

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

### Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna  
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

### Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk  
tel. 42 633 22 48

### Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Elżbieta Mamińska  
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00–17.00  
tel. 42 633 23 94  
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko  
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORZOZ  
tel. 42 633 23 94

### Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak  
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca  
w godz. 15.30–17.00

### Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska  
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

### Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

### Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

### Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 633 32 13

### Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
tel. 42 639 92 62  
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak  
mgr Danuta Ciechomska

### Biblioteka OIPiP

– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału  
w kształceniu podyplomowym*

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00  
piątek: 10.00–15.30  
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

### Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00  
tel. 42 633 23 94

### Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00  
tel. 42 633 71 06

### Kasa

poniedziałek: nieczynna  
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;  
piątek: nieczynna  
tel. 42 639 92 76

# W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY	2
DZIAŁ PRAWNY	6
PRAKTYKA ZAWODOWA	12
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	20
GŁOS ZE ŚRODOWISKA	22
PODZIĘKOWANIA	23
POŻEGNANIA	24

W dniu **10 listopada 2014 r.**  
Biuro OIPiP w Łodzi będzie **nieczynne**.  
Dniem wolnym od pracy za dzień  
1 listopada 2014 r. (sobota)  
jest dzień 10 listopada 2014 r.

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34  
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl  
Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska  
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów  
oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi  
odpowiedzialności za treść ogłoszeń.  
ISSN: 1640-7679  
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych  
Nakład: 3700 egzemplarzy  
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

XXXI posiedzenie ORPiP  
(14 października 2014 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyjęto oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.
- ▶ Przyjęto oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu położnej – 2 położnych.
- ▶ Rozpatrzono wnioski w sprawie przerwy wykonywania zawodu pielęgniarki – skierowano 2 pielęgniarki na odbycie przeszkolenia okres: 4 i 6 miesięcy, zgodnie z obowiązującymi zasadami odbywania przeszkolenia.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarsza wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisach w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Zatwierdzono wizytację 6 praktyk pielęgniarek i położnych wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi.
- ▶ Dokonano 5 wpisów do rejestru organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpisu na prowadzenie 1 szkolenia specjalizacyjnego, 1 kursu kwalifikacyjnego, 2 kursów specjalistycznych i 1 kursu dokształcającego przez 4 organizatorów kształcenia podyplomowego.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: kursie doskonalącym – 3 osobom, konferencji – 1 osobie. Odmówiono 12 osobom

przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – udziału w 3 kwalifikacyjnych ukończonych w innych podmiotach.

- ▶ Utrzymano 12 decyzji odmownych w mocy, ze względu na to, iż niniejsze kursy są organizowane i finansowane z budżetu OIPiP w Łodzi w 2014 roku – zgodnie z przyjętym i opublikowanym planem kursów i szkoleń na rok 2014.
- ▶ Przyjęto nowy Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, który obowiązuje od dnia 14.10.2014 r. w OIPiP w Łodzi.
- ▶ Zatwierdzono:
  - koszty zakupu fantomów i sprzętów do prowadzenia zajęć na kursach specjalistycznych w zakresie: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 01/11), Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego (Nr 05/08), program dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka (Nr 01/07) – programy dla pielęgniarek i położnych organizowanych i finansowanych z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
  - dokonano zmiany w składzie osobowym Komisji pielęgniarek medycyny szkolnej OIPiP w Łodzi – wpisano do składu komisji 1 osobę, zgodnie z wnioskiem Przewodniczącej komisji.
  - wpisano 1 zakład na listę oczekujących zakładów na realizację 3 kursów specjalistycznych na terenie podmiotu leczniczego dla pielęgniarek i położnych.
  - rozłożenie na raty powstałych zaległości w płaceniu składek członkowskich na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych na konto OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarsce.
  - kadre dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalizacyjnych, 2 kursów kwalifikacyjnych i 6 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach oraz w OIPiP.
  - wyrażono zgodę na udział 13 pielęgniarek w kursach: 4 kwalifikacyjnych i 9 specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach i OIPiP w Łodzi, pod warunkiem wolnych miejsc w poszczególnych edycjach kursu.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 1 komisji kwalifikacyjnych na szkolenie specjalizacyjne, odbywające się u organizatora kształcenia podyplomowego w Łodzi.
- ▶ Powołano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze w 2 podmiotach leczniczych – 2 ordynatorów oddziałów.

oprac. mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP

## Komunikat o wynikach postępowania przetargowego na szkolenia specjalizacyjne dla woj. łódzkiego w 2014 roku

Uprzejmie informujemy, iż Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zgodnie z wynikiem postępowania przetargowego ogłaszanego przez Ministerstwo Zdrowia została w roku 2014 organizatorem sześciu szkoleń specjalizacyjnych dla woj. łódzkiego w dziedzinie:

1. **Pielęgniarstwa onkologicznego, program dla pielęgniarek** – 25 miejsc szkoleniowych.
2. **Pielęgniarstwa geriatrycznego, program dla pielęgniarek** – 25 miejsc szkoleniowych.
3. **Pielęgniarstwa epidemiologicznego, program dla pielęgniarek i położnych** – 25 miejsc szkoleniowych.
4. **Pielęgniarstwa nefrologiczne, program dla pielęgniarek** – 25 miejsc szkoleniowych.
5. **Pielęgniarstwa rodzinnego, program dla pielęgniarek** – 25 miejsc szkoleniowych.
6. **Pielęgniarstwa neonatologicznego, program dla pielęgniarek i położnych** – 25 miejsc szkoleniowych.

Osoby zainteresowane udziałem prosimy o składanie wniosków wraz z załącznikami w Dziale Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych OIPiP (pok. nr 7) najpóźniej do dnia 20 listopada 2014 r.:

- oryginał karty zgłoszenia na szkolenie specjalizacyjne – druk OIPiP w Łodzi, który jest dostępny w siedzibie i na stronie internetowej Okręgowej Izby ([www.oipp.lodz.pl/szkolenia](http://www.oipp.lodz.pl/szkolenia)),
- oryginał zaświadczenia o co najmniej 2-letnim stażu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej
- kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej – potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.

Dodatkowe informacje można uzyskać w Dziale Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych OIPiP pod nr tel. 42 639 92 62.

## Komunikat dotyczący polisy obowiązkowego OC

W związku z otrzymanym z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia raportem dotyczącym braków w księgach rejestrowych informacji o obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej prosimy o natychmiastowe dosyłanie kopii ww. polisy na adres OIPiP w Łodzi (ul. Emilii Plater 34, 91-762 Łódź) lub na adres poczty elektronicznej: [praktyka@oipp.lodz.pl](mailto:praktyka@oipp.lodz.pl)  
Obowiązek powyższy nakłada poniżej cytowany art. 107 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013. 217 – j.t.).

(...)

*Art. 107.1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania.*

*2. W przypadku niezgłoszenia zmian danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.*

W przypadku pytań i wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny z Działem Rejestru – tel. 42 633 32 13.

W związku ze zbliżającym się końcem roku przypominamy, iż:

- Na podstawie art. 97 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039) osoby, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie pielęgniarstwa bądź ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem 1 stycznia 2012 r. a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo art. 31 ww. ustawy, mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 r. złożą stosowny wniosek.
- Na podstawie art. 96 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039) osoby posiadające ograniczone prawo wykonywania zawodu, które nie ukończyły stażu podyplomowego przed dniem 1 stycznia 2012 r. mają czas na jego ukończenie do dnia 1 stycznia 2015 r.

Po upływie tego terminu prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

Przypominamy również o obowiązku aktualizowania danych, który nakłada na wszystkich członków samorząd art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039).

Powyższe informacje prosimy zgłaszać do działu rejestru, pok. nr 5, tel. (42) 633 32 13.



# NFZ

## Nowe poradnie specjalistyczne dla pacjentów – od 1 listopada 2014 r.

Łódzki Oddział NFZ w ostatnich dniach rozstrzygnął kilka konkursów na leczenie w poradniach specjalistycznych. Konkursy przeprowadzono w związku ze zmianami w łódzkiej służbie zdrowia oraz chęcią poprawienia dostępności pacjentów do leczenia.

### Poradnia geriatryczna

Od 1 listopada 2014 r. pacjentami w ramach poradni geriatrycznej będzie opiekował się Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Fel-med. Sp. Z o.o. przy ul. Szpitalnej 6, tel. 42 674 20 82.

Poradnia dysponuje na miejscu m.in. densytometrem, USG Doppler czy też EKG, które będą do dyspozycji lekarzy poradni.

Trzech lekarzy geriatrów będzie się opiekowało pacjentami przez 36,5 godziny w tygodniu.

Opieka geriatryczna jest jednym z priorytetów Łódzkiego NFZ w roku 2014 i na rok 2015.

### Poradnie ginekologiczne

W poradni Gameta realizowany jest rządowy program in vitro (finansowany przez MZ), dzięki kontraktowi z NFZ pacjentki będą mogły na miejscu w poradni bezpłatnie rozpocząć lub kontynuować opiekę ginekologiczną – poza programem rządowym. „Gameta Szpital” Rzgów, Rudzka 34/36, tel. 42 645 77 77. W tej poradni pacjentki mogą na miejscu skorzystać z badań i zabiegów za pomocą USG, aparatu do krioterapii, aparatu do elektrokoagulacji, kolposkopu.

Salve, Łódź, ul. ks. Wujaka 5, tel. 42 633 78 01. W tej poradni pacjentki mogą na miejscu skorzystać z badań i zabiegów za pomocą USG, aparatu do krioterapii, aparatu do elektrokoagulacji, kolposkopu.

W obu poradniach można skorzystać także z bezpłatnej cytologii – zarówno w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy, jak i poza programem, bez względu na wiek.

### Poradnia logopedyczna

SP ZOZ CSK Instytut Stomatologii, ul. Pomorska 251, Łódź, tel. 42 272 53 55

Aby skorzystać z leczenia w ww. poradniach, oprócz poradni ginekologicznej, należy okazać skierowanie od lekarza POZ lub specjalisty.

## Zasady leczenia u dermatologa i okulisty – zmiany od 2015 roku

Z dniem 1 stycznia 2015 roku wchodzi w życie ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku zmieniająca ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektóre inne ustawy (Dz. U. 2014.1138).

Powyższa ustawa wprowadza od dnia 1 stycznia 2015 roku obowiązek posiadania skierowań do świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa.

Zgodnie z zapisem art. 17 powołanej ustawy osobom wpisanym, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, na listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia te są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W związku z powyższym pacjenci wpisani na listy oczekujących w zakresie powyższych świadczeń do 31 grudnia 2014 roku nie są zobowiązani do dostarczenia skierowania nawet, jeżeli świadczenie udzielone zostanie w roku 2015.

Skierowanie będzie wymagane od 1 stycznia 2015 r., co oznacza, że pacjent, który chce się zapisać do okulisty lub dermatologa w 2015 roku musi wcześniej się udać do lekarza POZ.

## Wypowiedzenie umowy NZOL „Dom Pomocy Rodzinie”

W związku z licznymi nieprawidłowościami stwierdzonymi podczas kontroli NFZ w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym „Dom Pomocy Rodzinie” w Łodzi przy ulicy Liściastej 9, Dyrekcja Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjęła decyzję o rozwiązaniu umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym zakładem.

Umowę wypowiedziano z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia, zatem dzień zakończenia umowy przypada na 11 listopada 2014 roku.

W dniu 14 października 2014 r. ŁOW NFZ rozstrzygnął konkurs na świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Od 1 listopada 2014 pacjentami będzie opiekowało się Kliniczne Centrum Medycznym Seniora, Łódź ul. Pieniny 30 – placówka medyczna podlegająca USK WAM mieszcząca się w dawnym Szpitalu im. Sonnenberga. Pierwszymi jej podopiecznymi będą pacjenci z Domu Pomocy Rodzinie.

NFZ przypomina zasady odpłatności za pobyt w ZOL: świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się

w wysokości odpowiadającej 250 proc. najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 proc. miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

## Zmiana wysokości finansowania przez pacjenta kosztów żywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowskim za jeden dzień pobytu

Zakwaterowanie i żywienie w sanatorium uzdrowskim jest odpłatne. Wysokość opłaty za jeden dzień pobytu pacjenta dla turnusów trwających 21 oraz 28 dni zależy od standardu pokoju. Stawkę określa minister zdrowia.

Od 1 października 2013 roku, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowskiego, obowiązują nowe stawki częściowej odpłatności za żywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowskim. Rozporządzenie stanowi, że: „Jeżeli pobyt świadczeniobiorcy w sanatorium uzdrowskim przypada w dwóch sezonach rozliczeniowych, odpłatność oblicza się, uwzględniając odpowiednio liczbę dni przypadającą w danym sezonie rozliczeniowym”.

Od 1 października 2014 r. nastąpiła zmiana wysokości dokonywanych opłat.

### Poziom finansowania przez świadczeniobiorcę kosztów żywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowskim za jeden dzień pobytu

	Poziom	I sezon rozliczeniowy od 1.10. do 30.04	II sezon rozliczeniowy od 1.05 do 30.09
IA	Pokój jednoosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	28,80	36,10
IB	Pokój jednoosobowy w studiu	23,00	33,00
II	Pokój jednoosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	22,00	29,30
IIIA	Pokój dwuosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	17,30	24,10
IIIB	Pokój dwuosobowy w studiu	14,60	22,00
IV	Pokój dwuosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	12,50	17,30
VA	Pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	10,90	13,00
VB	Pokój wieloosobowy w studiu	10,40	11,90
VI	Pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	9,30	10,40

## Nowe akty prawne

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”

Data ogłoszenia: 2014-10-08

Dziennik Ustaw Pozycja: 1360

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 października 2014 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia

Data ogłoszenia: 2014-10-08

Dziennik Ustaw Pozycja: 1359

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2014 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2015 r.

Data ogłoszenia: 2014-09-22

Dziennik Ustaw Pozycja: 1251

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2014 r. w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych

Data ogłoszenia: 2014-09-19

Dziennik Ustaw Pozycja: 1246

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego

Data ogłoszenia: 2014-09-19

Dziennik Ustaw Pozycja: 1245

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich

Data ogłoszenia: 2014-09-19

Dziennik Ustaw Pozycja: 1239

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wzorów oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia

Data ogłoszenia: 2014-09-10

Dziennik Ustaw Pozycja: 1207

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do

szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich

Data ogłoszenia: 2014-08-28

Dziennik Ustaw Pozycja: 1144

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych

Data ogłoszenia: 2014-08-18

Dziennik Ustaw Pozycja: 1093

**U**stawa z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia

Data ogłoszenia: 2014-07-29

Dziennik Ustaw Pozycja: 998

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Data ogłoszenia: 2014-07-22

Dziennik Ustaw Pozycja: 960

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców

Data ogłoszenia: 2014-07-18

Dziennik Ustaw Pozycja: 949

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2014 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie

Data ogłoszenia: 2014-07-18

Dziennik Ustaw Pozycja: 948

**R**ozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy

Data ogłoszenia: 2014-07-16

Dziennik Ustaw Pozycja: 937

## Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw

Art. 1. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm. po art. 15 dodaje się art. 15a i art. 15b w brzmieniu:

„Art. 15a. 1. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych **pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia** na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz **pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:**

**ordynować leki** zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, **w tym wystawiać na nie recepty,**

**ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty**

**– jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.**

2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji **pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia** na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo **mają prawo wystawiać recepty 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, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.**

3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują również wystawianie recept osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm., zwanej dalej „ustawą o refundacji”).

4. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na recepcie, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej

przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie ustawy o refundacji.

6. Pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

7. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz:
  - a) substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w ust. 1,
  - b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ust. 1,
  - c) wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1,
- 2) wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 6,
- 3) sposób i tryb wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 i 2,
- 4) wzór recepty, o której mowa w ust. 1 i 2,
- 5) sposób zaopatrywania w druki recept, o których mowa w ust. 1 i 2, i sposób ich przechowywania,
- 6) sposób realizacji recept, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

– biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

**Art. 15b. 1. Pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa w art. 15a ust. 1, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.**

2. Pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione

stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”

**Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm. wprowadza się następujące zmiany:**

1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm. będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.”;

2) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.”;

3) w art. 44 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

4) w art. 45 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.”;

5) w art. 46 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

6) w art. 188 w ust. 4 pkt 19 i 20 otrzymują brzmienie:

„19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19.”;

Art. 3. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm. wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 14 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.

e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.”;

2) w art. 48:

a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony.”;

b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, pielęgniarkę lub położną.”.

Art. 4. Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniej-

szej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: B. Komorowski

## Zmiany w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), daje pielęgniarkom, położnym możliwości między innymi na samodzielne ordynowanie niektórych leków, określonych wyrobów medycznych, w tym również wystawiać na nie recepty.

Uprawnienia takie otrzymała pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, a także pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa.

Ponadto pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zyskały prawo 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 kontynuowania leczenia pacjenta.

Oprócz uprawnień dotyczących samodzielnej ordynacji i w ramach realizacji zleceń lekarskich niektórych leków, pielęgniarki i położne również otrzymały prawo do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, w tym badań diagnostyki laboratoryjnej, za wyjątkiem tych badań, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Pielęgniarki i położne zgodnie z nową ustawą będą mogły wykonywać te zadania po uprzednim wykonaniu badania fizykalnego. Warunkiem skorzystania z powyższych uprawnień jest ukończenie kursu specjalistycznego „Badanie fizykalne”, jak również ukończenia kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków.

Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz skierowania na określone badania diagnostyczne pielęgniarki i położne będą mogły wystawiać nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Sporządziła  
Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

## Kalendarium prac nad nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

23.03.2014	Konferencja prasowa w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Min. Zdrowia przedstawił założenia tzw. pakietu kolejkowego.
3.04.2014	Ministerstwo Zdrowia przyjmuje projekt nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.
3.04.2014	Na stronie www.nipip.pl pielęgniarki, pielęgniarze oraz położne i położni mogą oddać głos w sondzie „Czy jesteś za wypisywaniem recept przez pielęgniarki?” Zdecydowana większość głosujących odpowiada NIE (57 proc.).
7.04.2014	Ministerstwo Zdrowia przekazało do konsultacji społecznych projekty aktów prawnych tzw. pakietu kolejkowego.
7.04–8.05.2014	Konsultacje społeczne (więcej na <a href="http://konsultacje.gov.pl/node/3337">http://konsultacje.gov.pl/node/3337</a> ). Z projektem ustawy zapoznali się ORPiP, delegaci na krajowy zjazd PiP, członkowie NRPiP, komisje i zespoły problemowe.
8.05.2014	Po zapoznaniu się ze stanowiskami przedstawicieli środowiska, NRPiP negatywnie zaopiniowała projekt nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych, co zostało wyrażone w piśmie do Ministra Zdrowia o odrzucenie projektu w zaproponowanym brzmieniu.
10.06.2014	Rząd przyjmuje projekt, mimo uwag zgłoszonych przez NRPiP. Samorząd zawodowy domagał się odrzucenia tej wersji projektu z powodu braku aktów wykonawczych regulujących m.in. takie kwestie jak: wykaz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, które będą mogły ordynować pielęgniarki i położne. NRPiP zwracała także uwagę, że w projekcie nie przedstawiono skutków finansowych proponowanych zmian, co może powodować przypuszczenie, że pielęgniarki i położne zostaną obciążone dodatkową pracą i odpowiedzialnością bez wynagrodzenia. Podobne stanowiska – odrzucenie projektu w całości – przedstawiły także pozostałe samorządy medyczne (aptekarski, diagnostyczny, lekarski).

18.06.2014	Rząd mimo krytycznych stanowisk strony społecznej kieruje projekt nowelizacji do Sejmu. (druk sejmowy nr 2504)
23.06.2014	Projekt skierowano do I czytania w Sejmie.
24.06.2014	I czytanie projektu nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej, w ramach tzw. pakietu kolejkowego podczas 70. posiedzenia Sejmu. Po debacie sejmowej ustalono, iż projekt zostanie skierowany do Komisji Zdrowia.
25.06.2014	Nadzwyczajne posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia: Aleksander Sopiński, podsekretarz stanu, Piotr Warczyński, podsekretarz stanu Beata Cholewka, dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych. Posiedzenie zakończyło się przyjęciem dwóch stanowisk Stanowisko nr 17 w sprawie projektu ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej oraz niektórych innych ustaw przyjętych przez Radę Ministrów RP, Stanowisko nr 18 w sprawie poparcia działań podjętych przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych dotyczący sprzeciwu wobec projektu ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej i innych ustaw. Stanowisko nr 17 zostało przesłane do wszystkich Klubów Parlamentarnych oraz do Posłów niezrzeszonych z prośbą o spotkanie i poparcie działań NRRPiP w przedmiotowej sprawie.
27.06.2014	Na zaproszenie Prezydenta RP w Kancelarii odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządów medycznych z ministrami Ireną Wóycicką i Michałem Pińskim. Tematem spotkania było zapoznanie się z opinią strony społecznej w sprawie tzw. Pakietu kolejkowego. NRRPiP reprezentowała Joanna Walewander Sekretarz NRRPiP.
1.07.2014	W Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z członkami Prezydium NRRPiP, któremu przewodniczył wiceminister Sławomir Neumann. Ministerstwo Zdrowia reprezentowali także Aleksander Sopiński – Podsekretarz Stanu, Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu, Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych. NRRPiP reprezentowali: Grażyna Rogala-Pawelczyk –Prezes, Teresa Kuziara – Wiceprezes, Hanna Gutowska – Skarbnik, Joanna Walewander – Sekretarz, Członkowie Prezydium: Ewa Przesławska, Mariola Łodzińska, Maria Matusiak, Bartosz Szczudłowski. Prezes NRRPiP wskazała na konieczność podjęcia pilnych działań przez Ministra Zdrowia w następujących sprawach: • przekazania wniosków z prac zespołu i przystąpienia do prac związanych z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm, zatrudnienia pielęgniarstwa i położniczych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 182); • wdrożenia do prac legislacyjnych Ministra Zdrowia nowelizacji aktów prawnych zgodnie z wynikami prac Zespołu ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położniczej; • podjęcia skutecznych działań w celu zmiany sytuacji polegającej na niezgodnym z prawem zatrudnianiem ratowników medycznych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, w oddziałach szpitalnych na stanowiskach pielęgniarstwa, • uwzględnienia opinii NRRPiP dotyczącej projektu ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej związanej z tzw. pakietem kolejkowym, • przekazania ostatecznej wersji wykazu priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarstwa i położniczych na rok 2014, ze wskazaniem kryteriów wyboru specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i geriatrycznego jako priorytetowych, • przesłanie w trybie pilnym do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz do okręgowych izb pielęgniarstwa i położniczych podpisanych umów na przekazanie dotacji ze środków budżetowych na rok 2014, • zabezpieczenie środków finansowych w budżecie Ministra Zdrowia w 2015 roku na druk prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa, • podjęcie przez Ministra Zdrowia działań w celu umożliwienia spotkania przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panem Premierem RP, określenie zasad współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a samorządem zawodowym pielęgniarstwa i położniczych. Wiceminister Neumann odpowiedział, że „w obecnej chwili priorytetem dla resortu zdrowia jest pakiet kolejkowy i onkologiczny i nie ma możliwości rozpoczęcia procesu legislacyjnego w ustawach wg propozycji wypracowanych przez Zespół ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położniczej”, o co zabiega NRRPiP.
4.07.2014	Spotkanie w MZ z Aleksandrem Sopińskim Podsekretarzem Stanu Dyrektorem Departamentu Prawnego, Dyrektorem Departamentu Pielęgniarek i Położnych w sprawie uzyskania wyjaśnień dotyczących ordynacji leków i wypisywanie recept na zlecenie lekarza przez pielęgniarstwa i położnicze w podmiotach leczniczych, możliwości finansowania dodatkowego zadania przez NFZ.
8–9.07.2014	Posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia w której ze strony NRRPiP udział wzięli: Grażyna Rogala-Pawelczyk –Prezes, Teresa Kuziara Wiceprezes, Joanna Walewander Sekretarz, Członkowie Prezydium: Ewa Przesławska, Mariola Łodzińska, Zofia Małas, Bartosz Szczudłowski. Przedstawiciele NRRPiP przygotowane poprawki do projektów ustaw przekazali posłom z Komisji Zdrowia. Pomimo uwag zgłaszanych przez posłów z PiS, uwagi nie zostały przyjęte.

8–9.07.2014	– To, co my obserwujemy dzisiaj, jako przedstawiciele samorządów zawodowych, to jest jawne lekceważenie ustaw, które państwo sami przyjęli. W związku z tym oświadczam, że nasz udział w pracach zakończy się ma tym posiedzeniu. My od trzech lat bardzo uważnie słuchamy tego, co pan minister mówi. Mówię to w imieniu 300 tys. pielęgniarstwa i położniczych: proszę nas tak nie traktować” – apelowała Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk.
11.07.2014	Spotkanie z samorządami medycznymi w Kancelarii prezydenta RP dotyczące tzw. pakietu onkologicznego. NRRPiP reprezentowała Prezes Grażyna Rogala-Pawelczyk.
	II czytanie projektu nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej. Zarówno posłowie koalicji rządzącej (PSL), jak i opozycji (PiS, SLD) nie negując zasadności rozszerzenia kompetencji pielęgniarstwa i położniczych o prawo do ordynowania niektórych leków i środków medycznych oraz wypisywania recept i skierowań na określone badania, krytykowali sposób ich wprowadzania. Podkreślali przede wszystkim brak zgody ze strony NRRPiP na proponowane rozwiązania oraz nieprecyzyjność zapisów. Za niepokojące uznali także (PiS) projekt ograniczenia opiniodawczej roli samorządów zawodowych w procesie wyboru konsultantów krajowych. W związku ze zgłaszanymi w trakcie II czytania poprawkami do projektów aktów prawnych wchodzących w skład tzw. pakietu kolejkowego, projekty te zostały ponownie skierowane do Komisji Zdrowia celem dalszego procesowania. W Sejmie podczas II czytania projektu obecni byli: Prezes NRRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk, Wiceprezes NRRPiP Teresa Kuziara, Sekretarz NRRPiP Joanna Walewander, Członkowie Prezydium NRRPiP Mariola Łodzińska i Bartosz Szczudłowski, a także Przewodnicząca KZ OZZPiP Lucyna Dargiewicz i Wiceprzewodnicząca KZ OZZPiP Longina Kaczmarska.
17.07.2014	Prezydium NRRPiP podjęło Stanowisko nr 6 w sprawie wyrażenia wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi i skierowało do Prezesa Rady Ministrów pismo informujące o przyczynach utraty zaufania do działań Ministra Arłukowicza.
22.07.2014	Podczas 72. sesji (22 lipca br.) Sejm przyjął ustawy pakietu kolejkowego i onkologicznego. Nowelizację ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej poparło 227 posłów, 165 było przeciw, zaś 35 wstrzymało się od głosu.
22.07.2014	Uchwalone ustawy trafiły do Senatu, Marszałek Senatu natychmiast skierował je do senackiej Komisji Zdrowia. Udział w Senackiej Komisji Zdrowia wzięły: Prezes NRRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk, Wiceprezes NRRPiP Teresa Kuziara, Senacka Komisja Zdrowia odrzuciła wszystkie poprawki. Jeszcze tego samego dnia wniosła o przyjęcie ustawy bez poprawek (druk nr 689A). Sprawozdawcą Komisji na posiedzeniu Senatu był senator Rafał Muchacki. Wotum separatum wnieśli senatorowie PiS i zgłosili wniosek mniejszościowy o odrzucenie ustawy (druk nr 689A). Sprawozdawcą mniejszości komisji na posiedzeniu Senatu był senator Waldemar Kraska.
23.07.2014	Senat bez poprawek przyjął ustawę o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia „ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ustawę o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej oraz niektórych innych ustaw. Zgodnie z przyjętymi zmianami, pielęgniarstwa i położnicze posiadające tytuł mgr. pielęgniarstwa i położnictwa lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa będą uprawnione do samodzielnego ordynowania leków, będą mogły ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, oraz ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego. Natomiast pielęgniarstwa i położnicze posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo w ramach zleceń lekarskich wystawiać recepty 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, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie. Ponadto Pielęgniarka i położnica posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.
24.07.2014	Wszystkie ustawy z tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego trafiły do Kancelarii Prezydenta RP, który zgodnie z Konstytucją ma 21 dni na podpisanie ustaw uchwalonych przez Sejm. Ale uwaga – jeśli rząd uzna, że projekt za pilny (a tak jest w tym przypadku), ten czas skraca się do 7 dni.
30.07.2014	NRRPiP wystosowała list do Prezydenta RP z apelem o niepodpisywanie ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położniczej, a także pozostałych ustaw pakietu kolejkowego i onkologicznego, wskazując m.in. na uchybienia formalne w procesie legislacyjnym, zwłaszcza zbyt duży pośpiech w uchwalaniu zmian (nie zostały zachowane wymagane prawem terminy, gwarantujące obu Izbowi parlamentu czas na dogłębne zapoznanie się z rządowymi propozycjami oraz wnioskami zmian wnoszonymi przez stronę społeczną i poszczególne kluby).

# Poziom wiedzy na temat depresji w wybranych grupach społecznych

mgr MARTA WOŹNIAK

**W dzisiejszych czasach depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Rocznie zapada na nią około 3 proc. ogólnej populacji**

**E**ncyklopedia Popularna PWN definiuje depresję jako: „zespół zaburzeń psychicznych, na który składają się: depresyjny nastrój, różnie nasilone zahamowania, niepokój psychiczny, długotrwały lęk [1]”. W dzisiejszych czasach depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Rocznie zapada na nią około 3 proc. ogólnej populacji [2, 3]. Choroba ta wpływa na wiele sfer życia codziennego człowieka, upośledzając jego funkcjonowanie w życiu rodzinnym, zawodowym, społecznym. Mimo dużego postępu w rozwoju medycyny, w ostatnich latach nadal rejestruje się tendencję wzrostową rozpowszechnienia depresji w populacji ludzkiej oraz coraz częściej jej negatywne skutki zarówno dla jednostki jak i społeczeństwa.

Istotną wydaje się zatem konieczność edukacji na temat tej poważnej w skutkach choroby, jak również prowadzenie wśród populacji badań oceniających stopień posiadania wiedzy na jej temat.

## Cel

Celem prezentowanego badania była ocena poziomu wiedzy na temat depresji w wybranych grupach społecznych. W szczególności oceniono:

- źródła, z których badane osoby w poszczególnych grupach czerpały wiedzę na temat depresji,
- jaki stopień wiedzy na temat depresji posiadali badani na podstawie znajomości przez nich objawów choroby, czynników ryzyka zachorowania i sposobów leczenia,
- jak zdaniem respondentów depresja wpływa na życie jednostki i społeczeństwa.

## Materiał

Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2010 roku do maja 2011 roku. Przebadano 105 osób w wieku od 20 do 65 lat, w tym 74 kobiety i 31 mężczyzn.

Grupę badawczą podzielono na trzy równe ilościowo podgrupy, do których należeli:

- pacjenci chorzy na depresję przebywający w tym czasie na oddziale, jak i leczeni ambulatoryjnie w Klinice Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych w Centralnym Szpitalu Klinicznym UM w Łodzi ul. Czechosłowacka 8/10,
- studentki III roku studiów licencjackich dziennych i I roku studiów magisterskich dziennych kierunku pielęgniarstwa na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi,
- osoby nie chorujące na depresję i nie należące do grupy personelu medycznego.

Badana populacja w całości pochodziła z terenu województwa łódzkiego.

## Metody

Do badania wykorzystano kwestionariusz, jakim jest anonimowa ankieta zawierająca krótką metryczkę oraz 17 pytań o charakterze zarówno pytań otwartych jak i zamkniętych, dotyczących posiadanej wiedzy badanych na temat depresji oraz wpływu choroby na życie codzienne. Projekt badawczy został zaakceptowany przez Komisję Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dnia 23 lutego 2010 r.

Oceniając stopień wiedzy ankietowanych na temat poszczególnych zagadnień związanych z depresją przyjęto kryteria: poniżej 50 proc. poprawnych odpowiedzi jest to wiedza niewystarczająca, w przedziale 50–70 proc. wiedza wystarczająca, a powyżej 70 proc. wiedza dobra. W przypadku 100 proc. dobrych odpowiedzi przyjęto, że jest to wiedza bardzo dobra.

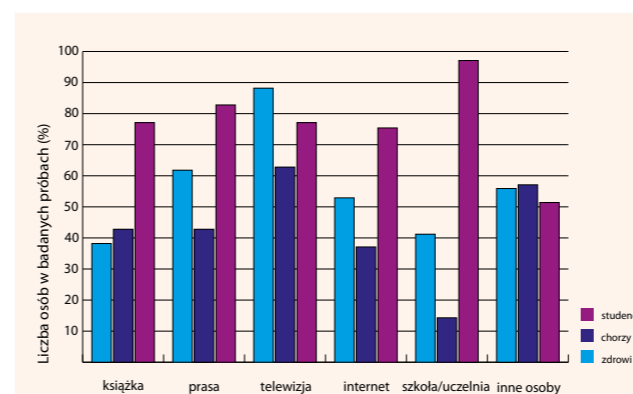
## Wyniki

Wszyscy uczestnicy badanych grup spotkali się z terminem „depresja”. Źródła, do jakich sięgali respondenci w celu zdobycia informacji o chorobie ukazuje ryc. 1.

Do najczęściej wymienianych źródeł, z których wszyscy badani czerpali wiedzę należą: telewizja, prasa, internet.

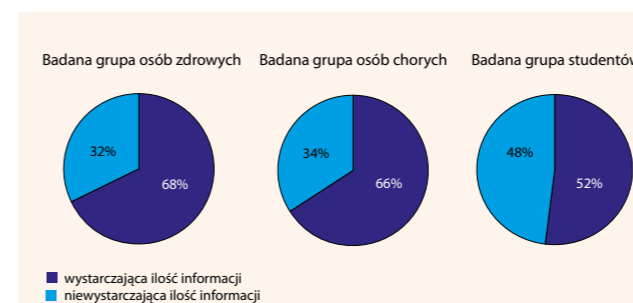
Największa liczba studentów – 34 osoby (97,1 proc.) podała, iż wiedzę pozyskali w szkole i/lub na uczelni natomiast najmniej,

bo 5 osób (14,3 proc.), wiedzy z tego źródła uzyskały osoby chore. Najmniej bo 13 chorych (37,1 proc.) przyznała, że wiedzę o depresji czerpie z internetu, w stosunku do 26 studentów (75,4 proc.) i 18 osób zdrowych (52,9 proc.). Nie stwierdzono różnic w pozyskiwaniu informacji na temat choroby od innych osób pomiędzy poszczególnymi próbami badawczymi.



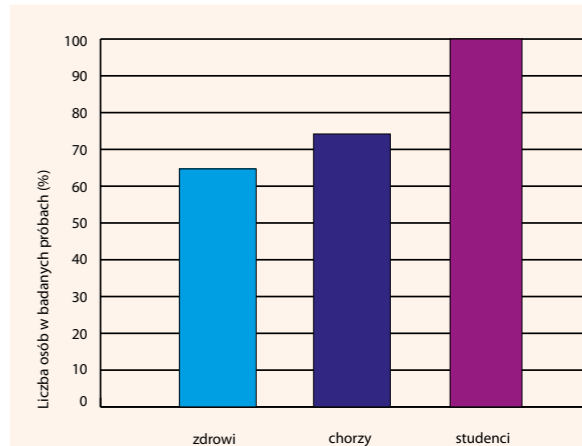
Ryc. 1. Źródła, z których badani pozyskiwali wiedzę na temat depresji z uwzględnieniem poszczególnych grup badawczych (oprac. własne)

Pomimo coraz częściej podejmowanych w naszym kraju działań mających na celu pogłębianie świadomości ludzi na temat depresji w dalszym ciągu ilość tych informacji jest niewystarczająca. Wyniki ukazują, iż blisko połowa badanej populacji osób chorych i studentów uważa, że zdecydowanie za mało mówi się na temat depresji w mediach. Osoby te zgodnie twierdzą, że istnieje potrzeba popularyzowania aktualnych i kompetentnych informacji na temat tego zaburzenia w postaci częstszych kampanii i akcji informacyjnych w mediach oraz propagowania wiedzy o chorobach psychicznych w szkołach. Jedynie większość zdrowej populacji jest innego zdania i uważa, że nie potrzeba prowadzić szerszej akcji informacyjnej na temat depresji (ryc. 2).



Ryc. 2. Ilość informacji dotyczących depresji w mediach zdaniem respondentów w poszczególnych grupach badawczych (oprac. własne).

W odpowiedzi na pytanie dotyczące typowych objawów zespołu depresyjnego 35 badanych studentów (100 proc.), 26 chorych (74,2 proc.), 22 zdrowych (64,7 proc.) odpowiedziało, że należą do nich: obniżenie nastroju, spowolnienie toku myślenia, spowolnienie psychoruchowe (ryc. 3).



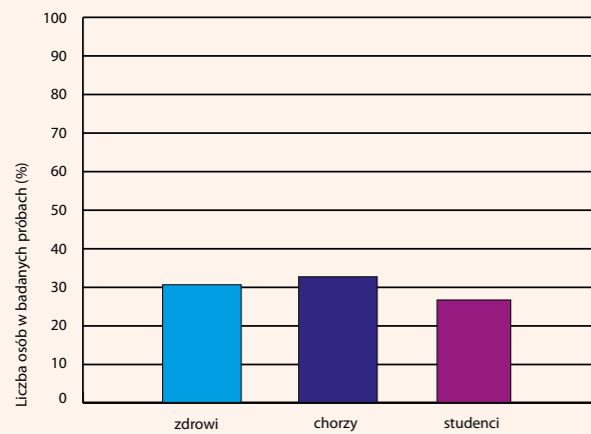
Ryc. 3. Obniżenie nastroju, spowolnienie toku myślenia, spowolnienie psychoruchowe jako typowe objawy zespołu depresyjnego wg opinii poszczególnych grup respondentów (oprac. własne)

Analiza uzyskanych wyników badań w aspekcie innych objawów mogących sugerować depresję wykazała, iż we wszystkich badanych próbach najczęściej wymieniano: przewlekłe uczucie zmęczenia, utratę poczucia własnej wartości, trudności z koncentracją (tab. 1). Najrzadziej respondenci do tych objawów zaliczali częste wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Objawy	Zdrowi	Chorzy	Studenci
Przewlekłe uczucie zmęczenia	70,6 proc.	91,2 proc.	98,6 proc.
Trudności z koncentracją	76,4 proc.	97,0 proc.	81,2 proc.
Utrata łaknienia	38,2 proc.	97 proc.	92,8 proc.
Bóle głowy	44,1 proc.	42,8 proc.	46,4 proc.
Bezsenna	39,4 proc.	88,4 proc.	92,8 proc.
Utrata poczucia własnej wartości	94,1 proc.	74,1 proc.	98,6 proc.
Obniżenie popędu płciowego	32,3 proc.	42,8 proc.	69,6 proc.
Częste wizyty u lekarza POZ	11,8 proc.	22,8 proc.	20,3 proc.

Tab. 1. Inne najczęściej wymieniane przez respondentów z poszczególnych grup badawczych objawy mogące sugerować depresję (opracowanie własne).

W badaniu oceniano również znajomość wiedzy ankietowanych na temat czynników ryzyka zachorowań na depresję. Spośród ogółu badanych odpowiedzi uwzględniająca czynniki, takie jak: płeć, występowanie chorób towarzyszących, przewlekły stres, samotność, patologie rodzinne została udzielona przez blisko 1/3 osób należących do grupy chorych, niespełna 30 proc. osób zdrowych i ponad 1/4 studentów (ryc.4).

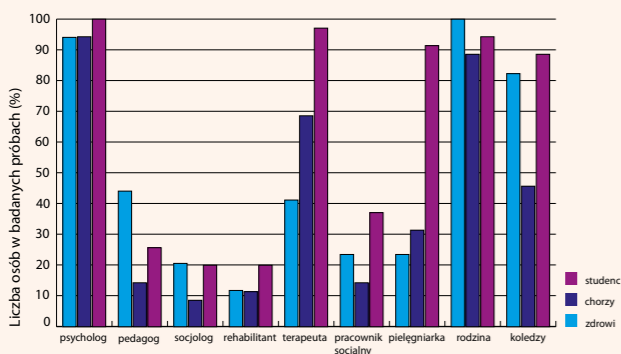


Ryc 4. Płeć, występowanie chorób towarzyszących, przewlekły stres, patologie rodzinne, samotność – jako wymieniane przez badanych czynniki zachorowań na depresję (oprac. własne)

Wśród badanych 66 proc. studentów, 51,4 proc. osób chorych i 38,2 proc. osób zdrowych za metody, które można stosować w leczeniu depresji uznało: farmakoterapię, psychoterapię, kinezyterapię, ergoterapię, terapię rozrywką, fototerapię i elektrowstrząsy.

Ponadto zdecydowana większość ankietowanych bo 97 proc. zdrowych respondentów, 95,7 proc. studentów i 79,8 proc. osób spośród badanych chorych uważa, że psychoterapia u części chorych działa tak dobrze jak farmakoterapia.

W badaniu oceniano także wpływ poszczególnych członków zespołu terapeutycznego oraz rodziny i kolegów na proces leczenia pacjentów chorych na depresję. Najwyżej, zaraz po lekarzu psychiatrze ankietowani docenili rolę: psychologa, rodziny, przyjaciół i kolegów oraz terapeuty zajęciowego. Najniżej w procesie zdrowienia oceniono udział rehabilitanta i socjologa (ryc. 6).



Ryc 6. Osoby odgrywające ważną rolę w procesie leczenia depresji zdaniem respondentów (oprac. własne)

Wszystkie badane grupy, w tym 98,6 proc. badanej populacji studentów, 91,2 proc. chorych i 88,2 proc. osób zdrowych były w dużej mierze zgodne co do tego, że depresja wywołuje negatywne skutki w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym.

Najczęściej wymieniane przez wszystkich respondentów negatywne skutki choroby to: utrata zainteresowań, problemy z komunikacją interpersonalną, wycofanie się z życia społecznego (izolacja społeczna), częste konflikty rodzinne wpływające na późniejszy rozpad rodziny, zmniejszony popęd seksualny, absencja chorobowa, pogorszenie jakości wykonywanej pracy, co w efekcie może doprowadzić do jej utraty, przechodzenie na rentę, pogorszenie sytuacji finansowej.

Dodatkowo osoby zdrowe zwróciły uwagę na: nałogi, próby samobójcze.

### Wnioski:

Podsumowując przeprowadzone badania stwierdzić należy, że:

- Do najczęściej wymienianych przez respondentów źródeł informacji na temat depresji zaliczyć należy: telewizję i prasę. Ponadto studenci czerpali w dużej mierze swoją wiedzę z uczelni i książek, zaś osoby chore i zdrowe od innych osób.
- Analiza znajomości objawów depresji w badanych grupach wykazała bardzo dobrą wiedzę studentów, najgorzej natomiast wypadły osoby zdrowe.
- Wiedzę na temat czynników ryzyka zachorowań na depresję we wszystkich grupach badawczych można określić jako niewystarczającą.
- Wiedzę studentów i osób chorych na depresję z zakresu metod leczenia można ocenić jako dobrą. Najmniejszą znajomością tematu wykazały się osoby zdrowe.
- Większość badanych, niezależnie od grupy uważała, że depresja ma destrukcyjny wpływ zarówno dla jednostki, upośledzając jej życie rodzinne, zawodowe i społeczne, jak również pociąga za sobą negatywne skutki dla społeczeństwa w postaci wysokich kosztów leczenia, absencji chorobowej, wcześniejszego przechodzenia na rentę oraz zwiększonych wydatków na sferę socjalną.

### Literatura:

1. Kaczorowski B.: *Encyklopedia Popularna PWN*. wydanie 31. Wyd. PWN. Warszawa 2004.
2. Kramlinger K.: *Co radzi lekarz – Depresja*. Świat Książki. Warszawa 2007.
3. Landowski J. – *Zespoły depresyjne*. Rozdział 9 w: *Psychiatria. Repetytorium*. Pod red. Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., Wyd. PZWL. Warszawa 2003.

mgr pielęgniarstwa Marta Woźniak  
CSK Instytut Stomatologii w Łodzi  
Oddział Zaburzeń Afektywnych

# Działania edukacyjne w przeciwdziałaniu WYPALENIU ZAWODOWEMU

mgr BARTŁOMIEJ MORZYSZEK

Zjawisku wypalenia zawodowego można i należy przeciwdziałać poprzez różne formy i strategie. Do jednych z nich należą działania edukacyjne, które osoba zagrożona wypaleniem zawodowym lub już będąca w różnych jego fazach może nauczyć się reagowania, a tym samym przeciwdziałać syndromowi wypalenia.

Richard K. James i Burl E. Gilliland proponują trzy rodzaje interwencji: poprzez szkolenie, wobec organizacji oraz wobec osoby. Swoje propozycje kierują do grupy zawodowej pracowników socjalnych, choć podejmowane przez nich kwestie dotyczyć mogą także innych zawodów, gdzie na pierwszy plan wysuwa się pomaganie, a więc i zawodu pielęgniarstwa. Autorzy proponują interwencję poprzez szkolenie, która miałaby się opierać na wyrabianiu umiejętności radzenia sobie z nadmierną biurokracją i towarzyszącemu jej stresowi. Szkolenia wg nich powinny dotyczyć także problemu korygowania postaw ludzkich, a więc na „zwiększaniu terapeutycznego dystansu i moderowaniu idealizmu.”

Jedną z form jakie proponują są warsztaty na temat wypalenia zawodowego, w których powinny brać udział nie tylko osoby zagrożone wypaleniem zawodowym, ale i także kierownictwo administracyjne. Jest to ważne, gdyż wiedza i wyrobione umiejętności, które zdobędą oba ognia (pracownik zagrożony wypaleniem i pion administracyjny) jest źródłem sukcesu. Jeśli kierownictwo nie przejmie się problemem wypalenia zawodowego, istnieją małe szanse, że uznają to zjawisko za problem. Udział kierownictwa (pion administracji) ma ważne znaczenie dla zrozumienia problemu wypalenia zawodowego ponieważ umożliwi poznanie czynników wpływających na rozwój i poziom stresu u pracowników. „(...) czynniki, mogące spowodować wypalenie u administratorów są różne od tych, które działają na personel mający bezpośredni kontakt z klientem” [1]. Warsztaty z zakresu wypalenia zawodowego mają na celu:

- umożliwienie indywidualnego rozpoznawania objawów wypalenia zawodowego,
- analiza wypalenia zawodowego w płaszczyźnie: osobistej, zawodowej, organizacyjnej,
- ułatwienie kontaktów interpersonalnych, usprawnienie umiejętności radzenia sobie ze stresem,
- uświadomienie sobie celów osobistych i zawodowych,
- ocenę swoich możliwości i kompetencji,
- ustalenie priorytetów.

Autorzy także proponują organizowanie prób wzajemnego wsparcia, w których organizowana forma wzajemnej pomocy opiera się na strategiach poznawczych, takich jak:

- prezentacje dokonywane przez uczestników,
- wykłady zaproszonych profesjonalistów,
- filmy i zalecane lektury na temat: wypalenia, zdrowia holistycznego, alienacji, izolacji, zasad organizacji i sztuki skutecznego zarządzania” [1].

Inną formą podejmowanych działań edukacyjnych na rzecz przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu będzie wykorzystywanie technik relaksacyjnych i aktywizujących, które istotnie mogą wpłynąć na poprawę tzw. higieny psychicznej. Należą do tej grupy: trening autogenny (forma treningu opierająca się na autorelaksacji), relaksację Jacobsona (opiera się na relaksacji mięśni, a co za tym idzie prowadzi do redukcji stresu poprzez naturalną naukę relaksacji układu mięśniowego, w której osoba doznaje pełnego naturalnego odprężenia), techniki oddechowe. Do technik aktywizujących zaliczymy tu podejmowanie aktywności fizycznej (ćwiczenia sportowe, spacer, jazda na rowerze, terapia tańcem).

Dobłą formą działań zapobiegających syndromowi wypalenia zawodowego, ale także i w czasie gdy ów wystąpi, będzie połączenie technik relaksacyjnych i muzykoterapii, które mają na celu: uczenie się odprężenia i służą zachowaniu i stymulowaniu duchowego zdrowia. Ćwiczenia relaksacyjne mają zastosowanie na kilku płaszczyznach: „fizjologiczna – wprowadza do odprężenia mięśni, kognitywna – „rozprawienie się” negatywnymi myślami wyuczenie pozytywnych samoinstrukcji np.: „jestem spokojny”, behawioralna – wyćwiczenie gry na rolę i zachowań w rzeczywistości.” [2]

Udział osób wypalonych zawodowo lub zagrożonych wypaleniem w muzykoterapii ma swoje znaczenie dla redukcji stresu zawodowego. Muzykorelaksacja opiera się na połączeniu ćwiczeń z zakresu muzykoterapii oraz technik relaksacyjnych z dobranymi odpowiednio utworami muzycznymi. Wyróżnia się wśród nich dwie grupy ćwiczeń: odciążająco-wyzwalające (cel: oczyszczanie umysłu) oraz odprężające (aktywizacja pacjenta). Działania podejmowane w muzykorelaksacji mają



ogólnie na celu: „uzyskanie i pacjenta stanu uspokojenia, wy-ciszenia emocjonalnego oraz równowagi psychicznej” [3].

Innymi formami, jakie mogą podejmować osoby, których może lub dotyka problem wypalenia zawodowego to:

- treningi kształtujące i poprawiające umiejętność komu-nikowania się,
- treningi asertywności,
- treningi kreatywnego rozwiązywania konfliktów,
- treningi rozwijające poczucie kreatywności.

Biorąc pod uwagę badania, które przeprowadziłem w pierw-szym półroczu bieżącego roku w jednym z łódzkich szpitali pragnę odnieść się do kilku faktów. Badaną grupę stanowiło 70 osób. Pielęgniarki podejmują działania przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu, do których przede wszystkim należy udział w doskonaleniu zawodowym. Jednakże w dużej części owo doskonalenie poświęcone jest w zakresie podnoszenia kwalifikacji, czy kompetencji zawodowych. Zapytany personel pielęgniarski w mniejszym stopniu postrzega u siebie efekty tych szkoleń/kursów w postaci: redukcji stresu, kształtowania umiejętności współpracy, kreatywnego rozwiązywania konfliktów, ogólnie mówiąc nabywaniu tak zwanych „kompetencji miękkich.” Receptą na przeciwdziałanie wypaleniu zawodowe-mu jest w opiniach badanych głównie: zmiana pracy, wzięcie urlopu, udział w grupie terapeutycznej. Na podstawie analizy wysuwa się wniosek: istnieje wśród badanych stosunkowo niska świadomość różnorodnych możliwości przeciwdziałaniu wy-paleniu zawodowemu bez potrzeby zmiany miejsca pracy, czy wzięcia urlopu. Być może na tę świadomość ma głównie wpływ różny stopień poczucia wartości u części badanych, skoro aż dla 70 proc. badanych podnoszenie kwalifikacji ma znaczenie właśnie poprzez wzrost poziomu odczuwania poczucia własnej wartości. Dla 97 proc. wartością podnoszenia kwalifikacji jest wzrost wiedzy zawodowej (merytorycznej).

Mogę pokusić się w tym miejscu o wyciągnięcie dodatko-wego wniosku, który brzmi: podnoszenie kwalifikacji wpły-wa zarówno na wzrost kompetencji zawodowych oraz wzrost poczucia własnej wartości.

Warto nad tym zastanowić się przez chwilę. Co jest lepsze wykształcona kadra, która posiada liczne kompetencje mery-toryczne, choć nie koniecznie potrafiąca komunikować się ze sobą, kreatywnie rozwiązywać konflikty wewnątrzorganiza-cyjne i interpersonalne? Czy może zespół aktywnych ludzi, między którymi panuje dobra atmosfera pracy, umiejętności komunikowania się, asertywności, tej nie tylko postrzeganej jako mówienie „nie”, ale takiej która potrafi mieć własne zdanie i jego bronić, szanując zdanie i opinie drugiej osoby. Mówi się potocznie, że skłóconą grupą lepiej manipulować. Jest w tym ziarno prawdy. Dlatego tak istotne jest, aby pielęgniarki na-bywały tzw. „kompetencji miękkich”, które są tak niezbędne w dzisiejszej rzeczywistości społeczno-zawodowej.

Maslach i Leiter stworzyli własny model, aby pokonać wypalenie zawodowe, który opierać się będzie o tzw. „niedo-pasowania”. Badacze widzą duży potencjał w osobie, którą do-tyka wypalenie zawodowe i proponują strategię opartą o sześć obszarów związanych z pracą. Według nich najpierw należy

zdefiniować problem, następnie ustalić cele, potem podjąć działania, na samym końcu zaś śledzić postępy. Każda z szczęś-ciu ścieżek (niedopasowań) opiera się na czterech zasadach: przewidywaniu oporu przed zmianami, zawieraniu sojuszy, ocenie ryzyka. Zalecają przy tym pozytywne myślenie.

Przykład: dla obszaru życia zawodowego: obciążenia pra-cą, problemem definiowanym będzie wyczerpanie. Jednym z celów będzie wypracowanie własnego tempa pracy i po-prawa witalności. Punkt docelowy, to rozpoczęcie programu ćwiczeń fizycznych. Do przykładowych działań wymienić można: identyfikację programów i ustalenie terminów regu-larnych ćwiczeń oraz wybór programu ćwiczeń. Podaje się czas realizacji np.: dwa tygodnie na poszczególne działania. Ocenia się postęp.

Maslach i Leiter swój program przeciwdziałaniu wypale-niu zawodowemu kierują do każdego pracownika. Stworzyli własny plan działań, które proponują osobom wypalonym za-wodowo. Program taki poprzedza szereg pytań skierowanych w formie testów i tabel, w których osoba chcąc pokonać wy-palenie zawodowe musi określić stopień swego niedopasowania we wszystkich sześciu obszarach: obciążenia pracą, kontrola, nagroda, społeczność, sprawiedliwość, wartości. W ten spo-sób powstaje profil osoby wypalanej zawodowo i wchodzi się na ścieżkę naprawczą, w której bardzo dużo zależy od osoby dotkniętej wypaleniem zawodowym. Autorzy uważają, że „największe wyzwania zawodowe łagodzą skutki wypalenie i powodują, że angażujemy się w pracę”. [4] Jednocześnie wymaga to nakładu czasu i zaangażowania osób trzecich, a więc współpracowników.

Istotą działań edukacyjnych przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowego jest podejmowanie aktywności. W stanie bier-ności pogłębia się wypalenie zawodowe i następuje dalsza fru-stracja i pogorszenie sytuacji osoby wypalanej zawodowo. Nie jest łatwo przekwalifikować się i zmienić zawód, ale można poprawić sytuację, w której poziom wypalenia zawodowego u pracownika zmieni swój kształt lub zniknie.

Strategie związane z edukacją to wszelkie działania, gdzie dochodzi także do zmiany myślenia z biernego na twórcze i kreatywne. Niewątpliwie duże zadania stoją także przed or-ganizacją (miejscem pracy) i tam również należy doszukiwać się przyczyn warunkujących wystąpienie tego zjawiska.

#### Literatura:

1. James R.K., Gilliland B.E., *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, Wyd. Parpa, Warsza-wa, 2006.
2. Teml H., *Relaks w nauczaniu*, WSiP, Warszawa, 1997.
3. Kronenberger M., *Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania muzykoterapii w profilaktyce stresu*, Wyd. Mediatour, Szczecin, [bez daty].
4. Maslach Ch., Leiter M.P., *Pokonać wypalenie zawodowe, Sześć strategii poprawienia relacji z pracą*, Wyd. Wolters Kluwer, Warsza-wa, 2010.

mgr Bartłomiej Morzyszek  
lic. pielęgniarstwa  
mgr pedagogiki, spec. trening rozwoju jednostki i grupy

## Pacjenci z chorobami skóry w praktyce zawodowej pielęgniarek

mgr DOROTA MARCHEWA

**S**kóra jest największym i jednym z najważniejszych orga-nów człowieka o wadze około 4 kg, powierzchni 2,5 m<sup>2</sup> i grubości od 0,5 do 5 mm.

Skóra pełni ważne funkcje dla całego organizmu, osłaniając narządy wewnętrzne przed wpływami środowiska zewnętrznego i utrzymując równowagę między ustrojem i otoczeniem. Ponadto odgrywa rolę [1, 3, 4, 7]:

- ochronną w stosunku do czynników mechanicznych, fi-zycznych (ciepło, zimno promieniowanie UV), chemicznych i biologicznych (bakterie, wirusy, grzyby)
- w regulacji cieplnej
- w czynności wydzielniczej i regulacji oddechowej
- w czynności resorpcyjnej (wchłanianie poprzez skórę)
- jako narząd czucia
- w metabolizmie białek, lipidów, węglowodanów, wita-min, itd.
- w procesach odpornościowych ustroju

Skóra zbudowana jest z trzech warstw: naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej. Poza tym zawiera przydatki (gruczoły łojowe i potowe, włosy, paznokcie), naczynia krwio-nośne, chłonne oraz zakończenia nerwowe.

Powierzchnia skóry pokryta jest płaszczem lipidowym.

Naskórek stanowi najbardziej zewnętrzną warstwę skóry o grubości od 0,05 mm na powiekach do 1,5 mm na dłoniach i stopach. Składa się z pięciu warstw: podstawnej, kolczystej, ziarnistej, jasnej, rogowej. Każda komórka naskórka zwana keratynocytom dojrzewając przechodzi od warstwy podstawnej zmieniając kształt i polaryzację aż do warstwy rogowej. Czas odnowy naskórka wynosi około 30 dni.

Struktura łącząca naskórek ze skórą właściwą, która utwo-rzona jest przez elementy pochodzenia naskórkowego i skórznego to granica skórno-naskórkowa.

Do uszkodzenia tej struktury dochodzi w wyniku:

- wrodzonych zaburzeń w jej budowie w skutek czego naj-częściej powstają zmiany pęcherzowe,
- procesu zapalnego, który doprowadza do niszczenia gra-nicy skórno-naskórkowej np. w liszaju płaskim, toczniu rumie-niowatym, opryszczkowym zapaleniu skóry,
- działania przeciwciał odkładających się na granicy skórno-naskórkowej w wielu chorobach autoimmunologicznych.

Skóra właściwa podzielona jest na dwie warstwy: brodawkow-atą i siateczkowatą, jej grubość wynosi od 0,3 do 3 mm. Naj-

grubsza jest na plecach. Głównymi składnikami skóry właściwej są kolagen oraz włókna elastyczne. Składniki te nadają skórze stabilność oraz chronią ją przed nadmiernym rozciąganiem. W skórze właściwej znajdują się mięśnie poprzecznie prążko-wane tworzące np. mięśnie mimiczne twarzy oraz mięśnie gładkie związane z torebką włosa.

Tkanka podskórna składa się ze zrazików tłuszczowych, która razem ze szkieletem chrzęstno-kostnym nadaje ona ze-wnętrzny kształt powłokom skórnym.

Naczynia krwionośne oraz limfatyczne przebiegają od tkanki podskórnej poprzez skórę właściwą do granicy skórno-naskórkowej, nie wnikać do naskórka.

Naczynia krwionośne przenoszą komórki zapalne mi-grujące do skóry w przebiegu chorób zapalnych. Z powodu zwiększonej przepuszczalności do skóry może przedostawać się płyn obrzękowy np. w pokrzywce lub wynaczynieniu mogą ulegać elementy morfotyczne krwi prowadząc do powstawania plamic. Same naczynia mogą podlegać zmianom zapalnym i zwyrodnieniowym.

Niewydolność naczyń żylnych zwłaszcza w obrębie kończyn dolnych może prowadzić do obrzęków następnie do zmian troficznych i owrzodzeń skóry.

Gruczoły łojowe są aktywne już w okresie życia płodowego (odpowiedzialne za produkcję mazi płodowej). Po tym okre-sie ich aktywność znacznie się zmniejsza i ponownie rośnie w okresie pokwitania. Powyżej 40 roku życia wydzielanie łoju zmniejsza się. Gruczoły łojowe produkują łoju, który stanowi mieszaninę lipidów. Pełni on funkcje natłuszczającą trzon włosa oraz chroni skórę przed utratą wody. Aktywność gru-czołów łojowych zależna jest od rytmu dobowego oraz stężeń hormonów płciowych (estrogeny zmniejszają, a androgeny zwiększają wydzielanie łoju).

Gruczoły potowe występują na skórze całego ciała. Naj-więcej znajduje się na: dłoniach stopach, w okolicach pach, czoła. Gruczoły te pełnią funkcję regulatora temperatury. Ak-tywność wydzielnicza zależy od temperatury (dotyczy twarzy i górnej części klatki piersiowej), pobudzenia emocjonalnego (pocenie się dłoni), bodźców smakowych (pocenie czoła, nosa oraz skóry wokół ust).

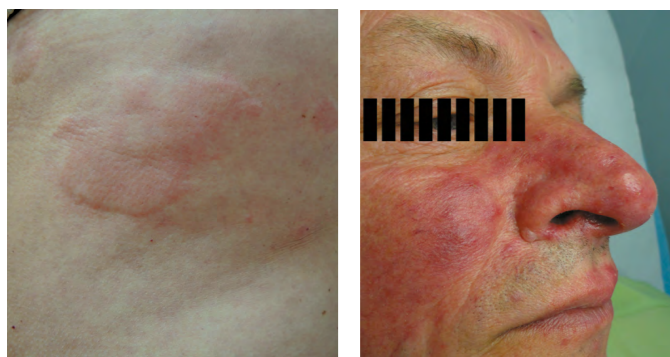
Włosy. Włos składa się z części wystającej ponad powierzch-nię skóry (łodygi) oraz korzenia umieszczonego w mieszkcu włosowym w skórze właściwej. Barwę włosom nadają me-



Łuszczyca



Atopowe zapalenie skóry



Pokrzywka

Trądzik różowaty

lanocyty. Włosy znajdują się w rozmaitych stadiach rozwoju (okres wzrostu włosa dotyczy przeważnie owłosionej skóry głowy i trwa około 4 lat).

Włókna mięśni gładkich przyczepione do mieszków włosowych kurcząc się regulują pochylenia włosa, powstaje wówczas tzw. gęsia skórka.

Paznokcie są strukturą złożoną w skład której wchodzi: macierz paznokcia, zrogowaciała płytki paznokciowa. Macierz jest miejscem wzrostu płytki paznokciowej. Wzrasta stale ze średnią prędkością 0,1 mm dziennie. Całkowity odrost płytki w obrębie dłoni wynosi 90–150 dni, w obrębie stóp rośnie 2–3 krotnie dłużej.

Pielęgniarka w swojej praktyce zawodowej spotyka się z licznymi zmianami na skórze pacjentów, które nazywane są wykwitami. Wykwity skórne dzielimy ze względów klinicznych na pierwotne i wtórne [1, 3, 11].

Do wykwitów pierwotnych zaliczane są:

**Plama** – wykwit leżący w poziomie skóry, niewyczuwalny dotykiem, różniący się od otaczającej skóry zabarwieniem. Plama może przybierać różne zabarwienie w zależności od przyczyny np. plama brązowa (piegi) spowodowana odkładaniem się barwnika, zaś jego niedobór lub całkowity brak powoduje powstawanie białych plam jak to ma miejsce w przypadku np. bielactwa, są to tzw. plamy barwnikowe. Ponadto wyróżniamy plamy naczyńciewe i złogowe.

**Bąbel pokrzywkowy** – wykwit wyniosły ponad powierzchnię skóry, barwy porcelanowo-białej lub różowej, dobrze odgraniczony, szybko powstający i szybko ustępujący, nie pozostawiający śladu. Wykwity mogą mieć charakter zlewny i utrzymywać się dłużej np. w obręku naczyńciewnym Quinckiego.

**Grudka** – wykwit wyniosły ponad powierzchnię skóry, różniący się od niej spoistością, wyraźnie odgraniczony, ustępujący bez pozostawienia blizny. Grudki mogą być: naskórkowe (np. brodawki), skórno-naskórkowe (łuszczyca, liszaj płaski) i skórne (kila II okresu).

**Guzek** – wykwit wyniosły ponad powierzchnię skóry, sięgający skóry właściwej, po ustąpieniu pozostawiający bliznę. Występuje w przewlekłych chorobach skóry np. gruźlicy, kile.

**Guz** – większy niż guzek (wielkości ziarna fasoli), zajmujący tkankę podskórną może mieć charakter zapalny lub nowotworowy.

**Pęcherzyk, pęcherz** – wykwity wyniosłe ponad powierzchnię skóry wypełnione płynem, po ustąpieniu nie pozostawiają blizny. Średnica pęcherzyka nie przekracza 0,5 cm, wykwit większy niż 0,5 cm to pęcherz.

**Krosta** – drobny i wyniosły wykwit wypełniony od początku treścią ropną. Zejściem krosty jest nadżerka i strup, a następnie przejściowe przebarwienie skóry.

**Cysta (torbiel)** – powstaje w wyniku otorbienia się treści płynnej w skórze właściwej.

Do wykwitów wtórnych należą:

**Nadżerka** – powierzchowny ubytek naskórka, który nie pozostawia blizny. Powstaje w wyniku pęknięcia pokrywy pęcherzyka, pęcherza lub krosty.

**Przeccos** – linijne otarcie powstające w wyniku drapania lub pod wpływem innych urazów mechanicznych w niezmiętej skórze.

**Pęknięcie i rozpadlina** – pęknięcie jest to linijny ubytek dotyczący naskórka i skóry właściwej. Powstaje w miejscach mało odpornych na rozciąganie np. na piętach, brodawkach sutkowych, w okolicach otworów naturalnych. Do występowania tych wykwitów predysponują: choroby przebiegające z nadmiernym rogowaceniem, zakażenia drożdżakowe, nadmierna suchość skóry, choroby zapalne. Rozpadlina różni się od pęknięcia głębszą penetracją. Zmiany mogą pozostawiać blizny.

**Łuska** – utworzona przez elementy zrogowaciałego naskórka, częściowo już oddzielone od naskórka. Powstaje jako zejście stanu zapalnego, nadmiernego rogowacenia bądź niepełnego, przyspieszonego rogowacenia np. w łuszczyce.

**Strup** – powstaje w wyniku zasychania na powierzchni skóry wydzieliny surowiczej, ropnej lub krwistej.

**Owrzodzenie** – ubytek skóry właściwej. Powstaje w wyniku rozpadu wykwitów pierwotnych guzków, guzów i krost, pod wpływem czynników chemicznych, fizycznych, mechanicznych lub w wyniku zmian naczyńciewnych.

**Blizna** – powstaje w wyniku wypełnienia ubytku skóry właściwej tkanką włóknistą. Wyróżniamy blizny przerostowe, zanikowe i bliznowce (keloidy).

W ciągu całego życia człowieka zmienia się struktura i wygląd skóry oraz jednostki chorobowe, które często są charakterystyczne dla określonego wieku [1].

Skóra noworodka czy niemowlęcia różni się od skóry dorosłego człowieka mniejszą ilością kolagenu i włókien elastycznych, mniejszym wydzielaniem potu i większym uwodnieniem. Najczęściej spotykane patologie to:

- zmiany wrodzone (naczyniaki, znamiona barwnikowe)
- choroby dziedziczne (genodermatozy – rybia łuska, pęcherzowe oddzielenie się naskórka)
- atopowe zapalenie skóry i nadmierna suchość
- potówki
- zakażenia skóry (brodawki wirusowe, mięczak zakaźny)

W okresie dojrzewania płciowego nasila się aktywność gruczołów łojowych co prowadzi do powstawania trądziku pospolitego. Problemy związane z nadprodukcją łoju często pojawiają się na twarzy i mogą być przyczyną nie tylko defektu kosmetycznego ale poważnych zaburzeń psychologicznych [12].

W wieku podeszłym dominują objawy ze zmianami zanikowymi skóry oraz zmniejszeniem aktywności gruczołów. Skóra osób starszych charakteryzuje się utratą elastyczności, zwiększoną ilością zmarszczek, spowolnieniem procesów regeneracyjnych, upośledzonym gojeniem się ran, pojawianiem się przebarwień w postaci plam, rozwojem zmian np. typu rogowacenia słonecznego – spowodowanym działaniem promieni UV szczególnie u osób predysponowanych z jasnymi fototypami skóry. Częstość występowania tych zmian wzrasta wraz z modą na opalanie się i starzeniem się populacji [8].

Choroby dotyczące skóry stanowią problem nie tylko dla pacjenta i jego rodziny, ale także dla pielęgniarek sprawujących nad nimi opiekę [3]. Pielęgniarki na większości od-

działów szpitalnych często muszą opiekować się pacjentami z chorobami skóry. Często jednak unikają kontaktu z takim chorym lub zabiegi wykonują z niechęcią. Wynika to głównie z brakiem odpowiedniej wiedzy co powoduje nieuzasadnione obawy o własne zdrowie. Pielęgniarka, która chce stać się profesjonalistą w zespole terapeutycznym musi posiadać wiedzę teoretyczną i praktyczne umiejętności do zajmowania się pacjentami z problemami skórnymi [10, 13].

Chorób skóry nie da się ukryć, często dotyczą miejsc odkrytych i są widoczne gołym okiem [6]. Pacjenci wstydzą się nawiązywać kontakty z innymi ludźmi są odrzucani, stygmatyzowani przez otoczenie. Nikt nie chce ich dotykać i oni sami nie dają się dotykać, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń depresyjnych, samotności i izolacji. Skóra pacjenta jest bardziej wrażliwa na bodźce, a objawy choroby może wywołać nawet słaby czynnik. Objawami chorób skóry są m.in. świąd, pieczenie prowadzące do nasilonego drapania. Skóra poprzez mocniejsze drapanie przebarwia się i ulega pogrubieniu co w konsekwencji prowadzi do pęknięć i bolesności. Stan zapalny powoduje u chorego rozdrażnienie i skłonność do zdenerwowania.[14] Choroby skóry mogą przebiegać w sposób przewlekły, trwające wiele miesięcy lub lat.

Wygląd skóry zależy w dużym stopniu od genów, stylu życia, diety, warunków środowiskowych ale jej stan jest uzależniony od szeroko pojętej pielęgnacji. W zachowaniu zdrowej skóry i zapobieganiu jej chorobom dużą rolę odgrywa odpowiednia higiena oraz nabycie przez pacjenta umiejętności dbania o własne zdrowie i jego zdolność do samoopieki nad której przestrzeganiem czuwają przede wszystkim pielęgniarki. Należy uświadamiać pacjenta, że powinien zadbać o siebie poprzez relaks i właściwy wypoczynek. Należy pamiętać o tym, że słońce, które szkodzi zdrowej skórze, w większości stanów zapalnych działa korzystnie oraz dodaje energii życia. Zadbanie o największy narząd człowieka pozwala na zapobieganie nie tylko jego starzeniu się, a przede wszystkim uniknąć wielu dolegliwości. Ważne jest by dostosować zasady pielęgnacji skóry do wieku. W inny sposób pielęgnujemy skórę dziecka, który uwarunkowany jest jej szczególną wrażliwością i odmiennością w stosunku do skóry dojrzałej [5, 7]. Skóra osoby starszej wymaga również właściwej delikatnej pielęgnacji podobnie jak u niemowląt i małych dzieci uwzględniając jednocześnie zmiany jakie zachodzą w organizmie. Pielęgnacja powinna być ostrożna ponieważ urazy skóry mogą prowadzić do nowych zmian skórnych.[9] Poprzez pielęgnację należy dążyć do wyeliminowania tak dokuczliwych objawów, jak: suchość skóry, świąd, pieczenie, łuszczenie czy nadmierne jej rogowacenie.

Literatura u Autorki

mgr Dorota Marchewa  
WSSz im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi, Oddział Dermatologii,  
Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Klinika Dermatologii,  
Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej UM

Tekst skonsultowano z prof. dr hab. n. med. A. Kaszuba  
(Kierownik Kliniki)

## Sprawozdanie z międzynarodowej konferencji naukowej „Beliańskie Dni Pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo bez granic”

W dniach 16–17 października 2014 r. na Słowacji odbyła się IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa pt. „Beliańskie Dni Pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo bez granic”. Miejszem obrad było Sanatorium Tatranská Kotlina położone w mieście Vysoké Tatry. Głównymi organizatorami konferencji byli Słowacka Izba Pielęgniarek i Położnych, Regionalna Izba Pielęgniarek i Położnych Vysoké Tatry, Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, Sanatorium Tatranská Kotlina, Wydział Nauk o Zdrowiu Katolickiego Uniwersytetu w Ružomberku, Słowacka Izba Ratowników Medycznych oraz Kolegium Politechniki Jihlava. W Komitecie naukowym znaleźli się m.in.: prof. Lukáš Kober, mgr Danka Halečková, mgr Ivana Harvanová, prof. Katarína Kovalčíková, mgr Wojciech Nyklewicz.

Uroczystą sesję inauguracyjną uświetnił wykład dr n. med. Grażyny Rogali-Pawelczyk, która zaprezentowała wykład pt.: „Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych w kreowaniu polityki zdrowotnej państwa”.

Tematyka konferencji obejmowała zagadnienia związane z agresją, komunikacją, higieną psychiczną oraz rolą pielęgniarki w opiece zdrowotnej. Uczestnicy konferencji mieli możliwość wysłuchania podczas trwania sesji tematycznych w ciągu 2 dni 34 referatów oraz 21 posterów w sesji plakatowej.

W trakcie konferencji referaty wygłosiło 17 prelegentów z Polski: A. Bińkowska („Problem agresji wobec pielęgniarek – analiza zjawiska”), J. Borgosz („Wpływ agresji pacjenta na zachowanie personelu izby przyjęć”), B. Guła („Problemy zdrowotne rodziców dzieci niepełnosprawnych – wstępne doniesienia”), D. Gutkowska („Poziom wiedzy pracowników wybranych zakładów pracy na temat raka jelita grubego”), B. Kupczak-Wiśniowska („Znaczenie higieny psychicznej w odniesieniu do trudnych sytuacji związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki”), M. Lewicka („Optymizm a operacje ginekologiczne”), B. Lubińska-Żądło („Agresja pacjentów a wypalenie zawodowe personelu medycznego”), R. Mroczkowska („Mobbing jako klęska profesjonalizmu zawodowego pielęgniarek i położnych w kontekście zasad etyki zawodowej”), W. Nyklewicz („Komunikacja

– spoiwo zespołu terapeutycznego”), B. Serzysko („Czynniki indywidualne i organizacyjne sprzyjające występowaniu mobbingu w podmiotach działalności leczniczej”), M. Śniegocka („Rola pielęgniarki oddziały intensywnej terapii w opiece nad dawcą narządów i jego rodziną”), S. Talaga („Cukrzyca typu 2 w podeszłym wieku”), T. Wadas („Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci”), K. Wawros („Zaburzenia niepożądane w pracy pielęgniarki anestezjologicznej na bloku operacyjnym-okolooperacyjna karta kontrolna”), M. Wojciechowska („Wpływ prawidłowej komunikacji na pracę w zespole terapeutycznym”).

We wspomnianym gronie prelegentów znalazły się przedstawicielki Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dr n. med. Monika Brucka-Stempkowska, która zaprezentowała prace pt.: 1. „Choroba Parkinsona, przyczyną izolacji społecznej – zakres i charakter pomocy pielęgniarskiej udzielanej rodzinie”, 2. „Dylematy etyczne, rola psychiki i statystyka w ogólnie pojętej niepłodności”, dr n. med. Anna Cisińska przedstawiła prace pt.: 1. „Choroby dzieci w świetle wyników badań lekarzy szkolnych w okresie II Rzeczypospolitej”, 2. „Rola pielęgniarki szkolnej w świetle obowiązujących przepisów”.

Konferencja była okazją nie tylko do zaprezentowania nowości w pielęgniarstwie, ale przede wszystkim wymianą myśli i doświadczeń słowackich, polskich i czeskich pielęgniarek. Należy ocenić wysoko inicjatywę organizatorów, którzy dołożyli wszelkich starań, aby przedsięwzięciu nadać odpowiednią rangę pod względem naukowym i merytorycznym.

dr n. med. Anna Cisińska  
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania  
w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



dr n. med. Anna Cisińska  
i dr n. med. Monika Brucka-Stempkowska  
z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego  
i Zarządzania w Pielęgniarstwie  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

## Z pracy Komisji Pielęgniarek Rodzinnych

W dniu 12 czerwca 2014 r. z inicjatywy Komisji Pielęgniarek Rodzinnych działającej przy ORPiP w Łodzi odbyła się konferencja pt. „Współczesne aspekty pielęgniarstwa POZ”. Celem konferencji było przedstawienie zmian zachodzących w pielęgniarstwie rodzinnym, zwrócenie uwagi na problemy pielęgniarek POZ oraz przedstawienie oczekiwań klientów/pacjentów wobec pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na terenie województwa łódzkiego, przez Komisję Pielęgniarek Rodzinnych. Konferencja ponadto stanowiła okazję do poszerzenia wiedzy z zakresu nowych możliwości pielęgnowania, a także dawała możliwość integracji środowiska pielęgniarek POZ.

Program konferencji zawierał różnorodną tematykę. W pierwszej kolejności mgr Barbara Mucha – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego – omówiła rolę i zadania pielęgniarki POZ, a także wskazała na problemy w ich codziennej pracy. Role i zadania położnej podstawowej opieki zdrowotnej przedstawiła mgr Bożena Pawłowska – wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi. Pani Agnieszka Guziak z ŁOW NFZ zwróciła uwagę na realizację świadczeń pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w świetle obowiązujących przepisów prawa. Natomiast Pan mecenas Maciej Jabłoński zaprezentował elementy prawa w praktyce pielęgniarskiej. Informacji na temat odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych udzielił natomiast przedstawiciel TU INTER Polska.

Edukacyjne treści poruszone zostały przez Panią dr n. med. Ewę Borowiak z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W swoim

wykładzie zwróciła uwagę na stan odżywiania osób w podeszłym wieku, stanowiący duże wyzwanie dla pielęgniarki rodzinnej. W konferencji uczestniczyli również przedstawiciele firm Convatec – Pani Paulina Lerka, Hartmann – Pan Rafał Wujcik i Mobilex – Pan Łukasz Sitarek, którzy dostarczyli informacji o nowoczesnym zaopatrywaniu ran przewlekłych, opatrunkach i sprzęcie ortopedycznym. Natomiast Pani Iwona Głowacka z Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych zreferowała temat: „Pielęgniarka rodzinna profesjonalnym wsparciem dla pacjentów niesamodzielnych i ich opiekunów”.

W czasie konferencji mgr Barbara Wiklak z UM w Łodzi, zrelacjonowała wyniki badań ankietowych na temat oczekiwań pacjentów wobec pielęgniarek rodzinnych. Dopelnieniem tego tematu był wykład Pana Artura Olsińskiego z ŁOW NFZ na temat: „Pielęgniarka i położna w oczach pacjentów”.

Wśród prelegentów znalazła się również mgr Anna Bartnicka z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, która przybliżyła procedurę „Niebieskiej Karty” oraz zajęła się zagadnieniem przemocy w rodzinie.

Serdeczne podziękowania kieruję do wszystkich prelegentów, sponsorów, Pani Agnieszki Kałużnej – przewodniczącej ORPiP, Pani Agnieszki Krzysztofik – pracownika biura Izby oraz koleżanek z Komisji Pielęgniarek Rodzinnych. Ich zaangażowanie i pomoc okazała się nieoceniona w zorganizowaniu konferencji. Mam również nadzieję, że program konferencji spełnił oczekiwania pielęgniarek POZ i wszystkich zaproszonych gości. Komisja Pielęgniarek Rodzinnych zwraca się z prośbą do pielęgniarek POZ o zgłaszanie swoich codziennych problemów w pracy i tematów do dalszych spotkań.

Teresa Kaźmierczak  
Przewodnicząca Komisji Pielęgniarek Rodzinnych

## Szkolenia w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki



Instytut „CZMP” w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w comiesięcznych, otwartych, wtorkowych szkoleniach w 2015 roku. Przedstawimy Państwu następujące zagadnienia:

- **13 stycznia** – „Postępowanie ze użytym sprzętem medycznym.” Omówienie procedur BHP.
- **3 lutego** – „Przygotowanie materiału do badań laboratoryjnych”
- **3 marca** – „Dieta w profilaktyce chorób cywilizacyjnych”
- **14 kwietnia** – „Stany zagrożenia życia”
- **2 czerwca** – „Zapobieganie zakażeniom szpitalnym, zasady utrzymania czystości w placówkach ochrony zdrowia” – szkolenie dla salowych i sanitariuszy szpitalnych
- **1 września** – „Nowe zalecenia w leczeniu pacjenta z cukrzycą”
- **6 października** – „Prawa pacjenta we współczesnej ochronie zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem prawa do informacji”
- **3 listopada** – „Praktyczne aspekty badań naukowych w pielęgniarstwie”
- **1 grudnia** – „Zakażenia przenoszone drogą krwi – bezpieczeństwo personelu”

Miejsce szkoleń: Instytut „CZMP”, Łódź ul. Rzgowska 281/289, aula pawilonu ginekologiczno-położniczego godz. 13.00–15.00. Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować telefonicznie (na dwa tygodnie przed wyznaczonym terminem szkolenia) pod numer 271-15-35 (sekretariat).

KOŁO EMERYTEK

## Pożegnanie lata w Górach Izerskich

ZDZISŁAWA KULESZA



Nasza trzydniowa wycieczka w dniach 20–22 września 2014 r. obejmuje zwiedzanie muzeum złota w Złotoryji, muzeum minerałów w Lwówku Śląskim i zamku Czochoa w Leśnej – to pierwszy dzień. W drugim dniu do Czech – Frydlant – zamek, Liberc – ratusz i wjazd kolejką na szczyt Jested a w Harrachov – uzdrowisko. Trzeci dzień – Świeradów Zdrój, Szklarska Poręba – wodospad Szklarka, Karpacz – Świątynia Wang, Bolków – ruiny zamku.

### Dzień pierwszy

Z Łodzi wyjeżdżamy o godzinie 7.00 w kierunku na Wrocław. Pogoda pochmurna, ale autostrada ładna. We Wrocławiu jedziemy przez wysoki most na Odrze, po lewej stadion sportowy. W Złotoryji idziemy pod pomnik Władysława Reymonta. Obok Baszta Kowalska, która jest pozostałością kamiennych obwarowań miasta od XIV do XIX wieku. Zwiedzamy kościół pw. NMP z XIII wieku – piękna ambona i ołtarz, złożone kolumny i obrazy. Pod obrazem Matki Boskiej Nieustającej Pomocy relikwia krwi Jana Pawła II. Obok studnia o głębokości 20 m – kościół był obronny. Zwiedzamy muzeum złota, przed budynkiem pomnik poszukiwacza złota. Na trzech piętrach zgromadzono bogate zbiory występujących w okolicy kwarców, jaspisów, agatów oraz elementy gotyckiego portalu i liczne zdjęcia, szkło i stroje.

Jedziemy do Lwówka Śląskiego – pośrodku rynku ratusz z XVI w. najpiękniejszy po wrocławskim na Śląsku. Wewnątrz piękne sklepienie sale i sień, bogate zbiory muzealne z dzieł miasta i historii górnictwa i piękne w kolorze i kształcie agaty, bursztyny i inne kamienie występujące w Sudetach i nie tylko. Jest również ekspozycja narzędzi tortur oraz 6-metrowy loch głodowy w wieży.

W Leśnej (4700 mieszkańców) zwiedzamy Zamek Czochoa, położony nad Jeziorem Leśniańskim na wysokim brzegu rzeki Kwisy. Powstał w 1241 roku jako warownia i siedziba wielu

książęcych rodów. Wiąza się z nim legendy i niewyjaśnione historie z okresu II wojny światowej (ukryty skarb). Oglądamy salę rycerską z biegnącym wokół balkonem rzeźbionym, oryginalne żyrandole, skóra łosia nad kominkiem. Biblioteka, łazienka (wyposażenie z XIX w. – wanna angielska i umywalki), sypialnia z baldachimem i łóżem z zapadnią w połowie. Kręcono tu filmy „Gdzie jest generał” czy „Tajemnica Twierdzy Szyfrów”. Mieści się w nim hotel i restauracja, w której dominuje dziczyzna i tradycyjna polska kuchnia.

Jedziemy do Czerniawy Świeradów do pensjonatu Alma na obiadokolację i zakwaterowanie.

### Dzień drugi

Śniadanie o godzinie 8.00 przy obfitym szwedzkim stole, a o godzinie 9.00 wyjazd do Czech do miasta Frydlant 11 km od Polski. Zwiedzamy zamek – pierwsza wzmianka w 1278 r. Polka Urszula – nasza przewodniczka – prowadzi nas na dziedzińcu wyłożony kamieniami, ściany zamku malowane postaciami i scenami (jeleni ucieka przed psami). Zwiedzamy kaplicę, salon muzyczny z klawikordem i lirą z XVIII wieku, pokój dla dzieci z grą triktak wyłożony tapetą ze scenami z dawnych lat. W korytarzu oglądamy portrety królów z naszym Michałem Korybut Wiśniowieckim a dalej pokoje – kąpielowy, jadalnię, buduar turecki, sypialnię i piękny salon kwiatowy (tapeta w róże, meble w stylu rococo). Niżej piętro

męskie z niedźwiedziem, który mieszkał w fosie, gabinet Franciszka, sypialnia, biblioteka i salon reprezentacyjny z herbami wszystkich rodów. Oglądamy jeszcze pomieszczenia jadalni, spiżarni i kuchni, gdzie błyszczą liczne naczynia miedziane. Zamek jest dostępny do zwiedzania od 1 kwietnia do 31 października i tylko z przewodnikiem. Odbywają się w nim również przyjęcia. O godzinie 12.00 zwiedzamy centrum miasta Frydlant, rynek z pomnikiem, fontannę i Dom Czarnej Damy wystawiony 3 m do przodu, ratusz i kościół. Jedziemy do Libertz – miasta pod górą Jested. Na rynku stoi ratusz (1893 r.)

wybudowany w stylu neorenesansu, fontanna Neptuna, ładna zabudowa kamienic, teatr z herbami miast. Jested – ośrodek sportów narciarskich i tras zjazdowych. Wjeżdżamy na górę, pogoda płata figle, góry w mgle jak mleko i nie możemy podziwiać krajobrazu. Schodzimy w dół do średniego postaju, gdzie przyjeżdża po nas autokar.

Harrachov położony w Karkonoszach 4 km od granicy Polski, to kurort narciarski – 8 skocznia ze szkołą skoczków i 7 km tras zjazdowych. W centrum pełno restauracji i barów. Wracamy do Almy na obiadokolację a po odpoczynku piecemy kielbasę nad ogniskiem i wracamy do jadalni na konsumpcję i oglądanie w telewizji meczu siatkówki naszej reprezentacji.

### Dzień trzeci

Po śniadaniu o godzinie 9.00 wyjeżdżamy do Czech na zakupy, by wydać pozostałe korony. Wracamy po godzinie do Świeradowa Zdroju, gdzie widać dużo kuracjuszy. Aleją kwiatową idziemy do Domu Zdrojowego – malownicza architektura budynku z 46-metrową wieżą z zegarem. Wewnątrz hala spacerowa (80 m) z drewna modrzewiowego z pijalnią wód mineralnych (szczawy radonowo-żelaziste) oraz sklepy z pamiątkami i biżuterią. W górę idziemy do kościoła.

O godzinie 11.45 wyjeżdżamy do Szklarskiej Poręby przez zakręt śmierci do centrum i wodospadu Szklarki, gdzie jest sporo turystów.

Jedziemy do Karpacza. Deszcz przestał padać i odsoniły się góry ze Śnieżką. Oglądamy Karpacz z okien – wille, hotel Gołębiewski, piękna panorama. Idziemy z postaju do góry do Świątyni Wang – drewnianego ewangelickiego kościoła z przełomu XII i XIII wieku. Z Norwegii zakupił go w XIX wieku król Prus Fryderyk Wilhelm IV. Dzięki staraniom hrabiny von Reden z Bukowca trafił w Karkonosze. Po rekonstrukcji i konserwacji 28 lipca 1844 r. odbyło się uroczyste poświęcenie. Obok plebania, cmentarz i epitafium hrabiny.

Jedziemy do Bolkowa. Jest godzina 16.00, świeci słońce, oglądamy z zewnątrz mury zamkowe, bo brama zamknięta.

Piękne krajobrazy Gór Izerskich, wiele historycznych miejsc i zabytków oraz bogactw tych terenów wzbogaciły nas. Było to piękne pożegnanie lata.

Serdeczne podziękowania dla Pani Profesor **Iwony Maroszyńskiej** oraz  
Pani Oddziałowej **Sylvii Kamińskiej-Tymińskiej**  
za zaangażowanie w modernizację Kliniki i stworzenie nowoczesnych warunków  
do opieki nad Małymi Pacjentami.

Personel Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt ICZMP



*Wspomnienia pozwalają na chwilę szczęścia, bo myśleć to znaczy wciąż pamiętać*

W dniu 12 września 2014 r. odeszła od nas po ciężkiej chorobie w wieku 61 lat

***śp. Alicja Rybak***

Była przykładem skromności i pracowitości.  
Przez wiele lat pracy zawodowej całym sercem oddana małemu pacjentowi.

żegnają Cię Koleżanki z Oddziału Otolaryngologii Dziecięcej  
Ośrodka Pediatrycznego im. J. Korczaka w Łodzi