne wymogów Unii Europejskiej.

W reprezentatywnym sondażu „Reader,s Digest” z grudnia 2011 roku zaprezentowano wyniki ankiety zawodów największego zaufania społecznego przeprowadzoną w 16 krajach na bazie 33 tysięcy osób. Za zawody najbardziej godne zaufania na pierwszym miejscu uznano strażaków – 95%, drugim pielęgniarki i położne oraz pilotów – 92%, na trzecim umieszczono farmaceutów – 86%. Natomiast księży i pastorów zaufaniem obdarza 39% respondentów. 29% pytanym wyraża zaufanie do dziennikarzy. Na ostatnim miejscu zawodów zaufania społecznego znaleźli się politycy z 7% poparcia społecznego.

Wyniki sondażu nie są zaskakujące, gdyż podobne tendencje obserwuje się od lat. Zdziwieniem napawa fakt umieszczenia przez tak dużą grupę badanych na ostatnim miejscu polityków a na jednym z ostatnich dziennikarzy, czyli ludzi mający olbrzymi wpływ na życie społeczeństw i funkcje zawodowe wielu branż. **Zauważyć też można, że mimo drugiego miejsca zajętego przez pielęgniarki i położne nie przekłada to się na wynagrodzenie proponowane pielęgniarkom i położnym przez pracodawców – i tych publicznych i w spółkach prawa handlowego (prosimy porównać wynagrodzenia**

polityków krajowych i europejskich oraz samorządowców). Zastanawiać powinno również podejmowanie opinii i prezentowanie własnych osądów przez dziennikarzy, jednych z ostatnich w sondażu umieszczonych przez respondentów.

Jednocześnie polskie pielęgniarki i położne są zobligowane do podnoszenia swoich kwalifikacji wypełniając dyrektywy Unii Europejskiej szkoląc się i kończąc specjalistyczne kursy. Ważnym argumentem jest fakt, że w zdecydowanej większości pielęgniarki i położne same opłacają w całości lub częściach koszty tych szkoleń. I tu znowu należy nawiązać do sondażu – grupa polityków także z UE z 7% zaufaniem społecznym decyduje o życiu zawodowym pielęgniarek i położnych mających poparcie na poziomie 92%. Jednak to politycy i urzędnicy określają w dyrektywach jakie kursy lub szkolenia muszą ukończyć pielęgniarki i położne aby móc wykonywać swój zawód np. Rozp. MZ z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą mimo, że zdecydowana większość z nich posiada wyższe wykształcenie. **Praktycznie aby polska pielęgniarka i położna mogła wykonywać swój zawód, musi dodatkowo ukoń-**

**czyć szkolenia i kursy dające im uprawnienia.**

Firm szkolących i dających uprawnienia jest w Polsce wiele, także Okręgowe Izby. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu realizuje zadania zapisane w ustawie o zawodach pielęgniarek i położnych z 15 lipca z 2011r. a zwłaszcza w rozdziale 6 tej ustawy. System przygotowywania kursów, szkoleń i specjalizacji w Okręgowej Izbie stoi na wysokim poziomie i pozwala pielęgniarkom na uzyskanie niezbędnych uprawnień. **Ważnym ułatwieniem dedykowanym członkom Izby jest częściowy zwrot kosztów za dokształcanie (Regulamin Refundacji) bez względu na organizatora.** W tabeli nr.1 przedłożono nazwy kursów i szkoleń organizowanych przez OIPIP w Poznaniu i przeprowadzonych w latach 2010-2012, liczbę edycji i uczestników.

Lepsze samopoczucie oraz zapal do powiększenia własnych kwalifikacji daje nam poczucie wielkiego poparcia społecznego oraz satysfakcja pacjentów. Mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości przełoży się to na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

*Dział merytoryczny  
Małgorzata Nosal  
Teresa Wiśniewska*

Lp.	Nazwa specjalizacji, szkolenia lub kursu	2010		2011		2012	
		Liczba edycji	Liczba uczestników	Liczba edycji	Liczba uczestników	Liczba edycji	Liczba uczestników
1.	Kurs specjalistyczny/Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	4	74	2	43	3	91
2.	Kurs specjalistyczny/Szczepienia ochronne noworodka dla położnych	2	14	2	18	1	14
3.	Kurs specjalistyczny/Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych	3	81	3	70	3	76
4.	Kurs specjalistyczny/Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych	3	81	3	73	4	114
5.	Kurs specjalistyczny/wykonania konikopunkcji, odbarczenia odmy przeźnej oraz wykonania dojścia do szpikowego	-	-	-	-	1	20
6.	Kurs specjalistyczny/Resuscytacja krążeniowo-oddechowa i Kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek (pakiet)	-	-	1	35	-	-
7.	Kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek	-	-	-	-	1	33
8.	Kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	-	-	1	28	2	64
Razem		12	250	12	267	15	412

## SZKOLENIA PODYPLOMOWE DO REALIZACJI W 2013r.

Lp.	Nazwa kursu	Planowane terminy rozpoczęcia	Liczba uczestników	Koszt szkolenia	
				1*	2*
1.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek”	III/IV 2013	30	3200 zł	5200 zł
2.	Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki”	I 2013 IX 2013	25-30	975 zł	1875 zł
3.	Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo ratunkowe” + Kurs specjalistyczny „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” - PAKIET	Po przetargu ogłoszonym przez MZ	35	możliwe dofinansowanie ze środków unijnych	
4.	Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej”	VIII 2013	30	850 zł	1700 zł
5.	Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa”	III 2013 X 2013	25-30	375 zł	625 zł
6.	Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”	II 2013 IX 2013	25-30	250 zł	500 zł
7.	Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek „Szczepienia ochronne”	III 2013 X 2013	25-30	250 zł	500 zł
8.	Kurs specjalistyczny dla położnych „Szczepienia ochronne noworodka”	X 2013	25-30	250 zł	500 zł
9.	Kurs specjalistyczny „Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia do szpikowego” dla pielęgniarek systemu (tj. pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii lub pielęgniarek posiadających ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii ratunkowej	Po przetargu ogłoszonym przez MZ		możliwe dofinansowanie ze środków unijnych	

\* Koszt szkolenia dla pielęgniarki / położnej, która jest członkiem OIPIP w Poznaniu i opłaca minimum 3 lata regularnie składkę członkowską. Kwota nie będzie podlegała refundacji.

\*\* Koszt kursu dla pielęgniarki / położnej, która nie jest członkiem OIPIP w Poznaniu, bądź opłaca składkę krócej niż 3 lata, bądź opłatę wnosi pracodawca.

Są to przewidywane terminy szkoleń, które mogą ulec zmianie.

## SZKOLENIE Z EFS

29 listopada 2012 roku zakończył się kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego, edycja II, realizowany w ramach Projektu Systemowego „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego” – współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki



Uczestnicy II edycji w trakcie egzaminu

Uczestnikami kursu były pielęgniarki i pielęgniarze z naszego województwa jak również spoza.

Zajęcia trwały od 13 lipca do 29 listopada 2012r były bardzo urozmaicone, prowadzone przez wysoko wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną, w miłej atmosferze.

Egzamin zdało 33 uczestników kursu. Wszystkim koleżankom i kolegom raz jeszcze serdecznie gratulujemy i życzymy sukcesów zawodowych.

Dział merytoryczny  
Małgorzata Nosal  
Teresa Wiśniewska

## Spotkanie noworoczne pielęgniarek i położnych – emerytek i rencistek



### 7 Styczeń 2013r.

Tradycyjnie, od wielu lat do siedziby OIPIP 1a Spotkanie Noworoczne przybyły licznie nasze znakomite Koleżanki – Pielęgniarki i Położne, które już zakończyły swoją pracę zawodową, ale nadal aktywnie uczestniczą w życiu naszego samorządu zawodowego i zasilają go często swoimi pomysłami.



Panie zasiadły przy wspólnym stole, świątecznie udekorowanym i jak przystało na ten czas radośnie kolegdowały. To jakże szacowne Grono, które tak naprawdę w takim składzie widuje się raz w roku świetnie się bawiło, wspominając czasy swojej aktywności zawodowej w różnych obszarach pielęgniarstwa. Panie prowadziły rozmowy na różne, ale jednak bardzo bliskie sobie tematy.

W spotkaniu tym na zaproszenie Przewodniczącej Komisji Socjalnej p. Ireny Skrzypczak udział wzięła Przewodnicząca ORPIP p. Teresa Kruczkowska, która przywitała wszystkie obecne na spotkaniu pielęgniarki i położne, życząc im zdrowia i samych miłych chwil w Nowym Roku.

Opracowała  
J. Plens-Gałęska



Na rynku wydawniczym ukazała się książka „Przewlekłe chory w domu. Gdzie szukać pomocy?” wydana przez Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012.

Autorkami owej publikacji są pielęgniarki mgr Dorota Czajka i mgr Beata Czekala z Pielęgniarskiego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej Panaceum z siedzibą w Luboniu.

Od auterek:

„Zauważając deficyt wiedzy, jak i dezorientację naszych podopiecznych i ich rodzin w poruszaniu się w systemie opieki zdrowotnej, opieki społecznej, organizacji, instytucji pomocnych w opiece nad osobą chorą i niesamodzielną w jej miejscu zamieszkania napisaliśmy w/w poradnik. Często jest on pomocą również nam, pracownikom ochrony zdrowia.”

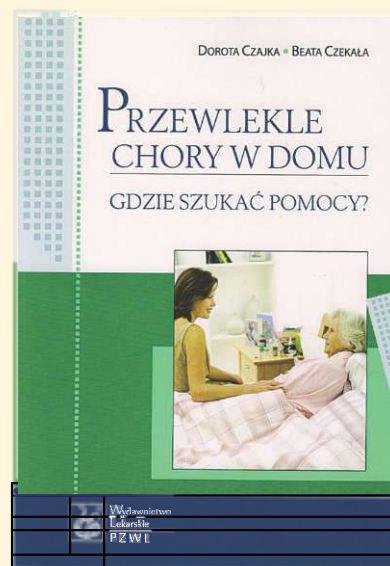
Linki księgarni internetowych, gdzie można nabyć publikację.  
[http://www.wydawnictwopzwl.pl/ksiegarnia/dla\\_pielgniarek/nauki-kierunkowe/geriatria/prd,przewlekle-chory-w-domu,rid,10796.html](http://www.wydawnictwopzwl.pl/ksiegarnia/dla_pielgniarek/nauki-kierunkowe/geriatria/prd,przewlekle-chory-w-domu,rid,10796.html)

[http://www.ksiegarnia-medyczna.com.pl/ksiazka,medyczna,przewlekle\\_chory\\_w\\_domu\\_gdzie\\_szukac\\_pomocy\\_czajka\\_dorota\\_czekala\\_beata\\_20023014.html](http://www.ksiegarnia-medyczna.com.pl/ksiazka,medyczna,przewlekle_chory_w_domu_gdzie_szukac_pomocy_czajka_dorota_czekala_beata_20023014.html)

<http://medbook.com.pl/ksiazka/pokaz/id/11433/tytul/przewlekle-chory-w-domu-gdzie-szukac-pomocy-czajka-czekala-wydawnictwo-lekarskie-pzwl>

<http://www.ksiegmed.pl/ksiazki/medyczne/pielgniarstwo/11274/>

Z poważaniem, mgr Dorota Czajka, mgr Beata Czekala, Panaceum





## WYDARZENIA

od 1.12.2012r. do 20.01.2013r.

**3-5.12.12r.** – Przewodnicząca i Wiceprzewodniczący uczestniczyli w posiedzeniu Naczelnej Rady oraz Komisji Prawa i Legislacji i Komisji Kształcenia działających przy NRPIP.



**3.12.2012r.** – Egzamin kończący kurs specjalistyczny Resuscytacja Krążeniowo – Oddechowa, w której uczestniczyło 26 osób.



– Egzamin kończący kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG”, w którym uczestniczyło 25 osób.

**6.12.12r.** – Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiskowo - Rodzinnych.



**7.12.2012r.** – Przewodnicząca reprezentowała Samorząd na Konferencji Naukowej „Organizacje świadczące usługi medyczne a problem mobingu i dyskryminacji w zatrudnieniu”, która odbyła się w Szpitalu w Puszczykowie, a organizowana przez Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu.

**10.12.2012r** – Posiedzenie Prezydium ORPiP, na którym podjęto 17 Uchwał/dostępne na stronie internetowej OIPIP/

**11.12.2012r.** – W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie dla pielęgniarek w ramach projektu „Taki mały a VIP”.

– Posiedzenie Komisji Socjalnej, na którym przyznano zapomogi dla 9 osób na łączną kwotę 13 400 złotych.



– Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego,

– Komisji Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych, Komisji Polityki Szpitalnej oraz Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania.



– Zakończenie Kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne noworodka” dla położnych, w którym udział wzięło 14 położnych.

**12.12.2012r.** – W siedzibie OIPIP odbyło się kwartalne spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli, które prowadzili: Teresa Kruczkowska i Tomasz Kaczmarek połączone ze szkoleniem na temat otyłości wśród dzieci, przygotowane i poprowadzone przez p. B. Glapę i p. M. Nosal.

**13.12.2012r.** – W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie dla położnych w ramach projektu „Taki mały a VIP”.

**14.12.2012r.** – T. Kruczkowska brała udział w posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala Klinicznego im. Prze-

mienienia Pańskiego, T. Kaczmarek w Szpitalu Klinicznym im. Johnschera, W. Morek w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego oraz J. Woźniak w Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu.

**15.12.2012r.** – Przewodnicząca uczestniczyła w Uroczystym Otwarceniu Sali Ziemi na terenie MTP.

**17.12.2012r.** – Spotkanie Pielęgniarek Środowiskowo - Rodzinnych i Pielęgniarek Opieki Paliatywnej z Konsultantami Wojewódzkimi p. M. Stachowską i p. A. Głolwacką.

**18.12.2012r.** – Posiedzenie Komisji Etyki.

– Uroczyste Posiedzenie ORPiP, na którym podjęto 29 Uchwał, (dostępne na stronie internetowej OIPIP).



**19.12.2012r.** – Spotkanie Zespołu Opieki Długoterminowej

**28.12.2012r.** Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania z p. K. Knasiecką z WOW NFZ /notatka informacyjna ze spotkania dostępna na stronie internetowej OIPIP w zakładce „aktualności”/.

**3.01.2013r.** – Spotkanie Zespołu Położnych Środowiskowych

– Posiedzenie Prezydium ORPiP, na którym pojęto 13 Uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPIP/

**4.01.2013r.** – Przewodnicząca uczestniczyła w spotkaniu noworocznym organizowanym przez Prezydenta Miasta Poznania w CK Zamek, na którym nagrodzono prof. Jacka Łuczaka „Złotą Pieczęcią Miasta”.

**7.01.2013r.** – T. Kruczkowska brała udział w spotkaniu świąteczno-noworocznym na zaproszenie Arcybiskupa St. Gądeckiego w Muzeum Archidiecezji Poznańskiej.

**8.01.2013r.** – Posiedzenie Komisji Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego. Przyznano refundację kosztów na kwotę 142 136 złotych dla 145 osób.

**10.01.2013r.** – Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, na którym omówiono wstępnie sprawy związane z organizacją konferencji wiosennej.

**11.01.2013r.** – Rozpoczęła się IV edycja kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki”

dla pielęgniarek, zorganizowanego przez OIPIP w którym uczestniczą 33 osoby.



**14.01.2013r.** – Posiedzenie Komisji Socjalnej, w czasie którego rozpatrzone pozytywnie 5 wniosków na łączną kwotę 5 600 złotych.

**15.01.2013r.** – Posiedzenie Komisji Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, na którym przyznano refundację na ogólną kwotę 55 784 złote dla 121 osób.

– Posiedzenie Komisji Rewizyjnej,  
– Komisji Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych oraz Komisji Polityki Szpitalnej.



**16.01.2013r.** – Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po przerwie w wykonywaniu zawodu. Wydano 3 zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu,

a 2 osoby skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki/położnej.

– Przewodnicząca i Wiceprzewodniczący uczestniczyli w Nadzwyczajnym posiedzeniu NRPIP, gdzie głównym tematem było omówienie treści rozporządzenia MZ z dnia 28.12.2012r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W spotkaniu uczestniczyli też zaproszeni przedstawiciele ministerstwa – p. A. Sopiński, p. J. Skolimowska i p. K. Chlebus.

**16.01.2013r.** – T. Kruczkowska uczestniczyła w uroczystej Gali XIII Edycji Konkursu Sukces Roku 2012 w Ochronie Zdrowia - Liderzy Medycyny

**17.01.2013r.** – W siedzibie OIPIP odbyło się Uroczyste Spotkanie Noworoczne Pielęgniarek i Położnych Emerytek i Rencistek.

– Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiskowo- Rodzinnych połączone ze szkoleniem organizowanym przez Firmę Nutrica.

**17.01.2013r.** – Wiceprzewodniczący ORPiP T. Kaczmarek wziął udział w posiedzeniu Konwentu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Gnieźnie

Opracowała: J. Plens-Gałaska

## PROTOKOŁY POSIEDZEŃ KOMISJI DS. REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Z DNIA 09 STYCZNIA 2012R.

- Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
  - 35 wniosków dotyczących kursów kwalifikacyjnych, na ogólną kwotę 34 460 zł (słownie: trzydzieści cztery tysiące czterysta sześćdziesiąt złotych),
  - 24 wnioski dotyczące kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 6 215 zł (słownie: sześć tysięcy dwieście piętnaście złotych),
  - 14 wniosków dotyczących szkoleń, konferencji, zjazdów, na ogólną kwotę 3 136 zł (słownie: trzy tysiące sto trzydzieści sześć złotych),
  - 3 wnioski dotyczące kursów doszkalających, na ogólną kwotę 234 zł (słownie: dwieście trzydzieści cztery złote),
  - 2 wnioski dotyczące studiów magisterskich, na ogólną kwotę 2 688 zł (słownie: dwa tysiące sześćset osiemdziesiąt osiem tysięcy),
  - 1 wniosek dotyczący studiów podyplomowych, na kwotę 100 zł (słownie: sto złotych),
  - 17 wniosków dotyczących egzaminów państwowych, na ogólną kwotę 4 264,50 zł (słownie: cztery tysiące dwieście sześćdziesiąt cztery złote pięćdziesiąt groszy),
  - 29 wniosków dotyczących specjalizacji, na ogólną kwotę 25 027 zł (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy dwadzieścia siedem złotych).
- Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 125 wniosków na ogólną kwotę 76 124,50 zł (słownie: siedemdziesiąt sześć tysięcy sto dwadzieścia cztery złote pięćdziesiąt groszy).
- Komisja rozpatrzyła negatywnie 3 wnioski pielęgniarskie z przyczyn regulaminowych.

Z DNIA 15 STYCZNIA 2012R.

- Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
  - 4 wnioski dotyczące studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na kwotę 7 200 0 zł (słownie: siedem tysięcy dwieście złotych),
  - 2 wnioski dotyczące studiów licencyjnych na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na ogólną kwotę 2 000 zł (słownie: dwa tysiące złotych),
  - 3 wnioski dotyczące studiów podyplomowych, na kwotę 2 400 zł (słownie: dwa tysiące czterysta złotych),
  - 25 wniosków dotyczących specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na ogólną kwotę 20 436 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy czterysta trzydzieści sześć złotych),
  - 8 wniosków dotyczących kursów kwalifikacyjnych, na ogólną kwotę 7 040 zł (słownie: siedem tysięcy czterdzieści złotych),
  - 74 wnioski dotyczące kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 16 150 zł (słownie: szesnaście tysięcy sto pięćdziesiąt złotych),
  - 5 wniosków dotyczących kursów doszkalających, na ogólną kwotę 558 zł (słownie: pięćset pięćdziesiąt osiem złotych).
- Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 121 wniosków na ogólną kwotę 55 784 zł (słownie: pięćdziesiąt pięć tysięcy siedemset osiemdziesiąt cztery złote).
- Komisja rozpatrzyła negatywnie 1 wniosek z przyczyn regulaminowych.

Przewodnicząca Komisji:  
Iwona Pawlicka

Członkowie Komisji:  
Grazyna Adamska-Galemba  
Tomasz Kaczmarek  
Ariela Luczak  
Wiesław Morek  
Jolanta Henka  
Janusz Woźniak

## Składka członkowska

Zgodnie z Uchwałą Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7.12.2011r. w sprawie wysokości **składki członkowskiej** oraz zasad jej podziału kwota składki członkowskiej na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek (z wyłączeniem zatrudnienia na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego, emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego), w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych

wynosi od dnia 01.01.2013r.  
38,75 zł miesięcznie

tj. 1 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w czwartym kwartale 2012r. – Obwieszczenie Prezesa GUS z dnia 18.01.2013r.

Jednocześnie informuję, że zmianie ulegają opłaty związane z wpisem do rejestru OPIP podmiotów zamierzających wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

i wynoszą od dnia 01.01.2013r.  
224 zł

(tj. 6 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku),

oraz opłaty związane z wpisem do rejestru pielęgniarek i położnych zamierzających wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej

i wynoszą od dnia 01.01.2013r.  
75 zł

(tj. 2 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku).

Skarbnik ORPIP w Poznaniu  
Wiesław Morek

### Redakcja Biuletynu

**Zespół Redakcyjny:** Tomasz Kaczmarek, Teresa Kruczkowska, Jolanta Plens-Gałąska, Wiesław Morek, Teresa Wiśniewska  
**Korekta:** Teresa Wiśniewska  
**Wydawca:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu. Wszystkie materiały są objęte prawem autorskim. Przedruk materiałów w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody jest zabroniony. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania dostarczonych materiałów.  
**Nakład:** 3500 egz. **Data wydania:** 13 lutego 2013r. **Wirtualne wydanie Biuletynu:** www.oipip-poznan.pl  
**Skład i lamowanie:** I&M Studio, ul. F. Skarbka 31, 60-348 Poznań, tel. 618614181, e-mail: iim-studio@post.pl;



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



## ZAPRASZAMY NA KURSY KWALIFIKACYJNE: „PIELĘGNIARSTWO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ” „PIELĘGNIARSTWO RODZINNE”

w ramach projektu

„ Nowe szanse niepublicznej służby zdrowia Wielkopolski”  
nr **POKL.08.01.01-30-184/12**

**Instytucja Wdrażająca:** Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu

**Realizator projektu:** SIS-CO Artur Dębiński ul. Kluczborska 33/36, 31-271 Kraków

**Organizatorzy kształcenia:** REDLENS SP. J.

**Rekrutacja do projektu:** od stycznia do maja (włącznie) 2013 r.

**Realizacja:** od końca marca do sierpnia 2013 r. (I edycja) oraz od czerwca do listopada 2013 (II edycja)

Planowane miejsca realizacji zajęć: **Piła, Konin, Poznań, Kalisz**

### Koszt udziału w kursie: **BEZPŁATNY**

1. Projekt skierowany jest do mikro i małych przedsiębiorstw i ich pracowników z obszaru województwa wielkopolskiego.
2. Beneficjentem Ostatecznym projektu może być przedsiębiorca, który:
  - a. posiada status mikro lub małego przedsiębiorstwa w rozumieniu rozporządzenia Komisji (WE)Nr 800/2008 oraz Zalecenia Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikro, małych i średnich przedsiębiorstw,
  - b. prowadzi działalność w branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna – PKD 2007 : Sekcja Q, Dział 86-88,
  - c. jest **Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej lub indywidualną/ grupową praktyką pielęgniarek,**
  - d. kwalifikuje się do pomocy *de minimis*,
  - e. posiada jednostkę organizacyjną na obszarze województwa wielkopolskiego
3. Uczestnikiem projektu może być osoba, która:
  - a. została oddelegowana na szkolenie przez Beneficjenta Ostatecznego (Przedsiębiorcę),
  - b. jest pracownikiem (Definicje - pkt 6 regulaminu),
  - c. uczy się, pracuje lub zamieszkuje na terenie województwa wielkopolskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego,
  - d. posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
  - e. posiada co najmniej 6 miesięczny staż pracy.

Więcej informacji o projekcie na stronie [www.kadrymedyczne.pl](http://www.kadrymedyczne.pl)

Kontakt pod nr tel. **500 176 854** lub drogą e-mail: [rekrutacja@sis-co.pl](mailto:rekrutacja@sis-co.pl) fax: **123981995**

*Kursy prowadzone będą na podstawie ramowych programów opracowanych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z ustawą z dn. 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z tą ustawą kursy zakończą się egzaminem, dającym uprawnienia do wykonywania czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych – zgodnie z dziedziną kursu*

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

# Pielęgniarki i pielęgniarze Prywatnej Lecznicy „Certus”

W obiektywie



**Henryka Terlecka (z prawej) - Pielęgniarka Oddziałowa Działu Anestezjologii oraz Małgorzata Michalska (z lewej) - pielęgniarka instrumentariuszka**



**Urszula Żytkiewicz - pielęgniarka medycyny pracy**



**Iwona Sobiech - pielęgniarka Oddziału Ogólnego**



**Sylwia Kusiciel - pielęgniarka Oddziału Zabiegowego**



**Andrzej Teluk - pielęgniarz Izby Przyjęć**



**Barbara Baranowska - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Zabiegowego**