



Informator

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

NR. 3/2010

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych

ul. Marszałka Józefa
Piłsudskiego 33
22-400 Zamość

Tel./fax: 084 639 31 97
tel.: 084 639 07 06

e-mail:
oiPIPzamosc@pro.onet.pl

Strona internetowa:
www.oiPIP.home.pl

NIP 922-15-78-038
REGON 950013990

Nr konta bankowego:
35 1240 2816 1111 0000 4015 3430



Autorzy: Antoni Czupryna, Ewa
Wilczek - Rużyczka
Format: B5, s 439, oprawa twarda
ISBN: 978-83-264-0408-5
Cena: 89 zł.

Bliższe informacje:
Magdalena Dobosz
Specjalista d/s PR
Mobile: +48 660 615 239
Tel/Fax:
+48(22)842 16 10, 842 10 52
E-mail: m.dobosz@mediaforum.pl

WYBRANE ZAGADNIENIA PIELĘGNIARSTWA SPECJALISTYCZNEGO

“Wybrane Zagadnienia Pielęgniarstwa Specjalistycznego” to nowoczesny podręcznik, opracowany przez zespół doświadczonych nauczycieli akademickich Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Prezentowane w nim zagadnienia są zgodne z obowiązującymi standardami kształcenia dla studiów pielęgniarstwa drugiego stopnia oraz programami kształcenia w ramach specjalizacji obejmujących pielęgniarstwo zachowawcze, psychiatryczne, chirurgiczne, pediatryczne i neurologiczne.

Książka przeznaczona jest dla studentów nauk o zdrowiu oraz pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach specjalistycznych.

Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Ul. Płocka 5a
01-231 Warszawa
Tel. 022 535 80 00
E-mail:
Obsluga.klienta@wolterskluwer.pl
Księgarnia internetowa:
E-mail: profinfo@wolterskluwer.pl

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piłsudskiego 33, 22-400 Zamość

Tel./fax (084) 639-31-97, e-mail : oipipzamosc@pro.onet.pl, www.oipip.home.pl

Czynne: poniedziałek - piątek 8.00-16.00

Nr konta bankowego 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Rejestr pielęgniarek i położnych Tel. (084) 639-07-06

Dyżury :

Radca prawny: każdy wtorek godz. 10.00 -14.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: I i III wtorek miesiąca godz. 13.00 - 14.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych: I wtorek miesiąca godz. 14.00-15.00

Z działalności Okręgowej Rady

Posiedzenie Okręgowej Rady z dnia 18 Czerwca 2010, podjęto uchwały w sprawie :

- skreślenia z listy członków OIPiP w Zamościu,
- wpisania na listę członków OIPiP w Zamościu pielęgniarki przybyłej z innego terenu,
- wszczęcia postępowania o niezdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu,
- powołania komisji w celu dokonania oceny zdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu,
- pokrycia kosztów związanych z działalnością komisji lekarskiej,
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o zaprzestaniu wykonywania praktyki,
- przyznania pomocy finansowej dla członków innej Izby – dla powodźian – 1000 zł
- przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu - dla 6 osób na łączną kwotę 6800 zł,
- zatwierdzenia sprawozdania finansowego OIPiP w Zamościu za rok 2008
- zatwierdzenia sprawozdania finansowego OIPiP w Zamościu za rok 2009,
- przeksięgowania wyniku finansowego działalności budżetowej OIPiP w Zamościu za rok 2009,
- zorganizowania i sfinansowania szkolenia dla pielęgniarek i położnych nt „syndrom wypalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, kontakt z pacjentem przewlekle chorym, mobbing w środowisku pielęgniarek i położnych – dla 84 pielęgniarek i położnych,
- dofinansowania i refundacji szkoleń dla członków OIPiP w Zamościu,
- sfinansowania V Ogólnopolskiego Zjazdu Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych,
- powrotu do wykonywania zawodu pielęgniarki,
- Zbiorowego dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla pielęgniarek i położnych członków OIPiP w Zamościu na kwotę 11,200 zł.
- wpisu do rejestru indywidualnych i grupowych

praktyk pielęgniarek i położnych,

- wymiany prawa wykonywania zawodu i wpisu na listę członków OIPiP w Zamościu,

Nadzwyczajne posiedzenie Okręgowej Rady z dnia 11 sierpnia 2010 roku, podjęto uchwały w sprawie:

- ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych przez pielęgniarkę,
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków OIPiP w Zamościu,
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu na listę członków OIPiP w Zamościu,
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu na listę członków OIPiP w Zamościu,
- skreślenia z listy członków OIPiP w Zamościu - 2 pielęgniarki,
- skreślenia z listy członków OIPiP w Zamościu zmarłej położnej,
- wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składów komisji konkursowych,
- wznowienia wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek,
- wznowienia wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek,
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o wykreśleniu wykonywania praktyki,
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o wykreśleniu wykonywania praktyki,
- skreślenia z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek,
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o zawieszeniu wykonywania praktyki,
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o zawieszeniu wykonywania praktyki
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidual -

nych praktyk pielęgniarek i położnych o zawieszeniu wykonywania praktyki

- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o zawieszeniu wykonywania praktyki

- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o zaprzestaniu wykonywania praktyki

- dofinansowania i refundacji szkoleń dla członków OIPiP w Zamościu – na łączną kwotę 10100 zł.

- dofinansowania kursu doskonalącego dla 3 pielęgniarek pracujących na stanowisku dyspozytora, - na łączną kwotę 1230 zł.

- przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu – dla 5 osób na łączną kwotę 4600 zł.

- zorganizowania i sfinansowania szkolenia dla pielęgniarek i położnych nt „kontakt z pacjentem przewlekłe chorym „ – dla 80 osób na łączną kwotę 10500 zł.

- współorganizowania konferencji naukowo-szkoleniowej dla pielęgniarek nt „Zdrowie psychiczne – nasza wspólna sprawa” 870 zł.

- zorganizowania posiedzenia organów OIPiP w Zamościu w dniu 25-26 września 2010 roku

- zorganizowania konferencji szkoleniowej dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w lecznictwie otwartym nt. „Pozycja prawna pielęgniarki i położnej w polskim systemie ochrony zdrowia” w dniu 10 września 2010 roku na kwotę 9750 zł

Stanowisko nr 43

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 czerwca 2010 roku

w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej i pisemnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż istnieje bezwzględna konieczność przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej.

Przekazywanie raportów tylko w formie ustnej ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz dbania o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przekazywanie raportów w formie pisemnej jest niewystarczające. Opis zdarzeń i podjętych dzia-

łań zawartych w raporcie pisemnym wymaga uzupełnienia o dodatkowe, bardzo ważne uwagi i spostrzeżenia pielęgniarki, położnej przekazującej dyżur. Potwierdza to stosowana przez pielęgniarki, położne nieformalna praktyka w zakładach opieki zdrowotnej, w których wprowadzony został zakaz przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa, iż niedopuszczalne jest stosowanie w niektórych zakładach opieki zdrowotnej zakazu przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej. Wprowadzenie powyższego zakazu jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie zasad wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej, a także z regulacjami dotyczącymi prowadzonej działalności przez zakłady opieki zdrowotnej. Misją zawodów pielęgniarki i położnej oraz zakładów opieki zdrowotnej jest zapewnienie należytej opieki pacjentom oraz bezpieczne wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Zakład opieki zdrowotnej, jako pracodawca jest zobowiązany zgodnie z Kodeksem pracy do stworzenia bezpiecznych warunków pracy pracownikom, a jako świadczeniodawca - do bezwzględnego wywiązywania się z podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców.

Sekretarz NRPiP

Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP

Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 45

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 czerwca 2010 roku

w sprawie zwiększenia limitów przyjęć na studia wyższe na kierunku pielęgniarstwo w roku akademickim 2010/2011

Po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne w roku akademickim 2010/2011, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza konieczność zwiększenia limitów przyjęć na kierunku pielęgniarstwo do poziomu limitów ustalonych na poziomie roku akademickiego 2009/2010.

Propozycja Ministra Zdrowia zawarta w przedmiotowym projekcie zakłada znaczne zmniejszenie liczby miejsc na studia wyższe na kierunku pielęgniarstwo oraz na tzw. studiach pomostowych, o

których mowa w art. 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r., Nr 176, poz. 1237).

Sekretarz NRPIP

Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPIP

Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 46

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 czerwca 2010 r.

w sprawie pozbawienia od 1 lipca 2010 roku dostępności świadczeniobiorców do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, realizowanych przez pielęgniarki opieki długoterminowej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest wobec działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który poprzez wydanie Zarządzenia Nr 25/2010/DSOZ z dnia 9 czerwca 2010 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, pozbawił osoby przewlekle chore, niepełnosprawne, niezdolne do samoopieki, wymagające wzmożonej opieki pielęgniarskiej, dostępności do ww. świadczeń, realizowanych przez pielęgniarki opieki długoterminowej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zarządzenie, które wejdzie w życie z mocą obowiązującą od 1 lipca 2010 r. będzie stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, pozbawiając ich profesjonalnej opieki pielęgniarskiej w ramach realizacji świadczeń w tym rodzaju, szczególnie w sytuacji, gdy z załącznika Nr 1 do Zarządzenia, wykreślone zostały czynności pielęgniarstwa, stanowiące podstawę do objęcia pacjenta pielęgniarstwem długoterminowym. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że warunki i realizacja umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, proponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, są nie do przyjęcia w świetle art. 68 Konstytucji, art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz § 1 pkt 11) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w spra-

wie priorytetów zdrowotnych (Dz. U z 2009 r. Nr 137, poz. 1126).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postuluje o podjęcie natychmiastowych działań zmierzających do:

1) utrzymania dotychczasowego katalogu czynności pielęgniarstwa dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, stanowiącego Załącznik Nr 5 do Zarządzenia 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r.

2) zmniejszenia liczby świadczeniobiorców pod jednym adresem zamieszkania z 12 do 10 (do roku 2012),

3) podwyższenia wskaźnika za osobodzień z 0,4 do 0,5,

4) wyodrębnienia świadczenia - pobierania materiałów do badań: krwi, moczu, kału, wymazów, jako produktu, który powinien być oddzielnie finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

5) opracowania we współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia i Ministrem Pracy i Polityki Społecznej docelowego modelu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej,

6) prawidłowego procesu konsultacji projektów, w tym również publikowanie na stronie NFZ terminu opiniowania dokumentów, opracowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych żąda uwzględnienia uwag samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Sekretarz NRPIP

Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPIP

Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 47

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 czerwca 2010 r.

w sprawie problemu nieprzestrzegania przepisów prawa dotyczących przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec działań kierowników

publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które polegają na nieprzebrzeganiu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) w zakresie obowiązku przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. NRPiP wskazuje, iż powyższe działania kierowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej powinny być zakwestionowane przez organy założycielskie zakładu opieki zdrowotnej. Podmioty tworzące zakłady zobowiązane są w ramach sprawowanego nadzoru do dokonywania kontroli i oceny pracy kierownika zakładu, a w razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu opieki zdrowotnej jest sprzeczna z prawem, wstrzymują jej wykonanie oraz zobowiązują kierownika do jej zmiany lub cofnięcia.

Uzasadnienie

Procedura wyłaniania kandydatów na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej została jednoznacznie określona w art. 44a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749 ze zm.). Wskazany wyżej przepis ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest przepisem bezwzględnie obowiązującym, który nie może być stosowany fakultatywnie. Powyższe oznacza, że w celu obsadzenia wskazanych w tym przepisie stanowisk, nałożony został ustawowy obowiązek przeprowadzenia postępowania konkursowego.

Należy podkreślić, iż wynikająca z art. 44 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej kompetencja kierownika zakładu do określenia struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, w tym określenia właściwych stanowisk pracy dla danego zakładu nie może prowadzić do obejścia przepisów ustawowych, które wskazują na obowiązek przeprowadzenia konkursu na określone stanowiska. Działania polegające na zastępowaniu stanowisk pracy wskazanych w powyższej ustawie na inne nieprzewidziane w obowiązujących przepisach, lub tworzenie innych stanowisk tożsamy z wymienionymi w art. 44a ust. 1 ustawy w zakresie obowiązków i uprawnień stanowią obejście przepisów przedmiotowej ustawy. Orzecznictwo sądów administracyjnych w przedmiotowej kwestii np. w od-

niesieniu do stanowiska naczelnej pielęgniarki jest jednoznaczne.

Przykładowo przywołać należy wyrok z dnia 27 sierpnia 2008 r. Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie II OSK 666/08 (NZZ 2009/1/12), w którym NSA stwierdził, iż „skoro art. 44a ust. 1 ustawy wymaga, by stanowisko naczelnej pielęgniarki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (poza wyjątkiem wskazanym w tym przepisie) obsadzane było w wyniku konkursu, a osoba ta winna legitymować się określonym w Taryfikatorze kwalifikacyjnym wykształceniem i stażem pracy, to wykreślenie ze statutu tego stanowiska i zastąpienie go innym, nieprzewidzianym w przepisach, któremu przypisane miałyby być te same obowiązki i uprawnienia, jakie miała osoba zatrudniona na stanowisku naczelnej pielęgniarki w oczywisty sposób narusza obowiązujące przepisy i wykracza poza zakres spraw, które mogą być uregulowane w statucie.”

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, dostrzegając rażące i nagminne naruszanie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie obsadzania kierowniczych stanowisk pielęgniarskich, przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej oraz podmioty tworzące te zakłady, wyraża stanowczy sprzeciw wobec powyższych, wysoce szkodliwych praktyk.

Sekretarz NRPiP

Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP

Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 48

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 czerwca 2010 roku

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (wersja z dnia 14 czerwca 2010 roku), zgłasza konieczność wprowadzenia zmiany w treści § 4 dotyczącej zmniejszenia górnej granicy liczby pacjentów objętych opieką przez 1 pielęgniarkę lub położną w oddziale szpitalnym z 20 na 10 pacjentów w ciągu jednej zmiany. Współczesne technologie medyczne oraz dąże-

nie do minimalizowania okresu pobytu pacjentów w szpitalach doprowadza do zintensyfikowanego postępowania pielęgniarskiego wobec wszystkich hospitalizowanych pacjentów. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nie jest możliwa realizacja procesu pielęgnowania, a także monitorowanie stanu zdrowia hospitalizowanych pacjentów, w przypadku gdy jedna pielęgniarka będzie obejmować opieką 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany. Należy mieć na uwadze fakt, że pacjenci hospitalizowani są w większości osobami z licznymi ograniczeniami na skutek choroby, urazów, fazy diagnostyki inwazyjnej, leczenia i wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej.

Przyjęcie proponowanego przez Ministra Zdrowia modelu opieki pielęgniarskiej w szpitalach spowoduje powstanie ukrytego niedoboru w obsadzie pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach szpitalnych. W konsekwencji doprowadzi do nasilenia występowania zdarzeń niepożądanych i zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz bezpieczeństwa pracy pielęgniarek i położnych. Zawyżenie liczby pacjentów objętych opieką przez jedną pielęgniarkę lub położną w oddziale szpitalnym w ciągu jednej zmiany, będzie miało bezpośredni wpływ na ergonomię pracy pielęgniarek i położnych, co przyczyni się do zwiększenia wypadkowości przy pracy oraz zachorowalności na choroby zawodowe.

Sekretarz NRPiP

Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP

Elżbieta Buczkowska

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych

MZ-PP-079-5360-2/EMA/10

Warszawa, 2010-08-12

Pani

Elżbieta Buczkowska

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

AL Ujazdowskie 22 M78 Warszawa

W odpowiedzi na pisma, kierowane przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Pol-

skiej Pana Donalda Tuska oraz Minister Zdrowia Pani Ewy Kopacz, w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Wobec uwag i protestów środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, dotyczących zapisów projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, skierowanego do konsultacji zewnętrznych w dniu 15 czerwca 2010 r., którego § 4 określał iż „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany”, uprzejmie informuję, że inicjatywa umieszczenia przedmiotowego zapisu powstała w związku ze zgłaszanymi przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych, w tym przedstawiciele samorządu oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych, problemami sprawowania opieki przez jedną pielęgniarkę lub położną nad 30-40 i więcej pacjentami w trakcie dyżuru.

Ustalenie minimalnego poziomu zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych na poziomie jednej pielęgniarki/położnej na 20 pacjentów na jednej zmianie, wychodziło naprzeciw oczekiwaniom środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, dostrzegającego nadmierne obciążenie i wynikające stąd niedostatki opieki nad pacjentami, zwłaszcza na zmianach popołudniowych i nocnych. Ponadto zakładano, iż będzie to stanowić ważny element niezbędny przy zawieraniu przez świadczeniodawców kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Proponowana regulacja miała stanowić pierwszy krok w procesie określania zabezpieczenia poziomu opieki pielęgniarskiej/położniczej w kontekście warunków realizacji świadczeń gwarantowanych i stanowiła próbę rozwiązania problemu zgłaszanego do Ministra Zdrowia, dotyczącego obsad pielęgniarskich w szpitalach -sprawowanie opieki przez jedną pielęgniarkę nad 40 i

więcej pacjentami w trakcie dyżuru.

Należy zaznaczyć, iż projektowany przepis wskazywał maksymalną liczbę pacjentów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki/położnej i jednocześnie nie stanowił przeszkody do ustalania przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej/położniczej w większej liczbie, w zależności od specyfiki zakładu opieki zdrowotnej i rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych. W żadnym wypadku treść przepisu nie miała jednocześnie stanowić norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a tym bardziej modelu opieki pielęgniarskiej/położniczej nad pacjentami. Należy z całą mocą podkreślić, że jedynie dyrektor szpitala, w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 10

ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr.14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), ma kompetencje do ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych, po zasięgnięciu opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie zakładu.

W związku z tym, iż w ramach konsultacji społecznych zgłoszono szereg uwag do § 4 przedmiotowego projektu rozporządzenia, a także ze względu na brak akceptacji środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych dla proponowanej regulacji, w projekcie skierowanym do dalszych prac legislacyjnych zrezygnowano z umieszczenia kontrowersyjnego zapisu dotyczącego wskazania minimalnego poziomu zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych na poziomie jednej pielęgniarki/położnej na 20 pacjentów na jednej zmianie. Pozostał natomiast zapis mówiący o tym iż „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.)”.

Z-ca DYREKTORA

Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

Pielęgnowanie chorego z udarem mózgu

Joanna Michalik

Fragment pracy licencjackiej - PWSZ Nowy Sącz,
Instytut Zdrowia

Jednym ze stanów nagłego zagrożenia życia jest udar mózgu, w którym dochodzi do nagłego zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Udar może być sprawcą śmierci, jak również trwałej niepełnosprawności. W Polsce, jak podaje literatura, zapadalność na to schorzenie dotyka ok. 60 000 osób rocznie. Choroba ta jest niemal tak częsta jak zawał serca, a mimo to tak mało o niej wiemy. Wiadomości na temat ryzyka, objawów, leczenia czy pielęgnacji są nam wszystkim bardzo potrzebne, gdyż udar mózgu może dotknąć naszych najbliższych, przyjaciół lub nas samych. Problemy związane z ciężką chorobą czy kalectwem nie są nam obce. Każdy z nas w jakiś sposób w swoim życiu zetknął się czy to w rodzinie, czy w swoim otoczeniu z taką osobą, która z powodu swojej niepełnosprawności wymaga akceptacji, zrozumienia, pomocy i wsparcia.

Pielęgnacja chorego z udarem mózgu polega na wdrożeniu indywidualnego procesu pielęgnowania opartego na odpowiednim modelu pielęgnowania. Wypracowany plan opieki jest pierwszym krokiem do szybszego usprawnienia chorego, opracowane działania pielęgnacyjne pomagają zmniejszyć jego cierpienie.

Zapadalność na udary mózgu jest różna w różnych krajach. Polska zajmuje w tych statystykach dość wysokie miejsce. Rocznie w naszym kraju na udar mózgu choruje 60 000 osób, z których 1/3 umiera w ciągu roku.

Ryzyko udaru rośnie wraz z wiekiem. Udar mózgu występuje zwykle po 65 roku życia. Ale jak - podaje A. Prusiński - 25% udarów dotyczy osób poniżej już 55 roku życia. Epidemiolodzy określają, że zapadalność na nie to ok. 100-300 przypadków na 100 000 mieszkańców w ciągu roku.

Według W. Kozubskiego rocznie na świecie z powodu udaru umiera około 4,5 miliona ludzi.

Co czwarty chory umiera w ciągu pierwszego miesiąca po wystąpieniu udaru, natomiast u 1/3 chorych utrzymują się objawy neurologiczne, które najczęściej powodują kalectwo.

Na 100 000 Polaków udarem mózgu jest dotkniętych ok. 177 mężczyzn i 125 kobiet. Według J. Sieberta na zawał mózgu chorują częściej mężczyźni niż kobiety.

W praktyce pielęgniarskiej bardzo istotna jest zna-

jomość czynników ryzyka udaru mózgu, gdyż pozwala ona na identyfikację poszczególnych osób lub większych populacji o zwiększonym ryzyku wystąpienia udaru, jak i na wczesne podjęcie profilaktyki pierwotnej i wtórnej.

Jak podają różni autorzy czynniki ryzyka dzielą się na modyfikowalne i nie-modyfikalne. K. Jaracz, W. Kozubski dzielą czynniki następująco.

Modyfikowalne czynniki ryzyka zależne od naszego stylu życia, jak również wpływu środowiska: stosowanie używek (nadmierne spożycie alkoholu, palenie tytoniu), niewłaściwy sposób odżywiania (otyłość zwiększa 1,5-krotnie ryzyko wystąpienia udaru), mała aktywność fizyczna, zła kondycja socjoekonomiczna.

Modyfikowalne czynniki zależne od istniejących chorób: nadciśnienie tętnicze (stwarza 3-6-krotnie większe ryzyko wystąpienia udaru mózgu), cukrzyca, choroby mięśnia sercowego, podwyższone stężenie cholesterolu, choroby krwi, nadczynność tarczycy.

Niemodyfikowalne czynniki ryzyka udaru: wiek (powyżej 55), płeć (częstość udarów wyższa u mężczyzn niż u kobiet), kolor skóry oraz czynniki genetyczne.

W polskim społeczeństwie stopień edukacji medycznej jest niski, a wiedza dotycząca początkowych objawów udaru oraz jego powikłań niewystarczająca. Dlatego istnieje konieczność przekazania pacjentowi w początkowym okresie hospitalizacji podstawowych informacji na temat przyczyny i objawów udaru mózgu. Należy wyjaśnić różnice między udarem niedokrwinnym (zawał mózgu) a udarem krwotocznym („wylew”). Chorego i jego opiekunów powinno się poinformować o konsekwencjach udaru, ewentualnym zagrożeniu życia, trwałym kalectwie, degradacji społeczno-zawodowej. Niezbędne jest także omówienie planowanych badań oraz działań terapeutycznych.

Objawy udaru zależą od lokalizacji miejsca uszkodzenia. Należy pamiętać, że nie występują one w oderwaniu, ale wpływają wzajemnie na siebie i zmieniają w czasie swój obraz kliniczny. W. Kozubski, R. Kazimierski zwracają uwagę na to, jak bardzo istotna jest obserwacja chorego i ocena objawów. Szczególnie należy zwrócić uwagę na: zaburzenia świadomości, zaburzenia wyższych czynności nerwowych, porażenie kończyn, niedowład, paraliż jednostronny, zaburzenia czucia, upośledzenie widzenia, Zaburzenie równowagi.

Jeszcze do niedawna niemalże nic nie wiadano na temat leczenia udaru mózgu. Uważano, że chory z udarem nie rokuje poprawy i nie warto się nim zajmować. Podejście do tego problemu zmieniło

się radykalnie w ciągu ostatnich 20 lat. J. Opara pisze, iż obecnie uważa się, że udar powinien być traktowany jako stan bezpośredniego zagrożenia życia. Używa się nawet sformułowania atak mózgu, co sugeruje, że pacjent, który doznaje udaru, powinien być natychmiast kierowany do szpitala. Bez wątplenia najlepsze efekty leczenia udaru uzyskuje się w oddziałach udarowych. Oddziały udarowe są zwykle częścią oddziału neurologicznego. Są w nich jednak dostępne wszystkie możliwości postawienia właściwej diagnozy udaru, jak również monitorowania stanu pacjenta. Również pracujący w nich personel bardzo dobrze zna problematykę udaru. A. Ludolph stwierdza, że nie ma żadnego leku, który ratuje w sposób zdecydowany uszkodzenie mózgu powstałe w wyniku niedokrwienia czy wylewu krwi, ale właściwe postępowanie ogólnomedyczne przynosi niewątpliwe rezultaty. Dzięki uruchomieniu sieci oddziałów udarowych w wielu krajach uzyskano spadek wczesnej śmiertelności z powodu udaru o 50%. Leczenie w oddziałach udarowych zmniejsza też inwalidztwo poudarowe.

Proces pielęgnowania to taka opieka pielęgniarska, która wykorzystuje świadome rozpoznanie stanu: biologicznego, psychicznego, społecznego, duchowego i kulturowego. L. Płaszewska-Żywko uważa, że w procesie pielęgnowania stosuje się świadomie rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego, i społecznego jednostki i środowiska, aby podjąć celowe i planowe działania mające na celu utrzymanie lub zmianę dotychczasowego stanu, a także ocenia wyniki.

Jak wspominałam wcześniej, dla każdego pacjenta należy opracować indywidualny plan opieki. Aby stworzyć taki plan, musimy odnieść się do odpowiedniego modelu pielęgnowania. Wśród licznych teorii pielęgniarskich spotykamy współcześnie dość liczne postulaty jak największej samodzielności pacjenta. Jednak bez wątplenia autorką radykalnego modelu podchodzenia do zdrowia i do choroby jest Dorothea Orem. W stworzonej przez nią koncepcji kluczowe miejsce zajmuje pojęcie samopielęgnacji. Nie chodzi oczywiście o to, aby pacjent „sam się pielęgnował”. Dorothea Orem uważa natomiast, że: „**Człowiek posiada naturalną zdolność troszczenia się o siebie samego. Fakt pielęgnowania własnej osoby odbija się pozytywnie na moim zdrowiu. Zdaję sobie sprawę i doceniam, jak wielkim dobrem jest zdrowie.**”

Co te słowa oznaczają dla praktyki pielęgniarskiej? Otóż pielęgnowując człowieka chorego i niepełnosprawnego, w myśl przedstawianej koncepcji

przede wszystkim staramy się odnaleźć i uaktywnić to, co można określić jako siły **samouzdrawiania** pacjenta. Samopielęgnacja jest sumą tych wszystkich czynności, jakie człowiek wykonuje codziennie dla zapewnienia sobie normalnego funkcjonowania i rozwoju. W jakim zakresie dana jednostka potrzebuje aktywności regulujących codzienną egzystencję, zależy przede wszystkim od wieku, stadium rozwoju, stanu zdrowia, otoczenia i środowiska życia, a także od efektów interwencji medycznych podejmowanych wobec tej osoby. Dorrothea Orem proponuje trzy sposoby pielęgnowania w zależności od zdolności osoby starszej do samoopieki, od roli pielęgniarki i pacjenta.

Wyróżnia się trzy systemy:

- **System pielęgnacji w pełni kompensacyjnej** - pacjent ujawnia zaawansowane deficyty w samopielęgnacji, deficytom tym może zaradzić tylko terapeutyczna obecność pielęgniarki.
 - **System częściowo kompensacyjny** - możemy o nim mówić wtedy, jeżeli aktywna jest zarówno pielęgniarka, jak i pacjent. Cel stanowi optymalne wykorzystanie i wspomaganie u chorego możliwości samopielęgnacji. Pacjent samodzielnie wykonuje pewne czynności, po części decyduje o przeprowadzanych przy nim zabiegach i akceptuje pomoc otrzymywaną od pielęgniarki. Interwencja pielęgniarki dotyczy tylko tych zakresów, gdzie rzeczywiście występują deficyty.
 - **System pielęgnacji wspomaganopedagogicznej** - ten wariant dotyczy sytuacji, w których pacjent jest w stanie przeprowadzać zabiegi pielęgnacyjne i terapeutyczne, względnie powinien się tego nauczyć, ale nie może obejść się przy tym bez pomocy drugiej osoby. W tych uwarunkowaniach znajdują się pacjenci, dla których przewlekła choroba stała się częścią życia. Jednak nawet wówczas deficyty zdrowotne nie powinny wpływać negatywnie na integralność osoby chorego. Choroba nie może mieć tak determinującego charakteru, żeby nie dało się na innym torze życia wypracować czegoś, co byłoby źródłem przynajmniej częściowego zadowolenia.
- Problemy, z jakimi borykają się pacjenci udarowi, mogą doprowadzić do stopniowego pogorszenia się ich funkcjonowania, ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego i częściowej lub całkowitej niemożności zaspokojenia potrzeb biologicznych, psychologicznych i społecznych. Zachowanie równowagi pomiędzy zdolnością pa-

cjenta do samo-opieki a zapotrzebowaniem na opiekę uzależnia chorego od innych osób, w tym od pielęgniarki. W opiece nad osobą udarową warunkiem niezbędnym do zapewnienia jej zindywidualizowanej opieki i dokonania trafnego doboru metod i systemu pielęgnowania jest poprawne rozpoznanie przez pielęgniarkę potrzeb pacjenta oraz określenie deficytów w zakresie samoopieki.

Podsumowanie:

Udar mózgu - tak określa się chorobę, która na skutek zaburzeń krążenia w mózgu nagle ścina człowieka z nóg i sprowadza na niego śmierć lub kalectwo.

Choroba ta znana jest od wieków, stanowi trzecią po zawałach mięśnia sercowego i nowotworach przyczynę śmierci i pierwszą przyczynę upośledzenia sprawności. Na całym świecie udary mózgu stanowią duży problem medyczny i społeczny, stąd też od kilku lat podejmowane są próby ustalenia optymalnej metody postępowania zgodnej z współczesną wiedzą medyczną. Uważam, że bardzo istotnym elementem pracy pielęgniarskiej jest edukacja społeczeństwa na temat ryzyka wystąpienia udaru. Ważna jest świadomość wśród ludzi, a przede wszystkim młodych, że ten problem może dotyczyć nas wszystkich.

1 Członkowska A., Świdorski W., *Udary mózgu, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja*, Warszawa 1997.

2. Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, Warszawa 1998, s. 208.

3. Kozubski W., Liberski R., *Neurologia*, Warszawa 2006, s. 425

4. Rożnowska K., *Udar mózgu*, Warszawa 2006, s. 10.

5. Siebert J., Nyka W., *Udar mózgu*, Gdańsk 2006, s. 2.

6. Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, Warszawa 1998, s. 208-210.

7. Jaracz K., Kozubski W., *Pielęgniarstwo Neurologiczne*, Warszawa 2008, 218-219.

8. Adamczyk K., *Pielęgniarstwo neurologiczne*, Lublin 2000, s. 88.

9. Opara J., *Rehabilitacja w neurologii*. Katowice 2007, s. 54.

10. Kózka M., Plaszczyńska-Żywko L., *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, Warszawa 2008, s. 27.

11. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, 1.1, Lublin 2004, str. 196-198.

12. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, 1.1, Lublin 2004,

DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA	CEL OPIEKI	PLANOWANIE
1. Możliwość wystąpienia odleżyn z powodu unieruchomienia	Zapobieganie odleżynom.	<ol style="list-style-type: none"> Ocena ryzyka powstania odleżyn wg skali np. NORTON. Pielęgnacja skóry, miejsc najbardziej narażonych na powstanie odleżyn. Odciążenie miejsc narażonych na ucisk, zmiana pozycji co 2-3 godziny. Pielęgnacja skóry, masaż miejsc narażonych na odleżyny. Utrzymanie czystości skóry. Izolacja warstw skóry przylegających do siebie za pomocą gazy i talku.
2. Trudności w samoobsłudze i poruszaniu się spowodowane zaburzeniami wyższych czynności nerwowych (zespół zaniedbywania połowicznego).	Poprawa samodzielności chorego. Łagodzenie objawów zaburzeń funkcji poznawczych	<ol style="list-style-type: none"> Stosowanie bodźców akustycznych, wzrokowych, dotykowych kierujących uwagę na chorego na stronę zaniedbywaną. Angażowanie strony zaniedbywanej w wykonywanie czynności samoobsługowych. Ustawienie szafki przyłóżkowej od strony zaniedbywanej. Podchodzenie do chorego od strony zaniedbywanej.
3. Możliwość wystąpienia powikłań: – wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, – oddechowych, – gospodarki wodno-elektrolitowej, – zaburzeń sercowo-naczyniowych, – zakażeń.	Wczesne wykrywanie, zapobieganie powikłaniom.	<ol style="list-style-type: none"> Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie, temperatura, oddech, stan świadomości). Prowadzenie bilansu płynów. Ułożenie głowy chorego pod kątem 30° (profilaktyka wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego). Eliminacja czynników mogących powodować wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Udział w leczeniu farmakologicznym. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zabiegach inwazyjnych celem zapobiegania zakażeniom. Dokumentowanie wyników obserwacji w sposób umożliwiający ocenę zmiany stanu chorego.
4. Ryzyko zachłyśnięcia i zachłystowego zapalenia płuc spowodowane zaburzeniami: – połykania, – świadomości, – unieruchomieniem – osłabieniem odruchu kaszlowego.	Zapobieganie aspiracji śliny i pokarmu do dróg oddechowych.	<ol style="list-style-type: none"> Wstrzymanie się z karmieniem doustnym do czasu upewnienia się, że chory nie ma zaburzeń połykania. Karmienie chorego przez zgłębnik nosowo-żołądkowy. Przy karmieniu doustnym należy zapewnić pacjentowi pozycję siedzącą lub półsiedzącą. Pokarm należy umieszczać po stronie jamy ustnej niedotkniętej niedowładem.
5. Ryzyko wystąpienia zapalenia płuc i niedodmy płuc z powodu unieruchomienia.	Zapobieganie powikłaniom oddechowym.	<ol style="list-style-type: none"> Nauczenie pacjenta skutecznego odkaszczania zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych. Prowadzenie gimnastyki oddechowej. Oklepywanie klatki piersiowej w celu ewakuacji wydzieliny z drzewa tchawiczowo-oskrzelowego. Odsysanie wydzieliny z drzewa tchawiczowo-oskrzelowego. Częsta zmiana ułożenia pacjenta (co 2-3 godz.).
6. Możliwość wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej żył w wyniku unieruchomienia.	Niedopuszczenie do zakrzepicy żyłnej.	<ol style="list-style-type: none"> Systematyczna zmiana pozycji. Usprawnianie układu oddechowo-kръżeniowego przez możliwie wczesne uruchamianie. Ćwiczenia mięśni klatki piersiowej, ćwiczenia od

		<p>dechowe.</p> <ol style="list-style-type: none"> Gimnastyka kończyn dolnych w celu polepszenia krążenia. Prawidłowe nawadnianie pacjenta ok. 2-2,5 l na dobę.
7. Trudności ze zmianą pozycji ciała w łóżku spowodowane niedowładem.	Pomoc przy zmianie pozycji ciała we wczesnej fazie choroby, zapewnienie mu bezpieczeństwa fizycznego.	<ol style="list-style-type: none"> Zapewnienie dostępu do łóżka ze wszystkich stron. Instruowanie chorego podczas zmiany pozycji. Unikanie mikrourazów podczas zmian pozycji. W trakcie udzielania pomocy pacjentowi w zmianie pozycji eliminacja bodźców rozpraszających np. TV.
8. Możliwość wystąpienia przykurczów z powodu wzmożonej spastyczności oraz zaników mięśniowych na skutek braku aktywności motorycznej.	Niedopuszczenie do powstania przykurczów i zaników mięśni.	<ol style="list-style-type: none"> Ocena zaburzeń ruchowych. Odpowiednie ułożenie chorego mające na celu przeciwdziałanie spastyczności. Regularna zmiana pozycji zarówno leżącej, jak i siedzącej co 2 godz. Wykonywanie ćwiczeń biernych i czynno-biernych, uwzględniając pełny zakres ruchów.
9. Zaburzenia wydalania stolca spowodowane unieruchomieniem.	Przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień.	<ol style="list-style-type: none"> Rozpoznanie charakteru zaburzeń oddawania stolca. Zabiegi poprawiające perystaltykę jelit. Podawanie pokarmów stymulujących perystaltykę jelitową. Podawanie odpowiedniej ilości płynów do picia. Stworzenie odpowiednich warunków intymności do wypróżnienia.
10. Trudności w przyjmowaniu posiłków spowodowane niepełnosprawnością ruchową.	Zmniejszenie trudności w jedzeniu.	<ol style="list-style-type: none"> Karmienie chorego lub pomoc podczas jedzenia. Dbanie o estetyczny wygląd posiłków. Przed posiłkiem konieczne wykonanie toalety jamy ustnej. Wygodna pozycja podczas spożywania posiłków.
11. Utrzymujące się zaburzenia wydalania moczu, zwiększająca ryzyko zakażenia układu moczowego i pogarszające jakość życia pacjenta.	Przywrócenie właściwych wzorców wydalania moczu. Zapobieganie zakażeniom układu moczowego. Poprawa jakości życia chorego.	<ol style="list-style-type: none"> Obserwacja pacjenta w celu określenia charakteru zaburzeń. Trening pęcherza moczowego. Wykluczenie z diety substancji moczopędnych. Stosowanie pampersów lub wkładek higienicznych. Częsta toaleta krocza.
12. Ryzyko wystąpienia infekcji dróg moczowych w związku z obecnością cewnika moczowego.	Zapobieganie zakażeniu układu moczowego.	<ol style="list-style-type: none"> Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zakładaniu cewnika. Utrzymanie w czystości ujścia cewki moczowej. Prawidłowe nawadnianie pacjenta (od 2-2,5 l na dobę) Pobieranie moczu do badania bakteriologicznego. Usunięcie cewnika tak szybko, jak to jest możliwe.
13. Zła kondycja psychiczna spowodowana nagłym wystąpieniem choroby.	Poprawa samopoczucia chorego.	<ol style="list-style-type: none"> Spędzanie jak największej ilości czasu z pacjentem, bycie przy nim, asystowanie mu. Uświadomienie rodziny, że pacjent potrzebuje ich bliskości i wsparcia. Pomoc ze strony psychologa.
14. Zaburzenie komunikacji werbalnej (afazja ruchowa).	Podtrzymanie kontaktu z chorym.	<ol style="list-style-type: none"> Nawiązanie kontaktu z chorym w trakcie wykonywania codziennych czynności pielęgnacyjnych. Podtrzymywanie chęci nawiązania kontaktu przez chorego.

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Stworzenie choremu odpowiednich warunków zewnętrznych do mówienia. 4. Cierpliwość względem pacjenta. 5. Wykazywanie zainteresowania problemem pacjenta. 6. Zauważanie niewielkiej poprawy mówienia przez pacjenta.
15. Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu.	Zmniejszenie ryzyka ponownego wystąpienia udaru.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omówienie z pacjentem i jego rodziną istoty choroby i czynników ryzyka. 2. Podanie zaleceń dotyczących stylu życia, odżywiania. 3. Wskazanie konieczności wyeliminowania czynników szkodliwych. 4. Edukacja z zakresu rozpoznawania objawów mogących wskazywać na udar.
16. Możliwość wystąpienia niepełnosprawności wtórnej, w związku z zaniechaniem rehabilitacji.	Wzmocnienie efektów rehabilitacji. Aktywizowanie pacjenta w celu poprawienia jego samodzielności.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pozyskiwanie chorego do współpracy. 2. Wzmacnianie chęci uczestnictwa w procesie rehabilitacji. 3. Niewyręczanie chorego w czynnościach, które sam może wykonać. 4. Zwracanie uwagi na najmniejsze osiągnięcia chorego 5. Wykonywanie ćwiczeń pamięci motorycznej przez ruch i wizualizację określonych czynności. 6. Instruowanie chorego podczas wykonywania ćwiczeń ruchowych. 7. Zachęcanie chorego do wykonywania prostych ćwiczeń czynno-biernych.

Standard opracowany przez zespół Pielęgniarskiego Ośrodka Medycyny Środowiskowo - Rodzinnej „Panaceum”

z siedzibą w Luboniu ul. Poniatowskiego 20

w składzie: koordynator Domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej mgr Beata Czekala,
dyrektor mgr Dorota Czajka

METRYCZKA STANDARDU

Część I

Numer referencyjny standardu: 1

Temat: Standard domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej

Grupa opieki: Podopieczny obłożnie chory, niepełnosprawny, starszy przebywający w środowisku domowym, zakwalifikowany wg kryteriów przez system opieki zdrowotnej do domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej

Lokalny adres: Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Panaceum” Luboń ul. Poniatowskiego 20

Strona internetowa: www.panaceum.poznan.pl
E-mail: nzoz@panaceum.poznan.pl tel.i fax: 61 813-12-11

Data wprowadzenia: 01.03.2010 rok

Uprawomocnienie standardu: 01.03.2010 rok

Przeгляд standardu: 01.10.2010 rok

Osoba odpowiedzialna: mgr Beata Czekala

Dyrekcja placówki: mgr Dorota Czajka

Część II

Wprowadzenie

Oświadczenie standardowe

Kryteria:

1 .Kryterium struktury:

- a) organizacja pracy,
- b) pielęgniarka,
- c) sprzęt,
- d) środowisko podopiecznego.

2. Kryterium procesu:

- a) świadczenia higieniczno-pielęgniarskie,
- b) świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze,
- c) świadczenia usprawniające,
- d) świadczenia diagnostyczne,
- e) świadczenia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,
- f) świadczenia socjalno-organizacyjne,

g) świadczenia z zakresu wsparcia emocjonalnego.

3. Kryterium wyniku:

- a) podopieczny,
- b) rodzina/opiekunowie,
- c) pielęgniarka.

Oświadczam, że obowiązujący standard jest znany i przestrzegany przez wszystkich pracowników domowej pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Dyrektor:

mgr Dorota Czajka

Standard domowej pielęgniarstwa opieki długoterminowej

Wprowadzenie

Domowa pielęgniarstwo opieki długoterminowa obejmuje świadczeniami zdrowotnymi osoby przewlekle i obłożnie chore, niepełnosprawne, unieruchomione, starsze ze znacznie ograniczoną ruchomością, których stan fizyczny oceniany w skali Barthel nie przekracza 40 pkt i przebywających w swoim miejscu zamieszkania. Opiekuje się podopiecznymi w zaawansowanych stadiach chorób przewlekłych i wymagającymi jednej lub kilku wymienionych czynności: stałych kroplowych wlewów dożylnych, wykonywania opatrunków, karmienia przez zgłębnik, przetokę, pielęgnacji przetoki, założenia i usunięcia cewnika, stałego płukania pęcherza moczowego, pielęgnacji rurki tracheostomijnej. Współcześnie domowa pielęgniarstwo opieki długoterminowa jest dziedziną pielęgniarstwa prężnie się rozwijającą czemu sprzyjają warunki demograficzno-społeczne i zapotrzebowanie na tę formę świadczeń pielęgniarstwa.

Temat:

Domowa pielęgniarstwo opieki długoterminowa to kompensacyjna pielęgnacja osoby obłożnie i przewlekle chorej, niesprawnej i starszej w środowisku domowym.

Podtemat: domowa pielęgniarstwo opieki długoterminowa jest zintensyfikowaną działalnością opiekuńczą, pielęgnacyjną i terapeutyczną świadczoną osobie niesprawnej lub niezdolnej częściowo lub całkowicie, na stałe lub przez dłuższy okres czasu do samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą, niepełnosprawnością lub wiekiem.

Grupa opieki:

Podopieczny obłożnie chory, niepełnosprawny, starszy przebywający w środowisku domowym, zakwalifikowany wg kryteriów przez system opieki zdrowotnej do domowej pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Oświadczenie standardowe:

Cel:

1. Pielęgnacja oparta na rozpoznaniu deficytu samoopieki, na tkwiących w podopiecznym i środowisku rezerw somatycznych, psychicznych, społecznych, duchowych celem wykorzystania ich do przywrócenia utraconej sprawności.
2. Dobór technik pielęgnacyjnych, sprzętu i środków pomocniczych (wspomagających).
3. Motywowanie i wspieranie psychiczne do działań ukierunkowanych na osiągnięcie samodzielności.
4. Świadczenia w zakresie podstawowej pielęgnacji oraz działania zwiększające adaptację aktualnych warunków życia spowodowanych chorobą, niepełnosprawnością i postępującym procesem starzenia.
5. Edukacja i organizacja systemu społecznego wsparcia w zakresie zwiększania wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej środowiska podopiecznego.

Kryteria struktury:

1. Organizacja pracy:

- a) za opiekę odpowiedzialna jest pielęgniarka z wykształceniem wyższym lub średnim i rocznym stażem pracy w lecznictwie stacjonarnym lub ukończoną specjalizacją geriatryczną, kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: opieki długoterminowej, pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, rodzinnego,
- b) dostępność świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 - 18.00, w soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy - w medycznie uzasadnionych przypadkach, nie mniej niż 4 razy w tygodniu,
- c) pielęgniarka jednocześnie nie może opiekować się więcej niż 6 podopiecznymi,
- d) dokumentacja pielęgniarstwa przechowywana i archiwizowana jest w siedzibie Ośrodka (karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej, kwalifikacja pielęgniarstwa do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową - ocena podopiecznego wg zmodyfikowanej skali Barthel, wywiad pielęgniarstwa, zgoda pacjenta, skierowanie do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową, powiadomienie o objęciu opieką),
- e) w Ośrodku dostępne są procedury postępowania pielęgniarstwa w warunkach domowych,
- f) pielęgniarka korzysta ze skal i testów oceny stanu zdrowia i wydolności samoopiekuńczej podopiecznego,
- g) w Ośrodku dostępna jest literatura, czasopisma, publikacje, opracowania w zakresie schorzeń i pielęgnacji osób przewlekle i obłożnie chorych, niepełnosprawnych i starszych,
- h) pielęgniarka ma dostęp do szkoleń wewnętrz-

nych i zewnętrznych, kursów doskonalących, doszkalających, kwalifikacyjnych, specjalizacji i konferencji naukowych.

2. Pielęgniarka:

Warunkiem efektywnego działania pielęgniarki domowej opieki długoterminowej jest podtrzymanie zdolności do samoopieki i samopielęgnacji podopiecznego i jego środowiska tak długo jak to jest możliwe:

- a) posiada kwalifikacje w dziedzinie opieki długoterminowej (wiedzę, umiejętność, cechy osobowości),
- b) aktualizuje wiedzę poprzez stałe samokształcenie i doszkalcenie instytucjonalne,
- c) pielęgniarka posiada cechy charakteru niezbędne w pracy z podopiecznymi przewlekle i obłożnie chorymi, niepełnosprawnymi i starszymi,
- d) korzysta z dostępnych narzędzi:
 - dokumentacji pielęgniarki domowej opieki długoterminowej,
 - skal ocen sytuacji zdrowotnej podopiecznego,
 - wyposażenia nesesera pielęgniarki domowej opieki długoterminowej,
- e) współpracuje z rodziną/opiekunami podopiecznego, zespołem leczniczo-terapeutycznym, organizacjami wspierającymi opiekę pielęgniarską i środowisko podopiecznego.

3. Sprzęt:

- a) wspomagający poruszanie się (balkonik, chodzik, wózek inwalidzki, kule, itp),
- b) ogólnousprawniający (masażery, piłeczki, słomki, woreczki z piaskiem, itp),
- c) przedmioty ułatwiające czynności życia codziennego (poidelka, kubki, sztućce, talerze, itp),
- d) środki niezbędne w utrzymaniu higieny osobistej i zapobieganiu powikłaniom (myjka, materac, poduszka p/odleżynowa, podkład chłonny, pieluchomajtki, wkładki chłonne, itp).

4. Środowisko podopiecznego:

- a) rodzina / opiekunowie chętni, sprawni i zaangażowani w działania opiekuńczo - pielęgnacyjne,
- b) otoczenie:
 - pokój podopiecznego
 - łóżko z dostępem z obu stron, wyposażenie ograniczone do niezbędnych mebli i przedmiotów, optymalne oświetlenie naturalne i sztuczne, itp,
 - łazienka - wyposażona w uchwyty, poręcze, maty antypoślizgowe, siedziska kąpielowe, ze swobodnym dostępem do urządzeń, itp,
 - ciągi komunikacyjne pozbawione przeszkód - dywaników, chodniczków, progów, mebli, zbędnych sprzętów, oświetlone w porze nocnej, itp.

Kryteria procesu:

1. Zebranie danych o podopiecznym: wywiad pielęgniarski, dokumentacja i ustalenie diagnozy pielęgniarskiej.

2. Ustalenie procesu pielęgnowania przy współpracy i akceptacji podopiecznego i jego środowiska.

3. Realizacja opieki pielęgniarskiej według ustalonego procesu, adekwatnie do aktualnego stanu zdrowotnego podopiecznego, wydolności opiekuńczo

pielęgnacyjnej środowiska i za ich zgodą w zakresie:

a) świadczeń higieniczno-pielęgnacyjnych:

- wykonywanie niezbędnych zabiegów higienicznych i pielęgnacyjnych,
- stosowanie materiałów medycznych i środków pomocniczych w pielęgnacji,
- przygotowanie podopiecznego i środowiska domowego do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie, niepełnosprawności i zmianach wynikających z procesu starzenia,

b) świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych:

- pomoc w żywieniu i pojeniu, zgłębnikowanie żołądka, karmienie przez sondę żołądkową, przetokę żołądkową, jelitową, pielęgnacja przetoki i stomii, poradnictwo żywieniowe,
- wykonywanie zabiegów kontrolujących i ułatwiających wydalanie: wlewki, lewatywy, założenie suchej rurki doodbytniczej, użycie basenu, zmiana

pieluchomajtek, założenie, pielęgnacja i usunięcie cewnika, płukanie pęcherza moczowego,

- oklepywanie pleców, pielęgnacja rurki tracheostomijnej, ewakuacja wydzieliny,

- wykonywanie zabiegów przeciwwzapalnych z zastosowaniem ciepła i zimna (kompresy, okłady),

- wykonywanie opatrunków (rany, odleżyny, owrzodzenia troficzne podudzi, odparzenia),

- pielęgnowanie powikłanej stopy cukrzycowej,

- podawanie leków na podstawie i zgodnie ze zleceniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (do

ustnie, doodbytniczo, wziewnie, przezskórnie, przez błony śluzowe, podskórnie, domięśniowo,

dożylnie, kroplowe wlewy dożylnie),

- wykonywanie i pielęgnowanie kaniulacji żył obwodowych,

- zdejmowanie szwów,

- doraźne podawanie tlenu,

- stosowanie baniek próżniowych,

c) świadczeń usprawniających:

- prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej (ćwiczenia bierne, bierno-czynne, czynne),

- prowadzenie aktywizacji ruchowej (siadanie, pionizacja, nauka samodzielnego chodzenia i przy po-

mocy sprzętu wspomagającego, nauka samoobsługi),

- wykonywanie zabiegów ułatwiających czynności oddechowe: gimnastyka oddechowa, drenaż ułożeniowy, oklepywanie, zmiana pozycji ciała, inhalacje,

- prowadzenie instruktazu w zakresie hartowania i kształtowania kikutu amputowanej kończyny,

d) świadczeń diagnostycznych:

- wykonywanie badania fizykalnego, określanie i ocenianie odchyłań od normy lub stanu poprzedniego,

- dokonywanie oceny stanu ogólnego, świadomości, przebiegu choroby i stanu zdrowienia,

- wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych: temperatury ciała, oddechów, poziomu glikemii w krwi, ciśnienia tętniczego krwi, tętna,

- obserwowanie występowania i pomiar obrzęków,

- prowadzenie bilansu wodnego i kontrolowanie diurezy,

- pobieranie materiałów do badań diagnostycznych i bakteryjnych (krew, mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła, ran),

e) świadczeń z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia:

- rozpoznawanie i ocenianie ryzyka i zapobieganie powikłaniom,

- rozpoznawanie problemów zdrowotnych i potrzeb pielęgnacyjnych,

- prowadzenie edukacji zdrowotnej i ocenianie poziomu wiedzy, umiejętności, motywacji podopiecznego oraz jego środowiska w zakresie niezbędnym w samoopiece i samopielęgnacji,

f) świadczeń socjalno-organizacyjnych:

- udzielanie pomocy w zapewnieniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i socjalnej, środków leczniczych, rehabilitacyjnych, ortopedycznych niezbędnych do opieki, pielęgnacji i leczenia podopiecznego w miejscu zamieszkania,

- współpraca z organizacjami wspierającymi działania pielęgniarki domowej opieki długoterminowej na rzecz podopiecznego i środowiska,

g) świadczeń z zakresu wsparcia psychologicznego:

- wspieranie podopiecznego i środowiska z problemami zdrowotnymi, (pomoc w pogodzeniu się z aktualną sytuacją zdrowotną, społeczną, materialną, motywowanie do współdziałania poprawiającego bieżący stan).

Kryteria wyniku:

1. Podopieczny:

a) uzyskał wiedzę i umiejętności niezbędne w sa-

moopiece i samopielęgnacji,

b) zna i akceptuje zasadność działań pielęgniarki i opiekunów,

c) uzyskał optymalną sytuację zdrowotną i osiągnął stan umożliwiający jak najdłuższe lub stałe przebywanie w środowisku domowym, w rodzinie,

d) podwyższył jakość życia i podtrzymał aktywność bio-psycho-społeczno-duchową,

e) współpracuje z rodziną / opiekunami, pielęgniarką w miarę swoich możliwości zdrowotnych,

f) nie ma powikłań wynikających z unieruchomienia.

1. Rodzina/opiekunowie:

a) posiada i stosuje wiedzę i umiejętności w opiece nad podopiecznym,

b) akceptuje sytuację zdrowotną podopiecznego,

c) zmniejszyła/zlikwidowała deficyt wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej,

d) wypracowała interdyscyplinarne metody współpracy na rzecz podopiecznego i ich samych,

e) potrafi stworzyć warunki lokalowe i zapewnić środki pomocnicze, f) zna perspektywy dalszych działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

3. Pielęgniarka:

a) na podstawie zebranych danych ustaliła diagnozę pielęgniarską i opracowała proces pielęgnowania,

b) wykonała wszystkie zaplanowane świadczenia zdrowotne, zgodnie z aktualnym stanem podopiecznego, zapewniła bezpieczeństwo, intymność i poszanowanie godności osobistej,

e) na bieżąco udokumentowała wykonane czynności, ocenia efekty podjętych działań,

f) zapobiegła powikłaniom, poprawiła standard życia i samopoczucie podopiecznego,

g) przekazała rodzinie/opiekunom wiedzę, nauczyła wykonywać czynności pielęgnacyjne,

h) skontaktowała z instytucjami wspomagającymi chorych i opiekunów, wsparła środowisko emocjonalnie,

i) stworzyła przyjazną, opartą na wzajemnym zaufaniu atmosferę w środowisku podopiecznego.

ANEKS STANDARDU

Standard opracowany na podstawie struktury standardu w pielęgniarstwie przyjętego przez NRPiP.

1. Wykaz literatury

- Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej,

- Rozporządzenie MZ w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego,

- Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,

- dokumentacja pielęgniarki domowej opieki długoterminowej stanowiąca załączniki do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 84/2009/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej,

- red. J. Twardowska-Rajewska „Senior w domu, opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem”, (JAM Wyd. Naukowe, Poznań 2007,

- Z. Kawczyńska-Butrym „Rodzina – zdrowie - choroba, koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego”, Wyd. Czelej. Lublin 2001,

- red. D. Talarska, D. Wieczorowska-Tobis, E. Szwalkiewicz „Opieka nad osobami chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi”, PZWL, Warszawa 2009,

- E. Szwalkiewicz, J. Kaussen, poradnik „Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarstwa i opiekunek”, Toruń 2006,

- red. M. Kózka „Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarstwa”, Wyd. UJ, Kraków 2001,

- R. Ślusarz „Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym”, Wyd. NIPiP, Warszawa 2007,

- K. Adamczyk „Pielęgniarstwo neurologiczne” Wyd. Czelej Lublin 2000,

- red. M. Biercewicz, M.T. Szewczyk, R. Ślusarz „Pielęgniarstwo w geriatrici” Wyd. Med. Borgis. Warszawa 2006,

- K. Adamczyk „Pielęgniarstwo chorych po udarach mózgu” Wyd. Czelej Lublin 2003,

- red. K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak „Kompedium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku” Wyd. Czelej, Lublin 2007,

- red. E. Krajewska-Kułak, H. Rolka, B. Jankowiak „Standardy i procedury pielęgnowania w stanach zagrożenia życia”, PZWL, Warszawa 2009,

- red. A. Maciąg, K. Kuszewski, K. Topczewska-Tylińska, J. Michałak „Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych”, Wyd. Alfamedica, Bielsko - Biała 2007,

- „Medi” Forum Opieki Długoterminowej, kwartalnik, Toruń,

- „Pielęgniarstwo XXI wieku” Wyd. Czelej. Lublin 2008,

- strony internetowe dotyczące opieki długoterminowej, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa w niepełnosprawności, gerontologii, geriatrici.

2. Wykaz procedur i algorytmów postępowania pielęgniarstwa

nia pielęgniarstwa

I. Świadczenia higieniczno-pielęgnacyjne:

1. Mycie higieniczne rąk.
2. Zakładanie rękawiczek ochronnych.
3. Ślanie łóżka z chorym.
4. Zmiana bielizny pościelowej całkowita.
5. Zmiana bielizny pościelowej częściowa.
6. Zmiana bielizny osobistej.
7. Mycie podopiecznego w łóżku.
8. Kąpiel podopiecznego w wannie.
9. Kąpiel podopiecznego pod prysznicem.
10. Mycie głowy w łóżku.
11. Toaleta jamy ustnej.
12. Golenie zarostu.

II. Świadczenia pielęgnacyjno - lecznicze:

1. Karmienie podopiecznego
2. Pojenie podopiecznego.
3. Zgłębnikowanie żołądka.
4. Karmienie przez sondę żołądkową.
5. Karmienie przez przetokę.
6. Zmiana woreczka stomijnego, pielęgnacja stomii.
7. Wlewka doodbytnicza przeczyszczająca, wlew doodbytniczy, lewatywa.
8. Założenie suchej rurki do oddechu.
9. Ręczne wydobycie kału.
10. Podanie basenu (kaczki), zakładanie pieluchomajtek.
11. Cewnikowanie pęcherza moczowego.
12. Płukanie pęcherza moczowego.
13. Wymiana worka do moczu.
14. Oklepywanie.
15. Nacieranie.
16. Pielęgnowanie podopiecznego z tracheotomią.
17. Toaleta drzewa oskrzelowego, odsysanie.
18. Okład zimny.
19. Okład ciepły.
20. Założenie i zmiana opatrunku.
21. Podawanie leków doustnych.
22. Założenie czopka.
23. Wlewka doodbytnicza lecznicza.
24. Podanie leków przez skórę.
25. Inhalacja.
26. Zakropienie leku do oka.
27. Zakropienie leku do nosa.
28. Zakropienie leku do ucha.
29. Wstrzyknięcie podskórne.
30. Wstrzyknięcie domięśniowe.
31. Wstrzyknięcie dożylnie.
32. Kroplowry wlew dożylny.
33. Założenie i pielęgnowanie obwodowego kontaktu żylnego.
34. Zdejmowanie szwów.
35. Podawanie tlenu.

36. Bańki lekarskie.

III. Świadczenia usprawniające:

1. Ćwiczenia gimnastyczne bierne.
2. Ćwiczenia gimnastyczne czynne.
3. Pomoc przy siadaniu w łóżku.
4. Pomoc przy wstawaniu z łóżka.
5. Gimnastyka oddechowa.
6. Drenaż ułożeniowy.
7. Zmiana pozycji ułożeniowej w łóżku.
8. Hartowanie kikuta amputowanej kończyny.
9. Kształtowanie kikuta amputowanej kończyny.

IV. Świadczenia diagnostyczne:

1. Badanie fizykalne.
2. Ocena stanu świadomości.
3. Pomiar temperatury ciała.
4. Pomiar i obserwacja oddechu.
5. Pomiar glukometrem poziomu glikemii w krwi włosniczkowej.
6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
7. Pomiar i obserwacja tętna.
8. Obserwacja i pomiar obrzęków.
9. Bilans płynów.
10. pobranie krwi do badań
11. Pobranie moczu do badania ogólnego.
12. Pobranie moczu na posiew
13. Pobranie kału do badania
14. Pobranie płwociny
15. Pobranie wymazu z nosa
16. Pobrania wymazu z gardła
17. Pobranie wymazu z rany.

3. Wykaz skal i testów stosowanych w Ośrodku

- skala Barthel,
- skala MMSE,
- test kategoryzacji opieki pielęgniarskiej,
- skala Waterloo,
- skala ADL,
- test „wstań i idź”,
- test zegara,
- karta kontroli gospodarki wodnej,
- test oceny stanu odżywienia,
- skala niezależności funkcjonalnej pacjenta po udarze mózgu,
- test wg skali Nosger,
- schemat nr 1 PDOD - umiejscowienie odleżyn (opracowany przez ODOM, Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań),

4. Narzędzia pomiaru i kontroli

- przegląd standardu,
- zakres kompetencji pielęgniarki,
- dokumentacja pielęgniarki domowej opieki długoterminowej,
- ankieta satysfakcji podopiecznego,
- ankieta oceny pracownika.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PRZE-WLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

ELŻBIETA SZWAŁKIEWICZ 10-686 Olsztyn, ul. Gdańska 11/13 m.3 tel.(0-89) 541-35-70, tel. kom. 0-602 365 763, e-mail: promocja@post.pl

Olsztyn, 30 października 2009r.

OPINIA

w sprawie standardu domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej w Pielęgniarskim Ośrodku Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Panaceum” w Luboniu ul. Poniatowskiego 20

Standard opracowany przez dyrektora ośrodka i koordynatora świadczeń wskazuje na pełne zrozumienie roli pielęgniarki domowej oraz celu realizowanej przez nią opieki.

Standard jest adekwatny do problemów zdrowotnych i podstawowych potrzeb życiowych niepełnosprawnych chorych osób oraz ich rodzin (opiekunów). Jest on także zgodny z obowiązującym prawem i aktualną wiedzą pielęgniarską. Standard ten zawiera najistotniejsze elementy składowe, tj. koncepcję pielęgnowania, czyli w tym wypadku pielęgnację kompensacyjną oraz metodę pracy czyli proces pielęgnowania. Sugerowałabym dodanie trzeciego elementu dotyczącego organizacji pracy. Poza tym, standard ujmuje wszystkie niezbędne kryteria, tj. struktury, procesu i wyniku.

Z uwagi na powyższe uważam opisany wyżej standard realizacji domowej opieki długoterminowej za bardzo dobry.

Jednocześnie chciałabym wskazać na potrzebę opatrzenia standardu metryczką, która poza nazwą określi także:

- datę jego wprowadzenia do realizacji, przeglądu i weryfikacji
- podpis dyrektora zakładu
- podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych
- oświadczenie, że obowiązujący standard jest znany i przestrzegany przez wszystkich pracowników

Jest to nieodzowne by standard ten stał się dla pracowników rzeczywistym przeciętnym wzorcem wykonania zadania, a jego przestrzeganie było traktowane jako obowiązek pracowniczy.

KONSULTANT KRAJOWY

w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych
Elżbieta Szwałkiewicz

Kryterium porównawcze	Umowa o pracę	Umowa cywilnoprawna (kontraktu)
charakter stosunku prawnego	zawarcie umowy o pracę prowadzi do nawiązania stosunku pracy regulowanego przez przepisy Kodeksu pracy	zawarcie umowy cywilnoprawnej prowadzi do nawiązania stosunku cywilnoprawnego regulowanego przez art. 734-750 Kodeksu cywilnego
wynagrodzenie	pracownikom zakładów opieki zdrowotnej przysługuje wynagrodzenie w wysokości wynikającej z umowy o pracę oraz przepisów prawa pracy: składać się ono może z: - wynagrodzenia zasadniczego, - dodatku stażowego w wysokości do 20% wynagrodzenia zasadniczego (obowiązkowego w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej), - dodatku za pracę w porze nocnej (65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego), - dodatku za pracę w niedziele i święta oraz dodatkowe dni wolne wynikające z przeciętne pięciodniowego tygodnia czasu pracy (45% stawki wynagrodzenia zasadniczego), - dodatku za pracę w wysokości 20% wynagrodzenia zasadniczego" (przysługującego pracownikom pogotowia ratunkowego, pomocy doraźnej) lub 30% wynagrodzenia zasadniczego (przysługuje pracownikom ze spółów wyjazdowych), innych składników wynagrodzenia (dodatku funkcyjnego, itd.)	o wysokości wynagrodzenia decyduje wyłącznie treść zawartej umowy
nagroda Jubileuszowa	w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej przysługuje w wysokości od 75% do 300% miesięcznego wynagrodzenia; w pozostałych zakładach opieki zdrowotnej przysługuje jeżeli wynika to z obowiązujących w nich przepisów prawa pracy	nie przysługuje
Dodatkowe wynagrodzenie roczne (tzw. trzynastka)	przysługuje, jeżeli wynika to z przepisów prawa pracy obowiązujących w danym zakładzie opieki zdrowotnej	nie przysługuje
odprawa emerytalno-rentowa	w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej przysługuje w wysokości od jednomiesięcznego do trzymiesięcznego wynagrodzenia; w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej przysługuje w wysokości jednomiesięcznego wynagrodzenia	nie przysługuje
odprawa z tytułu rozwiązania stosunku pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika	przysługuje jeżeli zakład opieki zdrowotnej zatrudnia powyżej 20 pracowników	nie przysługuje
odprawa pośmiertna	przysługuje w każdym zakładzie opieki zdrowotnej w wysokości od jednomiesięcznego do sześciomiesięcznego wynagrodzenia	nie przysługuje

odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom	za szkodę odpowiada wyłącznie pracodawca, a pracownik ponosi odpowiedzialność wobec pracodawcy co najwyżej do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia jeżeli szkodę wyrządzi on nieumyślnie)	solidarna odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki lub położnej udzielającej świadczeń w ramach kontraktu (art. 35 ust. 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej)
Obowiązek ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki, położnej	na pracowniku nie spoczywa obowiązek ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej	konieczność ubezpieczoną się od odpowiedzialności cywilnej
Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej	obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. z 2001 r. Nr 88, późn. zm.)	dodatkowy obowiązek prowadzenia dokumentacji, określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2003r Nr147, poz.1437 z późn. zm.)
Zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, wczasy pod gruszą	w ramach funduszu tworzonego zgodnie z przepisami, przysługuje dofinansowanie do wypoczynku letniego: świadczenia rzeczowe w okresie świąt, pożyczki, itp ; w zakładach. w których nie tworzy się funduszu, wypłacane jest świadczenie urlopowe (wczasy pod gruszą)	nie przysługują
Normy czasu pracy, godziny nadliczbowe	w zakładach opieki zdrowotnej obowiązują normy czasu pracy w wymiarze 7 godzin 35 minutna dobę i 37 godzin 55 minut w przeciętnie pięciodniowym tygodniu czasu pracy, pracownikom przysługuje dodatkowe wynagrodzenie za przekroczenie norm czasu pracy	nie ma żadnych ograniczeń w postaci maksymalnych norm czasu pracy; nie przysługuje wynagrodzenia za pracę realizowaną po przekroczeniu norm pracy, mających zastosowanie do pracowników
System czasu pracy	zakłady opieki zdrowotnej mogą stosować systemy czasu pracy wyłącznie na zasadach określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i Kodeksie pracy	pełna dowolność w zakresie kształtowania systemów pracy pielęgniarek, położnych (w tym możliwość stosowania tzw przerywanego systemu pracy)
Urlop wypoczynkowy	przysługuje	nie przysługuje
Opieka nad dzieckiem do lat 14	przysługują 2 dni wolne od pracy z tytułu sprawowania opieki	nie przysługuje
Prawo do 15-minutowej przerwy	przysługuje, jeżeli dobowy wymiar czasu pracy wynosi co najmniej 6 godzin	nie przysługuje
Przerwa na karmienie piersią	przysługują dwie półgodzinne przerwy (przy ciąży mnogiej dwie czterdziestopięciominutowe przerwy)	nie przysługuje
Tzw. urlopy okolicznościowe	przysługują dni wolne z tytułu zdarzeń losowych oraz innych okoliczności określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 9 maja 1996 roku w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy	nie przysługują

Środki ochrony indywidualnej, odzież i obuwie robocze	przysługują pracownikowi według zasad ustalonych w Kodeksie pracy	nieprzysługują (obowiązek wyposażenia we własnym zakresie)
Sprzęt i aparatura medyczna	zapewnia pracodawca	decyduje treść umowy
ochrona prawna	przysługuje powszechna ochrona stosunku pracy: konieczność stosowania okresów wypowiedzenia (maks. trzymiesięcznego), uzasadniania wypowiedzenia, konsultacji związkowej (przy umowach na czas nieokreślony) oraz szczególna ochrona stosunku pracy, obejmująca: zakaz wypowiedzania czy też rozwiązywania stosunku pracy ze względu na wiek przedemerytalny (art. 39 Kodeksu pracy) przebywanie na urlopie czy też w okresie innej usprawiedliwionej nieobecności w pracy (art. 41 Kodeksu pracy), w okresie ciąży czy też urlopu macierzyńskiego, działaczy zakładowych organizacji związkowych (art. 32 ustawy o związkach zawodowych)	zakład opieki zdrowotnej ma możliwość wypowiedzenia umowy w każdym czasie bez konieczności wskazywania uzasadnienia (art. 746 § 1 Kodeksu cywilnego)
prawo zrzeszania w związkach zawodowych	przysługuje każdemu pracownikowi	nie przysługuje
spory wynikające ze stosunku prawnego	rozstrzygane przed sądami pracy - wolne od opłat sądowych (od 2 marca 2006 roku niewielkim opłatom podlegać będą tylko niektóre czynności procesowe)	rozstrzygane przed sądami powszechnymi - obowiązek ponoszenia wszystkich opłat sądowych w tym opłata od pozwu w wysokości co do zasady 8% wartości przedmiotu sporu (od 2 marca 2006 roku - 5% wartości przedmiotu sporu)
odpowiedzialność karna i wykroczeniowa	pracodawcy podlegają odpowiedzialności: - karnej (za złośliwe lub uporczywe naruszanie praw pracownika, odmowę ponownego przyjęcia do pracy - art 218 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego) - wykroczeniowe (z tytułu naruszenia praw pracownika - art. 281 - 283 Kodeksu Pracy oraz przepisy innych ustaw).	Brak odpowiedzialności karnej i wykroczeniowej z tytułu naruszenia praw realizującego kontrakt
Ochrona Państwowej Inspekcji Pracy	pracodawcy podlegają pełnej kontroli Państwowej Inspekcji Pracy, która ma możliwość kierowania do nich wystąpień, nakazów, zgłaszania sprzeciwów, itd	brak podstaw prawnych do ingerencji Państwowej Inspekcji Pracy w zakresie dotyczącym osób realizujących kontrakt
Nadzór okręgowej rady pielęgniarek położnych	okręgowa rada pielęgniarek i położnych nie ma możliwości sprawowania nadzoru nad świadczeniami udzielanymi przez pielęgniarki i położne	możliwość sprawowania nadzoru przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych, w tym możliwość przeprowadzania czynności kontrolnych oraz wydawania zaleceń pokontrolnych
Podleganie pielęgniarek i położnych ubezpieczeniom społecznym	tak - od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia ustania tego stosunku	tak - od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności regulowanej do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności
Obowiązek finansowania i odprowadzania składek z ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego	obciąża pracodawcę i pracownika według następujących stóp procentowych: - na ubezpieczenie emerytalne 19,52% podstawy wymiaru (po połowie finan-	obciąża wyłącznie realizującego kontrakt według następujących stóp procentowych (ubezpieczenie emerytalne 19,52% podstawy wymiaru ale nie mniej niż 368,46 zł.

	<p>sowane przez pracodawcę i pracownika</p> <ul style="list-style-type: none"> - na ubezpieczenia rentowe 6% podstawy wymiaru - przez pracodawcę 4,5% , pracownika 1,5%. - na ubezpieczenie chorobowe - 2,45% podstawy wymiaru (w całości finansowane przez pracownika) 	<ul style="list-style-type: none"> - na ubezpieczenia rentowe 6% podstawy wymiaru ale nie mniej niż 113,26zł. - na ubezpieczenie chorobowe 2,45% podstawy wymiaru ale nie mniej niż 46,25 zł ma charakter dobrowolny), - na ubezpieczenie wypadkowe od 0,67% do 3,33 % podstawy wymiaru, - na ubezpieczenie zdrowotne -9 % podstawy wymiaru ale nie mniej niż 233,32 zł z tym że 7,75% pod • stawy pomniejsza podatek dochodowy, - na Fundusz Pracy - 2,45% podstawy wymiaru ale nie mniej niż 46,25 zł. <p>Płatnikiem składek jest wyłącznie osoba realizująca kontrakt</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - na ubezpieczenie wypadkowe od 0,67% - 3,33% podstawy wymiaru (w całości finansowane przez pracodawcę) - na ubezpieczenie zdrowotne – 9% podstawy wymiaru (w całości finansowane przez pracownika) - na Fundusz Pracy - 2,45% podstawy wymiaru (w całości finansowane przez pracodawcę), - na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych 0,10% podstawy wymiaru (w całości finansowane przez pracodawcę) 	
zaległości z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne (wraz z odsetkami jak za zaległości podatkowe i opłatą dodatkową)	obciążają pracodawcę	obciążają realizującego kontrakt
rozliczanie się z organem podatkowym	obowiązek ustalania wysokości zaliczek na podatek dochodowy i ich odprowadzanie do organu podatkowego spoczywa wyłącznie na pracodawcy	ustalanie wysokości podatku i odprowadzanie go do urzędu skarbowego spoczywa wyłącznie na podmiocie realizującym kontrakt
obowiązek sporządzania i przechowywania dokumentacji księgowej	spoczywa wyłącznie na pracodawcy	spoczywa wyłącznie na realizującym kontrakt
emerytura	przysługuje - w wysokości uzależnionej od wysokości odprowadzonych składek emerytalnych	przysługuje - w wysokości uzależnionej od wysokości odprowadzonych składek emerytalnych
renta z tytułu niezdolności do pracy	przysługuje	przysługuje
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa		
wynagrodzenie chorobowe	przysługuje przez pierwsze 33 dni niezdolności do pracy w roku kalendarzowym (w całości finansowane jest przez pracodawcę)	nie przysługuje
zasiłek chorobowy	co do zasady przysługuje po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego przez maksymalny okres 182 dni	przysługuje wyłącznie osobie odprowadzającej dobrowolną składkę chorobową - co do zasady po upływie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego przez maksymalny okres 182 dni (wysokość zasiłku zależy od wysokości odprowadzonej składki)
świadczenie rehabilitacyjne	przysługuje maksymalnie przez okres 12 miesięcy	Przysługuje wyłącznie osobie odprowadzającej dobrowolną składkę chorobową - maksymalnie przez okres 12 miesięcy

zasiłek wyrównawczy	przysługuje w przypadkach określonych w przepisach ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa	nie przysługuje
zasiłek macierzyński	przysługuje	Przysługuje wyłącznie osobie odprowadzającej dobrowolną składkę chorobową
zasiłek opiekuńczy	przysługuje w przypadku konieczności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem do lat 8, chorym dzieckiem do lat 14 lub innym chorym członkiem rodziny	nie przysługuje

**Porównanie hipotetycznego wynagrodzenia miesięcznego
uzyskiwanego w ramach umowy o pracę i w ramach kontraktu**

umowa o pracę	umowa cywilnoprawna (kontrakt)
wynagrodzenie brutto - 2000,00 zł	przychód - 2000,00 zł
finansowane przez pracownika - składki ZUS łącznie 13,71 % podstawy wymiaru tj. 274,20 zł - podatek 111 zł - składka zdrowotna 155,32 zł.	finansowane realizującego kontrakt - składki ZUS społeczne + Fundusz Pracy - 605,74 zł. składka zdrowotna 233,32 zł. - podatek-4zł.(po uwzględnieniu kwoty wolnej) - Przyjęto założenie że celem maksymalnego zwiększenia dochodu, składki odprowadzono w minimalnej wysokości tj. do kwoty 1887,60 zł jako podstawy ich wymiaru.
- finansowane przez pracodawcę - składki ZUS społeczne 318,60 zł - Fundusz Gwarant. Św. Prac. 2,00 zł - - Fundusz Pracy 49.00 zł.	
wysokość odprowadzonej do ZUS składki emerytalnej 240,00 zł	wysokość odprowadzonej do ZUS składki emerytalnej 368,46 zł
wynagrodzenie netto pracownika 1.459,48 zł	czysty dochód realizującego kontrakt - 1.156,91 zł
koszt zatrudniania pracownika - 2.369,60 zł + koszty dodatkowe, odpis na ZFŚS, badania wstępne i okresowe, dokształcenie pracownika, środki ochrony indywidualnej, odzież i obuwie robocze ekwiwalent za pranie odzieży roboczej, nagrody jubileuszowe odprawy pieniężne)	koszt współpracy z realizującym kontrakt - 2.000,00 zł

Powyższa tabela jednoznacznie wskazuje, że zatrudnianie pielęgniarek i położnych na podstawie umów cywilnoprawnych w ramach prowadzonej przez nie działalności gospodarczej (kontraktów) pozwala zakładom opieki zdrowotnej na znaczne obniżenie kosztów osobowych. Pielęgniarki i położne: które podejmą się wykonywania zawodu w tej formie, pozbawione są wszystkich uprawnień pracowniczych wynikających z Kodeksu pracy, tracą prawo do świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, pozbawione są jakiegokolwiek ochrony ich zatrudnienia, ale i również ochrony związków zawodowych czy Państwowej Inspekcji Pracy. Zachowują prawo do niektórych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ale jedynie pod warunkiem odprowadzania składki chorobowej. Pozbawieni zostają natomiast wynagrodzenia chorobowego za pierwsze 33 dni niezdolności do pracy. Wynagrodzenie miesięczne pielęgniarek i położnych świadczących pracę w ramach kontraktu może kształtować się na wyższym poziomie od wynagrodzenia pielęgniarek i położnych świadczących pracę w ramach umowy o pracę.

KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA

8 maja 2010r. w Ośrodku Wypoczynkowym „Roztocze” w Suścu odbyła się konferencja szkoleniowa ARS MEDICA 2010 pt. „Nadciśnienie tętnicze - jak skutecznie wykrywać i leczyć?”,



Zorganizowana przez Stowarzyszenie Rozwoju Kardiologii Ziemi Tomaszowskiej we współpracy z Tomaszowskim Oddziałem Terenowym Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Część merytoryczną poprowadzili lekarze i pielęgniarki z Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego w Tomaszowie Lubelskim oraz lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

W spotkaniu wzięło udział ponad 60 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu, poradniach specjalistycznych, poradniach podstawowej opieki oraz ponad 50-ciu lekarzy różnych specjalności.



Po części wstępnej, w której omówiono epidemiologię i rozpoznanie nadciśnienia tętniczego rozpoczęły się wykłady dla grupy pielęgniarskiej. Tematy wykładów były następujące:

- Identyfikacja pacjentów z nadciśnieniem

- tętnicznym opracował lek. Artur Kawałko,
- Zasady prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego opracował lek. Artur Karol Jakubiak,
- Prezentacja badania ABPM opracowały pielęgniarka Alicja Wójcik, pielęgniarka Teresa Malec,
- Nadciśnienie tętnicze opracował lek. Artur Kawałko,
- Pacjent z nadciśnieniem tętniczym z chorobami współistniejącymi opracowała lek. Agnieszka Mazurkiewicz,
- Leczenie nie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego opracował lek. Artur Karol Jakubiak.

Podsumowaniem wykładów było omówienie wyników ankiety i epidemiologii nadciśnienia tętniczego w powiecie tomaszowskim. Na zakończenie szkolenia uczestnicy otrzymali certyfikaty, a zwycięzcom quizu wręczono



atrakcyjne nagrody. Po zakończeniu części oficjalnej uczestnicy spotkania wraz z rodzinami mieli okazję do wspólnej zabawy. Szczególne atrakcje i ciekawe zabawy przygotowano przede wszystkim z myślą o najmłodszych.

Wszyscy uczestnicy spotkania mieli okazję obejrzeć wystawę rzeźb pana Zbigniewa Długosza.

Wspólnie spędzony czas pozwolił na integrację obu grup zawodowych, a zdobyta wiedza zaowocuje w poprawie jakości leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Opracowała:
mgr piel. Lucyna Podhajna-Wojtowicz



**“ Czasami brak słów
Czasami brak łez
By wypowiedzieć ból i wypłakać żal
Dziś te łzy i ten żal są w nas...”**

Elżbieta Kończewska

ur 18 lipca 1952 roku w Krasnobrodzie.

W 1974 roku ukończyła Medyczne Studium Zawodowe w Przemyślu i otrzymała tytuł zawodowy położnej. Następnie rozpoczęła studia na Akademii Medycznej w Lublinie. Po ukończeniu studiów rozpoczęła pracę jako nauczyciel zawodu w Medycznym Studium Zawodowym w Zamościu. Od 1996 roku podjęła pracę w Samodzielnym Publicznym Sanatorium Rehabilitacyjnym dla dzieci w Krasnobrodzie na stanowisku Przełożonej Pielęgniarek. Od 2003 roku społecznie pełniła funkcję zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Dnia 29 lipca 2010 r. Odeszła na zawsze
Nasza droga koleżanka
Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Ś.P.
mgr ELŻBIETA KOŃCZEWSKA

Dziękujemy Ci Elu za wieloletnią współpracę, za Twoją życzliwość, mądrość i rozwagę, za służenie radą i doświadczeniem, za piękne wypełnienie ziemskiego powołania człowieka, a przede wszystkim powołania Położnej.

Spoczywaj w Pokoju !
Pozostaniesz na zawsze w naszych sercach i w naszej pamięci !
Wyrazy najgłębszego współczucia Rodzinie oraz wszystkim którzy ją kochali
składają
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPiP w Zamościu
Alicja Makuch
Z-cy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Krystyna Grabowska, Ryszarda Granda, Stanisława Molasa, Halina Raczkiewicz.

Żalem ściśnięte, dobrocią przejęte grono pielęgniarek z Sanatorium w Krasnobrodzie żegna swoją ukochaną Przełożoną Elżbietę Kończewską.
Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach
Pielęgniarki i położne Samodzielnego Publicznego Sanatorium rehabilitacyjnego dla dzieci w Krasnobrodzie.

“Informator” wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków naszego samorządu. W “Informatorze są wiadomości dotyczące działalności OIPiP w Zamościu oraz informacje NRPIP, a także informacje szkoleniowe. OIPiP zwraca się z prośbą do naszych odbiorców o nadsyłanie informacji.