

Spis Treści

1. KOMUNIKATY :

Beatyfikacja Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej	2-4
Konferencja w Sieradzu „Dobra opieka szansą na dłuższe życie z cukrzycą” ...	5
Bezpłatne kursy w Sieradzu	6
Pismo Ministerstwa Zdrowia w sprawie dokumentu „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”	7-8
Pismo Ministerstwa Zdrowia w sprawie konieczności odbywania stażu przez obywateli Ukrainy kończących w Polsce studia pielęgniarские	9
Relacja ze spotkania roboczego przedstawicieli pielęgniarek i położnych z Ministrem Zdrowia w sprawie Strategii	10
Bezpłatny dostęp do księgozbioru online IBUK Libra	11-12
Informacja nt. podręcznika „Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej”	13
Informacja o zakładaniu działalności leczniczej	13-17
Komunikat w sprawie obowiązku aktualizacji danych w Rejestrze Pielęgniarek i Położnych	17
Raport GUS nt. wynagrodzeń pielęgniarek i położnych	18

2. ARTYKUŁY

Rola i zadania położnej w opiece nad kobietą w różnych okresach życia	19-22
Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna	23-26
Przestrzeganie zasad mycia i dezynfekcji rąk	26-28

3. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	29
----------------------------------	-----------

BEATYFIKACJA SŁUŻEBNICY BOŻEJ HANNY CHRZANOWSKIEJ

Beatyfikacja Hanny Chrzanowskiej została oficjalnie potwierdzona. Informację o dacie i miejscu przekazał w imieniu Ojca Świętego Franciszka abp Andelo Vecciu z Sekretariatu Stanu Stolicy Apostolskiej.

Czcigodna Służebnica Boża Hanna Chrzanowska zostanie ogłoszona Błogosławioną w sobotę 28 kwietnia 2018 r. w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach.

Termin beatyfikacji związany jest z przypadającą w tym roku 45. rocznicą śmierci krakowskiej pielęgniarki.

Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie zaprasza pielęgniarki i położne z całej Polski do udziału w uroczystości beatyfikacji.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej organizuje wyjazd na uroczystości do Łagiewnik. Osoby chętne prosimy o kontakt z biurem OIPiPZS w Sieradzu, Tel. (43) 827 58 55.

Hanna Chrzanowska była pionierką pielęgniarstwa społecznego i parafialnego. Współpracowała z kard. Karolem Wojtyłą, który mówił, że Hanna była „ogromną pomocą i oparciem” oraz „sumieniem polskiego pielęgniarstwa”. Towarzystwo chorym było istotą jej misji – ze szczególnym oddaniem opiekowała się pacjentami w ich domach. Wyznaczała standardy nowoczesnej opieki nad chorymi, której fundamentem jest nie tylko niesienie ulgi w bólu fizycznym, ale także pomoc duchowa. Osoby bliżej znające Hannę zgodnie potwierdzały, że pielęgniarka w sposób heroiczny wypełniała przekazanie miłości bliźniego. Beatyfikacja krakowskiej pielęgniarki to potwierdzenie, że Hanna Chrzanowska jest dla wszystkich dobrym przykładem oraz wzorem służby drugiemu człowiekowi.

Życiorys Hanny Chrzanowskiej



Hanna Chrzanowska urodziła się 7. X. 1902 r. w Warszawie w rodzinie zasłużonej dla polskiej nauki i kultury oraz pielęgniarstwa polskiego. Jej ojciec, Ignacy Chrzanowski, znany profesor literatury polskiej pochodził z katolickiej rodziny podlaskich ziemian. Matka Wanda, z domu Szlenkier, pochodziła z ewangelickiej rodziny zamożnych warszawskich przemysłowców: Siostra matki, Zofia Szlenkierówna, była fundatorką szpitala dziecięcego w Warszawie oraz dyrektorką Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Obie rodziny znane były z rozległej działalności dobroczynnej. W 1910 r. rodzice Hanny przenoszą się do Krakowa, gdzie prof. I. Chrzanowski obejmuje katedrę na Uniwersytecie Jagiellońskim.

W Krakowie Hanna uczy się najpierw prywatnie, a następnie w Gimnazjum Sióstr Urszulanek, które kończy z odznaczeniem w 1920 r. Po maturze przechodzi krótki kurs pielęgniarstwa, aby nieść pomoc ofiarom wojny polsko – bolszewickiej. W grudniu 1920 r. Hanna rozpoczyna studia polonistyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Na wieść o powstaniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa przerywa studia i wstępuje do nowo otwartej szkoły, aby całkowicie poświęcić się pielęgniarstwu. Była to dla Hanny kluczowa decyzja, mająca określić dalszą drogę jej życia. Po ukończeniu szkoły w 1924 r. wyjeżdża na stypendia do Francji i Belgii) gdzie pogłębia swą wiedzę, zwłaszcza w zakresie pielęgniarstwa społecznego.

W latach 1926 – 1929 pracuje jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. Od roku 1929 do 1939 Hanna Chrzanowska redaguje miesięcznik „Pielęgniarka Polska” – pierwsze w Polsce czasopismo zawodowe dla pielęgniarek. Mieszka w tym czasie w Warszawie. Publikuje wiele prac z dziedziny pielęgniarstwa, a także podejmuje udane próby twórczości literackiej. Uczestnicząc w pracach Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych bierze czynny udział w przygotowaniu, uchwalonej przez Sejm w 1935 r. „Ustawy o pielęgniarstwie”: Ustawa ta, uznawana za jedną z najlepszych w świecie, ma regulować zawodowy status pielęgniarek i będzie obowiązywać w Polsce prawie do końca XX wieku. Hanna Chrzanowska przyczynia się również w znacznym stopniu do powołania w 1937 r. Katolickiego Związku Pielęgniarek Polskich.

Wybuch II Wojny Światowej przynosi Hannie wiele bolesnych przeżyć. 2. X. 1939 r. w bombardowanej Warszawie umiera jej ukochana ciotka Zofia Szlenkierówna. 6. XI. 1939 r. w ramach Sonderaktion Krakau zostaje aresztowany jej ojciec i wywieziony wraz z innymi profesorami do obozu koncentracyjnego w Sachsenhausen, gdzie wkrótce umiera (19.01.1940 r.). Wiosną 1940 r. ginie w Katyniu, zamordowany przez Sowietów, jedyny brat Hanny, Bohdan. Wojna nie oszczędza wielu innych, bliskich Hannie osób. Mimo tych tragicznych doświadczeń nie upada na duchu. Już na początku wojny wraca do Krakowa i zgłasza się na ochotnika do pracy w Polskim Komitecie Opiekuńczym, poświęcając wszystkie swe siły opiece nad uchodźcami, więźniami i przesiedlonymi. Szczególną troską otacza osierocone dzieci, w tym dzieci żydowskie, poszukując dla nich rodzin zastępczych i bezpiecznych miejsc pobytu. Organizuje kolonie letnie i prowadzi akcje dożywiania. Pracuje niezwykle ofiarnie, często z narażeniem zdrowia i życia.

Doświadczenie okrucieństwa wojny ma istotny wpływ na rozwój jej życia wewnętrznego. Jest to czas szukania oparcia w Bogu, czas odkrywania siły modlitwy i znaczenia Eucharystii. Ten czas duchowego dojrzewania idzie w parze z formacją ewangelicznej postawy miłości bliźniego.

Po wojnie Hanna Chrzanowska rozpoczyna pracę w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko – Położniczej jako kierowniczka działu pielęgniarstwa społecznego. Wyjeżdża na stypendium do USA, gdzie pogłębia swą wiedzę w zakresie pielęgniarstwa domowego. Zdobyte doświadczenie wykorzystuje organizując pielęgniarstwo przyszpitalne i domowe.

Przez wiele lat wyklada metodykę pielęgniarstwa otwartego w Szkole Instruktorów Pielęgniarstwa w Warszawie. Jako instruktorka i wychowawczyni kładzie silny nacisk na wychowanie młodych pielęgniarek w duchu autentycznej służby człowiekowi choremu, z uwzględnieniem jego nie tylko zdrowotnych, ale i duchowych potrzeb oraz poszanowaniem jego godności.

W 1957 r. Hanna Chrzanowska obejmuje funkcję dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Kobierzynie, a w rok później, po niespodziewanej likwidacji tej placówki, przechodzi na wcześniejszą emeryturę. Nadal jednak pozostaje obecna w życiu środowiska pielęgniarstwa. Bierze czynny udział w pracach Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa. Opracowuje, ciesząc się wielkim uznaniem, podręcznik – „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej”. Publikuje fachowe artykuły na łamach czasopism pielęgniarstwa.

Pełniąc wiele znaczących funkcji w strukturach szkolnych oraz innych instytucjach środowiska pielęgniarskiego, Hanna Chrzanowska nie ukrywa swoich przekonań religijnych oraz przywiązania do wartości chrześcijańskich. Przeciwnie) daje swoim życiem czytelne i przejrzyste świadectwo wiary. Taka postawa budzi szacunek i uznanie, zwłaszcza wśród uczennic i współpracowników a rodzi niechęć, a nawet określone represje ze strony władz komunistycznych. Emerytura nie oznacza dla Hanny stanu odpoczynku. Zna bowiem z autopsji problemy wielu schorowanych ludzi – samotnych, opuszczonych i niepełnosprawnych, pozbawionych jakiegokolwiek opieki. Idąc za głosem wewnętrznego natchnienia postanawia zorganizować dla nich) opartą o struktury kościelne i niezależną od niewydolnej państwowej służby zdrowia) fachową pomoc pielęgniarską.

Z tą myślą zwraca się do ks. Karola Wojtyły, późniejszego biskupa krakowskiego znajdując u niego pełne zrozumienie dla swoich planów: Przy moralnym i materialnym wsparciu ze strony władz kościelnych, organizuje placówki pielęgniarstwa parafialnego w Krakowie i całej archidiecezji. Obdarzona charyzmatyczną osobowością skupia wokół tego dzieła szerokie grono współpracowników i wolontariuszy Są wśród nich pielęgniarki, siostry zakonne, klerycy, księża, lekarze, profesorowie i studenci. Z ich pomocą organizuje dla swoich podopiecznych rekolekcje wyjazdowe, które przywracają chorym radość życia i dodają sił do niesienia codziennego krzyża.

Dzięki jej staraniom upowszechnia się zwyczaj odprawiania Mszy św.: w domu chorego oraz odwiedzin chorych w ramach wizytacji duszpasterskich. Wiele uwagi Hanna Chrzanowska poświęca nadal środowisku pielęgniarskiemu, troszcząc się o duchowy i etyczny poziom pielęgniarek położnych. Organizuje dla nich okresowe konferencje i doroczne rekolekcje. Rozpowszechnia wnikliwie ułożony „Rachunek sumienia pielęgniarki”.

Na wszystkich polach pracy z chorymi, Hanna Chrzanowska współpracuje ściśle z ks. kard. Karolem Wojtyłą. Na jego wniosek, Ojciec św: Paweł VI odznacza ją medalem „Pro Ecclesia et Pontifice”. Życie wewnętrzne Hanny formuje się w znacznej mierze wg duchowości św. Benedykta – od 1956 r. jest oblatką Opactwa Tynieckiego. Służąc całe życie chorym i cierpiącym coraz wyraźniej uświadamia sobie, że służy w nich samemu Chrystusowi.

Hanna Chrzanowska umiera w Krakowie, 29. IV. 1973 r. Uroczystościom pogrzebowym na Cmentarzu Rakowickim przewodniczy ks. kard. Karol Wojtyła. W homilii pogrzebowej powiedział m.in. „Dziękujemy Ci Pani Hanno, że byłaś wśród nas (...) jakimś wcieleniem Chrystusowych błogosławieństw z Kazania na Górze, zwłaszcza tego, które mówi: błogosławieni miłosierni”.

Osoby bliżej znające Hannę dają zgodne świadectwo, że w sposób heroiczny wypełniała przykazanie miłości bliźniego. Stąd w środowisku krakowskich pielęgniarek zrodziła się myśl, aby podjąć starania o jej beatyfikację. W 1995 r., pielęgniarki skupione w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych, zwróciły się z prośbą do ks. kard. F. Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego.

Ksiądz Kardynał, który sam powiedział o Hannie, że była „sumieniem środowiska pielęgniarskiego”, życzliwie odniósł się do tej prośby i po spełnieniu niezbędnych wymogów dokonał uroczystego otwarcia procesu w dniu 3 XI 1998 r. Proces beatyfikacyjny Służebnicy Bożej został zamknięty na szczelnie diecezjalnym 30. XII. 2002 r. Następnie dokumenty procesowe przekazane zostały do Kongregacji ds. Świętych przy Stolicy Apostolskiej, gdzie trwają dalsze prace związane z oceną świętości życia i heroiczności cnót Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej.



CYKL OGÓLNOPOLSKICH KONFERENCJI
„Dobra opieka szansą na dłuższe życie z cukrzycą”
w ramach
V Ogólnopolskiego Projektu Edukacji Społecznej SED 2018

Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej wraz z firmą Boehringer Ingelheim zapraszają na konferencję naukową połączoną z warsztatami, której przewodnią myślą jest
„Dobra opieka szansą na dłuższe życie z cukrzycą”

Termin: 14.04.2018 r.
Miejsce: Starostwo Powiatowe w Sieradzu ul. Plac Wojewódzki 3
Uczestnicy: lekarze, pielęgniarki, położne, wykładowcy i zaproszeni goście
Cel: *Zdobycie przez uczestników wiedzy na temat terapii nowoczesnymi lekami doustnymi, opieki skoordynowanej oraz nowoczesnych narzędzi edukacyjnych Centrów Edukacji Diabetologicznej®. Konferencję zakończy wydanie Certyfikatu z przyznaniem punktów edukacyjnych dla lekarzy*

Strona logowania: www.konferencjased.pl

Program konferencji

08.30 – 09.00	Rejestracja uczestników
09.00 – 09.15	Oficjalne otwarcie konferencji
09.15 – 09.45	<i>Pacjent z cukrzycą typu 2 – wyzwania i nowe szanse – z perspektywy lekarza rodzinnego – dr Honorata Błaszczyk - Prezes Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych</i>
09.45 – 10.15	<i>Standardy Holistycznej Edukacji Diabetologicznej podstawą skutecznej opieki nad pacjentem – specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego Róża Szmyt - Koordynator Regionalny SED</i>
10.15 – 10.45	<i>Wyzwania opieki skoordynowanej – przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia</i>
10.45 – 11.00	<i>Cukrzyca na platformie. Nowe rozwiązania w edukacji – KORA, Szkolenia Medyczne</i>
11.00 – 11.30	Przerwa Kawowa
11.30 – 13.00	Warsztaty w grupach
	Sala I
	warsztaty dla osób uprawnionych do wystawiania recept
	<i>Jaki pacjent skorzysta z terapii nowoczesnymi lekami doustnymi? – doświadczenia własne diabetologa, dr n. med. Maciej Pawłowski - Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.</i>
	Sala II
	Warsztaty dla pielęgniarek
	<i>Już czas na dłuższe życie z cukrzycą – nowe narzędzia edukacyjne Centrów Edukacji Diabetologicznej® – doświadczenia własne – mgr Beata Stepanow – Prezes SED</i>
13.00	Zakończenie Konferencji - Lunch

Beata Stepanow
Prezes SED

Renata Cholerzyńska
Koordynator Regionalny SED

BEZPŁATNE KURSY
Miejsce realizacji kursów - SIERADZ

Kurs specjalistyczny:	Ordynowanie leków i wypisywanie recept - Część I (magister lub specjalizacja)
Warunki uczestnictwa:	Część I dotycząca ordynowania leków i wypisywania recept przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.
Cel kursu:	Przygotowanie pielęgniarki, położnej do samodzielnego ordynowania wybranych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiania na nie zlecenia lub recepty.
Organizacja kursu:	Zajęcia teoretyczne - 45 godzin, zajęcia praktyczne - 20 godzin,
Zajęcia praktyczne (staże):	Dla Pielęgniarki - Podstawowa Opieka Zdrowotna – Gabinet Lekarza Rodzinnego, Dla Położnej - Podstawowa Opieka Zdrowotna – Gabinet Lekarza Rodzinnego albo Poradnia Ginekologiczno-Położnicza,
Uprawnienia po ukończonym kursie:	Po ukończeniu części I pielęgniarka, położna jest uprawniona do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie: 1. Samodzielnej ordynacji leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, w tym wystawianie na nie recept. 2. Samodzielnej ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia, w tym wystawianie na nie recept. 3. Samodzielnej ordynacji wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie recept lub zleceń. 4. Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, niezbędne do kontynuacji leczenia. 5. Wystawiania recept lub zleceń w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na wyroby medyczne. 6. Samodzielnej ordynacji leków z kategorii OTC.
Planowany termin rozpoczęcia kursu:	II połowa kwietnia 2018 r.

Kurs specjalistyczny:	Ordynowanie leków i wypisywanie recept - Część II (licencjat lub specjalizacja)
Warunki uczestnictwa:	Część II dotycząca wypisywania recept w ramach kontynuacji leczenia przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) 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.
Cel kursu:	Przygotowanie pielęgniarki, położnej, w ramach realizacji zleceń lekarskich, w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji do wystawiania recept na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, niezbędne do kontynuacji leczenia
Organizacja kursu:	Zajęcia teoretyczne - 30 godzin, zajęcia praktyczne - 14 godzin,
Zajęcia praktyczne (staże):	Dla Pielęgniarki - Podstawowa Opieka Zdrowotna – Gabinet Lekarza Rodzinnego, Dla Położnej - Podstawowa Opieka Zdrowotna – Gabinet Lekarza Rodzinnego albo Poradnia Ginekologiczno-Położnicza,
Uprawnienia po ukończonym kursie:	Po ukończeniu części II pielęgniarka, położna jest uprawniona do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie: 1. Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, niezbędne do kontynuacji leczenia. 2. Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia. 3. Samodzielnej ordynacji leków z kategorii OTC.
Planowany termin rozpoczęcia kursu:	maj 2018 r.

ZAPRASZAMY

CENTRUM DOSKONALENIA KADR MEDYCZNYCH ZDZ KALISZ– OSOBY DO KONTAKTU:

Joanna Katarzyniak Tel. 507 033 348

Bożena Gręda Tel. 728 821 923



Ministerstwo Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 04-01-2018

PP-WPS.07621.2018/EMA/DZ

WPLYNEŁO
dnia 15.01.2018 ✓
Ldz 24/18
podpis *Auj*

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Pani
Krystyna Ptok
Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Pielęgniarek
i Położnych

Szanowne Pani

Uprzejmie informuję, że szczegółowe uwagi przesłane przez Państwa do projektu dokumentu pn. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, zostały uważnie przeanalizowane i rozpatrzone.

Część poprawek zgłoszonych przez Państwa została uwzględniona i naniesiona w projekcie dokumentu. Jednocześnie wyjaśniam, że część poprawek niezgodnych z przegłosowanymi kierunkami działań nie mogła być uwzględniona w powyższym dokumencie, bowiem wykraczała poza zakres prac i ustaleń Zespołu w poszczególnych obszarach.

Strategia zaplanowana na 15 lat to, z natury rzeczy, plan o charakterze wieloletnim i wielowymiarowym, i musi być dokumentem sformułowanym na pewnym stopniu ogólności, a dopiero konkretne rozwiązania na poziomie operacyjnym i legislacyjnym

będą uszczegóławiane zgodnie z obowiązującymi procedurami w tym zakresie oraz konsultowane społecznie i uzgadniane międzyresortowo.

Jako Przewodnicząca Zespołu rekomendowałam Ministrowi Zdrowia, jako działanie priorytetowe, np. implementowanie do obowiązującego porządku prawnego rozwiązań dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych uwzględniających rekomendacje zawarte w Strategii w tym zakresie.

Odnosząc się do postulatu włączenia w treść Strategii kwestii dotyczących poprawy i ustabilizowania warunków wynagradzania grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, uprzejmie wyjaśniam, iż kwestia wynagrodzeń pracowników służby zdrowia jest regulowana na gruncie odrębnych przepisów wynikających z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz.1473), i w związku z tym nie mogła być przedmiotem prac i ustaleń Zespołu powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 50 z późn. zm.). W związku z powyższym kwestie wynagrodzeń pracowników medycznych są dyskutowane w działającym w ramach Rady Dialogu Społecznego zespole ds. usług publicznych, z udziałem tzw. reprezentatywnych związków zawodowych oraz organizacji pracodawców.

Na zakończenie, jako Przewodnicząca Zespołu, pragnę Państwu podziękować za dotychczasową współpracę i zaangażowanie w prace Zespołu, poświęcony czas oraz cenne uwagi zgłoszone do projektu dokumentu i pragnę zapewnić, że dołożę wszelkich starań aby zaproponowane kierunki działań były w jak największym zakresie wdrażane w systemie opieki zdrowotnej i wierzę, że w efekcie przyczynią się do rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w naszym kraju.

W załączeniu przesyłam treść Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, przedłożoną Ministrowi Zdrowia oraz zamieszczoną na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

2 *Wojciech Cichy* *Strona 2 z 2*

2

J. Szczurek
Józefa Szczurek-Żelazko



Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, 23-01-2018 r.

PPK.0762.1.2018

Pani
Zofia Małas
Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WARSZAWIE	
2018 -02- 02	
W P L Y N Ę Ł O	
Nr dz.	378

Szanowna Pani Prezes!

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 stycznia 2018 r., znak: NIPIP-NRPIP-OIE.060.26.2018, dotyczące opinii w sprawie konieczności odbywania, zgodnie z art. 35 ust. 1 pkt. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, 6-miesięcznego stażu przez obywateli Ukrainy kończących w Polsce studia II stopnia, umożliwiającego przyznanie im prawa wykonywania zawodu, uprzejmie informuję iż w opinii Departamentu, wobec osób legitymujących się nostryfikowanym wcześniej dyplomem *bakalawra* oraz polskim dyplomem ukończenia studiów magisterskich, powinno stosować się art. 35 ust. 2 w/w ustawy i tym samym nie wymagać od nich odbycia dodatkowego stażu adaptacyjnego.

Zapis art. 35 ust. 2 mówiący iż: *przepisu ust. 1 pkt 8 nie stosuje się do cudzoziemców, którzy ukończyli szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej,* należy interpretować na korzyść absolwenta studiów pielęgniarskich II stopnia. Nie jest bowiem zdefiniowane, którego stopnia studia, zwalniają absolwentów z odbycia wymaganego stażu adaptacyjnego.

Wobec powyższego, by ułatwić jednolite stosowanie prawa w podobnych przypadkach, nie należy wymagać odbywania stażu adaptacyjnego w przypadku ukończenia przez cudzoziemca szkoły pielęgniarskiej lub położnych w Rzeczypospolitej Polskiej, zarówno na poziomie licencyjnym jak i magisterskim.

Dorota Zinkowska
z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dorota Zinkowska
radca ministra

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

Spotkanie robocze Przedstawicieli Pielęgniarek i Położnych z Ministrem Zdrowia w sprawie Strategii – 2018.01.26

W dniu 26 stycznia w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych odbyło się trójstronne spotkanie robocze, którego tematem przewodnim była „Strategia na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. W spotkaniu uczestniczyli: ze strony Ministerstwa Zdrowia Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski. Ze strony OZZPiP: Przewodnicząca – Pani Krystyna Ptok wraz z Wiceprzewodniczącymi i Rzecznikiem Związku oraz ze strony NRPiP – Pani Zofia Małas wraz z Wiceprezesem NRPiP.

W czasie spotkania ustalono, że dokument „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” wymaga natychmiastowego wdrożenia. Aktualizacja harmonogramu wdrożenia strategii, a przede wszystkim jego skrócenie znajduje akceptację ze strony Ministerstwa Zdrowia. Poruszono najbardziej palące kwestie merytoryczne, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, są to m.in.:

- Określenie właściwej liczby oraz kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń gwarantowanych – „rozporządzenia koszykowe”
- Kwestie płac – m.in. zablokowania mechanizmów pozwalających na wykorzystywanie środków z dodatku 4x400zł do regulowania płacy minimalnej przez podmioty lecznicze
- Warunki pracy – m.in. jednoosobowe dyżury w oddziałach szpitalnych
- System kształcenia – zachęty do wchodzenia i pozostania w zawodzie – w tym zwiększenie liczby uczelni oferujących studia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa oraz wypracowanie mechanizmów skłaniających absolwentów do wejścia do systemu i pozostania w kraju.

Minister Zdrowia podkreślił, że sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie to obecnie najbardziej paląca kwestia w polskiej ochronie zdrowia. Prace muszą znacząco przyspieszyć, w niektórych obszarach efekty powinny być widoczne jeszcze w tym roku, jak chociażby w zakresie zabezpieczenia pacjenta przez kadre pielęgniarską i położniczą oraz konkretnych rozwiązań, które umożliwią zwiększenie liczby szkół wyższych, które będą kształcić w zawodzie, co zwiększy dostępność na terenie poszczególnych województw. Dodatkowo powinny pojawić się konkretne propozycje skłaniające absolwentów do podjęcia pracy w zawodzie natychmiast po zakończeniu kształcenia.

OZZPiP oraz NRPiP podkreślają, że obecna sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 pacjentów jest u nas najniższa wśród krajów Unii Europejskiej, a średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 51 lat. Jedynie natychmiastowe działania ze strony Ministerstwa Zdrowia przy wsparciu merytorycznym środowiska opierające się o realizację dokumentu Strategii jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa oraz dobrych warunków pracy i płacy w zawodach pielęgniarki i położnej. Efektem kolejnych spotkań Ministerstwa Zdrowia ze środowiskiem będą już konkretne rozwiązania legislacyjne.

Bezpłatny dostęp do księgozbioru online IBUK Libra

Szanowni Państwo

Informujemy, że OIPiPZS przedłużyła dostęp do platformy IBUK Libra na okres od 1 grudnia 2017 r. do 30 listopada 2018 r. Na platformie jest dostęp do 432 tytułów wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim.

Z oferty można skorzystać składając wniosek do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu o nadanie dostępu do Serwisu IBUK.

Procedura nadania kodu PIN:

1. Członek samorządu składa **wniosek do OIPiPZS** o nadanie dostępu do Serwisu IBUK.
2. Kod PIN zostaje przesłany na adres poczty elektronicznej lub można go uzyskać w OIPiPZS w formie papierowej. Data ważności kodu PIN: 30.11.2018r.
3. Po uzyskaniu kodu PIN od OIPiPZS należy go uaktywnić w koncie serwisu www.libra.ibuk.pl

Ponadto informujemy, że wszystkie kody PIN przekazane pielęgniarkom i położnym w ubiegłym roku nadal będą ważne i dotychczasowi użytkownicy będą mogli korzystać z IBUKA Libry przez kolejny rok bez potrzeby zgłaszania się po nowy kod PIN.

Wniosek oraz informacje pomocnicze dostępne są na stronie:
www.oipipsieradz.pl

Korzystaj z platformy IBUK Libra:

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz Internet

Stwórz własną półkę z książkami my IBUK i pracuj z tekstem:

- dodawaj zakładki
- rób notatki bezpośrednio w tekście
- wyszukuj słowa i frazy
- taguj ważne fragmenty
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.

Serdecznie zachęcamy do korzystania z wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS
w Sieradzu

WNIOSEK

do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu
o nadanie dostępu do Serwisu ibuk.pl

Nazwisko i imię:

Nr pwz

--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres email^{*1}:

Informacja o administratorze danych

1. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu.
2. Adres siedziby administratora danych: ul. 3-go Maja 7, 98-200 Sieradz.

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego, w szczególności komunikatów dotyczących dostępu do Serwisu Ibuk.pl.

Oświadczam, iż będę korzystała \ korzystał z Serwisu Ibuk.pl zgodnie z regulaminem zamieszczonym na stronie pod adresem www.ibuk.pl. W przypadku korzystania niezgodnego z regulaminem konto użytkownika może być zablokowane przez administratora serwisu.

Oświadczam, iż nie zalegam z opłacaniem składek członkowskich.

Miejscowość, data Podpis

***1 Na podany adres email zostanie przesłany kod umożliwiający założenie konta w Serwisie ibuk.pl**

Szanowni Państwo,

z przyjemnością przedstawiamy opracowany w Instytucie Matki i Dziecka podręcznik **„Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej”**.

Podręcznik, jest unowocześnieniem, rozszerzeniem i aktualizacją wydawnictwa [Standardy i metodyka pracy i pielęgniarki i higienistki szkolnej](#), które powstało w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w 2003 roku w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia.

W 2017 roku podręcznik „Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej” został opracowany w ramach naukowego zadania statutowego IMiD finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Do opracowania poszczególnych zagadnień pozyskano do współpracy uznanych specjalistów w dziedzinach nauk medycznych i społecznych.

Publikacja jest opatrzona numerem ISBN i jest zamieszczona na stronie internetowej Instytutu Matki i Dziecka <http://www.imid.med.pl/pl/do-pobrania>, z możliwością nieodpłatnego pobierania przez pielęgniarki szkolne.

Będziemy zobowiązane jeśli umieścicie Państwo, na stronach samorządu informację z linkiem do podręcznika, co ułatwi dostęp do niego pielęgniarkom szkolnym.

Z wyrazami szacunku, redaktorki:

dr hab. n med. prof. IMiD Anna
Oblacińska

i mgr Wisława Ostreğa

Rejestracja praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Podstawa prawna rejestracji praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wynikająca z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.):

Art. 5. [Wykonywanie zawodu lekarza i pielęgniarki w ramach działalności leczniczej]

1. Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

2. Działalność lecznicza:

1) lekarzy może być wykonywana w formie:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska

wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska,

2) pielęgniarki może być wykonywana w formie:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek

- zwanych dalej "praktykami zawodowymi".

3. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Art. 19. [Warunki prowadzenia działalności leczniczej przez pielęgniarkę]

1. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:

1) posiadać prawo wykonywania zawodu;

2) (uchylony);

3) nie może być:

a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,

b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

5) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny;

6) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

2. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1;

2) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

3. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7, oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, warunek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2;

2) posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta;

3) wskazać adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

4. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7.

5. W ramach grupowej praktyki pielęgniarstwa mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki będące współnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b, spełniające warunki określone w ust. 1 albo ust. 2.

6. Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.

Art. 102. [Wniosek o wpis do rejestru pielęgniarstwa zamierzającej wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej]

1. Pielęgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko pielęgniarki;
- 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
- 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje;
- 8) (uchylony).

2. Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wniosek zawierający następujące dane:

- 1) listę pielęgniarek stron umowy spółki cywilnej, współników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;
- 2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2-7;
- 3) (uchylony);
- 4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

3. Przepisy art. 100 ust. 2 i 3 stosuje się.

Art. 103. [Obowiązek dokonania wpisu do rejestru]

Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru, z zastrzeżeniem art. 104.

Art. 106. [Organy prowadzące rejestr. Forma rejestru. Dostęp do danych zgromadzonych w rejestrze]

1. Organem prowadzącym rejestr jest:

- 1) wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych,
- 2) okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza - w odniesieniu do tych praktyk, a w odniesieniu do członków wojskowej izby lekarskiej - Wojskowa Rada Lekarska,
- 3) okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk - zwani dalej "organem prowadzącym rejestr".

Informujemy, że zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń

z tego rejestru (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 325) **od 1 kwietnia 2013r. wnioski o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru i wykreślenie z rejestru mogą być składane wyłącznie w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP.**

Aby złożyć wniosek o wpis do RPWDL lub zmianę danych objętych tym rejestrem należy złożyć wniosek za pomocą aplikacji na stronie: www.rpwdl.csioz.gov.pl i podpisać go tzw. bezpiecznym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym ePUAP.

Bezpieczny podpis elektroniczny – jest narzędziem służącym do elektronicznego podpisywania dokumentów. Bezpieczny podpis elektronicznym ma takie samo znaczenie prawne jak podpis własnoręczny. Wydawany jest wyłącznie osobom fizycznym przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne. **Wydanie bezpiecznego podpisu elektronicznego jest odpłatne.**

Profil zaufany ePUAP – jest narzędziem służącym do podpisywania dokumentów skierowanych do organów administracji publicznej. **Założenie profilu zaufanego jest bezpłatne.** Profil zaufany wystawiany jest na trzy lata, a przed końcem trzyletniego okresu można go samemu odnowić. Po założeniu konta i profilu zaufanego na stronie ePUAP należy potwierdzić profil osobiście w dowolnym najbliższym Urzędzie Gminy, Urzędzie Wojewódzkim, Urzędzie Skarbowym lub oddziale ZUS.

Jak założyć konto w systemie ePUAP – utworzyć i potwierdzić profil zaufany:

1. Założyć konto na platformie ePUAP zaczynając tutaj: <https://epuap.gov.pl/wps/portal/E2> Zakładanie Konta
 2. Po założeniu konta złożyć odpowiedni wniosek na ePUAP – wniosek o profil zaufany.
 3. W ciągu 14 dni od złożenia wniosku należy udać się z dowodem osobistym lub paszportem do jednego z punktów potwierdzających tożsamość, których lista dostępna jest na stronie https://epuap.gov.pl/wps/portal/E2_PPP
- Po potwierdzeniu tożsamości można posługiwać się profilem zaufanym ePUAP.

Instrukcja rejestracji praktyki zawodowej:

1. Dokonanie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej - CEIDG.
2. Wykupienie polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC: 30.000 euro na jedno zdarzenie i 150.000 euro na wszystkie zdarzenia.
3. Dokonanie opłaty. Opłata za wpis w 2018 roku wynosi 91 zł., za zmianę wpisu w rejestrze 45,50 zł. Opłatę można dokonać na rachunek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej: Bank PEKAO BP S.A. O/Sieradz Nr konta: 17 1020 4564 0000 5902 0046 9023 lub osobiście w biurze Izby.
4. W przypadku prowadzenia praktyki w gabinecie należy dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny.
5. Założenie konta na platformie RPWDL – www.rpwdl.csioz.gov.pl
6. Wypełnienie i przesłanie wniosku poprzez stronę internetową RPWDL do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Sieradzu.

Wysokość składki członkowskiej dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej wynosi w 2018 roku 35,55 zł.

Pielęgniarki i położne zamierzające dokonać rejestracji praktyki zawodowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu proszone są o kontakt z Przewodniczącą ORPiPZS.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu przypomina o obowiązku zgłaszania OIPiPZS wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

W szczególności aktualizacji podlegają informacje dotyczące:

- **czasowego zawieszenia działalności**
- **adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych**
- **danych teleadresowych**

W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania, OIPiPZS może nałożyć karę pieniężną w wysokości do 10-krotnego minimalnego wynagrodzenia zgodnie z art. 107 ust.2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS

**KOMUNIKAT
W SPRAWIE OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PIELEGNIAREK
I POŁOŻNYCH**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu przypomina o obowiązku aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 19 ust. 2 oraz art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1251 z późn. zm.) oraz art. 11 ust. 2 pkt. 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz.1038 z późn. zm.) każda pielęgniarka, położna wpisana do rejestru prowadzonego przez ORPiPZS, zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia ORPiPZS o wszelkich zmianach danych określonych w art. 44 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, **jednak nie później niż w terminie 14 dni od ich powstania.**

W szczególności aktualizacji podlegają informacje dotyczące:

- **zmiany nazwiska**
- **ukończenia studiów wyższych**
- **ukończenia kursów i specjalizacji**
- **miejsca zamieszkania**
- **rozpoczęcia i ustania zatrudnienia**
- **zmianie miejsca pracy**

Arkusze zgłoszeniowe/aktualizacyjne oraz wkładki dodatkowe dostępne są na stronie internetowej: www.oipipsieradz.pl w zakładce PWZ.

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS

Raport GUS nt. wynagrodzeń pielęgniarek i położnych



GUS opublikował opracowanie “Struktura wynagrodzeń według zawodów”, które jest realizowane co dwa lata.

W raporcie pielęgniarki znalazły się w grupie specjalistów. Jak informuje GUS w październiku 2016 r. specjaliści przeciętnie osiągnęli wynagrodzenie o 22,9% wyższe od średniego. Pielęgniarki i położne znalazły się w grupie najmniej zarabiających specjalistów: 4121,40 zł – dla pielęgniarek oraz 4142,36 zł położnych.

W przypadku pielęgniarek średnie wynagrodzenie w sektorze publicznym wyniosło 4176,31 zł, zaś w sektorze prywatnym 3841,83 zł. Położne w zatrudnione w sektorze publicznym średnio zarabiają 4193,49 zł, zaś w sektorze prywatnym 3802,94.

Zgodnie z ustawą o płacach minimalnych w ochronie zdrowia docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie osiągnięta po upływie okresu przejściowego – do końca 2021 r.

Pielęgniarka z tytułem magistra i ze specjalizacją ma zarabiać co najmniej 5,3 tys.zł. Minimalne wynagrodzenie pielęgniarki bez tytułu magistra, ale ze specjalizacją określono na 3,7 tys. zł, a bez specjalizacji – na 3,2 tys. zł.

Współczynnik pracy 1,05 (taki jak pielęgniarka z tytułem magistra i ze specjalizacją) mają także: lekarz, lekarz dentysta bez specjalizacji oraz farmaceuci, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni posiadający specjalizację.

Cały raport do pobrania znajduje się na stronie: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/struktura-wynagrodzen-wedlug-zawodow-w-pazdzierniku-2016-r-,4,8.html>

Źródło: Medexpress/GUS

ROLA I ZADANIA POŁOŻNEJ W OPIECE NAD KOBIETĄ W RÓŻNYCH OKRESACH ŻYCIA

Okres pokwitania

Okres pokwitania u dziewcząt to czas wielu przemian uwarunkowanych hormonalnie, które mogą mieć dość gwałtowny charakter. Nie pozostaje to bez wpływu na ich zachowania i pojawienie się różnych problemów natury osobistej i społecznej. Jest to czas kształtowania się osobowości, zdobywania samodzielności, podejmowania nowych zadań i ról społecznych oraz szczególnego interesowania się własną osobą, rozwojem samooceny, a także zainteresowania się sferą seksualną. To czas poszukiwania i wyboru własnej drogi życiowej, konstruowania planów na przyszłość, kwestionowania wartości uznawanych przez osoby dorosłe oraz osiągnięcia niezależności emocjonalnej od rodziców.

Okres ten często określany jest jako trudny i dlatego dziewczęta w tym wieku wymagają wiele wsparcia, zrozumienia i życzliwości.

Przygotowanie dziewczynki, jeszcze przed *menarche*, do okresu pokwitania, w tym dostarczenie jej wiedzy na temat fizjologii cyklu miesięczkowego i sposobów pokonywania pojawiających się trudności, należy przede wszystkim do matki. Pewną rolę przypisuje się także najbliższej rodzinie (np. starszej siostrze), nauczycielom i personelowi medycznemu (np. pielęgniarce szkolnej czy środowiskowej). Młode dziewczęta potrzebują wyjaśnienia wszystkiego, co je dręczy i niepokoi, a pomocy w tej kwestii oczekują od osoby, której mogą ufać i powierzać tak osobiste problemy.

W przygotowaniu młodych ludzi do dorosłości szczególnie ważna jest rodzicielska postawa zaufania i respektowanie praw dorastającego dziecka. W takiej atmosferze dziecko łatwiej uczy się odpowiedzialności za własne czyny. W przeciwnym wypadku popada w konflikty i grozi innym jeszcze, niebezpiecznymi konsekwencjami (np. sięganie po papierosy, alkohol, narkotyki, opuszczanie zajęć lekcyjnych itd.).

Opiekę zdrowotną nad dorastającymi dziewczętami sprawują przede wszystkim lekarze rodzinni i pielęgniarki rodzinne. Wizyta u ginekologa w tym wieku spowodowana jest najczęściej bardzo konkretnymi dolegliwościami, a to sprawia, że towarzyszy jej wiele obaw i niepokojów. Konieczne jest więc dobre przygotowanie i uspokojenie nieletniej, udzielenie jej rzeczowych i niezbędnych informacji o przebiegu badania oraz pożądanego sposobu zachowania się w tym czasie. Przy tym szczególnie ważne jest zachowanie ogromnego taktu i poszanowanie, tzw. Wstydu kobiecego, który w tym okresie życia ujawnia się najbardziej. Przygotowanie to należy zarówno do matki, jak i do położnej pracującej w gabinecie ginekologicznym. Obecność matki podczas badania lekarskiego nie jest potrzebna, chyba że dziewczyna wyraźnie sobie tego życzy. Stwarza to lepsze warunki do rozmowy o problemach natury zdrowotnej i osobistej.

Badanie ginekologiczne młodocianej składa się, podobnie jak dorosłej kobiety z wywiadu, badania przedmiotowego i badań dodatkowych. Oprócz pytań dotyczących dolegliwości, skarg czy problemów, z jakimi zgłasza się młoda pacjentka do lekarza, w wywiadzie uwzględnia się:

- dotychczas przebyte choroby, zabiegi, operacje;
- wiek *menarche*, charakterystykę cyklu miesięczkowego oraz rozwój drugorzędowych cech płciowych;
- przyjmowanie leków, w tym także środków antykoncepcyjnych;
- zmianę masy ciała i stosowanie diet odchudzających;
- choroby dziedziczne w rodzinie;
- silne przeżycia emocjonalne i stres psychologiczny.

Dla łatwiejszego rozpoznania zaburzeń w niektórych przypadkach może też być potrzebny wywiad z matką odnośnie do jej stanu zdrowia, a także przeszłości położniczej i ginekologicznej. Badanie przedmiotowe jest dla każdej kobiety, a szczególnie dla młodej dziewczyny, najtrudniejszy element badania ginekologicznego. Lekarz już nie tylko rozmawia z nią o sprawach intymnych, lecz ogląda i dotyka jej ciała, a niekiedy nawet towarzyszą temu pewne doznania bólowe. Na badanie przedmiotowe składa się:

- pomiar wzrostu i masy ciała;
- badanie ogólne, a w nim ocena budowy ciała za pomocą pomiarów antropometrycznych;
- ocena rozwoju drugorzędowych cech płciowych, tj. rozwoju piersi, owłosienia łonowego i pachowego;
- oglądanie i badanie palpacyjne brzucha;
- ocena stanu zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych.

Oceny stanu wewnętrznych narządów płciowych lekarz dokonuje przez badanie z użyciem wziernika pochwowego, badanie dwuręczne zestawione lub badanie palpacyjne przez odbytnicę.

Zadania pielęgniarki/położnej przed badaniem, w czasie jego trwania i po zakończeniu to:

- polecenie młodocianej oddania moczu i (jeśli są do tego warunki) podmycia się;
- wskazanie miejsca, w którym może się rozebrać;
- przygotowanie fotela ginekologicznego, narzędzi, rękawiczek, środków dezynfekujących, materiałów opatrunkowych;
- pomoc dziewczynie w położeniu się na fotelu ginekologicznym;
- zmycie krocza;
- pomoc lekarzowi podczas badania;
- emocjonalne wsparcie badanej;
- upewnienie się, czy wszystko, co mówił lekarz, zostało przez młodocianą dobrze zrozumiane oraz wyjaśnienie ewentualnie zaistniałych wątpliwości.

Rodzaj tzw. Badań dodatkowych zależy od przyczyny zgłoszenia się młodocianej do ginekologa. Mogą to być badania laboratoryjne (cytologiczne, mikrobiologiczne, bakteriologiczne, parazytologiczne), ultrasonograficzne, psychologiczne i seksuologiczne. Każda wizyta nastolatki w gabinecie ginekologicznym jest doskonałą okazją dla lekarza i pielęgniarki/położnej do poszerzenia jej wiedzy o fizjologicznym przebiegu cyklu miesięczkowego, znaczeniu prowadzenia samoobserwacji i rejestracji zachodzących w nim zmian oraz o życiu seksualnym i w miarę potrzeby (jeżeli podjęła już współżycie płciowe, wkrótce zamierza to uczynić lub jest tym zainteresowana) o sposobach zapobiegania ciąży. Dobrze jest, jeśli ma to charakter poważnej i życzliwej rozmowy umożliwiającej dziewczynie zadawanie pytań, a odpowiedzi na nie są zrozumiałe, wyczerpujące i rzetelne. Komentując jej wypowiedzi, należy zawsze unikać ocen. Takie postępowanie personelu medycznego ma korzystny wpływ na dalszą zgłaszalność młodocianej do ginekologa. Na zakończenie każdej wizyty dobrze jest wręczyć młodej pacjentce broszurę informacyjną lub inne materiały dotyczące interesujących ją zagadnień.

Okres dojrzałości płciowej

Opiekę nad zdrowiem kobiety w wieku dojrzałym sprawują:

- lekarz ginekolog-położnik;
- pielęgniarka/położna pracująca w poradni K lub w każdym innym gabinecie ginekologicznym;
- pielęgniarka i położna środowiskowa.

Do ich zadań należy prowadzenie działań promocyjnych, profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, przy czym, największy nacisk powinien być położony na pierwsze dwa elementy. Jest to zgodne ze współczesnymi trendami w medycynie światowej i zaleceniami Światowej organizacji Zdrowia (WHO).

Profilaktyka w położnictwie i ginekologii to zapobieganie różnym chorobom narządu rodowego, np. nowotworom, stanom zapalnym, zaburzeniom statyki i cyklu miesięczkowego; oprócz tego – niepłodności małżeńskiej i niepomyślnemu zakończeniu ciąży.

Jednak, aby przynosiła pożądaną skuteczną postawę samych kobiet. Dlatego zadaniem pielęgniarek i położnych jest mobilizowanie i zachęcanie ich do regularnego kontrolowania stanu swojego narządu rodowego u ginekologa.

Każda kobieta w wieku dojrzałym powinna się zgłaszać na wizyty profilaktyczne do ginekologa przynajmniej raz w roku, zawsze bezpośrednio po zakończeniu krwawienia miesięcznego. Badanie lekarskie jest wówczas łatwiejsze, a kobieta odczuwa mniejszy dyskomfort. Wizyty profilaktyczne to takie, których celem jest wyłącznie chęć sprawdzenia stanu swojego narządu rodowego, a nie np. doboru środka antykoncepcyjnego, rozpoznania ciąży, czy zasięgnięcia porady w związku z przedłużeniem się krwawień miesięczkowych. Są one o tyle ważne, że dają duże możliwości wczesnego wykrycia zmian i podjęcia leczenia.

W profilaktyce, w tym także ginekologicznej, wyróżnia się trzy fazy. *Pierwsza z nich* to tzw. profilaktyka pierwotna, do której należą:

- poprawa kondycji zdrowotnej kobiet i mężczyzn poprzez działalność personelu medycznego (głównie pielęgniarek i położnych) w zakresie oświaty zdrowotnej, wychowania seksualnego, poradnictwa przedmałżeńskiego i badań okresowych;
- specyficzna ochrona zdrowia, wyrażająca się stosowaniem szczepień ochronnych oraz popularyzacją zasad higieny osobistej, otoczenia, pracy i urządzeń sanitarnych, a także zwalczanie niesprzyjających zdrowiu przyzwyczajzeń i nałogów;
- wczesne wykrywanie i leczenie chorób, wykonywanie badań diagnostycznych oraz przeciwdziałanie rozpowszechnianiu się chorób zakaźnych.

Profilaktyka drugiej fazy, inaczej zapobieganie wtórne, to leczenie chorych we wczesnym okresie zachorowania, którego celem jest przeciwdziałanie rozwojowi choroby, a przez to zapobieganie niesprawności i przedwczesnej śmierci. Przykładem takich działań w ginekologii jest leczenie stanów zapalnych narządu rodowego kobiety.

Trzecia faza profilaktyki dotyczy osób z zaawansowanym stadium choroby, u których doszło do ograniczenia bądź utraty niektórych funkcji organizmu. Polega ona na dążeniu do zmniejszenia jej skutków.

Podczas wizyty u ginekologa kobieta powinna mieć wykonane kliniczne badanie piersi, przy czym może to zrobić lekarz lub specjalnie przygotowana do tego położna. Oprócz tego zadaniem pielęgniarek i położnych jest informowanie pacjentek o celu, zasadach i technice wykonywania samobadania piersi oraz praktyczne jej nauczanie.

Samobadanie piersi, inaczej samokontrolę, powinna wykonywać każda kobieta powyżej 20 r.ż., regularnie co miesiąc, bezpośrednio po zakończeniu krwawienia miesięcznego. Piersi w tym czasie są w okresie „spokoju” hormonalnego, a tym samym nie są obrzmiałe i wrażliwe na dotyk. Kobiety po menopauzie natomiast powinny wybrać jeden dzień w miesiącu i przeprowadzać to badanie zawsze tego samego dnia.

Okres przekwitania

Opiekę zdrowotną nad kobietami w tym okresie sprawuje ten sam zespół medyczny co w okresie poprzednim, jednak zadania pielęgniarek i położnych są teraz nieco inne.

Wynikają one przede wszystkim ze stanu zdrowia kobiet, zgłaszanych problemów i oczekiwań. W sprawowaniu opieki nad kobietą w okresie przekwitania ważne jest:

- rozpoznanie objawów charakterystycznych dla tego okresu;
- poznanie i ocena warunków socjalno-bytowych oraz przyjętej przez kobietę strategii życiowej;
- wzbogacenie jej wiedzy na temat fizjologii tego okresu oraz motywowanie do podejmowania korzystnych dla zdrowia zachowań;
- podjęcie współpracy z rodziną na rzecz wsparcia kobiety w tym trudnym dla niej okresie.

Rozmawiając z kobietami na temat pożądanych zachowań w okresie przekwitania, szczególnie dużo uwagi należy poświęcać sprawom prawidłowego odżywiania się, zachowania aktywności fizycznej i zasadności kontrolowania masy ciała. Popelniane w tym czasie błędy sprzyjają otyłości, pojawianiu się różnych chorób oraz złemu samopoczuciu.

Dieta kobiety powinna być urozmaicona, bogata w białko, wapń, witaminy i sole mineralne. Ważne jest, aby codziennie spożywać produkty zbożowe, mleczne, wysokobiałkowe (ryby, drób, chude mięso, nasiona roślin strączkowych), warzywa i owoce.

Zwiększenie spożycia świeżych warzyw i owoców zapewnia organizmowi dostateczną ilość witaminy C, beta-karotenu, soli mineralnych i błonnika. Witaminy, zawarte w warzywach i owocach mają właściwości antyoksydacyjne, w związku z czym przypisuje się im działania przeciwmiażdżycowe i przeciwnowotworowe. Błonnik reguluje pracę przewodu pokarmowego, zapobiega zaparciom, obniża stężenie cholesterolu w surowicy i poprawia tolerancję glukozy. Potas zmniejsza ciśnienie krwi. Ograniczenia dotyczą tłuszczów zwierzęcych, cukrów prostych, soli kuchennej, alkoholu, mocnej kawy i herbaty. Trzeba również podkreślić, że posiłki powinny być mniej obfite niż zwykle, ale za to częściej spożywane. Palenie papierosów w tym czasie jest szczególnie przeciwwskazane.

Znamienne dla okresu przekwitania są zaburzenia snu nocnego. Dlatego ważna jest dbałość o spokojny i dostatecznie długi (minimum 8 godzin) sen. Przed udaniem się na wypoczynek nocny dobrze jest wyjść z domu na krótki spacer, a po powrocie wypić szklankę ciepłego napoju, np. mleka. Zadbać o wygodne łóżko i mikroklimat w sypialni oraz unikać tzw. poobiedniej drzemki, wykonywania ćwiczeń gimnastycznych w godzinach wieczornych (może to utrudniać zasypianie), ciężkostrawnych posiłków, napojów zawierających kofeinę, alkohol oraz palenia papierosów.

Duże znaczenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiety ma dbałość o higienę ciała i wygląd zewnętrzny, a także zachowanie aktywności seksualnej w tym czasie. Zwiększa to poczucie własnej wartości oraz sprzyja harmonii stosunków małżeńskich i rodzinnych.

Korzystanie z profilaktycznych badań ginekologicznych (i innych w razie potrzeby), jak również wykonanie samokontroli piersi, to także ważne problemy, które położna powinna omawiać z kobietami. Jeszcze inną sprawą jest świadczenie pomocy w podejmowaniu decyzji o stosowaniu hormonalnej terapii zastępczej. Dla niektórych kobiet może być ona trudna, ponieważ słyszały wiele złego na temat jej skutków. Potrzebne jest im zatem wyjaśnienie i uspokojenie.

Pojawienie się objawów przekwitania często zbiega się z takim okresem w życiu kobiety, w którym dzieci już dorosły, założyły własny dom i rodziny. Sytuację tę wielu matkom trudno zaakceptować, czują się osamotnione i opuszczone. Dlatego dobrze, jeśli potrafią wytyczyć sobie nowe cele życiowe, nie wycofują się, lecz pozostają aktywne.

Każda kobieta nieco inaczej przeżywa czas przemian hormonalnych. Uwarunkowane jest to m.in. jej poglądami na temat tego okresu życia, których podłoże tkwi w środowisku i w kulturze. Dlatego ważne jest dążenie do zmiany stereotypowych (negatywnych) postaw społecznych wobec klimakterium oraz budowanie pozytywnego myślenia o tym zwykłym, kolejnym etapie życia kobiety.

O trudnościach okresu przejściowego i sposobach radzenia sobie z nimi trzeba rozmawiać nie tylko z kobietami, których to dotyczy, lecz również z ich najbliższymi. Ukazanie roli rodziny w pokonywaniu tych trudności korzystnie wpływa na lepsze zrozumienie ich zachowań oraz mobilizację do dokonania zmian niektórych przyzwyczajeń i upodobań.

mgr MAŁGORZATA SAŁATA – Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego
Oddział Kardiologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

KOMPLEKSOWA REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA

Rehabilitacja kardiologiczna wg Światowej Organizacji Zdrowia z 1964 roku to zespół działań prowadzących do zapewnienia choremu ze schorzeniami układu krążenia możliwie jak najlepszych warunków fizycznych, psychicznych i socjalnych, tak by mógł on przy udziale własnym powrócić do normalnego życia rodzinnego i zawodowego. Obecna definicja WHO z 1993 roku określa rehabilitację kardiologiczną jako: **„kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych, edukacyjnych, ekonomicznych i zawodowych w celu przystosowania chorego do nowego życia i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności”**.

Działania te mają na celu doprowadzić do:

- przyspieszenia powrotu chorego do optymalnego stanu zdrowia
- ułatwienia zaakceptowania przez niego nowej sytuacji życiowej
- redukcji ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych
- utrzymania przez chorego, najdłużej jak to możliwe, pełnej samodzielności

Rehabilitacja wg standardów Rehabilitacji Kardiologicznej PTK powinna być:

- rozpoczynana bezzwłocznie po ustąpieniu ostrych objawów choroby
- kompleksowa
- kontynuowana w sposób ciągły
- wieloetapowa
- dostosowana do indywidualnych potrzeb chorego w zależności od stanu klinicznego
- akceptowana przez pacjenta i jego otoczenie

Poza tym powinna uwzględniać stałe elementy takie jak:

- ocenę stanu chorego
- optymalizację farmakoterapii
- rehabilitację fizyczną: planowane, stopniowe i kontrolowane wdrażanie wysiłku fizycznego
- rehabilitację psychologiczną: nauka radzenia sobie ze stresem i stanami lękowymi, nauka akceptacji ograniczeń wynikających z następstw choroby
- rehabilitację społeczną: pomoc w powrocie do ról pełnionych w społeczeństwie
- wykrywanie i zwalczanie czynników ryzyka chorób układu krążenia
- modyfikację stylu życia
- edukację pacjenta i jego rodziny
- monitorowanie efektów wdrożonej rehabilitacji

Zadania kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej realizowane są przy współpracy profesjonalnego i kompetentnego zespołu terapeutycznego, który tworzą: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, technik medyczny, psycholog, dietetyk, instruktor terapii zajęciowej, organizator wolnego czasu oraz osoba zajmująca się poradnictwem zawodowym.

Najliczniejsza grupa pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej to chorzy z chorobą niedokrwienną serca, po przebytych zawale mięśnia sercowego, po angioplastyce wieńcowej, po operacjach kardiologicznych oraz pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca.

Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona jest według określonych modeli w zależności od wydolności fizycznej pacjenta i ryzyka zdarzeń niepożądanych. Dzieli się na: wczesną i późną.

Wczesna rehabilitacja kardiologiczna:

- etap I (rehabilitacja wewnątrzszpitalna) trwa od 7-14 dni
- etap II (rehabilitacja wewnątrzszpitalna, ambulatoryjna wczesna, wczesna rehabilitacja domowa) trwa od 4-12 tygodni

Późna rehabilitacja kardiologiczna:

- etap III (późna rehabilitacja ambulatoryjna).

Wczesna rehabilitacja kardiologiczna

Pierwszy etap wczesnej rehabilitacji kardiologicznej rozpoczyna się tuż po opanowaniu stanu bezpośredniego zagrożenia życia, jeszcze w warunkach OIOK, na oddziale pooperacyjnym, oddziale kardiologii, chorób wewnętrznych lub rehabilitacji kardiologicznej.

Celem tego etapu rehabilitacji jest jak najszybsze osiągnięcie przez chorego samodzielności i samowystarczalności w zakresie czynności życia codziennego oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia. Początkowo obejmuje gimnastykę oddechową, ćwiczenia relaksacyjne, ćwiczenia określonych grup mięśniowych. Wprowadza się bierne uruchamianie w łóżku, czynne siadanie, przygotowanie do jazdy wózkiem do toalety, a następnie stanie i chodzenie wokół łóżka i po sali. Obowiązuje tu zasada stopniowego uruchamiania chorego. O jego tempie decyduje obecność lub brak czynników ryzyka powikłań występujących w ostrym okresie choroby.

Do czynników obciążających należą:

- niska frakcja wyrzutowa, objawy zastoinowej niewydolności serca
- rozległe odcinkowe zaburzenia kurczliwości LK, obecność dyskinezy lub tętniaka LK
- obecność skrzepliny w LK
- przebyte zatrzymanie krążenia lub groźne komorowe zaburzenia rytmu serca w ostrym okresie choroby
- przebyty w ostrym okresie wstrząs, obrzęk płuc, epizod zakrzepowo-zatorowy
- zmiany w naczyniach wieńcowych
- dolegliwości wieńcowe przy niewielkich wysiłkach fizycznych

Wczesna rehabilitacja może być prowadzona według modelu A1(trwa 4-7 dni), A2 (trwa 7-10 dni) lub B (trwa > 10 dni). Do modelu A kwalifikowani są chorzy z niepowikłanym przebiegiem ostrego okresu choroby, zabiegu lub wczesnego okresu pooperacyjnego. Zaś chorzy, u których w powyższym okresie występowały powikłania kwalifikowani są do modelu B. Zwykle wczesna rehabilitacja trwa do momentu umożliwiającego wypisanie chorego do domu i kończy się testem wysiłkowym (z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących wskazań i przeciwwskazań), na podstawie którego kwalifikuje się pacjentów do odpowiedniego modelu dalszej rehabilitacji i/lub dalszej diagnostyki i leczenia.

Drugi etap wczesnej rehabilitacji kardiologicznej trwa od 4-12 tygodni i w zależności od stanu chorego oraz współistniejących chorób może być realizowany w formie szpitalnej (oddziały rehabilitacji kardiologicznej, sanatoria kardiologiczne, kardiologiczne szpitale uzdrowiskowe), w poradniach rehabilitacji kardiologicznej lub w warunkach domowych monitorowanej telemetrycznie bądź bez monitorowania.

Do stacjonarnej formy II etapu kierowani są pacjenci z wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, z poważnymi chorobami współistniejącymi, mieszkających w złych warunkach socjalnych oraz z małych odległych ośrodków. Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych może być stosowana u chorych młodszych, z dużych ośrodków miejskich, z niepowikłanym przebiegiem I-go etapu rehabilitacji, a także może być kontynuacją formy szpitalnej. Rehabilitacja w warunkach domowych, w miejscu zamieszkania, możliwa jest u chorych dobrze współpracujących, z małych odległych ośrodków (przy możliwości odpowiedniego nadzoru telemetrycznego) bądź też bez monitorowania u chorych, u których stwierdza się małe ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych.

Na tym etapie rehabilitacji pacjenci na podstawie wydolności fizycznej i stopnia ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, kwalifikowani są do jednego z czterech modeli: A, B, C lub D.

Tabela 1. Modele wczesnej rehabilitacji etapu II wg PTK

	RYZIKO POWIKŁAŃ	WYDOLNOŚĆ FIZYCZNA
MODEL A	MAŁE	DOBRA > 7 MET
MODEL B	ŚREDNIE	DOBRA LUB ŚREDNIA > 5 MET
MODEL C	ŚREDNIE DUŻE	MAŁA 3-5 MET DOBRA > 6 MET
MODEL D	ŚREDNIE DUŻE	BARDZO MAŁA < 3 MET ŚREDNIA, MAŁA I BARDZO MAŁA < 6 MET

Późna rehabilitacja kardiologiczna

Trzeci etap rehabilitacji to tzw. późna rehabilitacja kardiologiczna, która powinna trwać przez całe życie, a regularna aktywność fizyczna i zachowania prozdrowotne powinny stać się stylem życia pacjentów ze schorzeniami układu krążenia. Rozpoczyna się

w zależności od czasu trwania II-go etapu rehabilitacji czyli po 4 lub po 12 tygodniu od ostrego incydentu sercowo-naczyniowego czy operacji kardiochirurgicznej. Dzielona jest na trzy okresy. Okres pierwszy trwa od dwóch do trzech miesięcy, okres drugi kolejne trzy miesiące i okres trzeci bez limitu. Rehabilitacja ta odbywa się według jednego z czterech modeli: A, B, C lub D, a zasady obowiązujące podczas kwalifikacji do poszczególnych modeli są takie same jak w II-im okresie rehabilitacji.

Celem rehabilitacji w tym okresie jest poprawa tolerancji wysiłku, podtrzymanie dotychczasowych efektów leczenia i rehabilitacji, zmniejszenie ryzyka nawrotów choroby,

a także propagowanie prozdrowotnego stylu życia. Zwiększona aktywność fizyczna nie powinna stanowić dodatkowego obciążenia dla pacjenta i jego rodziny, powinna uwzględniać upodobania i zainteresowania pacjenta. Jest prowadzona pod nadzorem lekarzy poradni rehabilitacji kardiologicznej, poradni kardiologicznej lub lekarza rodzinnego.

Trening fizyczny

Ważną składową rehabilitacji kardiologicznej jest trening fizyczny. Wiele towarzystw kardiologicznych zaleca zwiększenie aktywności fizycznej jako prewencję zdarzeń sercowo-naczyniowych. Według wytycznych AHA/ACC zaleca się aktywność fizyczną przynajmniej 30 minut dziennie przez 7 dni w tygodniu (minimum 5 dni w tygodniu).

Kwalifikację oraz prowadzenie treningu fizycznego powinno odbywać się zgodnie z obowiązującymi standardami. Podstawą kwalifikacji jest badanie kliniczne pacjenta uzupełnione podstawowymi badaniami laboratoryjnymi (morfologia, elektrolity, glukoza, mocznik), elektrokardiografią spoczynkową, próbą wysiłkową oraz echokardiografią serca. Niekiedy w zależności od indywidualnych wskazań zachodzi potrzeba rozszerzenia diagnostyki. Następnie określa się stabilność kliniczną pacjenta, ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, tolerancję wysiłku oraz dopuszczalne formy treningu.

Każdy trening fizyczny powinien składać się z kilku etapów: rozgrzewki, ćwiczeń końcowych, ćwiczeń rozciągających, wytrzymałościowych i oporowych. Rozgrzewka trwająca 5-10 min. zapobiega urazom w trakcie wysiłku, zaś ćwiczenia na zakończenie sesji treningowej o malejącej intensywności, zapobiegają nagłemu spadkowi ciśnienia tętniczego, do którego może dojść po zakończeniu intensywnego wysiłku. Ćwiczenia wytrzymałościowe są to ćwiczenia dynamiczne obejmujące duże grupy mięśniowe, w trakcie których dominują przemiany tlenowe. Należą do nich szybki spacer, bieganie, pływanie, jazda na rowerze, chodzenie po schodach, bieganie na nartach. Ćwiczenia rozciągające mają na celu poprawę zakresu ruchu w stawach. Trening oporowy powoduje zwiększenie siły i wytrzymałości mięśni, a tym samym ogólnej sprawności

organizmu. Odpowiednio stosowany jest bezpieczny zarówno u osób pozornie zdrowych jak i z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Wysiłek fizyczny i zwiększenie ogólnej aktywności fizycznej odgrywa szczególną rolę we współcześnie rozumianej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Przyczynia się do szybkiego powrotu sprawności fizycznej, poprawia jakość i wydłuża życie, spowalnia postęp choroby i ogranicza występowanie kolejnych jej nawrotów. Powoduje zahamowanie rozwoju, a nawet regresję miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji, poprawia funkcję śródbłonna, wpływa na zmiany w układzie autonomicznym, a także ma działanie przeciwzakrzepowe, antyarytmiczne i zapobiega niedokrwieniu. Powinien być zalecany pacjentom z chorobami sercowo-naczyniowymi w każdym wieku, adekwatnie do stopnia zaawansowania choroby.

Kompleksowość rehabilitacji kardiologicznej współcześnie to łączenie i wzajemne uzupełnianie się trzech oddziaływań terapeutycznych: rehabilitacji powiązanej z rekonwalescencją ruchową chorych, prewencji schorzeń sercowo-naczyniowych oraz wpływaniem na sferę psychologiczną chorych.

Literatura dostępna u autorki artykułu.

Mgr pielęgniarstwa MAGDALENA GMYREK

PRZESTRZEGANIE ZASAD MYCIA I DEZYNFEKCJI RĄK

Od dawna uznaje się, że higiena rąk jest najważniejszym czynnikiem mającym wpływ na zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych. Na rękach bardzo łatwo gromadzą się drobnoustroje i przez ręce rozprzestrzeniają się w środowisku szpitalnym.

Opiekun lub osoba sprawująca bezpośrednią lub pośrednią opiekę nad pacjentem i podopiecznym oraz każdy pracownik ochrony zdrowia, ponosi odpowiedzialność za utrzymanie bardzo wysokich standardów higieny rąk, pozwalających wyeliminować i zmniejszyć ryzyko zakażenia. Najnowsze badania wykazały, że personel ochrony zdrowia ma trudności w przestrzeganiu właściwej higieny rąk. Przestrzeganie zalecanych procedur higienicznych jest zróżnicowane, a ogólna średnia jest wciąż niezadowalająca wynosi 38,7%.

Skóra oraz błony śluzowe każdego człowieka skolonizowane są zróżnicowanymi gatunkami drobnoustrojów. Pacjenci przebywający w szpitalu są naturalnym źródłem kontaminacji (stopniowo rozsiewają te drobnoustroje) na przedmioty nieożywione, które znajdują się w ich bliskim otoczeniu, np. odzież, sprzęt, meble. Placówki opieki zdrowotnej składają się z szeregu różnorodnych stref i środowisk. Część z nich, nazywane „strefami pacjenta” dotyczą pacjenta łącznie z jego bezpośrednim otoczeniem (do 1,5 metra od pacjenta).

Z powodu skażenia zarówno przez pracowników opieki zdrowotnej jak i pacjentów, inne obszary środowiska opieki zdrowotnej, także zostają skolonizowane przez drobnoustroje, ale w znacznie mniejszym stopniu niż sale chorych. Do skażenia krzyżowego potencjalnymi patogenami pomiędzy jednym a drugim środowiskiem dochodzi poprzez skontaminowane ręce pracownika opieki zdrowotnej. Higiena rąk w znacznym stopniu obniża ryzyko transmisji krzyżowej tą drogą.

Już w XIX w zaczęto zwracać uwagę na istotę przestrzegania higieny rąk.

W 1847 Ignacy Semmelweis wprowadził obowiązek dezynfekcji rąk dla studentów i lekarzy.

W roku 1961 pojawiły się pierwsze zalecenia dotyczące techniki i zasad mycia rąk dla pracowników medycznych .

W roku 1985 formalnie przyjęto rekomendacje higieny rąk wg CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

Prawidłowa higiena rąk to skuteczna i najtańsza metoda walki z zakażeniami szpitalnymi Ręce to bardzo aktywna i bezpośrednia droga przenoszenia patogenów ze źródła / rezerwuaru na osobnika wrażliwego.

Ręce – to najczęściej używany instrument, a „czysta opieka jest bezpieczną opieką”

Źródło drobnoustrojów

- Nabywanie patogenu od pacjenta lub z jego otoczenia
- Przeżycie na skórze rąk personelu
- Przeniesienie na kolejnego pacjenta lub na sprzęt medyczny

Czas przeżycia drobnoustrojów na rękach personelu po kontakcie z pacjentem i/lub

jego skażonym otoczeniem jest zróżnicowany i waha się od 2 do 60 minut. W przypadku braku higieny rąk, im dłuższy jest czas wykonywania czynności przy pacjencie tym większy jest stopień skażenia rąk. Jeśli personel medyczny nie zdezynfekuje prawidłowo rąk po wykonaniu zabiegów przy jednym pacjencie i/lub między pacjentami, prawdopodobnie dojdzie do przeniesienia drobnoustrojów.

Flora przejściowa zależy od:

- stanu skóry: (uszkodzenia, wilgotności, obecności pierścionków lub obrączek)
- kolonizacji zewnętrznej warstwy skóry
- zanieczyszczenia środowiska

60-90% personelu szpitalnego przenosi drobnoustroje przez ręce

Zaobserwowano przestrzeganie procedury higieny rąk w 48% przypadków:

- 52% pielęgniarek
- 30% lekarzy

Jak podają publikacje w sektorze stacjonarnej opieki długoterminowej przeprowadzono badania zachorowalności na różne typy zakażeń; najwyższą dotyczyła zakażeń układu moczowego oraz zapalenia płuc . Zakażenia skóry (rany, odleżyny, owrzodzenia) o różnej etiologii i nasileniu stanowiły ok. 28% wszystkich zakażeń. W badaniach przeprowadzonych przez naukowców stwierdzono u 5% pacjentów z nietrzymaniem moczu i stolca zakażenia skóry o charakterze przewlekłym, różnego typu, ciężkości i rozległości, obejmujące głównie okolice krocza; 31% takich przypadków to były ogniska zapalne w więcej niż jednym miejscu, głównie odleżyny związane z nietrzymaniem moczu i/lub stolca W populacji o zwiększonym ryzyku nietrzymania stolca szczególnego znaczenia nabiera flora bakteryjna jelita grubego. Mikroflora jelitowa odgrywa ważną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu, ale układ pokarmowy jest też niezwykle ważnym rezerwuarem wielu patogenów istotnych w etiologii zakażeń szpitalnych. Należą do nich pałeczki Gram (-) z rodziny Enterobacteriaceae i pałeczki niefermentujące, enterokoki (dawniej: paciorkowce kałowe), Clostridium difficile oraz grzyby drożdżopodobne. Na szczególną uwagę zasługują sporujące beztlenowe laseczki Clostridium difficile, będące najważniejszym czynnikiem rozwoju biegunek związanych ze stosowaniem antybiotyków (chorobowość 15–25%). Zazwyczaj powikłania te mają związek z długotrwałym stosowaniem antybiotyków o szerokim spektrum działania (np. klindamycyny, ampicyliny, cefalosporyn).

Celem higieny rąk jest zmniejszenie ilości mikroorganizmów bytujących na skórze do bezpiecznego poziomu, a tym samym zmniejszenie ryzyka infekcji. Cel ten można uzyskać przez:

- higieniczne mycie rąk (splukać ręce i nadgarstki pod bieżącą wodą, na dłonie nanieść 3 – 5 ml płynnego mydła, myć ręce metodą Ayliffe przez 20 – 30 sekund, splukać ręce ciepłą wodą, a następnie osuszyć jednorazowym ręcznikiem).
- higieniczną dezynfekcję rąk (na suchą skórę wcierać 3ml preparatu przeznaczonego do dezynfekcji metodą Ayliffe przez 30 sekund lub 1 minutę).
- chirurgiczne mycie rąk (ręce myć trzy etapowo, cykl mycia powinien trwać 2 min, płukania 15 sekund) - chirurgiczna dezynfekcja rąk - w celu pozbycia się flory przejściowej, (na suche ręce nanieść 3-5 ml alkoholowego środka antyseptycznego, łączny czas wcierania 5 minut).
- ochronę rąk przez stosowanie rękawiczek (jednorazowych sterylnych do wszystkich sterylnych zabiegów, jednorazowych niesterylnych do wszystkich zabiegów i czynności mających kontakt z krwią, wydaliniami, płynami ustrojowymi, gdzie występuje ryzyko zakażenia pracownika). Po zakończeniu pracy przy każdym chorym należy zmienić rękawice i zdezynfekować ręce.

Mycie rąk pod bieżącą, letnią wodą płynnym mydłem jest najważniejszą czynnością higieniczną. Jest to mycie podstawowe, tak zwane higieniczne.

Konieczne jest zapewnienie podstawowych elementów:

- dostępu do stałego i bezpiecznego zaopatrzenia tak w wodę jak i w środki myjące oraz ręczniki,
- łatwo dostępnego preparatu do odkażania rąk na bazie alkoholu w miejscu sprawowania opieki nad pacjentem.

Zgodnie z koncepcją stworzoną przez WHO wymaga się, by personel ochrony zdrowia mył i /lub odkażał ręce:

1. Zanim wejdzie w kontakt z pacjentem,
2. Zanim przystąpi do czystych aseptycznych procedur,
3. Po ekspozycji narażeniu na kontakt z płynami ustrojowymi,
4. Po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

Monitorowanie praktyki higieny rąk oraz sposobu postrzegania i wiedzy dotyczących zagadnień wśród personelu i przekazywanie pracownikom zaobserwowanych wyników i informacji zwrotnej.

Przypominanie w miejscu pracy, poprzez promowanie właściwej praktyki na temat ważności zachowania higieny rąk i przestrzegania właściwych procedur.

Stworzenie takiego środowiska, które sprzyja podnoszeniu świadomości w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i jednocześnie gwarantuje to , iż poprawa higieny rąk będzie traktowana na wszystkich szczeblach jako działanie pierwszorzędne. Uwzględnić powinno aktywne uczestniczenie tak w obszarze instytucjonalnym, jak i indywidualnym.

Bibliografia dostępna u autorki artykułu.

**„Wszystko tak szybko przemija i nim się spostrzeżemy,
Dobiliśmy już do kresu życia”
R. Mayer**



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas
nasza koleżanka pielęgniarka
wieloletnia Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału dla Przewlekłe Chorych i Zakładu Opiekuńczo –
Leczniczego Starego Szpitala w Sieradzu

MIROŚŁAWA LESIECKA

**Żegnamy Cię Droga Koleżanko Mireczko w wielkim bólu My Pielęgniarki
Twojego oddziału i pozostałych oddziałów Szpitala.**

Byłaś dla nas wzorem, autorytetem godnym naśladowania. Zawsze sumienna, systematyczna, kompetentna, twarda, nigdy na nic nie narzekałaś. To Ty jako pierwsza wprowadziłaś nas w tajniki pracy zawodowej. To Ty byłaś dla nas pierwowzorem pielęgniarki. Za to wszystko bardzo Ci dziękujemy.

Kochana Mireczko będzie Cię nam bardzo brakowało.

W naszych sercach pozostaniesz na zawsze.

Pielęgniarki ze Szpitala Wojewódzkiego
w Sieradzu