



BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

Nr 4 (132) 17 ISSN 1429-9275

Gorzów Wlkp., GRUDZIEŃ 2017 r.

*Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia.
Święta pełne dobroci, ciepła i czułości.
Czas wielu głębokich i radosnych przeżyć, otwartych serc,
przebaczenia i nadziei.
Czas w którym radością z narodzin Bożej Dzieciny
możemy dzielić się z naszymi bliskimi.
Niech te wyjątkowe dni wypełni magia niosąca spokój od trosk i zmartwień.
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom, Położnym, składam najserdeczniejsze
życzenia przeżywania najpiękniejszych Świąt Bożego Narodzenia w radości, ciepłej
rodzinnej atmosferze, pełnej szczęścia, życzliwości i wzajemnego zrozumienia.*

*W nadchodzącym Nowym 2018 Roku życzę wszelkiej pomyślności,
szczęścia, zdrowia oraz realizacji zamierzeń
i spełnienia wszystkich marzeń.*

*Marta Powchowicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
W Gorzowie Wlkp.*

BIULETYN INFORMACYJNY Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 729 67 84

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

ZESPÓŁ REDAKCYJNY: Marta Powchowicz, Wiesława Kandefer, Alicja Świątek

OPRACOWANIE TECHNICZNE: Bartosz Kaczmarek

SKŁAD I DRUK: SONAR Sp. z o.o., ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 72 50 335
e-mail: biuro@sonar.pl; www.sonar.pl

ISSN 1429-9275

W BIULETYNIE:

1. Stanowisko Nr 10 NRPIp z dnia 14 września 2017 roku w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych3
2. Stanowisko Nr 11 NRPIp z dnia 14 września 2017 roku w sprawie uruchomienia środków finansowych na realizację zadań związanych z weryfikacją danych pielęgniarek i położnych w systemie SMK3
3. Pisma w sprawie wprowadzenia do warunków zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zapisu dotyczącego składu zestawu przeciwwstrząsowego3
4. Pisma w sprawie wdrożenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP do dokumentów legislacyjnych i formalnych5
5. Stanowisko Nr 12 Prezydium NRPIp z dnia 17 października 2017 roku w sprawie protestu lekarzy rezydentów7
6. Notatka ze spotkania w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia – 7 listopada 2017 r.8
7. X Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki8
8. Konferencja „Zapobieganie zakażeniom zakładowym w placówkach DPS i ZOL” 10
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi 15
10. Konferencja Szkoleniowa na temat: „Rola i zadania położnej – personelu medycznego w propagowaniu Karmienia piersią i w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych” 19
11. Historia Zawodu Położnej 20
12. Wypalenie zawodowe 22
13. Z Ośrodka Kształcenia 25
14. Co Po Dyżurze 26
15. Podziękowania i gratulacje 28
16. Kondolencje 31
17. Kalendarium 32

INFORMACJE BIURA OIPIp w Gorzowie Wlkp.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,
tel. 95 729 67 84

Izba czynna:

**poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 15.00
czwartek w godz. 7.00 - 17.00**

PRZEWODNICZĄCA ORPiP

Marta Powchowicz

przyjmuje interesantów
od poniedziałku do piątku od 7.00 - 15.00 po wcześniejszym
telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania

WICEPRZEWODNICZĄCE ORPiP

Beata Dunal

Dorota Górecka

RADCA PRAWNY

Halina Łagocka przyjmuje interesantów
w każdy piątek w godz. 11.00 - 13.00

SEKRETARZ

Elżbieta Majdańska

SKARBNIK

Bogusława Czubiniak

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Anna Herodowicz

tel. 95 729 67 84

ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Beata Majchrzak

Joanna Banicka

Anna Kisson

Danuta Kosecka

Violetta Zajac

Dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca
w godz. 15.00 – 16.00

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Renata Głowacz

Stanowisko Nr 10 NRPIP z dnia 14 września 2017 roku w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych

Samorząd zawodowy, sprawując pieczę nad należytym wykonywaniem zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, wnioskuję do Ministra Zdrowia o pilne podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych.

Do NRPIP wpływają liczne sygnały o stosowaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych podczas dyżurów w zakładach leczniczych. Taka praktyka nie pozwala na sprawowanie opieki z należytą starannością i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów, co ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, w tym także błędów medycznych.

W ocenie NRPIP aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) powinno być zastąpione regulacjami prawnymi uwzględniającymi wskaźniki zatrudnienia adekwatne do profilu oddziału szpitalnego i realizowanych w nim świadczeń zdrowotnych.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Zofia Małas

Stanowisko Nr 11 NRPIP z dnia 14 września 2017 roku w sprawie uruchomienia środków finansowych na realizację zadań związanych z weryfikacją danych pielęgniarek i położnych w systemie SMK

Skierowane do Ministra Zdrowia

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o pilne podjęcie działań w sprawie uruchomienia środków finansowych z budżetu Państwa dla Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, na które nałożono dodatkowe zadania potwierdzania danych pielęgniarek i położnych zakładających konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).

Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych nie posiadają środków na finansowanie nowych zadań związanych z prowadzeniem SMK, a czynności weryfikacyjne wymagają dużego nakładu pracy, zapewnienia dodatkowych etatów oraz odpowiedniego sprzętu komputerowego.

Brak finansowania nowych zadań przez Ministerstwo Zdrowia może spowodować opóźnienia w weryfikacji danych w Systemie Monitorowania Kształcenia.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Zofia Małas



**NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

NIPIP-NRPIP-DM.002.200.2017.TK

Warszawa, dnia 18.10.2017 r.

**Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia**

Szanowny Panie Ministrze

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

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

W załączeniu przesyłam kopie pism z dnia 30.08.2017r.

Z wyrazami szacunku
Wiceprezes NRPIP
Mariola Łodzińska

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych

PPA.0762.6.2017/BW

Warszawa, 18-10-2017 r.

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

Szanowna Pani Prezes,

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

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

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

Z poważaniem
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

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

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

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

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

Przedstawiony wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uwzględnia:

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

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

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

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPIP
Zofia Małas

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych

PP-WPS.0762.10.2017

IK:959299.KK/BW

Warszawa, 13.09.2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

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

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

Na podstawie zgromadzonych informacji, Minister Zdrowia podjął decyzję, że określenie kierunków działań, w tym podjęcie ewentualnych prac nad uregulowaniem w obowiązujących przepisach prawa sposobu korzystania z Klasyfikacji - rekomendacji do stosowania Klasyfikacji ICNP® w dokumentacji medycznej, będzie możliwe po przeprowadzeniu Pilotażu w podmiotach leczniczych w ramach realizowanego pozakonkursowego projektu pn: „Rozwój kompetencji pielęgniarskich” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), realizowanego przez Departament Pielęgniarek i Położnych.

Celem Pilotażu będzie m.in. stworzenie warunków w wybranych podmiotach leczniczych do praktycznego wdrożenia i wykorzystania oraz weryfikacji kodów Klasyfikacji ICNP® w dokumentowaniu czynności wykonywanych przez pielęgniarki w bezpośredniej opiece nad pacjentem.

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

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

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

Z poważaniem
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka

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

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

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

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

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

Samodzielne zawody medyczne pielęgniarki i położnej zostały w ostatnich latach zdeprecjonowane w szczególny sposób. Na wspomniane grupy zawodowe stale nakładane są nowe obowiązki, przy czym poziom ich finansowania pozostaje praktycznie bez zmian. Pielęgniarki i położne obarczane są coraz większą ilością zadań, których wykonywanie powinno należeć do przedstawicieli innych zawodów medycznych albo personelu pomocniczego.

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

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

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

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

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Notatka ze spotkania w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia 7 listopada 2017 r.

Na wniosek NRPIP w dniu 7 listopada 2017 r. odbyło się spotkanie w NFZ w którym udział wzięły: Zofia Małas - Prezes NRPIP, Joanna Walewander – Sekretarz NRPIP, Teresa Kuziara – członek Prezydium NRPIP.

W trakcie spotkania omówiono problemy dotyczące:

1. Kontynuacji wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w związku z wprowadzeniem sieci szpitali oraz kontynuowania podwyżek dla pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień w POZ.
2. Dodatkowego finansowania nowych uprawnień pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków i wypisywania recept oraz skierowań na badania diagnostyczne.
3. Wyceny świadczeń w zakresie opieki długoterminowej (ZOL, ZPO), oraz ujednoczenia stawki za osobodzień (30,08 zł) pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.
4. Złożonych propozycji procedur odrębnie finansowanych dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, w zakresie: wizyta patronażowa dziecka, rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych rodziny, profilaktyka ADR w polipragmazji – porada dla Seniora, (pielęgniarka POZ), dla położnej POZ: porada laktacyjna (położna POZ), porada w zakresie higieny wzroku (pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania).

W trakcie spotkania przedstawiciele NFZ poinformowali o trwających już pracach w zakresie rozwiązania zaistniałego problemu w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.

Ministerstwo Zdrowia i NFZ pracują nad wprowadzeniem zapisów prawnych umożliwiających realizację wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W zakresie kontynuacji wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych NFZ zobowiązał się do opublikowania na swojej stronie Komunikatu wskazującego iż środki na ten cel zostały ujęte w stawce kapitałowej lekarza POZ.

Ponadto przedyskutowano z przedstawicielami NFZ w/w propozycje NRPIP.

Uzyskano porozumienie w zakresie wprowadzenia proponowanych zmian oraz kierunków działania niezbędnego do ich realizacji.

Sekretarz

Joanna Walewander

Źródło: nipip.pl

X Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

W dniach 21-23 września w Karpaczu odbył się X Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, w którym uczestniczyły pielęgniarki członkowie Komisji ds. pielęgniarstwa anestezjologicznego i ratownictwa medycznego działającej przy OIPiP w Gorzowie Wilkp .

W pierwszy dzień Zjazdu miałyśmy okazję uczestniczyć w Gali Inauguracyjnej, która była podsumowaniem 20-letniej działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki oraz podziękowaniem dla osób, które tworzyły i nadawały obecny kierunek działalności Towarzystwa. W tym dniu

z wielką dumą Przewodnicząca Komisji będąca jednocześnie Przewodniczącą PTPAiO oddziału Ziemi Lubuskiej Alina Hoffmann odebrała statuetkę i list gratulacyjny dla Honorowego członka PTPAiO lekarza Jacka Zajączka.

Dzień drugi obfitował w merytoryczne aspekty anestezjologii i intensywnej terapii przedstawione w trakcie wykładów. Prof. Waldemar Machała przedstawił zasady optymalnej płynoterapii rozważając jednocześnie te zagadnienia w kontekście wyników ogólnopolskiego badania płynowego. Prezes PTPAiO mgr Paweł Witt przypomniał ważne kwestie „bezpiecznej linii infuzyjnej”,

do której zalecenia Towarzystwa zostały przedstawione w artykule: Zbiór zaleceń postępowania z cewnikami naczyniowymi. Wiodącym tematem drugiej sesji były zakażenia w Intensywnej Terapii. Omówiono zasady skutecznej antybiotykoterapii, zakażenia *Clostridium difficile* oraz kwestię coraz częściej pojawiającej się w OIT bakterii NDM (New Delhi metallo- β -lactamase). Przedstawiono także ważne Zalecenia Grupy Roboczej ds. Praktyki PTPAiIO w sprawie wytycznych pielęgnowania jamy ustnej i nosowej u dzieci w OIT.

W trzeciej anglojęzycznej sesji dyskutowano nad aspektami pielęgniarstwa międzykulturowego.



Czwarta sesja omawiała standardy w leczeniu bólu, omawiano nowe doniesienia z obszaru analgezji i sedacji. Wykład. Prof. Jerzego Wordliczka wyjaśniał kwestie analgo-sedacji i leczenia bólu u dorosłego pacjenta w warunkach oddziału intensywnej terapii. Dr Urszula Zielińska-Borkowska przedstawiła z kolei aspekt OIT oczami, a nawet słowami pacjenta, który taką traumę jaką jest hospitalizacja w takim oddziale przeżył. Ostatniego dnia podczas piątej sesji można było wysłuchać wykładów na temat zaburzeń snu pacjentów w OIT.

Podczas 3 dni trwania Konferencji odbyły się liczne warsztaty, podczas których uczestnicy w sposób praktyczny mogli poszerzać swoją wiedzę i umiejętności z profilaktyki zakażeń dróg oddechowych, wentylacji i monitorowania pacjentów na OIT, wentylacji nieinwazyjnej (tryby wentylacji, obsługa respiratora, dobór masek), przyrządowego udrażniania dróg oddechowych, bezpieczeństwa znieczulenia, leczenia ran i resuscytacji krążeniowo-oddechowej w zgodzie z wytycznymi ERC 2015.

Oczywiście poza aspektem merytorycznym Zjazd był okazją do wymiany doświadczeń, omówienia problemów i rozwiązań w różnych szpitalach w całej Polsce oraz wzajemnej inspiracji i ładowania energii na kolejne dni, miesiące i lata pracy.

Dziękujemy ORPiP za możliwość uczestnictwa w tak ważnej dla naszego środowiska konferencji.

Izabela Marciak

Iwona Szczerbo



Komisja ds. Domów Pomocy Społecznej oraz Komisja ds. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego działające przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. zorganizowały Konferencję **„ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM ZAKŁADOWYM W PLACÓWKACH DPS I ZOL”**, która odbyła się 27.10.2017 r. w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zbigniewa Herberta w Gorzowie Wlkp.

W spotkaniu oprócz pracowników Domów Pomocy Społecznej i Zakładów Opiekuńczo Lecznicych udział wzięły Pani Aleksandra Kaczmarek i Ewelina Tomaszewska z Oddziału Nadzoru i Kontroli w Pomocy Społecznej z Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Konferencję otworzyła Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. Marta Powchowicz, witając gości i jej uczestników, życzyła owocnych obrad.



Część merytoryczną poprowadziła Jolanta Korczyńska Przewodnicząca komisji ds. Pielęgniarstwa epidemiologicznego, Konsultant Wojewódzki ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego na woj. lubuskie udzielając głosu przedstawicielowi firmy MEDILAB Marcinowi Dolnemu, który przedstawił zagadnienia dotyczące **„Higieny rąk według najnowszych wytycznych”**.

Higiena rąk, mówił jest najważniejszym elementem strategii walki z zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną. Odpowiednio przeprowadzona jest uważana za skuteczną metodę zapobiegania transmisji patogenów pomiędzy pracownikami służby zdrowia, pacjentami a otoczeniem. Jej skuteczność jest również zauważalna w domach opieki. Mimo wszystko ważność tej prostej procedury wydaje się być niedoceniana przez pracowników służby zdrowia, wśród których przestrzeganie zasad prawidłowej higieny rąk wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) waha się od 5% do 89%.

Udzielił również odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób dochodzi do transmisji patogenów?

W trakcie codziennej praktyki ręce personelu medycznego stykają się ze skórą pacjenta, wydzielinami, śluzówkami,

otoczeniem pacjenta, jedzeniem, odpadami medycznymi. Całkowita liczba ekspozycji rąk na potencjalnie niebezpieczne bakterie może wynosić nawet setki razy w czasie dnia pracy. Schemat transmisji bakterii ze skóry pacjenta na otoczenie i skórę personelu medycznego został dokładnie opisany. Właściwa higiena rąk może zapobiec przedostaniu się bakterii z jednej powierzchni na drugą. Przykładowo, jedną powierzchnią może być klamka skolonizowana metycylinoopornym *Staphylococcus aureus*, a drugą powierzchnią skóra pacjenta. W momencie gdy pielęgniarka pominie procedurę dezynfekcji rąk po dotknięciu klamki, istnieje zwiększone ryzyko, że skóra pacjenta zostanie skażona. Liczne badania udowodniły, że na rękach pracowników ochrony zdrowia mogą znajdować się pałeczki gram-ujemne, gronkowiec złocisty, enterokoki czy nawet *Clostridium difficile* i im dłuższa ekspozycja na skażone powierzchnie tym większe ryzyko przeniesienia bakterii na skórę. To sprawia, że ręce mogą być główną przyczyną zakażeń szpitalnych.

Higiena rąk – zapytał - czy to się opłaca? Na tak zadane pytanie wyjaśnił jakie koszty ponosi placówka w ramach edukacji pracowników pod kątem higieny rąk, należy zaliczyć koszty produktów i ich instalacji, materiałów edukacyjnych niezbędnych do prowadzenia programu oraz koszty czasu pracownika odpowiedzialnego za edukację. Z drugiej strony należy spojrzeć na oszczędności jakie wynikają z efektywnej promocji i nauczania higieny rąk. Wiele badań oszacowało, że oszczędności wynikające chociażby z ograniczenia występowania *Clostridium difficile* i MRSA znacznie przewyższają dodatkowe koszty wynikające ze zużycia środków do odkażania rąk.

W podsumowaniu swojego wystąpienia podkreślił że strategia promocja higieny rąk może przynieść duże korzyści w zwiększeniu przestrzegania zaleceń przez pracowników służby zdrowia oraz co za tym idzie spadku występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Wprowadzenie płynu dezynfekującego oraz prowadzenie powtarzalnych szkoleń wydają się być kluczem do sukcesu, zwiększającym szanse na wzrost wiedzy i świadomości personelu medycznego. Większą uwagę powinno położyć się na higienę rąk jako cel badań z randomizacją, przeprowadzonych poprawnie metodologicznie, aby zwiększyć znaczenie otrzymanych wyników.

Następnie wykład **„Higiena żywienia zbiorowego”** wygłosił - Mirosław Kasprzak – przedstawiciel firmy DR. WEIGERT.

Podkreślił, że przygotowanie dla pacjentów w szpitalach bezpiecznych posiłków w odpowiednich warunkach higienicznych jest rzeczą bardzo istotną. Dowiedziono, że osoby hospitalizowane z obniżoną odpornością, osoby ze skrajnych grup wiekowych (poniżej 1. roku życia, powyżej 65. roku życia), przewlekle chorzy oraz z oparzeniami, są znacznie bardziej podatni na zakażenia. Osoba hospitalizowana korzystająca z posiłków szpitalnych narażona jest na różne grupy zagrożeń obecnych w żywności i/lub jej otoczeniu – mikrobiologiczne, biologiczne, chemiczne i fizyczne. Jednym z poważniejszych źródeł ryzyka zanieczyszczenia posiłków szpitalnych jest niedostosowany do wymagań prawnych stan techniczny większości szpitalnych bloków żywienia. Źródło ryzyka wtórnej kontaminacji żywności szpitalnej może stanowić również zbyt mała wielkość pomieszczeń kucharek oddziałowych, niezapewniająca rozdzielania drogi tzw. czynności czystych od brudnych.

Niesprawne, niepoddawane regularnym przeglądom i konserwacjom maszyny i sprzęt produkcyjny stanowią źródło zagrożeń fizycznych (elementy maszyn, wyszczerbienia), chemicznych (smary, chemia stosowana do maszyn myjących) i mikrobiologicznych (niesprawność maszyn myjących – brak skutecznej dezaktywacji drobnoustrojów z powierzchni mytych). Z kolei niewzorcowane urządzenia kontrolno-pomiarowe wykorzystywane do kontroli parametrów produkcji, przetwarzania i dystrybucji posiłków szpitalnych nie zapewniają wiarygodności odczytywanych wyników, co może być przyczyną niedostatecznej kontroli i w konsekwencji może stanowić źródło zagrożenia mikrobiologicznego.

Kolejnym źródłem zagrożeń dla produkowanej w szpitalach żywności jest niezachowanie właściwej, zgodnej z wymaganiami prawnymi i zaleceniami higieny podczas produkcji, przetwarzania i dystrybucji potraw. Należy wziąć pod uwagę jakość mikrobiologiczną i fizykochemiczną wody wykorzystywanej do celów spożywczych, która powinna być zgodna z wymaganiami regulacji prawnych.

Publikowane dane literaturowe świadczą o nosicielstwie patogenów i pasożytów przez szkodniki, ich obecność zatem w magazynach żywnościowych może powodować wtórne skażenie przechowywanej żywności.



Istotne dla bezpieczeństwa żywności procesy powinny być opisane szczegółowo w instrukcjach postępowania, a parametry wymagające kontroli powinny być na bieżąco monitorowane i oceniane. Instrukcja monitorowania powinna także obejmować działania korygujące i korekcyjne, jakie należy wykonać, na wypadek gdyby monitorowane parametry nie spełniały założonych wartości. Czynności te muszą być przeprowadzone w celu zapewnienia bezpieczeństwa żywności.



Kolejne wystąpienie przybliżyło nam **“Profilaktykę Clostridium difficile w aspekcie mycia i dezynfekcji utensyliów”**, a które przedstawił Krzysztof Folta z firmy DR. WEIGERT. Rozpoczął wyjaśnienia pojęć Clostridium Difficile to gatunek beztlenowych bakterii Gram dodatnich, które występują w postaci przetrwalnikowych laseczek wykazujących zdolność do ruchu. Forma przetrwalnikowa umożliwia przetrwanie bakterii w niekorzystnych dla niej warunkach. Zakażenie Clostridium Difficile jest jedną z najczęstszych przyczyn ostrego zapalenia jelit, co w następstwie prowadzi do niekontrolowanej proliferacji jelit – schorzenia zagrażającego życiu pacjenta, które wiąże się z wysoką śmiertelnością. Do zakażenia najczęściej dochodzi u pacjentów hospitalizowanych, przyjmujących antybiotyki o szerokim spektrum działania lub cytostatyki zaburzające florę jelitową organizmu. Bakterie rozprzestrzeniają się poprzez formy przetrwalnikowe, które wydostają się z organizmu wraz z kałem zakażonej osoby. W ten sposób zakażają pościel, skórę, toalety, odzież i mogą być również przenoszone wraz z powietrzem. W związku z tym bezpośrednią przyczyną zakażenia jest kontakt z zainfekowaną powierzchnią, a co za tym idzie – brak odpowiedniej higieny zarówno w środowisku szpitalnym, jak i zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Problemem, z jakim najczęściej się borykają jest utylizacja wydaliny pacjentów, które stanowią największe źródło zakażenia, nie tylko Clostridium Difficile, ale szeregiem innych patogennych mikroorganizmów. Niestety, nierzadko się zdarza, że brudowniki szpitalne nie odpowiadają wymaganiom w zakresie higieny pacjentów i BHP personelu medycznego, ale również wymaganiom jakie powinny spełniać brudowniki i izolatki zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać

pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W świetle wymienionych argumentów niezwykle istotnym, o ile nie najważniejszym, ogniwem w procesie zapewnienia bezpieczeństwa jest prawidłowy sposób postępowania z napełnioną kaczka czy basenem sanitarnym, które służą pacjentowi na załatwienie swoich potrzeb fizjologicznych. Z całą pewnością, nie jest to temat należący do najprzyjemniejszych w środowisku szpitalnym, aczkolwiek niewątpliwie wymaga on głębszego zrozumienia, aby uświadomić sobie istotę problemu z punktu widzenia zagrożeń epidemiologicznych.

W praktyce istnieje kilka metod utylizacji ludzkich odchodów. Od tych, które stosowane były od dawien dawna, po te, które z duchem czasu i nowych technologii gwarantują nie tylko najwyższe bezpieczeństwo pacjenta i personelu, również komfort i usprawnienie pracy. Najstarszą metodą, ale niestety – do dzisiaj stosowaną w niektórych szpitalach, jest usuwanie wydaliny do muszli ustępowej, a następnie manualne mycie i dezynfekcja naczyń sanitarnych poprzez namaczanie w roztworach preparatów dezynfekcyjnych, często agresywnych preparatach chlorowych. Metoda ta stwarza największe zagrożenie dla personelu z uwagi na bezpośredni kontakt z fekaliami, jak również z drażniącymi i alergennymi preparatami dezynfekcyjnymi. Jest też obciążona ryzykiem błędów ludzkiego przy prawidłowym przeprowadzeniu procesu.

Inną metodą jest stosowanie jednorazowych zbiorników na wydaliny wykonanych z pulpy celulozowej i usuwania ich wraz z zawartością do kanalizacji sanitarnej przy użyciu tzw. maceratorów - urządzeń, które za pomocą noży rozdrabniają całkowicie papierowe naczynie i tak obrobiony materiał odprowadzany jest do sieci kanalizacyjnej.

Trzecim sposobem utylizacji wydaliny jest stosowanie myjni-dezynfektorów do kaczek i basenów, które umożliwiają maszynowe odprowadzenie ścieków i automatyczne mycie oraz dezynfekcję utensyliów. Ta metoda, podobnie jak obróbka manualna, prowadzi do otrzymania płynnego ścieku, w odróżnieniu od maceratorów, gdzie odpadem jest przede wszystkim rozdrobniony materiał z pulpy celulozowej (papierowej).

Pojawia się pytanie: Która metoda jest najlepsza? Aby jednoznacznie odpowiedzieć, należy wziąć pod uwagę i ocenić kilka istotnych argumentów. W ostatnim czasie powszechnie stosuje się maceratory. Wydawać by się mogło, iż jednorazowe naczynia zwiększają komfort pracy personelu szpitalnego i jednocześnie są bardziej korzystne z ekonomicznego punktu widzenia. Czy na pewno?

Podejmując decyzję o metodzie utylizacji wydaliny należy kierować się tylko wygodą, ale przede wszystkim aspektem ekonomicznym, wpływem na środowisko naturalne i co najważniejsze – bezpieczeństwem pacjenta i personelu.

O **“Zagrożeniach biologicznych w placówkach DPS i ZOL”** mówiła, Justyna Piwowarczyk reprezentująca firmę MEDILAB.

Według przedstawionej nam definicji ze Słownika Ochrony Pracy, czynniki biologiczne niebezpieczne i szkodliwe obejmują organizmy żywe oraz wytwarzane przez nie substancje, a dzielą się na mikroorganizmy, tj. bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki i wytwarzane przez nie toksyny i alergeny oraz makroorganizmy, tj. rośliny i zwierzęta. Czynniki te mogą być przyczyną wielu chorób zawodowych. Nowoczesne rozwiązania problemu narażenia zawodowego na czynniki biologiczne wymagają interdyscyplinarnego podejścia, udziału wielu środowisk i zmiany orientacji działań naprawczych na zapobiegawcze.

Szkodliwe czynniki biologiczne to drobnoustroje komórkowe, w tym zmodyfikowane genetycznie, jednostki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, hodowle komórkowe, pasożyty wewnętrzne człowieka, które mogą być przyczyną zakażenia, alergii, zatrucia.

W związku z faktem codziennego kontaktu z materiałem biologicznym, a tym samym z narażeniem pracowników podczas czynności zamierzonych, tj. czynności bezpośrednio związanych z jednym lub kilkoma czynnikami biologicznymi w normalnych warunkach, gdzie narażenie pracowników jest w wystarczającym stopniu znane lub przewidywalne bądź czynności niezamierzonych, tj. takich, gdzie czynniki biologiczne nie są przedmiotem czynności, ale mogą wystąpić jednocześnie z wykonywaną czynnością albo podczas jej wykonywania, np. podczas wykonywania czynności, gdzie ma miejsce kontakt z materiałem biologicznym pochodzącym od człowieka (krew, płyny ustrojowe), np. pielęgnacja i transport pacjenta, pobieranie materiału do badań diagnostycznych, wykonywanie wkłuc, zmiany opatrunków.

Podjęte przez pracodawcę środki techniczne, organizacyjne i proceduralne oraz środki higieniczne mają wzajemnie się uzupełniać, stanowiąc ochronę pracownika w środowisku pracy.

W związku z narażeniem personelu medycznego na czynnik biologiczny należy zawsze pamiętać, iż podstawową zasadą higieny, niestety często dziś zapominaną, jest traktowanie każdego pacjenta jako zakaźnego, czyli przenoszącego czynnik biologiczny potencjalnie zakaźny. A zatem rutynowe metody kontroli winne być przestrzegane przez wszystkich pracowników. Nieodzownym elementem bezpiecznej pracy personelu medycznego jest nie tylko wprowadzenie wewnętrznych procedur postępowania w trakcie pracy i po jej zakończeniu, ale wyrobienie nawyku określonych zachowań.

Bezpieczeństwo pracownika w dużej mierze jest zależne od pracodawcy i zaopatrzenia w sprzęt, ale największe zależy od nas samych.

Po takiej solidnej porcji wiedzy przekazanej w dostępny

sposób przy pomocy audiowizualnej, rozpoczęliśmy przerwę na kawę i ciastko. W kularach panował gwar miła przyjazna atmosfera. Widać było serdeczne powitania, uściski ale również pochwały dla tak dobranej tematyki.

Po przerwie **“Procedury higieniczne w placówkach DPS i ZOL”** omówiła Jolanta Korczyńska - Przewodnicząca komisji ds. Pielęgniarstwa epidemiologicznego, Konsultant Wojewódzki ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego na woj. lubuskie.

We wstępie wyjaśniła że higiena w obszarze medycznym, we wszystkich placówkach świadczących usługi medyczne jest ściśle związana z profilaktyką powikłań infekcyjnych. Pacjent, który jest diagnozowany lub leczony nie powinien być narażony na wystąpienie zakażeń czyli dodatkowych schorzeń wywołanych różnymi drobnoustrojami. Pacjent w czasie korzystania z usług medycznych w przychodni, domu opieki czy szpitalu powinien mieć zapewnione poczucie bezpieczeństwa, powinien ufać personelowi medycznemu, że nikt świadomie nie doprowadzi do wystąpienia zdarzenia medycznego, do którego zaliczane jest zakażenie szpitalne związane z pobytem pacjenta w placówce medycznej i wykonywanymi zabiegami higienicznymi, pielęgnacyjnymi lub leczniczymi.

Wskazała jak ważne są procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia omawiając je. Placówki medyczne są zobowiązane do opracowania oraz wdrożenia procedur i standardów postępowania medycznego. Jest to podstawa w działaniach mających na celu poprawę jakości usług medycznych i poprawę bezpieczeństwa pacjenta oraz personelu medycznego w placówce medycznej.

W niektórych placówkach opracowane procedury bezpośrednio po ich opracowaniu i wdrożeniu są traktowane przez personel jako coś utrudniającego życie, niektórzy pracownicy pytają: „Po co tworzyć papiery, skoro my od lat pracujemy najlepiej jak potrafimy” lub „My i tak wszystko wiemy”. Czasem wiedza, którą posiadamy nie jest weryfikowana, aktualizowana i może się zdarzyć, że wykonywane czynności przy pacjencie są wykonywane na podstawie własnego doświadczenia a niezgodnie z aktualnymi zaleceniami. Czasem te działania nieświadomie doprowadzają do powstania i rozprzestrzeniania się zakażeń. Posiadanie opracowanych procedur w placówce medycznej jest szczególnie doceniane, kiedy w placówce coś się dzieje, np. dojdzie do powstania ogniska epidemicznego lub pacjent stara się o zadośćuczynienie za zakażenie w sądzie i szpital (inna placówka medyczna) musi się tłumaczyć z tego czy i dlaczego doszło do powstania zakażenia. Z biegiem czasu, pracownicy zaczynają doceniać zalety procedur. Często sami domagają się opracowania procedur przez zwierzchników lub sami opracowują procedury konieczne do zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług w danej dziedzinie medycznej.

Nie wszystkie czynności medyczne wykonywane przy człowieku - żywym organizmie można ująć w normy, opisać w postaci ustawy czy rozporządzenia ministra zdrowia

choćby z tej przyczyny, że człowiek nie jest przedmiotem. Każdy pacjent i każdy pracownik medyczny nie jest taki sam. Różnimy się między sobą. Każdą osobę należy traktować indywidualnie. Również różne jest otoczenie, w którym leczony jest pacjent a my mamy różne, czasem nieporównywalne warunki do świadczenia usług medycznych i higienicznych.

Na koniec swojego wystąpienia Pani Konsultant Jolanta Korczyńska podkreśliła że każdemu pacjentowi należy świadczyć usługi medyczne i higieniczne w taki sposób, aby minimalizować ryzyko powikłań czyli zgodnie z pewnymi zasadami. Powinniśmy zdawać sobie sprawę, że wszystkie usługi winny być świadczone przez nas z jednakową starannością.

Zawsze należy kierować się zdrowym rozsądkiem a przede wszystkim myśleć, zanim zaczniemy świadczyć poszczególne usługi.

Ostatnie wystąpienie przedstawiła Zastępca Rzecznika Odpowiedzialności - Zawodowej Pielęgniarek i Położnych - Beata Majchrzak w wykładzie **“Działania prewencyjne w zakresie odpowiedzialności zawodowej oraz etyki zawodowej”**.



Odpowiedzialność cywilną pielęgniarki i położnej omówiła Zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych - Beata Majchrzak, podając przykłady szkód i krzywd, których może dopuścić się personel medyczny – w tym pielęgniarki, np. pomylenie/ zamiana pacjenta, leku, błędnie wykonany zabieg (uszkodzenie nerwu kulszowego podczas iniekcji, spowodowanie odmy w czasie inhalacji), przyczynienie się do obrażeń ciała/ urazu (uderzenie drzwiami, przewrócenie pacjenta, doprowadzenie do odleżyny) czy przypadkowe uszkodzenie okularów pacjenta. Najistotniejsze są środki zapobiegawcze: nienaganna praca, przestrzeganie standardów postępowania, skrupulatne dokumentowanie wszystkich wykonywanych czynności, wreszcie – ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.

Następnie, podkreśliła, że stajemy wobec wielu dylematów, konieczności wyboru, doświadczamy trudności natury moralnej, trudności wynikających z warunków pracy i ograniczonych środków finansowych. Żadne problemy jednak nie uchylają nakazów etyki i odpowiedzialności zawodowej. Pielęgniarstwo to profesja szczególna,

albowiem zakresem jej działania jest drugi człowiek, stanowi swoisty rodzaj misji i kieruje się poświęceniem. Obecnie znaczenie pielęgniarstwa wzrasta, ponieważ w miarę rozwoju nauk medycznych, humanistycznych, społecznych, w tym postępu technicznego zmienia ulega rola zawodowa pielęgniarki i położnej. Współczesne pielęgniarstwo podlega ciągłym przeobrażeniom, stawiając przed pielęgniarkami i położnymi nowe zadania, do których realizacji niezbędna jest odpowiednia wiedza, umiejętności i niezłomność moralna. Pacjenci domagają się coraz częściej rzetelności w postępowaniu zawodowym, profesjonalizmu, kompetencji, odpowiedzialności, poczucia bezpieczeństwa, szacunku, rzeczowego faktycznego zainteresowania ich osobą, wsparcia emocjonalnego, akceptacji, cierpliwości w pracy pielęgniarek i położnych. Dotychczasowe doświadczenia Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej wskazują, że w ciągu ostatnich lat znacznie wzrosła liczba skarg na działania zawodowe pielęgniarek i położnych ze strony pacjentów lub ich rodzin. Wpływają również skargi od pracodawców. Dotyczą głównie nieprawidłowości w postępowaniu pielęgnacyjnym, których przyczyną są zaniedbania pielęgniarek i położnych, jak również nieprawidłowe warunki i organizacja pracy. Pielęgniarka położna przyjmuje osobistą i zawodową odpowiedzialność za wykonywaną praktykę zawodową. Znajomość obowiązujących aktów normatywnych, praca zgodna z normami etyczno-deontologicznymi, stosowanie obowiązujących procedur, standardów daje gwarancję bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, jak i pielęgniarkom i położnym oraz wysoki poziom świadczonej opieki.

Słowa końcowe wygłosiła Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. Marta Powchowicz, wyrażone podziękowania skierowała do: Sponsorów konferencji – firm; Wykładowców, jej Organizatorów – Koleżankom z OIPiP, w tym – Komisji Komisja ds. Domów Pomocy Społecznej oraz Komisja ds. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego oraz Uczestnikom, którzy w dużej części (jak to podczas pielęgniarskich konferencji bywa) dotrwali do końca. Była to pierwsza konferencja, zorganizowana przez dwie komisje pielęgniarskie działające przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp., i jest przykładem wspólnych działań.



Konferencja dała możliwość wymiany poglądów, wiedzy i doświadczeń z zakresu "Zapobieganie zakażeniom szpitalnym w placówkach DPS i ZOL", była także okazją do spotkania środowiska pielęgniarskiego i budujących rozmów w kuluarach.

Barbara Mamczyk

U W A G A !

W związku z koniecznością dokonania wyborów uzupełniających w rejonie wyborczym nr 9 - NIEPUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITALA IM. DR NAUK MEDYCZNYCH RADZIMIRA ŚMIGIELSKIEGO SP. Z O.O. w Skwierzynie w wyniku rezygnacji delegata VII kadencji oraz pełnomocnego przedstawiciela, w dniu 6 listopada 2017 r. o godzinie 12⁰⁰ w sali konferencyjnej w szpitalu w Skwierzynie odbyło się zebranie wyborcze. W powyższym zebraniu uczestniczyło 15 osób, co stanowiło 1% ogólnej liczby członków rejonu wyborczego. Na delegata VII kadencji została wybrana Pani Jolanta Prędkiewicz. Natomiast w głosowaniu jawnym na Pełnomocnego Przedstawiciela OIPiP tego rejonu wyborczego wybrano Panią Grażynę Piechowiak. Wybory delegata oraz Pełnomocnego Przedstawiciela OIPiP odbyły się zgodnie z załącznikiem do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków, jak również z zachowaniem wszystkich procedur związanych z wyborami. Nad prawidłowością przebiegu wyborów czuwała Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej.

*Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej
Wiesława Kandfer*

Dz. U. rok 2017 poz. 1975

Wejście w życie od 24.11.2017 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 5 października 2017 r.

w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi

Na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1987 i 1954 oraz z 2017 r. poz. 785 i 1566) zarządza się, co następuje:

§ 1. [Zakres przedmiotowy]

1. Rozporządzenie określa szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi powstałymi w miejscu ich wytwarzania, w tym:

- 1) postępowanie z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania;
- 2) postępowanie przy gromadzeniu odpadów medycznych w pojemnikach lub workach w miejscach ich powstawania oraz przy wstępnym magazynowaniu odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny;
- 3) warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, zwanego dalej „transportem wewnętrznym odpadów medycznych”.

2. Rozporządzenie dotyczy odpadów medycznych:

- 1) zakaźnych o kodach 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80* i 18 01 82*;
- 2) niebezpiecznych, innych niż zakaźne, o kodach 18 01 06*, 18 01 08* i 18 01 10*;
- 3) innych niż niebezpieczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09 i 18 01 81.

§ 2. [Gromadzenie odpadów medycznych]

1. Odpady medyczne gromadzi się w pojemnikach lub workach w miejscu ich powstawania oraz wstępnie magazynuje, uwzględniając ich właściwości, sposób ich unieszkodliwiania lub odzysku.
2. Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania są przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych:
 - 1) zbierane do pojemników lub worków, o których mowa w § 3;

- 2) przekazywane niezwłocznie do pomieszczenia lub urzędnika, o których mowa w § 7, z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.

§ 3. [Miejsca, w których zbierane są odpady medyczne]

1. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.
2. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru żółtego, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.
3. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 3, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej albo do pojemników wielokrotnego użycia, w kolorze innym niż czerwony albo żółty, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych.
4. Worki jednorazowego użycia umieszcza się na stelażach lub w sztywnych pojemnikach jednorazowego lub wielokrotnego użycia w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z workiem lub pojemnikiem.
5. Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie. Przepisy ust. 1–3 w zakresie oznaczania kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio, w sposób pozwalający na jednoznaczne zidentyfikowanie przeznaczenia pojemnika.

§ 4. [Pojemniki i worki]

1. Pojemniki lub worki, o których mowa w § 3, zapełnia się co najwyżej do 2/3 ich objętości w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia.
2. Pojemniki lub worki, o których mowa w § 3, wymienia się tak często, jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych w nich gromadzonych, nie rzadziej niż co 72 godziny, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2.
3. W przypadku uszkodzenia pojemnika lub worka, o którym mowa w § 3, umieszcza się go w całości w innym większym nieuszkodzonym pojemniku lub worku spełniającym te same wymagania.

§ 5. [Wysoce zakaźne odpady medyczne]

1. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, w których zidentyfikowano lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze, które podlegają zakwalifikowaniu do kategorii A zgodnie z pkt 2.2.62.1.4.1 załącznika A do Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1119), zwane dalej „wysoce zakaźnymi odpadami medycznymi”, zbiera się w miejscu ich powstawania do:
 - 1) opakowania wewnętrznego złożonego z:
 - a) worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, wytrzymałego, odpornego na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, który po wypełnieniu i zamknięciu jest umieszczany w drugim worku spełniającym te same wymagania, lub
 - b) sztywnego, odpornego na działanie wilgoci, mechanicznie odpornego na przekłucie lub przecięcie pojemnika koloru czerwonego – w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach;
 - 2) opakowania zewnętrznego, które stanowi pojemnik koloru czerwonego, wytrzymały, odporny na działanie wilgoci i środków chemicznych, wykonany w sposób umożliwiający dezynfekcję, z możliwością szczelnego zamknięcia.
2. Wysoce zakaźne odpady medyczne mogą być przechowywane w miejscu ich powstawania, nie dłużej niż 24 godziny.

§ 6. [Widoczne oznakowanie identyfikujące]

1. Pojemnik lub worek z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania posiada widoczne oznakowanie identyfikujące, które zawiera:
 - 1) kod odpadów medycznych w nim przechowywanych;
 - 2) nazwę wytwórcy odpadów medycznych;
 - 3) numer REGON wytwórcy odpadów medycznych;
 - 4) numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), wraz z podaniem organu rejestrowego;
 - 5) datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania);
 - 6) datę i godzinę zamknięcia.
2. W przypadku wysoce zakaźnych odpadów medycznych oznakowanie, o którym mowa w ust. 1, umieszcza się na pojemniku, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2. Pojemnik oznacza się dodatkowo znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666, 2138 i 2255 oraz z 2017 r. poz. 60 i 962) oraz umieszczonym poniżej napisem „MATERIAŁ ZAKAŹNY DLA LUDZI”.

§ 7. [Wstępne magazynowanie]

1. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 2, są wstępnie magazynowane w sposób selektywny z zachowaniem podziału określonego w § 3 ust. 1–3 i 5, w odpowiednio przystosowanym do tego celu pomieszczeniu albo stacjonarnym lub przenośnym urządzeniu chłodniczym, przeznaczonym wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych, z zastrzeżeniem ust. 8. Przenośne urządzenie chłodnicze może być wykorzystywane do wstępnego magazynowania odpadów medycznych w przypadku wytwarzania ich niewielkiej ilości, jeżeli pozwala na zachowanie warunków, o których mowa w § 8.
2. Pomieszczenie, o którym mowa w ust. 1:
 - 1) posiada niezależne wejście;
 - 2) jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
 - 3) posiada ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
 - 4) jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
 - 5) posiada drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp;
 - 6) posiada miejsca lub boksy wydzielone i oznakowane

w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych, a w przypadku magazynowania odpadów medycznych w oznakowanych, szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach dopuszcza się brak wydzielonych boksów;

- 7) jest wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz pomieszczenia;
 - 8) posiada wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzanego powietrza; dopuszcza się zastosowanie wentylacji grawitacyjnej pod warunkiem magazynowania odpadów medycznych w szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach i oznakowanych w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych;
 - 9) posiada zabezpieczenia techniczne przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów medycznych, obejmujące również gromadzenie ewentualnych odcieków z tych odpadów.
3. Stacjonarne urządzenie chłodnicze, o którym mowa w ust. 1:
- 1) jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
 - 2) posiada ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
 - 3) jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
 - 4) posiada drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość powinna gwarantować swobodny dostęp;
 - 5) jest wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia;
 - 6) posiada zamknięcie drzwi wejściowych umożliwiające ich otwarcie od wewnątrz;
 - 7) posiada przedsionek przed wejściem do urządzenia.
4. Przenośne urządzenie chłodnicze, o którym mowa w ust. 1:
- 1) posiada wewnątrz wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
 - 2) jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
 - 3) jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
 - 4) jest wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia.
5. Przy pomieszczeniu spełniającym wymagania, o których mowa w ust. 2, oraz przy stacjonarnym urządzeniu chłodniczym spełniającym wymagania, o których mowa w ust. 3, zapewnia się dostęp do:
- 1) umywalki z bieżącą zimną i ciepłą wodą, zainstalowanej w sposób umożliwiający co najmniej umycie rąk bezpośrednio po wyjściu z pomieszczenia

lub urządzenia, wyposażonej w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku;

- 2) wody bieżącej ciepłej i zimnej do celów porządkowych;
 - 3) wydzielonych miejsc odpowiednio do przechowywania czystych oraz zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej dla osób przebywających w miejscach przeznaczonych do wstępnego magazynowania odpadów medycznych.
6. W sąsiedztwie przenośnego urządzenia chłodniczego spełniającego wymagania, o których mowa w ust. 4, zapewnia się dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnik na czyste rękawiczki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte rękawiczki jednorazowe.
7. Pomieszczenie lub urządzenie spełniające wymagania, o których mowa w ust. 2–4, utrzymuje się na bieżąco w czystości. Po każdym usunięciu odpadów medycznych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, pomieszczenie lub urządzenie dezynfekuje się, a następnie myje albo dezynfekuje się i myje przy użyciu środka myjąco-dezynfekcyjnego, a w przypadku odpadów medycznych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2 i 3, myje się i stosownie do potrzeb dezynfekuje.
8. Dopuszcza się wstępne magazynowanie odpadów medycznych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 3, w sposób selektywny z zachowaniem podziału określonego w § 3 ust. 3 i 5, w oznakowanych w zależności od rodzaju odpadów medycznych, szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach, w innym miejscu wstępnego magazynowania niż wymienione w ust. 1, które:
- 1) jest przeznaczone i przystosowane do wstępnego magazynowania odpadów;
 - 2) posiada uszczelnione podłóże i zorganizowane dojazdy lub dojścia;
 - 3) jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
 - 4) jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
 - 5) jest zabezpieczone przed wpływem czynników atmosferycznych, w tym zadaszony;
 - 6) jest utrzymywane na bieżąco w czystości.

§ 8. [Temperatura, w której wstępnie magazynowane są odpady medyczne]

1. Wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* odbywa się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

2. Wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* i 18 01 82* odbywa się tylko w temperaturze do 18°C, z tym że od 10°C do 18°C może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10°C – nie dłużej niż 30 dni.
3. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 3, mogą być wstępnie magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni.

§ 9. [Transport wewnętrzny odpadów medycznych]

1. Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca ich powstawania do miejsca wstępnego magazynowania odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu.
2. Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, używa się wózków zamykanych lub wózków przewożących pojemniki zamykane. W przypadku niewielkich ilości odpadów medycznych do transportu wewnętrznego odpadów medycznych można używać transportowych pojemników zamykanych.
3. Transport wewnętrzny odpadów medycznych wykonuje się w sposób uniemożliwiający uszkodzenie pojemnika lub worka.
4. Środki transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemniki wielokrotnego użycia, służące do transportu odpadów medycznych, utrzymuje się na bieżąco w czystości. Po każdym usunięciu odpadów medycznych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2 i 3, myje się i stosownie do potrzeb dezynfekuje, a w przypadku odpadów medycznych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, dezynfekuje się, a następnie myje albo dezynfekuje się i myje przy użyciu środka myjąco-dezynfekcyjnego.
5. Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami, niedopuszczający do ich zmieszania oraz pozwalający na zachowanie warunków higienicznych, w tym ochrony przed zanieczyszczeniem.

§ 10. [Miejsce przeznaczone do dezynfekcji]

1. W obiektach, gdzie są udzielane świadczenia zdrowotne lub są prowadzone badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, wyznacza się miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników

wielokrotnego użycia, służących do transportu wewnętrznego odpadów medycznych.

2. Miejsce, o którym mowa w ust. 1, posiada:
 - 1) ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
 - 2) dostęp do wody bieżącej ciepłej i zimnej z możliwością jej odprowadzenia do kanalizacji;
 - 3) wentylację;
 - 4) możliwość:
 - a) dostępu pracowników obsługi,
 - b) swobodnego wjazdu i wyjazdu środka transportu wewnętrznego odpadów medycznych – w przypadku jego wykorzystywania.

§ 11. [Szczegółowa procedura postępowania z odpadami medycznymi]

1. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub prowadzące badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny stosują, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi w zakresie selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania odpadów medycznych wraz z instrukcją selektywnego zbierania odpadów medycznych w miejscu ich powstawania.
2. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania stosują, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania, która zawiera oznaczenie miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych przez te osoby.

§ 12. [Termin na dostosowanie pomieszczeń do wymagań określonych w rozporządzeniu]

W terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia:

- 1) pomieszczenia do wstępnego magazynowania odpadów medycznych, niespełniające wymagań określonych w § 7 ust. 2 pkt 8 i 9,
- 2) pomieszczenia i miejsca do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych, niespełniające wymagań określonych w § 10 ust. 2 pkt 3

– dostosowuje się do tych wymagań.

§ 13. [Wejście w życie]

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: K. Radziwiłł

Szanowne Panie Pielęgniarki i Położne!

W dniu 26.01.2018 r. o godzinie 10.00 w siedzibie Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego ul. Jagiellończyka 8 w Gorzowie Wlkp. w Sali nr 101 (I piętro) odbędzie się Konferencja Szkoleniowa na temat:
„Rola i zadania położnej - personelu medycznego w propagowaniu karmienia piersią i w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych”.



Szkolenie przeznaczone jest dla wszystkich położnych, realizujących zadania z zakresu opieki okołoporodowej (oddziały położniczo – ginekologiczne, położne środowiskowo – rodzinne) oraz dla pielęgniarek z oddziałów neonatologicznych. Powyższa Konferencja Szkoleniowa zorganizowana zostanie przez Wydział Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego z udziałem Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno – położniczego, przy współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. oraz Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze.

Celem konferencji jest ujednoczenie informacji przekazywanych przez personel medyczny ciężarnym, na temat karmienia piersią oraz rozwiązywania problemów laktacyjnych w Szkołach Rodzenia, położnicom w oddziałach położniczo-ginekologicznych i noworodkowych oraz w środowisku. Osobą koordynującą jest Wiesława Kandefer Inspektor Wojewódzki ds. nadzoru w zakresie opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem Wydział Zdrowia LUW, numer telefonu **95 7 115 543**.

Zgłoszenia o udziale w Konferencji Szkoleniowej należy przesłać do dnia 15 stycznia 2018 r. na adres e-mailowy: wieslawa.kandefer@lubuskie.uw.gov.pl lub pod numer telefonu 95 7 115 543.

Ramowy program Konferencji Szkoleniowej:

1. Przygotowanie kobiet ciężarnych do karmienia piersią przez położną POZ w ramach prowadzonej edukacji przedporodowej w Szkołach Rodzenia, w oddziałach ciąży powikłanej.
2. Obowiązki i zadania położnej sprawującej opiekę nad rodzącą wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (tekst jednolity - Dz.U. 2016, poz. 1132) w tym zapewnienie 2 godzinowego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”.
3. Wsparcie matki karmiącej i noworodka przez położną w oddziale położniczo-noworodkowym, zgodnie z w/w rozporządzeniem MZ, rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego z 2015r. dot. zapewnienia kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry” po cięciu cesarskim.
4. Rola i zadania położnej POZ w opiece sprawowanej nad matką i dzieckiem w środowisku zamieszkania, wynikające z obowiązujących standardów opieki okołoporodowej i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Zapoznanie położnych z opracowaniem pn. Wspieramy karmienie piersią niemowląt, umieszczonym 24 sierpnia 2017r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/wspieramy-karmienie-piersia-niemowlat/>.
6. Niewłaściwe praktyki stosowane w szpitalu dotyczące karmienia noworodków mlekiem modyfikowanym.
7. Dokumentowanie zaplanowanych i zrealizowanych przez położną świadczeń medycznych dot. karmienia piersią i rozwiązywania problemów laktacyjnych.
8. Przedstawienie informacji dot. kształcenia podyplomowego położnych w zakresie karmienia piersią i rozwiązywania problemów laktacyjnych.
9. Rola lekarzy ginekologów i położników, neonatologów oraz pediatrów w profilaktyce chorób spowodowanych niekarmieniem piersią oraz promocji karmienia naturalnego.
10. Skutki społeczne oraz zdrowotne wynikające z niekarmienia piersią.

HISTORIA ZAWODU POŁOŻNEJ

(na podstawie opowieści jednej rodziny)

Z historią zawodu położnej zapoznałam się poprzez literaturę fachową oraz analizę opowieści pewnej rodziny.

Postaram się zinterpretować rolę społeczno – zawodową położnej w kolejnych epokach. Indywidualne spostrzeżenia i opinię poprzę faktami historycznymi, w tym tymi rodzinnymi.

Prekursorką zawodu w tej rodzinie była Maria. Aby podjąć pracę w wymarzonej przez siebie zawodzie na terenie zaboru pruskiego musiała pokonać bariery psychologiczne. Jedną z nich był sprzeciw ze strony rodziców. Przeciwwstawiając się ich woli, podjęła naukę zawodu.

Po uzyskaniu stosownego wykształcenia zawodowego musiała pokonać skomplikowaną i odbiegającą od dzisiejszej rzeczywistości drogę administracyjną aby przystąpić do pracy w wybranym przez siebie miejscu, na terenie zaboru pruskiego.

Jej obowiązkiem było zgłoszenie swojej obecności przedstawicielowi władzy administracyjnej, lekarzowi urzędowemu, którzy dokonywali jej wpisu do rejestru położnych na podstawie okazanego dyplomu. Następnie zgłaszała u Naczelnika Gminy swoją gotowość do podjęcia praktyki położniczej. Dodatkowo, co w dzisiejszych czasach jest absurdem przedstawiała się w Urzędzie Parafialnym.

Po dokonaniu tych wszystkich formalności urzędowych i za zgodą władz umieszczano w miejscowych gazetach informację o fakcie rozpoczęcia praktyki zawodowej i miejscu zamieszkania. Przed domem w którym mieszkała, zobowiązana była umieścić tablicę z napisem „Akuszerka”. Na terenie Zaboru Pruskiego było przyjęte takie nazewnictwo. Ponadto obowiązkiem jej również było zamieszczenie na drzwiach domu dzwonka. Deklarując swoją wolę do podjęcia pracy była gotowa do niesienia pomocy kobiecie i jej dziecku o każdej porze w dzień i w nocy.

W przypadku nieobecności jej w domu pozostawiała dokładną informację o miejscu swojego pobytu. Maria swoją praktykę zawodową realizowała na podstawie Instrukcji dla akuserek Państwa Pruskiego z 1883 roku, która mówiła cyt.; powinna nieść akuszerka pomoc rodzącej niezależnie od pory dnia i roku, zamożności i pozycji społecznej, z troskliwością i pieczołowitością opiekować się kobietą rodzącą i noworodkiem.

Zakres obowiązków i czynności jakie wykonywała akuszerka w czasach zaboru pruskiego są aktualne do dnia dzisiejszego. Należą do nich postępowanie zgodne z zasadami etyki, doskonalenie wiedzy zawodowej, badanie kobiet i udzielanie im porad, opieka nad kobietą ciężarną, przygotowanie do porodu kobiety ciężarnej, jej rodziny.



Na uwagę zasługuje fakt, że akuszerka w porównaniu do czasów współczesnych samodzielnie bez osób trzecich podejmowała decyzję dotyczące prowadzenia porodu. Poród odbywał się w domu rodzącej. W przypadku przerwań ciąży kryminalnych i zabójstw płodu zgłaszała ten fakt do odpowiednich instytucji. Dokonywała oględzin płodów martwo urodzonych, wydawała na żądanie sądu opinię o stanie zdrowia kobiety.

Kolejną osobą w tej rodzinie, która realizowała się w zawodzie położnej była Barbara, córka Marii. Barbara dorastając w domu rodzinnym widziała jak wielką samodzielność w wykonywaniu zawodu ma akuszerka, była to osoba ogólnie znana i szanowana. Pozycja zawodowa i społeczna akuszerki była bardzo wysoka głównie z uwagi na fakt iż przez cały okres swojej kariery zawodowej miała obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji.

Bardzo ważnymi w tych czasach były zasady postępowania położnej wobec lekarzy jak i innych położnych. Na przykład dla lekarza przywołanego w przypadkach nagłych cyt. „zawsze miała szacunek i poważanie zaś o postępowaniu lekarskim i zleconych przez niego środkach zdania swego wobec osób postronnych nigdy nie wypowiadała”. Na przykładzie tego cytatu widać że pomimo wielkiej samodzielności jaką miała w przypadku zagrożenia życia kobiety czy dziecka respektowała z pełnym szacunkiem zlecenia lekarskie.

Barbara ukończywszy szkołę położnych rozpoczęła pracę. Zaopatrzona w doskonały zapis prawny jakim była instrukcja (na prawach ustawy) Marszałka Piłsudskiego z 1928 roku, wykorzystywała w pracy swoją wiedzę, umiejętności i zaufanie społeczne. Aż do 1950 roku była całkowicie samodzielną, przyjmowała na świat dzieci w ich własnych domach. Była nauczycielem i podporą nie tylko duchową dla rodziców ale i świętą wyrocznią nawet

dla ich babek, jednocześnie przykładem do naśladowania w czasie okupacji hitlerowskiej. Samodzielność jej była tak ogromna, że zatarła się granica między samodzielnością zawodową a zawodem wolnym.

Następna z rodziny Joanna postanowiła pójść w ślady matki i babki, ukończywszy dwu i pół letnią szkołę położnych po maturze otrzymała prawo wykonywania zawodu położnej z Urzędu, które upoważniało ją do podjęcia pracy. Pragnąc zostać położną środowiskową i aby móc zajmować się kobietami i dziećmi w środowisku domowym musiała przepracować 5 lat w szpitalu.

Był to bardzo trudny okres, w którym kobiety były traktowane jak przedmiot, a poród stał się czymś wstydlivym, przerażającym i odartym z majestatu narodzin. Nagle kobieta ciężarna, rodząca i ich narodzone dziecko stali się własnością medycyny, bezdusznej maszyny szpitalnej, w rękach której znaleźli się często wbrew swojej woli natomiast zgodnie z wolą ustawodawcy.

Pragnę zauważyć że położne zaczynają być sukcesywnie i brutalnie pozbawiane przynależnych im praw i kompetencji zawodowych.

Joanna zostaje odsuwana od tych wszystkich czynności, które wykonywały w przeszłości jej matka i babka. Staje się po prostu wykonawcą poleceń lekarskich, przestaje być mózgiem a zaczyna być narzędziem. Traci możliwość nie tylko działania ale i myślenia. Zawód akuszerki, który wykonywała jej matka i babka był zawodem o wysokim statusie społecznym, wolnym i niezależnym, natomiast zawód położnej, który wykonywała Joanna był zawodem źle opłacanym, niedocenianym. Rola położnej była dodatkowo umniejszana.

Po tym okresie zmienił się system kształcenia położnych. Położna miała możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych kończąc studia, uzyskując tytuł magistra położnictwa.

Wielkie przemiany polityczne i gospodarcze jakie się dokonały w wyniku transformacji w Polsce przyczyniły się do tego, że w marcu 1989 roku (podzespół ds. zdrowia Okrągłego Stołu), podjął decyzję o powołaniu Izb Pielęgniarek i Położnych w celu obrony interesów zawodowych najliczniejszej grupy wśród zawodów medycznych. Dzięki wielkiemu zaangażowaniu pielęgniarek i położnych ich olbrzymiej pracy jaką włożyły aby powstał projekt ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Ustawa została przyjęta przez Sejm 19.04.1991 roku a 14.05.1991 roku ustawę podpisał Prezydent Lech Wałęsa.

W tym okresie położne angażują się w tworzenie samorządu na terenie kraju. Przez kolejne lata dokonują się duże zmiany w zawodzie położnej. Wynikiem prac samorządu są nowe unormowania prawne zawodu (5.07.1996 r. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej) pomimo, że położne chciały odrębnej ustawy dla dobra ogółu wyraziły aprobatę na wspólną ustawę, w której są odrębne przepisy dotyczące zawodu położnej.

Przyjęto Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej, opracowano i zatwierdzono standardy zawodowe, stworzono nowy model kształcenia i doskonalenia zawodowego, wdrażano nowoczesne modele pracy w pielęgnowaniu, tworzą alternatywne formy opieki.

W związku z reformą w ochronie zdrowia rok 1999 to nowe wyzwanie dla środowiska położnych, możliwość tworzenia przez położne indywidualnych praktyk, specjalistycznych praktyk położniczych, grupowych praktyk położniczych czy NZOZów położniczych.

Położne mają możliwość założenia własnej firmy stwarza to dla nich większą samodzielność zawodową, zarządczą, szansę na wyższe zarobki, uniknięcie konfliktów personalnych z przełożonymi. Ponadto pozwoliło położnym wykorzystać i rozwijać swój talent organizacyjny oraz samodzielnie decydować o metodach pracy.

Przez cały czas trwania transformacji w służbie zdrowia decyzje zmieniają się z dnia na dzień. Najpierw płatnikiem są Kasy Chorych, następnie Narodowy Fundusz Zdrowia. Wynegocjowane stawki kawitacyjne nie są wystarczające aby zrealizować wszystkie zaplanowane działania, a szczególnie te najważniejsze dotyczące opieki nad kobietą ciężarną, położnicą noworodkiem oraz chorą ginekologicznie, również te z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia nie tylko u kobiet ale także całej rodziny w tym mężczyzn.

Pomimo wielkiej samodzielności jaką uzyskały położne w związku z ustawą wyżej opisaną, bardzo rzadko decydują się na odbieranie porodów w domu. Uwarunkowane jest to szeregiem konsekwencji, które mogą wyniknąć w razie komplikacji porodowych, jednocześnie brak ścisłej współpracy z lekarzami to też jedna z przyczyn tych decyzji.

Analizując historię zawodu na przestrzeni wieku uważam, że położne, swoją postawą, kompetencjami oraz wielkim zaangażowaniem przyczyniły się do tego, że zawód ten był, jest i będzie kojarzony przez społeczeństwo jako samodzielny, a położne jako te osoby, które mają sprawne dłonie, otwarte głowy, gorące serca, są ciepłe i dobre.

Sądzę, że wolność zawodu wyznaczają jego zwolennicy i odbiorcy, czyli pacjenci, miłość ludzka, a nie definicja, czy przepis.

Na koniec chciałabym podkreślić, że te wszystkie działania, które podejmowane były przez położne również w tej rodzinie, a szczególnie te po latach 90 tych są potwierdzeniem tezy integralności pewnych elementów życia ludzkiego z położnictwem. Wspólne działania kobiet i położnych doprowadziły do uwolnienia ciężarnej, rodzącej i położnicy od poczucia zniewolenia.

Kobiety same, tak jak przed laty zwracają się do położnych, które znowu po latach jako pierwsze przyznały im prawo wyboru tego, gdzie, jak i z kim chcą rodzić swoje dzieci (i aby to się nie zmieniło).

Opisała też położna W.K

WYPALENIE ZAWODOWE

„Istotą wypalenia zawodowego jest erozja wartości, godności i woli - erozja ludzkiej duszy. Jest dolegliwością rozwijającą się stopniowo, w sposób ciągły i nieprzerwany, spychający ludzi ku dołowi ruchem spiralnym, który jest trudny do odwrócenia.”

C. Maslach

Działalność zawodowa człowieka może być zarówno źródłem satysfakcji, jak i ogromnych frustracji i niezadowolenia. Praca z ludźmi powoduje duże napięcie i stres, emocjonalne zaangażowanie się w problemy drugiego człowieka, wyczerpuje osobę pomagającą.

Jeżeli dołączymy do tego brak lub niedostateczne (w mniemaniu osoby udzielającej pomocy) efekty działania, stres wszechobecny w miejscu pracy bądź zaburzenia w relacjach ja –inni współpracownicy, nietrudno o rozwinięcie zespołu znanego dziś pod pojęciem syndromu wypalenia zawodowego (professional burnout). Zjawisko to zostało dostrzeżone w latach siedemdziesiątych, choć prawdopodobnie istniało znacznie wcześniej.

Obecnie tematyka wypalenia uzyskuje dużo większe znaczenie niż niegdyś, wiążąc się z przemianami cywilizacyjnymi, rozwojem zawodów usług społecznych postępującą profesjonalizacją i innymi czynnikami. Osoby pracujące z ludźmi często określa się mianem „profesjonalnych pomagaczy”, natomiast zawody, które wykonują –zawodami „społecznymi i usługowymi”. Do tej grupy zalicza się również zawód pielęgniarki. Grupa ta jest szczególnie narażona na wypalenie zawodowe, pracuje bowiem z ludźmi chorymi, cierpiącymi i często bezradnymi. Pielęgniarki pracują w specyficznych i trudnych warunkach, w pracy o charakterze zmianowej, często na kilku etatach. W ostatnich latach pogorszeniu uległy warunki organizacyjne ich pracy, problemy płacowe i personalne, co przyczyniło się do nasilenia syndromów wypalenia zawodowego pielęgniarek.

Wypalenie jest opisywane jako powoli zaczynający lub nagle ujawniający się stan wyczerpania cielesnego, duchowego i uczuciowego, który można dostrzec w życiu zawodowym, ale który po pewnym czasie przenika do innych sfer życia, wpływa na związek partnerski, rodzinę i krąg przyjaciół. O wypaleniu można mówić wówczas, kiedy osoby dotąd zaangażowane, nagle tracą motywację do działania, a następnie doświadczają uczucia emocjonalnego, psychicznego i fizycznego wyczerpania. Przejawia się to w postaci obniżenia efektywności, jakości pracy, braku satysfakcji lub wycofania się z dotychczasowej aktywności.



„Charakterystyczny dla powstania wypalenia jest długotrwały przerost wymagań zewnętrznych bez radzenia sobie z napięciami z nich wynikającymi. Często towarzyszą mu myśli o rzuceniu wszystkiego, ucieczce, w skrajnych przypadkach o samobójstwie”.

W wyniku prowadzonych wieloletnich badań udało się określić, iż istnieje typ osobowości szczególnie narażony na rozwinięcie się pełnoobjawowego zespołu wypalenia zawodowego. Są to osoby ambitne, dbające o szacunek w swoim środowisku, pragnące być kompetentnymi we wszystkich strefach życia, szczególnie zawodowego. Osoby te stawiają sobie często zbyt wysokie wymagania, przy niewielkich możliwościach wpływu na sytuację, wyolbrzymiają porażki, są perfekcyjne i nadodpowiedzialne. Osoby te mogą być mniej odporne na stres, gorzej radzą sobie z emocjami, często też dochodzą do tego trudności w realizowaniu ambicji zawodowych czy po prostu niedostateczne zdolności interpersonalne.

Jednak najbardziej sprzyja wypaleniu nadmiar obowiązków, konflikty w zespole pracowniczym i niedostosowanie pracownika w pewnych obszarach. Te obszary „ryzyka” to:

- obciążenie pracą, gdy pracownikowi stawia się wymagania przekraczające jego możliwości,

- brak kontroli i możliwości wpływania na pracę, którą się wykonuje,
- wynagrodzenie, czyli nieodpowiednia gratyfikacja za wykonywaną pracę (jako brak uznania dla pracy i osoby pracownika),
- dezintegracja, coraz mniejsze zainteresowanie podtrzymywaniem pozytywnych relacji interpersonalnych na terenie pracy,
- zaburzony przepływ informacji, za mało czasu na wykonywanie czynności, nadmierna biurokratyzacja,
- zaburzone relacje z innymi pracownikami i przełożonymi, brak wsparcia w środowisku pracy i w rodzinie.

Stopniowo pojawiają się sygnały ostrzegawcze, które mogą wskazywać na zjawisko wypalenia:

- niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy i brak chęci do jakichkolwiek działań
- poczucie izolacji
- odbieranie życia jako ciężkiego i beznadziejnego
- wzrastająca liczba negatywnych relacji z pacjentami i współpracownikami
- sprzeczne zachowania i przekonania
- wątpliwość we własne kompetencje
- pogorszenie koncentracji i pamięci
- zmienność nastroju
- obojętność i dystansowanie się od problemów pacjentów
- poirytowanie, negacja, drażliwość i brak cierpliwości w domu
- częste choroby bez rozpoznawalnych przyczyn
- myśli o ucieczce i samobójstwie
- utrata entuzjazmu, schematyczne podchodzenie do problemu.

Objawy te prowadzą do wystąpienia uczucia wyczerpania i pogłębiania się utraty zainteresowania. Stopniowo mogą pojawić się **skrajne nieprawidłowości** np.

- bezradność
- utrata nadziei
- wyczerpanie, awersja do innych
- apatia
- zaburzenia snu, bóle głowy
- oskarżanie siebie
- świadome izolowanie się od otoczenia
- unikanie kontaktów towarzyskich
- nieufność, paranoidalne wyobrażenia
- cynizm
- reakcje psychosomatyczne

- absencja w pracy
- epizody depresji
- wrażenie bezruchu
- sztywne trzymanie się przepisów
- nieprzemyślana rezygnacja z pracy
- upadek społeczny, a nawet samobójstwo.

Wypalenie zawodowe pielęgniarek

Pracownicy medyczni są nieustannie narażeni na przeżywanie stresu emocjonalnego, spowodowanego bezpośrednim kontaktem z człowiekiem oczekującym opieki i pomocy. Towarzyszenie ludziom doświadczającym bólu i cierpienia, brak nadziei, często znajdujących się w obliczu śmierci – obciąża, na skutek przeżywania wspólnie z chorym negatywnych emocji.

Rodzi się poczucie odpowiedzialności za drugiego człowieka prowadzące do jawnych sytuacji bezradności, gdyż oczekiwania pacjenta co do pomocy -zazwyczaj przerastają możliwości medycyny. Oprócz tych czynników, praca zmianowa, stres zawodowy, dążenie do perfekcjonizmu, nadmiar obowiązków - powodują znaczne obciążenie psychiczne tej grupy zawodowej.

Przyczyną wypalenia zawodowego pielęgniarek jest więc specyfika zawodu, jak i otaczające je środowisko pracy. Emocjonalne relacje z pacjentami, odpowiedzialność za ich zdrowie, konieczność podejmowania samodzielnych decyzji, ustawiczne napięcie przyczyniają się do zmęczenia i wyczerpania.

Sprawę pogarszają złe stosunki z zespołem leczącym, a często też brak szacunku ze strony przełożonych. Obniżenie rangi społecznej zawodu współistniejące z niskim wynagrodzeniem piętnuje brak równowagi między włożonym wysiłkiem, a tym, co pielęgniarki otrzymują w zamian. Nie sposób nie zauważyć, iż w pracy pielęgniarskiej oprócz obciążenia psychicznego występuje także znaczny wysiłek fizyczny. Przykładem są czynności pielęgnacyjne wobec całkowicie niesprawnych pacjentów, duża liczba godzin pracy, oraz liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, wielozadaniowość pracy pielęgniarki (w tym oprócz wykonywania czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, obsługa sprzętu, prowadzenie dokumentacji, edukacja i promocja zdrowia) powoduje istotny wzrost stopnia wypalenia zawodowego. Często rosnącej ilości zadań towarzyszy subiektywne poczucie odczuwanego całkowitego wyczerpania emocjonalnego.

Szczególnie też sprzyja wypaleniu u pielęgniarek obcowanie z chorobą i śmiercią, praca zmianowa, mit o rzekomym braku podatności na zranienia, dużo poleceń służbowych i brak szacunku ze strony współpracowników, pacjentów i ich rodzin.

Do tych niekorzystnych czynników możemy także dodać wysokie wymagania, jakie stawiane są

grupie pielęgniarskiej, a mianowicie – wnikliwość, spostrzegawczość, kreatywność, empatię i komunikatywność. Pielęgniarka musi być pracownikiem wszechstronnym, dyspozycyjnym, kompetentnym, wysoko wykwalifikowanym i etycznym. To wszystko prowadzi do postępującej bezradności, niemożności znalezienia innego wyjścia z tej frustrującej sytuacji niż np. odejście z zawodu.

Problem wypalenia w zawodzie pielęgniarskim jest powszechny. Badania pokazują, że wypalenie zawodowe pielęgniarki współistnieje z brakiem poczucia osiągnięć osobistych. Pielęgniarki charakteryzują się wysokim poziomem wyczerpania emocjonalnego, nisko oceniają wykonywane przez siebie zadania, twierdzą, iż nie mają żadnych sukcesów. Skutkuje to mniejszą efektywnością, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia jakości pielęgnowania.

Większość pielęgniarek, których dotyczy zespół wypalenia zawodowego, neguje pracę wykonywaną, uważając ją za mało wartościową. Konsekwencją wypalenia zawodowego są różnego rodzaju uzależnienia, nerwice, depresje, a także liczne zwolnienia z pracy.

Jak zapobiegać wypaleniu. Jak sobie z nim radzić

Aby uniknąć wypalenia zawodowego dobrze jest, gdy to co robimy jest dla nas wciąż ciekawe i sprawiające przyjemność. Czy nie zmuszamy się do pracy wykonując obowiązki ponad siły?

Jesteśmy ludźmi, nie maszynami i zasoby naszej energii mogą się w każdej chwili wyczerpać.

Aby do tego nie dopuścić, musimy nauczyć się bycia asertywnym- odmawiać, gdy czujemy, iż nadmiar obowiązków nas przerasta lub po prostu nie chcemy zaczynać czegoś, co nas męczy i nie ciekawi. Komunikatywne wyrażanie siebie, określanie swoich granic, przekonań, potrzeb jest tu niezwykle istotne i może zapobiec narastaniu frustracji. Zdrowa komunikacja w miejscu pracy, to również zdolność delegowania odpowiedzialności. Zamiast pracować, żyć w przekonaniu że wszystko jest naszym zadaniem, że musimy wszystko kontrolować – warto czasami poprosić kogoś, zlecić komuś wykonywanie określonego zadania. Postarajmy się wypracować w sobie dystans do spraw zawodowych, pracować z umiarem i wiedzieć w którym momencie powiedzieć „stop”.

Poznajmy swoje możliwości, ale też ograniczenia, nauczmy się mówić „nie” w uzasadnionych warunkach – bez gniewu i bez poczucia winy. Wypracujmy zdrowy dystans do własnych problemów, ale też do problemów innych. Nie zawsze jest to możliwe, ale zastanówmy się, czy kolejny etat jest nam niezbędny, czy podołamy?

Dużą rolę odgrywa wypoczynek i relaks, szczególnie zaś ważne jest znalezienie sobie płaszczyzny niezwiązanej

z pracą, która jest swoistą „odskocznią” od stresów codziennego życia. Nie bójmy się też prosić o pomoc, o wsparcie zarówno w pracy, jak i w domu. Nie udowadniajmy sobie niejako wbrew sobie, że jesteśmy niezastąpione w obowiązkach domowych, że tylko my możemy zrobić to dobrze.

W zawodach związanych z medycyną, przeciwdziałając zespołowi wypalenia zawodowego można jeszcze w okresie przygotowania do zawodu przez wyposażenie pielęgniarek w wiedzę i umiejętności radzenia sobie ze stresem zawodowym - komunikowania się, właściwego wykorzystywania potencjału empatii i zaangażowania, kształtowania racjonalnego nastawienia do zawodu i dobrze ukształtowanego przekonania o możliwościach kontroli wpływu na zdarzenia.

Istotne wydają się być również działania zespołowe np. w szpitalu - tworzenie klimatu życzliwości akceptacji młodych pracowników, pomoc i dzielenie się doświadczeniem zawodowym z innymi, omawianie problemów i umożliwienie korzystania z konsultacji i porad innych.

W interesie pracodawców leży bowiem zapobieganie pojawienia się wypalenia zawodowego u pracowników. Powinni oni dążyć do powierzania pracownikom zadań adekwatnych do ich możliwości i kompetencji, stworzenia możliwości uczenia się i rozwoju, oraz organizowaniu treningów z zakresu umiejętności interpersonalnych, komunikacji, rozwiązywania konfliktów oraz skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Działania profilaktyczne z zakresu zapobiegania wypaleniu zawodowemu są całkiem realne i możliwe do spełnienia. Ważna jest świadomość, iż takie zagrożenie istnieje i nasza zdecydowana postawa. Każdy z nas bowiem posiada olbrzymi potencjał i możliwości budowania efektywnego stylu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Bibliografia:

1. Anida Leszczyńska „Zaburzone relacje i niedopasowanie” w: „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr. 03/2006, Wydawnictwo Czelej (s. 31-32).
2. Krystyna Kurowska „Zespół wypalenia zawodowego” źródło j.w.
3. Agata Wons „Wypalenie zawodowe” w: „Psychologia” podręcznik dla studentów kierunków medycznych wyd. Universitas, Kraków 2006; s. 407-423.
4. „Wypalenie zawodowe” pod red. Heleny Sęk. Wydawnictwo PWN 2004.

Opracowała Alicja Świątek

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych prowadzi nabór na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej dla pielęgniarek

Kwalifikacja na szkolenie odbędzie się w siedzibie OIPiP w Gorzowie Wlkp. **23.01.2018 r.**

Planowany termin rozpoczęcia **10.02.2018 r.**

Warunkiem zakwalifikowania na specjalizację zgodnie z art. 67 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251 z późn. zm.) jest:

- posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza,
- przepracowanie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza okresu minimum 2 lat w okresie ostatnich 5 lat.

Wraz z wnioskiem o zakwalifikowanie na specjalizację należy dołączyć zaświadczenie o ukończeniu kursów specjalistycznych:

- Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka, która nie posiada wymaganych kursów, zobowiązana jest do ich ukończenia do dnia egzaminu państwowego szkolenia specjalizacyjnego.

Z obowiązku posiadania zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego „Wywiad i badanie fizykalne” **zwolnione są osoby:**

1. posiadające **tytuł specjalisty** w dowolnej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, uzyskany po **2001 r.**,
2. posiadające zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego „**Advanced Physical Assessment**”,
3. posiadające dyplom licencjata pielęgniarstwa/położnictwa, począwszy od naboru **2012/2013**.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. informuje, że Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie prowadzi nabór na **bezpłatny** kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept część II dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Zajęcia teoretyczne, praktyczne oraz ćwiczenia odbędą się na terenie Gorzowa Wlkp.

Liczba miejsc - 20.

Wymagane dokumenty:

kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, kserokopię dyplomu ukończenia studiów wyższych lub dyplomu specjalisty – oryginały do wglądu. W kursach mogą brać udział osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, umowy cywilno-prawnej lub wykonujące/-y zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodowa.

Wniosek na kurs (wersja papierowa) proszę pobrać ze strony internetowej www.powr.wsiiz.pl, po wypełnieniu wraz z załącznikami przesłać na adres OIPiP.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. planuje rozpocząć w II kwartale 2018 r. szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego

Warunkiem zakwalifikowania na specjalizację zgodnie z art. 67 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251 z późn. zm.) jest:

- posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza na terenie Rzeczypospolitej,
- przepracowanie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza okresu minimum 2 lat w okresie ostatnich 5 lat.

Do wnioskiem o zakwalifikowanie na specjalizację należy dołączyć zaświadczenie o ukończeniu kursów specjalistycznych:

- Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych,
- Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka dla pielęgniarek i położnych.

Położna, która nie posiada wymaganych kursów, zobowiązana jest do ich ukończenia do dnia egzaminu państwowego szkolenia specjalizacyjnego.

Z obowiązku posiadania zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego „Wywiad i badanie fizykalne” **zwolnione są osoby:**

1. posiadające **tytuł specjalisty** w dowolnej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, uzyskany po **2001 r.**,
2. posiadające zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego „**Advanced Physical Assessment**”,
3. posiadające dyplom licencjata pielęgniarstwa/położnictwa, począwszy od naboru **2012/2013**.

Przypominamy - składanie wniosków na wszystkie kursy odbywa się za pośrednictwem systemu **SMK** (System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych).

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie:

założenie konta w systemie na stronie - <https://smk.ezdrowie.gov.pl/>

złożenie wniosku do OIPiP w Gorzowie Wlkp. o modyfikację uprawnień

Instrukcja na stronie internetowej [/www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl)

Zawsze lubiłam słuchać historii ludzi. Fascynowało mnie wszystko, i to, jak się poznali, co robili w życiu, jak radzili sobie z problemami i czym kierowali się dokonując wyborów.

Kiedyś zaczęłam spisywać najciekawsze z opowiadań, i okazało się, że sprawia mi to przyjemność. Stąd moje hobby. Znajomi lubią czytać moją bazgraninę, a ja skrzętnie notuję każdą zasłyszaną opowieść.

Bo ludzka pamięć jest zawodna, a pisane słowo wciąż żyje.

Tyle się dzisiaj mówi o przyjaźni, poświęceniu i pomaganiu.

Znam ze słyszenia pewną historię, w której nie brakuje niczego, poza szczęśliwym zakończeniem.

AGATA

Agata pracowała jako pielęgniarka w niewielkim szpitalu. Tryskała humorem, dla każdego miała dobre słowo i nigdy nie narzekała. Lubiana przez koleżanki i pacjentów, pracowita jak mróweczka, znajdowała jeszcze czas na swoje hobby. Z wielką cierpliwością sklejała modele. Miała ich w domu całe mnóstwo. Czołgi, samoloty, okręty. Znała ich nazwy i chętnie o nich opowiadała.

Życzliwa i pogodna, zawsze biorąca dyżury za koleżanki, nie chodząca na zwolnienia. Służyła pomocą zawsze i o każdej porze. A przy tym nie narzucająca się i dyskretna. Nikt nie wie ile cudzych tajemnic skrywała.

Zaraz po Bożym Narodzeniu, Agata zaczęła chorować. Z początku zwykłe dolegliwości żołądkowe. Nie wyglądało to groźnie, jednak po pewnym czasie zaczęła tracić na wadze i czuła się coraz gorzej. Wysyłano ją na coraz to inne badania, aż okazało się, że ma raka trzustki. Niestety, chorobę zdiagnozowano w późnym stadium. Wszyscy byli świadomi rokowań. Sama pacjentka też.

Przyjaciele stanęli na wysokości zadania. Ponieważ z żyjących krewnych, Agata miała tylko mamę w podeszłym wieku, pomagali jak mogli. Codzienne zakupy, porządki, czy nawet spacer z psem, nie były żadnym problemem. Ciągłe ktoś wpadał z wizytą, przynosił coś ze sobą i sprawdzał czy niczego jej nie brakuje. Niektórzy dopiero teraz mogli zobaczyć jej kolekcję modeli. Była imponująca i zajmowała każdą wolną przestrzeń w mieszkaniu.

Kiedyś trzeba było zawieźć chorą na wizytę lekarską. Prawie się pokłócili, kto ma z nią jechać. Bo Irka ma akurat wolne, Aśka też by przy okazji coś załatwiła, Janek mógłby ją zanieść jeśli nie da rady sama itp. Pojechała Stasia z Jakubem, ponieważ Agata stwierdziła, że przy nich pęka ze śmiechu. Faktycznie. Przy tej dwójce trudno było zachować powagę.

Dwóch kolegów postanowiło zrobić jej niespodziankę. Sklejali w tajemnicy żaglowiec. Zbliżały się urodziny Agaty i chcieli uczcić je w wyjątkowy sposób. Najpierw jednak przyjęcie. Sama jubilatka była

wzruszona. Torta upiekła jedna z dziewczyn. Wpadli prawie wszyscy znajomi. Było wesoło i uroczyście. Nie zabrakło balonów, ani dmuchania świeczek. Podczas przyjęcia chłopaki mrugali znacząco do siebie, aż Agata nie wytrzymała i zapytała:

- A wy co tam knujecie, co?

- My? Nic! - odpowiedzieli zgodnie.

- Jak to nic? Przecież widzę, że wciąż do siebie mrugacie - dopytywała Agata.

- No dobra - Wiktor postanowił uchylić rąbka tajemnicy - ubierzcie się wszyscy. Zaskoczmy was.

Goście poubierani w płaszcze i kurtki zeszli na dół. Wsiedli do samochodów i wyruszyli. Kiedy przyjechali nad rzekę, Agata zaskoczona zapytała:

- Po co nas tu przywieźliście? - Jest zimno, zaraz się ściemni i nic się nie dzieje.

Wtedy Wiktor i Jakub uśmiechnęli się do siebie i wyciągnęli z bagażnika model żaglowca.

- Jaki piękny! - zachwyciła się Agata - toż to prawdziwe cudeńko. Sami go zbudowaliście? Chłopaki dumnie przytaknęli.

- A teraz czas na wodowanie! - krzyknął Jakub. Wszyscy podeszli do brzegu i z ciekawością przyglądali się jak delikatnie opuszczają żaglowiec na wodę. Wiatr porwał go od razu. Model sunął po wodzie lekko przechylając się na jedną stronę. Agata kuląc się z zimna, uśmiechała się z niedowierzaniem.

- Naprawdę sami go sklejaliście?

- Nie tylko, że sami, we dwóch - zapał Wiktor - ale nazwalimy go na twoją cześć „Agata”.

Dziewczyna spojrzała na nich z wdzięcznością. Otulając się szczelnie płaszczem wodziła oczyma za pięknym żaglowcem. A ten nagle zakołysał się na fali i położył na lewej burcie. Agata zdążyła tylko zawołać:

- On tonie!

Mimo szybkiej akcji nie udało się uratować modelu. Wprawdzie panowie rzucili się na ratunek, ale okręt poszedł na dno w ekspresowym tempie. Z początku

wszyscy zamilkli, ale pierwsza roześmiała się Agata. Za nią po kolei dziewczyny, a na koniec majsterkowicze. Agata krztusiła się ze śmiechu, a Irena, która stała obok niej ocierała łzy rozbawienia.

- No to pięknie - wyjąkał ktoś z towarzystwa - był sobie żaglowiec... Wybuchom śmiechu nie było końca.

Innym razem trzeba było zorganizować święta. Agata nie czuła się zbyt dobrze, a Gwiazdka coraz bliżej. Przyjaciele znaleźli czas i środki na to, by pomóc jej stworzyć te dni takimi, jakimi je lubiła. Przywieźli wielką choinkę, pomagali ubierać, dziewczyny podrzucały półmiski z rybą, pierogami i innymi smakołykami. W wigilię ciągle ktoś wpadał, składał życzenia i zostawiał prezent. Agata postanowiła uszczuplić swoją kolekcję. Każdemu podarowała jeden z modeli. Jak mówiła: „każdemu przypadnie mała częśćka mnie”. Razem z mamą, spędziła spokojne, pełne ciepła Boże Narodzenie.

Jeszcze Sylwester. O zabawie z tańcami nie mogło być mowy, ale jej małe mieszkanko, w ostatnią noc roku pomieściło rekordową liczbę gości. Słuchali muzyki, śmiali się i życzyli sobie wszystkiego najlepszego. Panowie zakupili mnóstwo fajerwerków i odpalali je ponad godzinę. Okrzykiem zachwytu nie było końca. Agata wpatrywała się kolorowe race z uśmiechem na twarzy i ani na chwilę nie odeszła od okna.

Pod koniec jej choroby, kiedy leżała w szpitalu, też jej nie opuścili. Ciągłe ktoś kręcił się przy jej łóżku, sprawdzając czy wszystko ma, albo czy czegoś nie potrzebuje. Ziotka, która była już na rencie, przychodziła każdego wieczoru i siedziała przy Agacie, dopóki ta nie zasnęła. Okazało się, że dziewczyna najbardziej bała się samotnych nocy. Ziotka czasami czytała jej książkę, niekiedy rozmawiały, ale były też dni, kiedy słuchały razem muzyki z jednego odtwarzacza MP3.

Agata zmarła w samo południe. Wśród przyjaciół, takich prawdziwych, od serca. Ze wszystkimi zdążyła się pożegnać. Nie chciała by ją opłakiwano. Miała świadomość swojej choroby i o wszystkim zdążyła pomyśleć zawczasu.

Wiem, że przyjaciele Agaty spotykają się regularnie i wspominają ją. Miałam przyjemność i zaszczyt rozmawiać z jedną z osób z jej najbliższego grona. Jestem pod wielkim wrażeniem, jak ci ludzie gotowi byli zawsze i o każdej porze stawić się u jej boku kiedy zachodziła taka potrzeba. Historia z żaglowcem bawi mnie zawsze kiedy o niej pomyślę. A modele Agaty zostały sprzedane na pewnej aukcji. Są naprawdę imponujące. I jeszcze coś: udało mi się nabyć jeden z nich.

Anuka

UWAGA ! PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE !

Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych osobowych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim przypomina o obowiązku aktualizacji danych w Rejestrze Pielęgniarek i Położnych oraz Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zgodnie z art. 19 ust. 2 i 3 oraz art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a także art. 11 ust. 1 pkt. 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, każda pielęgniarka/położna zobowiązana jest niezwłocznie zawiadomić okręgową izbę pielęgniarek i położnych o zmianie danych określonych w art. 44. ust. 1 w terminie **14 dni od daty ich powstania**.

Dane objęte aktualizacją w rejestrze pielęgniarek i położnych:

- zmiana nazwiska,
- ukończenie kursów i specjalizacji,
- ukończenie studiów wyższych,
- zmiana miejsca zamieszkania,
- zmiana miejsca zatrudnienia,
- rozpoczęcia i ustania zatrudnienia,
- zgubienie lub kradzież dokumentu Prawa Wykonywania Zawodu,
- zaprzestanie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

Zgodnie z art. 107 ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarki i położne wykonujące działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarek i położnych zobowiązane są do zgłaszania wszelkich zmian objętych rejestrem, w tym także umów obowiązkowego OC praktyki zawodowej na kolejny okres w **terminie 14 dni od dnia ich powstania**.

W przypadku niezgłoszenia zmian danych objętych rejestrem w ww. terminie podmiot prowadzący rejestr może w drodze decyzji administracyjnej nałożyć karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Pani

Marii Teresie Ziółkowskiej

Wyrazy szacunku i podziękowania
za wieloletnią pracę
na rzecz samorządu
pielęgniarek i położnych
Za życzliwość, przekazaną wiedzę,
zaangażowanie i wieloletni wysiłek
dla dobra pielęgniarek
i położnych oraz udzielane wsparcie,
życząc jednocześnie zdrowia,
wszelkiej pomyślności
oraz realizacji planów i zamierzeń
składa

Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

Gratulacje

Barbarze Szostak

Położnej

Z okazji przejścia na emeryturę,
realizacji dalszych planów i zamierzeń,
wspieranych dobrym zdrowiem
i zasłużoną satysfakcją
z zawodowych dokonań
oraz wszelkiej pomyślności
w życiu osobistym

składa

Pielęgniarka Naczelna
Dorota Górecka

Serdeczne gratulacje

Pielęgniarkom:

**Beacie Morawskiej
i Marioli Igras**

Z okazji uzyskania tytułu
Specjalisty w dziedzinie
Pielęgniarstwa Operacyjnego
satysfakcji z wykonywanej pracy
zawodowej, sukcesów w realizacji zadań
oraz szczęścia w życiu osobistym

składa

W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

Pielęgniarce

Pani

Alicji Szczucińskiej

z Całodobowego Oddziału
Psychiatrycznego Ogólnego nr 2
Szpitala w Międzyrzeczu - Obrzycach
z okazji przejścia na emeryturę
składamy serdeczne podziękowania
i wyrazy wielkiego uznania
za wieloletnią pracę w naszym gronie,
życzymy wszelkiej pomyślności
i realizacji dalszych planów
i zamierzeń.

składa

Pielęgniarka Naczelna
oraz
Koleżanki i Koledzy

Z okazji pomyślnego zdania
egzaminu państwowego
w dziedzinie
Pielęgniarstwa Ginekologicznego

Położnej
Sławomirze Plata
serdeczne życzenia satysfakcji
z pracy oraz wszelkiej pomyślności
w życiu osobistym

składa
w imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP



W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
serdeczne życzenia pomyślności
w życiu osobistym i zawodowym,
zdrowia, pogody ducha,
spełnienia marzeń,
Pielęgniarkom:

Dorocie Tymrakiewicz,
Edycie Herner,
Małgorzacie Matuszewskiej,
Halinie Różak- Ufir,
Sylwii Grygiel-Szpałek,
Bogusławie Jastrzębskiej,
Renacie Kurowskiej,
Beacie Jach,
Elżbiecie Przysiężniak,
Małgorzacie Baumann,
Barbarze Konczewskiej,
Katarzynie Buchwald,
Annie Dudczyn,
Bożenie Florczyk,
Bogumile Kikut,
Jowicie Lenartowicz,
Marioli Bogdanowicz

za pomyślnie zdany egzamin państwowy
i uzyskanie tytułu Specjalisty w dziedzinie
Pielęgniarstwa Onkologicznego
składa

Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

Z okazji pomyślnego zdania
egzaminu państwowego
w dziedzinie
Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Pielęgniarkom:

**Małgorzacie Słojewskiej,
Dorocie Kamińskiej,
Beacie Pisarek,
Renacie Graś,
Annie Tokarczyk,
Marioli Żołędziejewskiej,
Wiesławie Mientkiewicz,
Agnieszce Gołębiowskiej,
Jolancie Jasiak-Błażniak**

serdeczne życzenia dalszego
rozwoju zawodowego, dużo zdrowia,
spełnienia marzeń
oraz wszelkiej pomyślności
w życiu osobistym

składa

W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

Pani

Agnieszce Pyśk

z okazji uzyskania tytułu
Specjalisty w dziedzinie
Pielęgniarstwa Zachowawczego
składam w imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
serdeczne gratulacje.

Życzę dalszego rozwoju zawodowego,
satysfakcji z wykonywanej pracy
oraz wszelkiej pomyślności

Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

Serdeczne gratulacje
Pielęgniarkom:

**Joannie Gusiew
i Jadwidze Warzocha**

Z okazji uzyskania tytułu
Specjalisty w dziedzinie
Pielęgniarstwa Geriatrycznego
Wszelkiej pomyślności,
radości z życia, realizacji planów
i zamierzeń
oraz dalszego rozwoju zawodowego

składa

W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

„Są chwile, by działać i takie,
kiedy należy pogodzić się z tym,
co przynosi los...”
A. Einstein

Koleżance Barbarze Wrąbel
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Taty

składają
Współpracownicy z Oddziału
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
w Słubicach

„Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,
która nas obezwładnia i zabiera w nieznaną.
A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę,
przeszywa serce bólem i odznacza w nim swoje
piętno, które przypomina nam stale jacy jesteśmy
wobec niej bezsilni”

Wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Ojca

Pielęgniarcie Barbarze Wrąbel
składa
Pielęgniarka Naczelna
Dorota Górecka

Z głębokim żalem zawiadamiamy że dnia 23.11.2017 r. odeszła z naszego
grona pielęgniarskiego w tragicznych okolicznościach

**Wioletta Wawrzyniak
i jej córka Fortunata**

Wspaniałą i życzliwą człowiek, niezawodną koleżanką,
osoba o wielkim sercu, uczciwości i niezwykłej dobroci.

29.11.2017 r. pożegnaliśmy wspaniałą koleżankę.

Wioletto niech w tej ostatniej wędrówce towarzyszą Tobie i córce nasze wspomnienia.

Odpoczywajcie w spokoju pozostając w naszych sercach i wspomnieniach.

Pielęgniarki z Nowego Szpitala w Kostrzynie nad Odrą

„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie odbierze
zawsze będą z nami”

Wyrazy głębokiego współczucia
oraz słowa otuchy
Panu Bartkowi Kaczmarkowi
z powodu śmierci

Mamy

składa
Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
oraz Pracownicy Izby

Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności, która nas
obezwładnia i zabiera w nieznaną. A kiedy pojawia się
kradnąc ukochaną osobę, przeszywa serce bólem
i odznacza w nim swoje piętno, które przypomina nam
stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni.

Wyrazy najgłębszego współczucia
Pielęgniarcie Weronice Krasuckiej
z powodu śmierci

Ojca

składa
pielęgniarka Naczelna
Dorota Górecka
oraz Pielęgniarki Oddziału Chorób
Wewnętrznych w Słubicach

KALENDARIUM

- 16.10.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 19.10.2017 r. – Spotkanie komisji POZ.
- 20.10.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w spotkaniu Wojewódzkiego Zespołu Wspierającego Lubuskie Szkoły Promujące Zdrowie.
- 20.10.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w spotkaniu Rady Społecznej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp.
- 20.10.2017 r. – Udział członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych: Aliny Hoffmann, Izabeli Marciak, Elżbiety Sabik, Iwony Szczerbo w XII Sympozjum Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki Oddziału Ziemi Lubuskiej.
- 25-26.10.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz oraz Wiceprzewodniczącej ORPiP Beaty Dunal w konferencji szkoleniowej dla organizatorów kształcenia podyplomowego, która odbyła się w Centrum Konferencyjnym Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej im. M. Nałęcz w Warszawie. Tematem przewodnim konferencji było podsumowanie dotychczasowego wdrożenia i funkcjonowania systemu SMK.
- 26.10.2017 r. – Spotkanie komisji ds. położnych.
- 27.10.2017 r. – Konferencja „Zapobieganie zakażeniom zakładowym w placówkach DPS i ZOL”.
- 06.11.2017 r. – Wybory uzupełniające na Delegata – Rejon wyborczy nr 9 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITALA IM. RADZIMIRA ŚMIGIELSKIEGO SP. Z O.O. w Skwierzynie.
- 11.11.2017 r. – Udział Haliny Kąkolewskiej w Wojewódzkich Obchodach Narodowego Święta Niepodległości.
- 20.11.2017 r. – Spotkanie komisji ds. DPS.
- 23.11.2017 r. – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 23.11.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 30.11.2017 r. – Egzamin kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” w Słubicach.
- 30.11.2017 r. – Egzamin kursu specjalistycznego „Leczenie ran” w Gorzowie Wlkp.

