

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

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

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (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

mgr Irena Król
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

mgr 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 22 48

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 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 – tel. 781 014 032
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062

Biblioteka OIPiP

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

Radca prawny

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 14.00 – 16.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

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

W NUMERZE:

OD REDAKCJI 2

SERWIS INFORMACYJNY 4

DZIAŁ PRAWNY 11

TEMAT MIESIĄCA 12

PRAKTYKA ZAWODOWA 15

**SZKOLENIA KURSY
KONFERENCJE** 21

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 25

PODZIĘKOWANIA 30

POŻEGNANIA 31

CHWILA RELAKSU 32

**NR 4/2012
BIULETYN**

Okręgowej
Izby
Pielęgniarek
i Położnych
w Łodzi

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42-633 22 48; 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 Krzysztofik
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, (42) 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Zadzwonily już dzwony, dzień nastal wesoly.
Pod swięconym pieczywem uginają się stoly.
Leży jajko swięcone malowane farbami –
kto też dzisiaj tym jajkiem będzie dzielił się z nami?
A więc ojciec i matka – oni pierwsi najpewniej,
potem bracia i siostry, i sąsiedzi i krewni,
Potem ... nie wiem kto dalej, a odgadnąć to sztuka
może jakiś gość z drogi do drzwi chaty zapuka.
Może dziadzius zgrzybiały, co się modli w kościele?
To się także tym jajkiem z biednym dziadkiem podzielię.

Maria Konopnička

Z okazji zbliżających się Świąt składam wiosenne życzenia, aby w czas Święta Wielkiej Nocy w Waszych sercach, rodzinach i domach zagościła radość, spokój i wielka nadzieja odradzającego się życia.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Rzecznika, Okręgowego Sądu oraz Okręgowej Komisji Rewizyjnej życzę

Przewodnicząca ORPiP
mgr Agnieszka Kałużna

Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich

Zmartwychwstała Miłość

Radosna wieść o zmartwychwstaniu Chrystusa znaczy to samo co stwierdzenie, że zmartwychwstała Jego miłość. Ta konkretna miłość wyrażająca się w gestach ludzkiej wrażliwości Jezusa w łamaniu chleba, w pocieszaniu płaczących, w uzdrawianiu chorych.

Jezus przez całe lata ziemskiego życia w sposób konkretny, czuły wręcz wzruszający kochał ludzi.

I choć zło uderzyło w Niego z całym impetem nienawiści, choć chciano zmiażdżyć go cierpieniem i śmiercią

On zmartwychwstał

Zmartwychwstała miłość

Składając sobie życzenia świąteczne niech w naszych słowach, gestach a przede wszystkim w sercach będzie obecna ta zmartwychwstała miłość. Tego życzy Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich Oddział Wojewódzki w Łodzi z Asystentem Kościelnym - ks. Pawłem Sudowskim

„...Tylko życie poświęcone innym jest warte przeżycia...”

Albert Einstein

Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy

Rozpoczęła się wiosna, każdy z nas szuka w niej nowego budzącego się życia w przyrodzie, nowej nadziei i radości. Niezależnie, jakie mamy na nią spojrzenie i jaka jest nasza wrażliwość każdy potrzebuje przebudzenia i radości dnia codziennego. Tak jest i w życiu każdego z nas, wszyscy mamy kiedyś swoją wiosnę, swój czas na przebudzenie i rozpoczęcie nowego etapu życiowego.

Kiedy szanowne gremium Okręgowej Rady wybrało mnie do pełnienia funkcji redaktora naczelnego naszego samorządowego Biuletynu stwierdziłam, że przyszedł czas na moją wiosnę, na mój nowy etap w życiu zawodowym i społecznym. Nie omieszkam zaznaczyć, że jest to dla mnie ogromne wyzwanie, i że pojawiają się pytania, czy sprostam Państwa oczekiwaniom.

Wykonuję zawód pielęgniarki od ponad 20 lat. Moja praca zawodowa wiąże się z pracą w oddziale szpitalnym i pracą przy łóżku pacjenta. Z powołania jestem społecznikiem. Na bieżąco śledzę problemy i bolączki naszych zawodów i choć jestem pielęgniarką, to zawód położnej jest mi również bardzo bliski.

Biuletyn, wydawany przez naszą Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych jest czasopismem informacyjno - edukacyjnym. Ma zawierać informacje dotyczące pracy naszej Łódzkiej Izby, omawiać sprawy dotyczące



wykonywania zawodów, odpowiedzialności zawodowej, warunków pracy oraz materiały prasowe o charakterze naukowo - dydaktycznym. Mam nowe pomysły na nasze czasopismo samorządowe i liczę, że będzie się ono rozwijać, a z każdym nowym numerem będzie lepsze.

Podsumowując chciałabym jednocześnie zaprosić Państwa do współpracy. Jestem osobą otwartą i chętnie wysłucham wszystkich sugestii i uwag, każda uwaga czy opinia, nawet mało pochlebna jest skarbnicą wiedzy i wyznacza kierunek pracy każdego człowieka. Zachęcam Szanownych Czytelników do publikowania artykułów nie tylko o charakterze naukowo - dydaktycznym, ale i własnych spostrzeżeń i przemyśleń dotyczących naszych zawodów pielęgniarki i położnej.

Chciałabym jednocześnie podziękować mojej poprzedniczce - Pani mgr Marii Kowalskiej - za wiele lat pracy poświęconej redagowaniu Biuletynu, za merytoryczną i fachową wiedzę przekazywaną na łamach czasopisma, a osobiście za cenne wskazówki i uwagi jakie otrzymałam, życząc wszelkiej pomyślności i radości dnia codziennego.

mgr Joanna Gąsiorowska
Redaktor Naczelny Biuletynu

ZASADY PUBLIKACJI ARTYKUŁÓW NA ŁAMACH BIULETYNU OIPIP W ŁODZI

Zapraszamy Szanownych Czytelników do publikacji w naszym samorządowym Biuletynie.

Wg linii programowej nasze czasopismo ma charakter informacyjno - edukacyjny. Ma zawierać informacje dotyczące pracy naszej Łódzkiej Izby, omawiać sprawy dotyczące wykonywania zawodów, odpowiedzialności zawodowej, warunków pracy oraz materiały prasowe o charakterze edukacyjno - dydaktycznym. Chcielibyśmy publikować również Państwa spostrzeżenia i dyskusje dotyczące problemów ważnych dla naszego środowiska pielęgniarek i położnych.

Prace nasyłane powinny być pracami oryginalnymi, nie publikowanymi i nie oczekującymi na publikację w innych wydawnictwach. W przypadku powtórnego druku prosimy o podanie bibliograficznej informacji o pierwszej publikacji. Przypominamy również o zachowaniu zasad prawa autorskiego.

Zapraszamy do współpracy.

Redakcja

Zasady publikacji w Biuletynie

Przesyłając prace prosimy autorów o przestrzeganie poniższych wymogów:

1. Objętość pracy nie powinna przekraczać 5 stron wraz z rysunkami, tabelami, piśmiennictwem i streszczeniami. W uzasadnionych przypadkach, prace obszernie będą umieszczane w odcinkach.
2. Na pierwszej stronie winno znajdować się pełne imię i nazwisko autora, zawierać informacje o tytule lub stopniu naukowym, miejscu zatrudnienia, tytuł pracy.
3. Autorzy mogą podpisywać swoje publikacje pseudonimem a swoje dane podawać tylko do wiadomości redakcji.
4. Wszelkie wyrazy w tekście wymagające podkreślenia graficznego należy wytłuszczyć.
5. Prace naukowo - badawcze powinny składać się z następujących części: streszczenie nie dłuższe niż 20 wierszy, wstęp, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski.
6. **Informacje lub sprawozdania z konferencji, szkoleń powinny zawierać m. in. następujące dane: temat, datę, miejsce, nazwę organizatora konferencji, ogólne informacje o programie, ważniejsze tematy, wystąpienia, ocenę i podsumowanie przebiegu.**
7. Cytowany tekst z wykorzystywanego piśmiennictwa oznaczamy kolejnymi numerami. Piśmiennictwo powinno być podane na końcu artykułu w kolejności przywoływania.
8. Dla ułatwienia kontaktu prosimy o podanie aktualnego adresu, nr telefonu, adresu e-mail.
9. Do przesłanego tekstu prosimy dołączyć informacje: „Autor prezentowanego artykułu zapewnia, że przesłany tekst jest pracą oryginalną i nie został on opublikowany oraz nie oczekuje publikacji w żadnym innym czasopiśmie”.
10. **Tekst prosimy przysyłać na adres:**
- Biuletyn OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź,
- pocztą elektroniczną w formie załącznika (Word) na adres: biuletyn@oiipp.lodz.pl,
- doniesie osobiście – dyżur Redaktora Naczelnego odbywa się we wtorki w godz. 16.00-18.00 w siedzibie OIPIP ul. Piotrkowska 17, pok. 307.
11. Redakcja zastrzega sobie prawo do poprawek stylistycznych i nazewnictwa oraz do dokonywania koniecznych z przyczyn technicznych skrótów bez porozumienia z autorem. Wszystkie istotne merytorycznie poprawki będą z autorami konsultowane.
12. Nie zwracamy przysłanych do redakcji artykułów.
13. Publikacje, artykuły, podziękowania, kondolencje należy dostarczać do Redakcji do **10 dnia każdego miesiąca.**

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas III posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 29 lutego 2012 r.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek - 1 pielęgniarki.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych - 1 położnej.
- Przyjęto 1 oświadczenie o powrocie do zawodu oraz dokonano wymiany 2 zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki - 2 pielęgniarkom.
- Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi - 5 pielęgniarek.
- Przyjęto 1 oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarskiego - 1 pielęgniarskiego.
- Stwierdzono wygaśnięcie ograniczonego prawa wykonywania zawodu oraz wykreślono z rejestru położnych OIPiP w Łodzi - 1 położną.
- Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi - 2 praktyki pielęgniarskie.
- Dokonano zmiany we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi - 1 praktyce pielęgniarskiej.
- Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - √ kursie specjalistycznym - 1 osobie,
 - √ kursie kwalifikacyjnym - 7 osobom.
- Przyznano 11 zapomóg losowych, w wysokości: 1x3000 zł, 3x2500 zł, 3x2000 zł, 2x1500 zł i 2x700 zł.
- Przyznano 2 autorom honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie Nr 2/2012.
- Zatwierdzono pełnomocników w dwóch rejonach wyborczych/zakładach.
- Zatwierdzono koszty udziału trzech członków Komisji położnych OIPiP w VI Ogólnopolskim Zjeździe Położniczo - Neonatologiczno - Pediatrycznym w Mielnie - Unieściu, w terminie 20-23.04.2012 r.

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas V posiedzenia ORPiP w dniu 13 marca 2012 r.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarek - 3 pielęgniarkom.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej - 1 położnej.
- Skreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi - 1 pielęgniarkę.
- Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu położnej - 1 położnej.
- Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi - 2 praktyki pielęgniarskie i 1 praktyka położnej.
- Dokonano wpisu i zmiany wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych - wpis: szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie *Pielęgniarstwa chirurgicznego* i zmiana we wpisie: kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie *Pielęgniarstwa kardiologicznego* - zmiana miejsca prowadzenia zajęć stażowych.
- Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w kursach kwalifikacyjnych - 41 osobom.
- Zatwierdzono:
 - regulamin udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP w Łodzi - tekst regulaminu zostanie opublikowany w Biuletynie OIPiP Nr 5/2012 i zamieszczony na stronie internetowej: www.oipp.lodz.pl,
 - składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i komisji egzaminacyjnych, kadre dydaktyczną dla kursu specjalistycznego w zakresie *Wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07)*, program dla pielęgniarek i położnych, organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi w SP ZOZ w Wieluniu.
 - Powołano przewodniczącą *Komisji kształcenia, promocji i rozwoju zawodu* przy OIPiP w Łodzi na okres VI kadencji.
 - Przyjęto plany działania komisji problemowych OIPiP w Łodzi w 2012 roku.
 - Wyłoniono kandydaturę pielęgniarki do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa onkologicznego, celem powołania przez Wojewodę Łódzkiego.
 - Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do 2 składów osobowych komisji egzaminacyjnych: kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego.
 - Wytypowano przedstawiciela ORPiP do Rady Społecznej Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi.
 - Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 2 ordynatorów oddziału i 1 dyrektora ds. lecznictwa.

Sprawozdanie z XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 2 marca 2012 r.

W dniu 2 marca 2012 r. w sali obrad Urzędu Miasta Łodzi odbył się XXVIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi - pierwszy zjazd w nowej VI kadencji.

W obradach Zjazdu uczestniczyło 136 delegatów, spośród 175 uprawnionych tj. 77,7 % ogółu.

Otwarcia XXVIII Zjazdu dokonała p. Agnieszka Kałużna - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. W swoim wystąpieniu przedstawiła m. in. sprawozdanie z działalności ORPiP w Łodzi i komisji problemowych w okresie VI kadencji.

Obradom Zjazdu przewodniczyły Panie: Maria Cianciara, Bożena Pawłowska i Dorota Rybińska.

Głównym celem Zjazdu było przyjęcie: sprawozdania z wykonania budżetu za rok 2011, planu budżetu na rok 2012 i prowidorium na I kwartał 2013 r., sprawozdań z pracy organów Izby za okres X. 2011 r. – XII. 2011 r. oraz uchwalenie regulaminów organów: ORPiP, OKR, OSPiP, ORzOZ oraz Okręgowego Zjazdu, zgodnie z obowiązującymi ustawami.

W obradach Zjazdu uczestniczyli zaproszeni goście m.in.: p. Jarosław Sobieszek - Z-ca Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi, p. Krzysztof Piątkowski – Wiceprezydent Miasta Łodzi, p. Jacek Pypeć - Wiceprzewodniczący ORL w Łodzi, p. Zbigniew Tokarski Prodziekan ds. ogólnych kierunku pielęgniarstwo AHE w Łodzi, p. Dorota Kilańska – Prezes Zarządu Głównego PTP w Warszawie i p. Janina Żurawska - Przewodnicząca Oddziału PTP w Łodzi, Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa: p. Ewa Sychniak-Kozłowska - ogólnego, p. Bogusława Rudnicka – ginekologicznego i położniczego, p. Barbara Mucha – rodzinnego, p. Maria Cianciara – epidemiologicznego i p. Bożena Stępień – psychiatrycznego.

Ze względu na nieobecność spowodowaną innymi pilnymi zobowiązaniami p. Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP, odczytała list p. Grażyny Rogali-Pawelczyk – Prezes NRPiP skierowany do Delegatów Zjazdu reprezentujących środowisko pielęgniarek i położnych przedstawiający m.in. kierunki działań samorządu w tej kadencji, określenia miejsca i roli pielęgniarki, położnej w nowym systemie ochrony zdrowia, określenie kompetencji, wskazanie stanowisk pracy, które powinny być tylko w gestii pielęgniarki lub położnej, określenie obszaru POZ samodzielności i miejsca w systemie oraz zasad procedury kontraktowania świadczeń zdrowotnych, uporządkowania systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego poprzez stworzenie właściwych warunków pracy i płacy. Delegaci obecni na Zjeździe poruszyli także problemy dotyczące pracy pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi, m. in. roli kadry kierowniczej w zakładach ochrony zdrowia, zasad kontraktowania przez ŁOW NFZ świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne, nie przestrzegania norm zatrudnienia przez dyrektorów placówek opieki zdrowotnej, zapewnienia bezpiecznych warunków wykonywania naszych zawodów oraz pozostałe ujęte w przyjętych oświadczeniach, apelach i rezolucji.

Delegaci zapoznali się z ofertą firmy NZOZ ORTHO-MEDIC oferującą sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny oraz środki pomocnicze używane w opiece nad pacjentami.

Składam serdeczne podziękowania za aktywną pracę podczas obrad Zjazdu członkom: Komisji Mandatowej, Uchwał i Wniosków, Sekretarzom, Protokolantom, Asesorom oraz organizatorom Zjazdu.

Teksty przyjętych podczas obrad Zjazdu oświadczeń, apeli i rezolucji zamieszczamy poniżej.

OŚWIADCZENIE

Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Klubów Parlamentarnych

w sprawie zmian dotyczących podwyższenia wieku emerytalnego do 67 roku życia

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi stanowczo sprzeciwiają się wydłużeniu wieku emerytalnego do 67 roku życia.

Uzasadnienie

Planowane przez Rząd zmiany w zakresie podwyższenia granicy wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn są w ocenie Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zmianami nie możliwymi do zaakceptowania. Powyżej 60 roku życia znacznemu obniżeniu ulega zarówno sprawność fizyczna, jak i psychiczna człowieka.

Wykonujący zawody pielęgniarki i położnej nie będą w wieku 67 lat realizować swoich obowiązków z należytą starannością. Powyższe okoliczności rodzą poważne ryzyko dla życia i zdrowia pacjentów.

OŚWIADCZENIE

Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Klubów Parlamentarnych

w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami

Delegaci XXVIII OZPiP w Łodzi wyrażają stanowczy sprzeciw wobec zapisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.

Uzasadnienie

Wprowadzone ww. rozporządzeniem zmiany w zakresie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami podważają zasady samorządności zawodowej pielęgniarek i położnych. W myśl nowych przepisów wybór kandydata na stanowisko kierownicze powierzony zostaje de facto kierownictwu podmiotu leczniczego, zaś samo postępowanie konkursowe ma charakter fikcyjny i pozbawiony sensu.

Delegaci XXVIII OZPiP w Łodzi wyrażają głęboki niepokój działaniami Ministra Zdrowia, który ww. zmiany wprowadził arbitralnie wbrew zapewnieniom złożonym przedstawicielom środowiska pielęgniarek i położnych w trakcie VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych. W ocenie Delegatów XXVIII OZPiP w Łodzi działanie Ministra Zdrowia stanowi przejaw lekceważenia nie tylko obowiązującego trybu legislacyjnego, lecz przede wszystkim środowiska pielęgniarek i położnych.

APEL

Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Klubów Parlamentarnych, Komisji Trójstronnej.

w sprawie równego traktowania pracowników medycznych w zakresie ustalania szkodliwych warunków pracy

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi żądają zmiany dotychczas obowiązującej ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (*Dz. U. Nr 237 poz. 1656*) w zakresie wykazu prac o szczególnym charakterze oraz ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze, jak również natychmiastowej zmiany sposobu realizacji ustawowego obowiązku umieszczania prac wykonywanych przez pielęgniarki i położne w wykazie prac o szczególnym charakterze i ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze.

Uzasadnienie

W obecnym stanie prawnym o umieszczeniu pracy wykonywanej przez pielęgniarki i położne w wykazie prac o szczególnym charakterze, a co za tym idzie w ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze decydują jednoosobowo dyrektorzy placówek medycznych.

W tym zakresie dochodzi do nadużyć i dyskryminacji grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. W szczególności nie są jednakowo traktowani lekarz oraz pielęgniarka/położna wykonujący czynności w tym samym pomieszczeniu, jednakowych warunkach i okolicznościach.

Ustawowe określenie „Prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych, dyscyplin zabiegowych i anestezjologii” nie różnicuje stanowiska lekarza i pielęgniarki lub położnej. Pomimo tego pracodawca bez podstawy prawnej kształtuje odmiennie sytuację pielęgniarki, położnej i lekarza. Aktualnie w wykazie zatrudnionych na stanowiskach o szczególnym charakterze w zakładach pracy umieszczani są wyłącznie lekarze, podczas gdy pielęgniarki i położne są bezzasadnie pomijane.

Wobec tego Delegaci XXVIII OZPiP w Łodzi żądają natychmiastowego uregulowania przedmiotowego problemu w sposób gwarantujący przestrzeganie konstytucyjnej zasady równości, nie dyskryminujący środowiska pielęgniarek i położnych oraz umożliwiającą sprawowanie kontroli w tym zakresie.

APEL
Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Ministra Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**w sprawie ujednoczenia dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej we wszystkich placówkach
wykonujących świadczenia medyczne na obszarze całego kraju**

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ponownie apelują o ujednoczenie dokumentacji pielęgniarskiej/ położniczej we wszystkich placówkach szpitalnych i lecznictwie otwartym poprzez wprowadzenie jednolitego wzoru niniejszej dokumentacji.

Uzasadnienie

Pomimo kierowanych wielokrotnie w tym zakresie apeli nadal mamy do czynienia z funkcjonowaniem wielu wzorów dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej, co stanowi istotne utrudnienie w tym przedmiocie.

Przygotowanie projektu jednolitej dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej w skali całego kraju sprawi, że dokumentacja będzie miała przejrzysty charakter, co usprawni pracę pielęgniarek i położnych.

Wobec powyższego Delegaci XXVIII OZPiP w Łodzi ponownie postulują o wprowadzenie regulacji umożliwiających wdrożenie tegoż projektu. Proponujemy, aby wzór dokumentacji medycznej stanowił załącznik do rozporządzenia w tym przedmiocie.

APEL
Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Ministra Zdrowia, Dyrektorów Podmiotów Leczniczych, Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej

**w sprawie umożliwienia pielęgniarkom i położnym realizacji podejmowania ustawowego obowiązku stałego
aktualizowania wiedzy i umiejętności w formie kształcenia podyplomowego**

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o umożliwienie pielęgniarkom i położnym podnoszenia kwalifikacji, stałego podnoszenia wiedzy i umiejętności poprzez kierowanie pielęgniarek i położnych szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne w ramach urlopu szkoleniowego.

Uzasadnienie

W wielu placówkach medycznych dyrektorzy nadal nie kierują pielęgniarek i położnych na różne formy kształcenia podyplomowego. W konsekwencji pielęgniarki położne podnoszą kwalifikacje w swoim wolnym czasie, co powoduje zmęczenie i obniżenie jakości opieki nad pacjentami.

Delegaci XXVIII OZPiP w Łodzi apelują o bezwzględne zaniechanie tych praktyk.

APEL
Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Ministra Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Organów Założycielskich Zakładów

w sprawie przestrzegania obowiązujących norm w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ponownie apelują o przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie ustalania minimalnych przepisów zatrudniania pielęgniarek i położnych.

Uzasadnienie

Pomimo wielokrotnych apeli sytuacja związana z normami zatrudniania pielęgniarek i położnych pozostaje niepokojąca. Nadal w sposób rażący normy te są naruszane, powodując ryzyko zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów, jak również niebezpieczeństwo narażenia się przez pielęgniarki i położne na odpowiedzialność zawodową.

APEL
Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Wojewody Łódzkiego, Prezydenta Miasta Łodzi, Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Klubów Parlamentarnych

w sprawie poprawy dostępu do opieki pielęgniarskiej osób najciężiej chorych i niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej oraz dostosowania przepisów prawa poprzez zapewnienie pielęgniarkom tam pracującym jasnych warunków pracy, uwzględniających specyfikę tego miejsca pracy

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o poprawę dostępu do opieki pielęgniarskiej osób najciężiej chorych i niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej oraz dostosowanie przepisów prawa poprzez zapewnienie pielęgniarkom tam pracującym jasnych warunków pracy, uwzględniających specyfikę tego miejsca pracy.

Uzasadnienie

W chwili obecnej jako jedyne kryterium decydującym o objęciu pielęgniarską opieką długoterminową pacjenta przebywającego w domu pomocy społecznej jest ilość uzyskanych przez niego punktów w tzw. skali Barthel.

Wobec faktu, że większość pacjentów przebywających w DPS nieznacznie przekracza liczbę 40 punktów w skali Barthel, nie można objąć ich długoterminową opieką pielęgniarską. W chwili obecnej mamy do czynienia ze zrównaniem warunków świadczenia usług z zakresu opieki długoterminowej w środowisku domowym i domu pomocy społecznej, co wskazuje, że autorzy stosownych przepisów nie mieli rozeznania w rzeczywistej sytuacji zdrowotnej mieszkańców takich placówek. Stan ten wymaga zatem natychmiastowej zmiany, albowiem opieka długoterminowa nad pacjentami w domach pomocy społecznej wymaga stałego udziału personelu pielęgniarskiego.

Delegaci XXVIII OZPiP w Łodzi postulują o niezwłoczne dostosowanie obowiązujących przepisów prawa poprzez wyodrębnienia świadczeń w DPS jako odrębnego produktu określającego specyfikę tej opieki oraz ustanowienia rzeczywistych kryteriów, w tym określenia procedur wykonywania świadczeń medycznych w DPS z uwzględnieniem specyfiki tej opieki oraz sprawiedliwego wynagradzania pielęgniarek tam pracujących.

APEL
Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Premiera RP, Ministra Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

w sprawie umieszczenia w wykazie dziedzin pielęgniarstwa, w których może być prowadzone szkolenie specjalizacyjne i kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o umieszczenie w wykazie dziedzin pielęgniarstwa, w których mogą być prowadzone szkolenia specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją” i kursy kwalifikacyjne w dziedzinie Pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Uzasadnienie

W konsultowanym projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne pominięto Pielęgniarstwo opieki paliatywnej.

Pozbawienie naszego środowiska możliwości kształcenia w tej dziedzinie pielęgniarstwa negatywnie wpłynie na rozwój pielęgniarstwa, rozwój samodzielności zawodowej oraz poprawę jakości życia pacjentów objętych opieką hospicyjno-paliatywną.

W chwili obecnej w Polsce, rocznie umiera około 300 tys. osób, z czego na choroby nowotworowe umiera ok. 90 tys. ludzi. Choroby nowotworowe stanowią niemal 1/3 przyczyn śmierci. Opieką paliatywną obejmowani są głównie pacjenci z chorobą nowotworową i nie jest ona dostępna dla wszystkich pacjentów.

Powodem tego stanu jest nie tylko brak funduszy, ale również brak dobrze przygotowanych do sprawowania opieki pielęgniarek i pielęgniarzy. Samodzielność pracy pielęgniarek opieki paliatywnej wymaga od nich dużej wiedzy i umiejętności, którą do tej pory mogły zdobywać na kursach kwalifikacyjnych oraz kursach specjalizacyjnych.

Brak kształcenia pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej ograniczy samodzielność, profesjonalizm oraz zaburzy i obniży jakość życia pacjentów w schyłkowym okresie życia.

Z tego też powodu Delegaci XXVIII OZPiP w Łodzi mając na uwadze rozwój zawodowy pielęgniarek w Polsce oraz bezpieczeństwo pacjentów i ich rodzin apelują o umieszczenie w rozporządzeniu w wykazie dziedzin Pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

REZOLUCJA
Delegatów XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 2 marca 2012 r.

Do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej
pielęgniarek i położnych prowadzących działalność gospodarczą**

Delegaci XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wnoszą o zmianę Uchwały Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej - § 2 ust.1 pkt 3, tj. zmianę z 1 % na 0,5 % wysokości składki członkowskiej dla pielęgniarek i położnych prowadzących działalność gospodarczą.

Uzasadnienie

Prowadzenie indywidualnej praktyki pielęgniarstwiej/położniczej bądź grupowej praktyki pielęgniarstwiej/położniczej na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia kształtuje się na poziomie, na etat przeliczeniowy od 3 600 zł do 4 500 zł. Kwota ta przeznaczona jest na prowadzenie praktyki w zakresie utrzymania gabinetu, wyposażenia, zabezpieczenia w materiały i sprzęt medyczny, opłatę ZUS itp. Utrzymanie miesięcznej składki członkowskiej na rok 2012 na poziomie 37,70 zł jest niesprawiedliwe i nieadekwatne do faktycznych uzyskanych dochodów za pracę pielęgniarek.

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Lp.	Temat	Data	Miejsce	Imię i nazwisko członka ORPiP
1.	Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014 m.in: - bardzo dużo podmiotów przedstawiło niepełne oferty - brak specjalistów, - na 20 rejonów Ratownictwa Medycznego w 9 konkurs wygrała firma Falck, - dyrektor ŁOW NFZ podkreślał, że kontrakty dostaną najlepsi, w przypadku gdy pojawia się nowy świadczeniodawca pula pieniędzy nie zwiększa się ale ktoś może stracić dotychczasowy kontrakt, szczególnie w rehabilitacji pojawili się nowi świadczeniodawcy, którzy mają bardzo dobrą ofertę, - w przypadku SOR i braków w ofercie będzie podpisana umowa na izbę przyjęć, - w styczniu będą kontraktowane umowy dotyczące hospitalizacji.	05.12.2011 12.12.2011	Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ	Bożena Pawłowska
2.	Konferencja prasowa dotycząca Łódzkiego Porozumienia Samorządów Zaufania Publicznego, które wyraziło stanowczy protest wobec zapowiadanej przez premiera tzw. deregulacji zawodów zaufania publicznego.	14.12.2011		Ewa Jóźwiak
3.	Zasady współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a organami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych ze szczególnym uwzględnieniem spraw związanych z dotacjami na mocy nowych uregulowań prawnych oraz działania. Departamentu Pielęgniarek i Położnych o charakterze legislacyjnym wynikające z ustaw o samorządzie pielęgniarek i położnych, zawodach pielęgniarek i położnych oraz z ustawy o działalności leczniczej.	16.12.2011	Ministerstwo Zdrowia Warszawa	Agnieszka Kałużna, Maria Cianciara
4.	Sytuacja zawodowa pielęgniarek w Centrum Opiekuńczo – Rehabilitacyjnym w Łodzi.	29.12.2011	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, W Łodzi	Agnieszka Kałużna, Hanna Jagielska, Grażyna Romanowska
5.	Wyniki kontraktowania świadczeń medycznych na 2012 r. przez Łódzki NFZ w miejskich publicznych zakładach opieki zdrowotnej.	04.01.2012	Urząd Miasta Łodzi – spotkanie z Hanną Zdanowską – Prezydent Miasta Łodzi	Maria Kowalczyk
6.	Decyzje podejmowanie przez ŁOW NFZ w zakresie wyboru świadczeniodawców opieki zdrowotnej od 2012 r. Stanowisko Hanny Zdanowskiej - Prezydent Miasta Łodzi oraz Wojciecha Bienkiewicza – Dyrektora ŁOW NFZ.	10.01.2012	Urząd Miasta Łodzi – Komisja Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej	Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk Zdzisław Bujas
7.	Manifestacja pracowników miejskiej służby zdrowia pod Urzędem Miasta Łodzi mająca na celu podjęcie działań na rzecz zwiększenia środków dla ŁOW NFZ.	30.01.2012	Urząd Miasta Łodzi	Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk Zdzisław Bujas

Jaką treść powinna zawierać pieczęć imienna pielęgniarki?

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (*tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.*) nie zawiera żadnych regulacji dotyczących treści pieczęci, którą może posługiwać się pielęgniarka, położna w swojej codziennej pracy zawodowej. Podobnie inne akty prawne nie zawierają takich regulacji. Nie mniej jednak, jak wykazuje praktyka pielęgniarki i położne coraz chętniej korzystają z pieczęci imiennych. Powyższe wynika między innymi z konieczności zawarcia w dokumentacji medycznej pacjenta określonych informacji o osobie udzielającej świadczeń zdrowotnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (*Dz. U. Nr 252, poz. 1697*) dotyczy dokumentacji prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie, położnicze, które z dniem 1 lipca 2011 r. stały się podmiotami wykonującymi działalność leczniczą oraz przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom.

W myśl § 10 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia, który dotyczy wszystkich rodzajów udzielanych świadczeń, bez względu na status prawny podmiotu, dokumentacja indywidualna pacjenta powinna zawierać oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis.

Tytuł zawodowy uzyskuje pielęgniarka, położna po ukończeniu stosownej szkoły pielęgniarek, położnych. Przepis art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (*tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.*) zawiera rodzaje szkół pielęgniarskich i położnych, ukończenie których uprawnia pielęgniarkę, położną do wykonywania zawodu. Z uwagi na dokonywane na przestrzeni lat zmiany w zakresie rodzajów i typów szkół kształcących w zawodach pielęgniarki, położnej, tytuły zawodowe mogą brzmieć różnie. Absolwenci liceów medycznych uzyskiwali np. tytuł zawodowy pielęgniarka lub pielęgniarka dyplomowana, podobnie absolwenci szkół pomaturalnych.

W chwili obecnej kształcenie w zawodach pielęgniarki i położnej prowadzone jest wyłącznie w formie studiów wyższych. Zgodnie z § 2 pkt 5 i 6 rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 grudnia 2008 r. w sprawie rodzajów tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów i wzorów dyplomów oraz

świadczeń wydawanych przez uczelnie (*Dz. U. z 2009 r. Nr 11, poz. 61 ze zm.*), absolwent studiów pierwszego stopnia uzyskuje tytuł zawodowy odpowiednio licencjata pielęgniarstwa, licencjata położnictwa. Natomiast stosownie do treści § 3 pkt 6 i ww. rozporządzenia absolwentom studiów drugiego stopnia nadaje się tytuły zawodowe: magistra pielęgniarstwa – po ukończeniu kierunku pielęgniarstwo, magistra położnictwa - po ukończeniu kierunku położnictwa.

Zatem pielęgniarka, położna dokonująca wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, zobowiązana jest wpisać posiadany przez siebie tytuł zawodowy w brzmieniu zgodnym z treścią posiadanego dyplomu ukończenia szkoły pielęgniarskiej, szkoły położnych.

Jednakże podkreślić należy, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (*Dz. U. Nr 252, poz. 1697*) obliuguje pielęgniarkę, położną do zawarcia w dokumentacji medycznej informacji o posiadanym tytule zawodowym. Zatem w sytuacji, gdy np. pielęgniarka ukończyła oprócz szkoły pielęgniarskiej np. studia wyższe na kierunku pedagogika, a nie posiada tytułu zawodowego mgr pielęgniarstwa, dokonując wpisu w dokumentacji medycznej nie może posługiwać się tytułem magistra, a jedynie tytułem zawodowym uzyskanym w wyniku ukończenia szkoły pielęgniarskiej.

W przypadku ukończenia przez pielęgniarkę, położną szkolenia specjalizacyjnego i uzyskania tytułu specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, o którym stanowi art. 10c ust. 2 ustawy przepisu art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (*tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.*), zobowiązana jest przy dokonywaniu wpisu w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta do podania informacji o uzyskanych specjalizacjach.

Uwzględniając powyższe wymogi § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (*Dz. U. Nr 252, poz. 1697*) najprostszym sposobem zamieszczania w dokumentacji medycznej wszystkich niezbędnych informacji, jest posługiwanie się przez pielęgniarkę, położną pieczęcią, która w swej treści winna zawierać wszystkie ww. elementy informacji o osobie, która udzieliła konkretnego świadczenia zdrowotnego.

28 kwietnia jest dniem ofiar wypadków przy pracy. Każdy człowiek podejmujący jakąkolwiek pracę jest narażony na wypadki przy pracy i zdarzenia potencjalnie wypadkowe. Również pielęgniarce i położne zgodnie z ustawą o zawodzie i z racji wykonywanych obowiązków, ryzyka zawodowego, kontaktu z czynnikami szkodliwymi i niebezpiecznymi związanymi z wykonywaną pracą narażone są na zdarzenia potencjalnie wypadkowe i wypadki.

Podstawy prawne wypadków regulują:

1) Kodeks pracy, 2) Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, 3) Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy.

Za wypadek przy pracy uważa się zdarzenie nagłe wywołane przyczyną zewnętrzną powodującą uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą. Należy tu wyjaśnić co znaczą poszczególne składowe powyższej definicji.

1. **Nagłość zdarzenia** to zdarzenie, które trwa nie dłużej niż czas jednej zmiany roboczej.

2. **Przyczyna zewnętrzna** to działanie czynników zewnętrznych, którymi są m. in.:

- działanie elementów ruchomych, maszyn, urządzeń lub narzędzi pracy,
- zbyt wysokie i niskie temperatury (oparzenia, odmrożenia),
- działanie energii elektrycznej (porażenia prądem),
- działanie fal elektromagnetycznych, promieniowanie jonizujące, UV,
- hałas, wstrząsy,
- wysiłek fizyczny niezbędny do wykonywania pracy,
- urazy spowodowane potknięciem, upadkiem, zakłuciem np. igłą, zachlapaniem oka czynnikiem biologicznym,
- omdlenia, na które pracownik nie miał wpływu,
- czyny innego człowieka (umyślne i nieumyślne).

Wymienione tutaj przykłady przyczyn zewnętrznych wypadków to oczywiście nie wszystkie, jakie mogą zaistnieć. Należy zaznaczyć, że każdy wypadek rozpatruje się indywidualnie biorąc pod uwagę wszystkie możliwe przyczyny zdarzenia, gdyż mogą pojawić się przyczyny wewnętrzne np. choroba pracownika. Do uznania danego zdarzenia za wypadek przy pracy wystarczy ustalenie jednej przyczyny zewnętrznej nawet, gdy są również inne. Należy pamiętać, że istnienie przyczyny zewnętrznej jest bezwzględny warunkiem uznania danego zdarzenia za wypadek przy pracy.

3. Uraz lub śmierć

Uraz to uszkodzenie tkanek ciała lub narządów wewnętrznych człowieka w skutek działania czynnika zewnętrznego.

4. Związek z pracą

- związek z pracą zachodzi wówczas, gdy przyczyną wypadku jest pełnienie przez pracowników obowiązków wynikających ze stosunku pracy lub związanych z nim.
- związek przyczynowy między wypadkiem a pracą zachodzi wówczas, gdy jedno zdarzenie jest skutkiem drugiego.

Związek z pracą zachodzi:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,

Zdarzenia potencjalnie wypadkowe

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Obok pojęcia wypadku przy pracy mamy określenie wypadku traktowanego na równi z wypadkiem przy pracy. Jest to taki wypadek któremu może ulec pracownik:

- w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań;
- podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony;
- przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

W polskim ustawodawstwie wyróżniamy rodzaje wypadków:

- śmiertelny - to taki wypadek, którego skutkiem była śmierć pracownika w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku.
- ciężki - to takie zdarzenie wypadkowe, które doprowadziło do ciężkiego uszkodzenia ciała tj: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczych lub inne uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia zaburzający podstawowe funkcje życiowe człowieka. Za ciężki wypadek uznawana jest choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, całkowita niezdolność do pracy w zawodzie oraz istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała.
- zbiorowy - to taki wypadek, któremu w wyniku tego samego zdarzenia uległy co najmniej dwie osoby.

Podczas, gdy w danym zakładzie pracy dojdzie do śmiertelnego, ciężkiego lub zbiorowego wypadku przy pracy pracodawca jest zobowiązany do niezwłocznego tzn. jak najszybszego powiadomienia właściwego inspektora pracy i prokuratora. Ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku następuje z urzędu, czyli bez wniosku poszkodowanego. Podstawą do podjęcia postępowania powypadkowego jest informacja o zaistnieniu zdarzenia zgłoszona przez poszkodowanego lub innego pracownika (w tym bezpośredniego przełożonego).

a wypadki przy pracy

W przypadku wystąpienia wypadku przy pracy istnieją pewne procedury związane z postępowaniem powypadkowym. Wiele osób nie wie jak postąpić w przypadku zdarzenia wypadkowego i pojawia się wówczas wiele pytań.

Podstawowa procedura przebiega według następującego schematu:

1. Usunięcie zagrożenia, które spowodowało wypadek.
2. Zorganizowanie pierwszej pomocy.
3. Powiadomienie pracodawcy (kierownika, przełożonego).
4. Zabezpieczenie miejsca wypadku.
5. Powiadomienie przez pracodawcę inspektora PIP i prokuratora (wypadki ciężkie, zbiorowe, śmiertelne).
6. Powołanie przez pracodawcę zespołu powypadkowego (pracownik służby BHP i społeczny inspektor pracy - SIP jako przedstawiciel pracowników).
7. Zbadanie przez Zespół powypadkowy okoliczności i przyczyn wypadku.
8. Zespół powypadkowy sporządza protokół i przedstawia go poszkodowanemu (oryginał) lub członkom rodziny w przypadku, gdy pracownik zmarł.

Poszkodowanego lub rodzinę należy poinformować o możliwości zgłaszania uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w protokole, jeśli takowe istnieją należy je również zapisać. Po zapoznaniu się z ustaleniami protokół podpisuje poszkodowany lub jego rodzina.

9. Gotowy protokół powypadkowy podpisuje pracodawca w ciągu 5 dni i dostarcza się go poszkodowanemu lub jego rodzinie, właściwemu inspektorowi PIP i prokuraturze (śmiertelny, ciężki, zbiorowy) lub na żądanie organowi założycielskiemu danego zakładu.

10. Na podstawie protokołu powypadkowego i zaleceń wydanych przez zespół powypadkowy pracodawca może wydać zarządzenie o zastosowaniu właściwej prewen-

cji wypadków, ustalić zasady profilaktyki i wyznaczyć osoby, które będą za to odpowiedzialne. Takie działania pracodawcy są bardzo słuszne, gdyż może to zapobiec ponownemu wypadkowi.

11. Po zakończeniu postępowania powypadkowego sporządza się kartę statystyczną wypadku i wpisuje się go do rejestru prowadzonego w zakładzie.

12. Dokumentację powypadkową pracodawca przechowuje w aktach przez 10 lat.

Należy również wspomnieć o wypadkach w drodze do pracy lub z pracy. Za takie wypadki uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w drodze do lub z miejsca wykonywania zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia rentowego, **jeżeli droga ta była najkrótsza i nie została przerwana.**

Za wypadek w drodze do pracy lub z pracy uważa się również przypadki, gdy droga ta została przerwana, jeżeli:

- przerwa była życiowo uzasadniona i jej czas nie przekraczał granic potrzeby (np. wizyta u lekarza),
- droga, nie będąc drogą najkrótszą, była dla ubezpieczonego, ze względów komunikacyjnych, najdogodniejsza.

Aktualnie stan wiedzy o wypadkowości skłania wielu naukowców, pracowników służby BHP, pracodawców do szerszego zgłębienia tego problemu. Wielu autorów w piśmiennictwie określa wypadki jako:

- nagłe zakłócenie organizacji pracy, będące aktualną lub potencjalną przyczyną urazu człowieka,
- niezaplanowane wydarzenie dające w wyniku zranienie lub śmierć osób lub szkodę materialną.

Obecnie w piśmiennictwie przeważa pogląd, że za wypadki przy pracy należy uznawać wszystkie niebezpieczne zdarzenia, nie tylko te które powodują urazy u pracownika. Dlatego pojawiła się definicja **zdarzenia potencjalnie wypadkowego, które to określamy jako niebezpieczne zdarzenie związane z wykonywaną pracą podczas którego nie dochodzi do urazów lub pogorszenia stanu zdrowia.** Zdarzenie potencjalnie wypadkowe nazywane jest również „wypadkiem bezurazowym”, „nieomal wypadkiem” lub „prawie wypadkiem” ponieważ występują w tych samych okolicznościach i wywołane są tymi samymi przyczynami mogłyby lub mogą powodować uraz lub śmierć pracownika. Teorię „nieomal wypadków” sformułował Heinrich dowodząc, że istnieje zależność między liczbą zdarzeń potencjalnie wypadkowych a liczbą wypadków urazowych.

Powstała tzw. „piramida Heinricha”, która określa prawidłowość statystyczną związaną z kształtowaniem się liczby wypadków i tak na 1 wypadek ciężki przypada 29 lekkich i 300 zdarzeń potencjalnie wypadkowych (wypadków bez urazów).

W nowoczesnym zarządzaniu, w którym to kładzie się duży nacisk na jakość, efektywność pracy i bezpieczeństwo powstało nowe podejście do wypadkowości podczas pracy, oparte nie na pojęciu wypadku ale zagrożenia, które może stać się wypadkiem. Dlatego wdraża się współcześnie profilaktykę w dziedzinie wypadkowości, czyli działania mające na celu

t w o r z e n i e
skutecznych

sposobów wykrywania zagrożeń i ich likwidowania zanim staną się wypadkami. Zdarzenia potencjalnie wypadkowe są sygnałem, że jeśli nie zrobimy nic to zdarzy się wypadek a postępowanie z nim zależy od nas samych. Jeśli np. nie zrobimy nic z zadartą wykładziną w podłodze o którą się potykamy to za którymś potknięciem złamiemy nogę.

Heinrich opracował zasady prewencji wypadkowej dotyczące najważniejszych aspektów bezpieczeństwa pracy. Aksjomaty Heinricha uznawane są obecnie jako punkt wyjścia w analizach bezpieczeństwa pracy i stosowane w prewencji wypadkowej.

Istnieje 10 zasad Heinricha prewencji wypadkowej:

1. Pojawienie się wypadku wynika z łańcucha przyczynowego zdarzeń, z których ostatnim jest wypadek.

2. Większość wypadków jest powodowana przez niebezpieczne zachowania człowieka („bo tak było łatwiej i szybciej”, „myślałem, że to krzesło wytrzyma”, „bo mamy oszczędzać rękawiczki” itp.) i/lub przez działania mechaniczne urządzenia lub czynniki środowiska pracy.

3. Wystąpienie wypadku powodującego uraz lub śmierć poprzedzone jest przeciętnie 300 nieomal wypadkami.

4. Wielkość szkody powypadkowej jest losowa i trudna do przewidzenia, ale wystąpieniu samego wypadku można zapobiec.

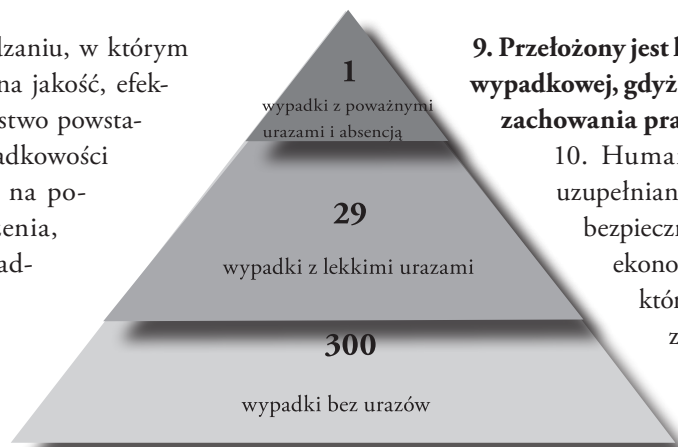
5. Rozpoznanie przyczyn i okoliczności zdarzeń potencjalnie wypadkowych daje podstawę do działań prewencyjnych.

6. Są 4 główne ogniwa (metody) zapobiegania wypadkom przy pracy:

- odpowiednie projektowanie i kontrola maszyn, urządzeń i wyposażenia,
- przeszkoleny i świadomy personel,
- odpowiednie przeszkolenie i zdobyte kwalifikacje zatrudnionych osób do stanowisk pracy,
- dyscyplina pracy.

7. Metody najbardziej efektywne w prewencji wypadkowej są analogiczne z metodami kontroli jakości i wydajności pracy.

8. Na właściwym zarządzaniu spoczywa odpowiedzialność za wypadki.



Trójkąt relacji zdarzeń wypadkowych wg. Heinricha

9. Przełożony jest kluczową postacią w prewencji wypadkowej, gdyż to on kontroluje bezpośrednio zachowania pracownika.

10. Humanitarne aspekty prewencji są uzupełniane przez czynniki ekonomiczne: bezpieczne warunki pracy są efektywne ekonomicznie, a koszty bezpośrednie, które ponosi pracodawca w związku z wypadkiem stanowią tylko 20% łącznych kosztów ponoszonych w związku z wypadkiem.

Zasady przedstawione powyżej doskonale mogą funkcjonować

w naszych zakładach pracy jako wytyczne dla działań prewencji wypadkowej. Ważnym elementem będzie akcja uświadamiania pracowników, a zwłaszcza kadry zarządzającej o istocie i korzyściach takich działań. Należy stworzyć możliwość identyfikacji i zgłaszania zdarzeń potencjalnie wypadkowych przez wszystkich zainteresowanych. Stworzenie systemu raportowania wypadków, „nieomal wypadków” i awarii umożliwi przekazywanie informacji służbie BHP, kierownictwu i podjęcie odpowiednich działań naprawczych czy korygujących. Wprowadzenie systemu zgłaszania zdarzeń potencjalnie wypadkowych powinno należeć do pracowników BHP, którzy powinni zachęcić pracowników do zgłaszania nieprawidłowości. Wiele pracujących osób twierdzi, iż: „na wielokrotnie zgłaszane informacje nikt nie reaguje”, „bo wyrzucą mnie z pracy”, „kierownik reaguje, ale nic dalej nie robi...”.

Dlatego warto przekonywać pracowników o sensie zgłaszania zdarzeń potencjalnie wypadkowych, gdyż system ich zbierania i analizowanie pozwoli podejmować skuteczne działania prewencyjne. Ważne przy tym jest, aby pracownicy przekazywali kierownictwu informacje o sytuacjach niebezpiecznych, bowiem odcięcie przełożonych od tych informacji znacznie ogranicza ich możliwości podejmowania działań.

Należy podkreślić, że bardzo ważna jest informacja zwrotna skierowana do pracowników potwierdzająca, że system funkcjonuje i przynosi korzyści, zarówno dla pracowników, jak i dla zakładu pracy. Każde zdarzenie potencjalnie wypadkowe czy sam wypadek przy pracy są niestety błędem w organizacji naszej firmy, zarówno w obszarze zarządzania, jak i aspekcie technicznym i kadrowym.

Literatura:

1. PN-N-18001- Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy. Wymagania Polski Komitet Normalizacyjny, 2004
2. B. Rączkowski : BHP w praktyce, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp.z.o.o Gdańsk 2009
3. J. Lewandowski : Zarządzanie bezpieczeństwem pracy w przedsiębiorstwie, Politechnika Łódzka, Łódź 2000 r.
4. K. Boczkowska: Wypadki przy pracy – materiały konferencyjne Łódź 2011 r.
5. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Kodeks pracy .

Udar mózgu to nagłe zaburzenie czynności mózgu trwające dłużej niż 24 h (jeśli wcześniej nie nastąpił zgon) spowodowane zaburzeniami w mózgowym przepływie krwi.

Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia i powinien być traktowany przez wszystkie służby medyczne jako wymagający natychmiastowej pomocy i szybkiego postępowania według określonych zasad, podobnie jak w ostrym zawale serca. Każdy chory z podejrzeniem udaru mózgu powinien być jak najszybciej zdiagnozowany w warunkach szpitalnych, a rozpoznanie udaru, niezależnie od nasilenia jego objawów, jest wskazaniem do hospitalizacji.

Przyczyny udaru:

- zaburzenia krzepliwości krwi,
- choroby krwi,
- zmiany zapalne naczyń,
- zakrzepy,
- miażdżycy naczyń prowadząca do niedokrwienia tkanek mózgowych.

Najczęstszymi objawami udaru mózgu są: niedowład lub porażenie połowicze, zaburzenia połykania, zaburzenia czucia jednej strony, dezorientacja, uczucie osłabienia, nudności, wymioty, zaburzenia mowy oraz rozumowania słów, zaburzenia widzenia, silne bóle głowy, zawroty głowy, niedowład mięśni twarzy, osłabiona czynność zwieraczy.

W rozpoznaniu udaru pomoże nam zadanie 4 prostych pytań:

- poprosić osobę, aby się uśmiechnęła (nie będzie w stanie się uśmiechnąć),
- poprosić osobę, aby odpowiedziała proste zdanie (na przykład: „ładna dziś pogoda?” - nie odpowie),
- poprosić osobę, aby uniosła ramiona (nie będzie potrafiła lub uniesie tylko częściowo),
- poprosić osobę, aby pokazała język (kiedy język jest zakrzywiony i wije się z lewa do prawa i na odwrót, to jest to również objaw udaru mózgu.)

Gdyby osoba miała problemy z wykonaniem choć jednej z tych czynności, to należy bezzwłocznie zawiadomić lekarza pogotowia ratunkowego i opisać ww. oznaki osobie przy telefonie.

Chory z udarem mózgu w pierwszych dobach a czasami nawet kolejnych wymaga pomocy ze strony personelu medycznego w zakresie pielęgnacji, spożywania posiłków i rehabilitacji.

Proces pielęgnowania pacjenta z udarem mózgu

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA Z UDAREM MÓZGU

DIAGNOZA:

Oslabienie siły mięśniowej ograniczające sprawność pacjenta w zaspokajaniu potrzeb higienicznych

CEL:

Zapewnienie prawidłowego procesu usprawniania.

REALIZACJA:

1. Wykonywanie toalety całego ciała 2 x dziennie.
2. Wykonanie toalety jamy ustnej 2 x dziennie.
3. Dokładne osuszanie skóry i jej natłuszczenie.
4. Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeb.
5. Staranne sianie łóżka w celu uniknięcia fałdek i zagięć.
6. Zmiana pozycji ułożeniowej co 2 h (obracanie na boki), stosowanie wałków, krążków, poduszek.
7. Oklepywanie miejsc narażonych na długotrwałe ucisk.
8. Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego.
9. Kontrola częstości wypróżnień.
10. Prowadzenie bilansu wodnego pacjenta.

DIAGNOZA:

Unieruchomienie chorego może skutkować wystąpieniem zaparć.

CEL:

Zadbanie o prawidłową perystaltykę jelit.

REALIZACJA:

1. Odpowiednia podaż płynów doustnie ok. 2 l/ dobę,
2. Stosowanie diety lekkostrawnej wzbogaconej o pełnoziarniste pieczywo, warzywa, owoce, kefir, jogurty.
3. Aktywizowanie chorego podczas codziennej toalety (siadanie ze spuszczonej nogami, przewracanie na boki).

DIAGNOZA:

Możliwość wystąpienia zakażeń układu oddechowego z powodu ograniczonej sprawności fizycznej.

CEL:

Utrzymanie drożności dróg oddechowych, poprawa wentylacji płuc.

REALIZACJA:

1. Ułożenie chorego w pozycji wysokiej.
2. Aktywizowanie chorego w łóżku do siadania ze spuszczonej nogami.
3. Oklepywanie klatki piersiowej.
4. Odsysanie z zalegającej wydzieliny i śliny.
5. Dbanie o właściwy mikroklimat sali poprzez zapewnienie dostępu świeżego powietrza (wietrzenie sali).

DIAGNOZA:

Ryzyko zakrzepicy związanej z kaniulacją naczyń.

CEL:

Monitorowanie miejsca wkłucia.

REALIZACJA:

1. Przestrzeganie zasad aseptyki podczas zakładania cewnika do obwodowych naczyń krwionośnych.
2. Dbanie o drożność wkłucia - po każdym podaniu leku przepłukiwanie roztworem 0,9% NaCl.
3. Dbanie o czystość okleiny i dokładne obklejenie miejsca wkłucia.
4. Przestrzeganie ważności wkłucia nie dłużej niż 72 godziny.
5. Obserwacja wkłucia pod kątem zaczerwienia, obrzęku, a w przypadku wystąpienia objawów jego natychmiastowe usunięcie.
6. Odnotowywanie zmiany wkłucia w karcie monitorowania cewników.
7. Zabezpieczenie wkłucia jałowym mandrynem na czas jego wyłączenia.

DIAGNOZA:

Niekontrolowane oddawanie moczu, stolca mogące doprowadzić do zmian na skórze

CEL:

zapewnienie komfortu, czystości.

REALIZACJA:

1. Stosowanie pampersów z odpowiednim doбором rozmiaru, co pozwoli zapobiegać otarciom i odparzeniom skóry.
2. Dokładna toaleta okolic intymnych, pośladków po każdym wypróżnieniu, oddaniu moczu.
3. Osuszanie i natłuszczenie okolic intymnych.
4. Podanie basenu i pomoc przy wypróżnianiu.
5. Obserwacja skóry, okolic intymnych pod kątem zaczerwienia.
6. Zmiana w razie potrzeby bielizny pościelowej i osobistej.

7. Założenie cewnika do pęcherza moczowego (w ostrożności, gdyż zwiększamy w ten sposób ryzyko rozwoju zakażenia pęcherza moczowego).

DIAGNOZA:

Trudności z połykaniem.

CEL:

Ćwiczenie odruchu połykania

REALIZACJA:

1. Zastosowanie diety zmiksowanej lub zagęszczanie pokarmów kisielem lub budyniem.
2. Posiłki podawane często w małych ilościach.
3. Zastosowanie pozycji siedzącej, podpartej, wyprostowanej z nieco zgiętym karkiem.
4. Płyny podawane do jamy ustnej, przechylając naczynie a nie odginając głowę, co zwiększa ryzyko zachłyśnięcia.
5. Toaleta jamy ustnej po posiłku np. przegotowaną wodą.
6. W razie braku upośledzonego lub braku odruchu połykania na zlecenie lekarza założenia zgłębnika żołądkowego.

DIAGNOZA:

Wymioty.

CEL:

Nawodnienie chorego, zapobieganie utracie elektrolitów.

REALIZACJA:

1. Ochrona pacjenta przed zachłyśnięciem (zastosowanie pozycji półwysokiej lub bocznej).
2. Podanie lub podłożenie miski nerkowatej z kilkoma płatkami ligniny.
3. Obserwacja koloru, rodzaju wymiocin z uwzględnieniem ich częstości.
4. Prowadzenie bilansu wodnego.
5. Zapewnienie dostępu świeżego powietrza.
6. Toaleta jamy ustnej.
7. Podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza.

Literatura:

1. Szczudlik Andrzej, Członkowska Anna, Kozubski Wojciech, Kwieciński Hubert, Mazur Roman, Opara Józef, Ryglewicz Danuta, Stelmasiak Zbigniew, Stroińska-Kuś Barbara, Szczepańska-Szerej Anna, Zwolińska Grażyna: *Postępowanie w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu. Raport zespołu ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu (2000). Medycyna Praktyczna 2001.*
2. www.udarowcy.com.pl
3. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, 3/2008.*

O lękach dużych i małych...

Na początku XX wieku Meyer, autor „*Waleń na tle innych ryb-teoria emocji*” twierdził, że problem emocji będzie dla ludzi tylko zabawnym wspomnieniem już w latach 50-tych - jako „relikt zamierzchłych czasów”. Tak się jednak nie stało (Atlas Psychologii, 2000) - emocje nadal decydują o jakości naszego życia. Jedną z nich jest lęk.

Lęku doświadcza każdy z nas, jednak osoby podejmujące się trudu scharakteryzowania tego zjawiska napotkają na wiele trudności, głównie ze względu na wieloznaczność tego terminu. Istnieje jednak zgodność co do tego, że uczucie to ma negatywne zabarwienie, które jest doświadczane przez nas jako coś przykrego i trudnego do pozbycia się. Ludzie czują się bezradni wobec lęku, nawet jeśli uznają nieracjonalność jego podłoża.

Pod wieloma względami lęk różni się od strachu i choć te dwa pojęcia w mowie potocznej bywają, mylnie, często używane zamiennie, trzeba pamiętać, że terminy te w sensie psychologicznym mają odmienne znaczenie. Strach to emocja wrodzona, która pojawia się początkowo w odpowiedzi na bodźce zagrażające (typu ból). Ten ostatni jest zazwyczaj skierowany na coś, co istnieje realnie; przedmiotem strachu bywa więc jakiś zewnętrzny bodziec (przedmiot, np. widok groźnego psa czy sytuacja, np. oczekiwanie na diagnozę).

W tym wypadku bodziec, który wywołuje w nas strach, mieści się w granicach możliwości; można przecież się bać, że nie zda się egzaminu albo tego, że pies, który obnażył kły, może ugryźć. Strach jest reakcją, która towarzyszy nam od urodzenia i trwa aż do śmierci, jednak jej natężenie może ewoluować w ciągu życia z uwagi na zbierane przez nas doświadczenie i wiedzę. O strachu mówimy, gdy potrafimy określić, co jest przedmiotem naszych obaw. Jest on pierwotny w stosunku do lęku, który, jako proces wewnętrzny, jest odpowiedzią organizmu na antycypację

zagrożenia, a osoba, która oczekuje niebezpieczeństwa, próbuje racjonalnie się do niego zaadaptować. Z czasem jednak strach może obejmować swym repertuarem inne bodźce związane blisko w czasie z bodźcami pierwotnymi wywołującymi to uczucie. Działa tu mechanizm warunkowania, modelowania, wzmacniania i uczenia się. Historia psychologii niezmiennie powołuje się na przypadek „Małego Alberta”, aby pokazać jak łatwo można uwarunkować osobę na reagowanie lękiem na sytuacje z pozoru neutralne. Jedenastomiesięczny pacjent, o którym mowa, za pomocą mechanizmu wzmocnienia i generalizacji stosowanego przez Watsona i jego doktorantkę nauczył się reagować lękiem na wszystkie białe i puszyste bodźce, które występowały w czasie z nieprzyjemnym dźwiękiem. Mechanizm wzmocnienia jest odpowiedzialny za to, że każde zachowanie, które redukuje przykre napięcie emocjonalne (wyzwolone przez odczuwany lęk) lub je obniża, zwiększa prawdopodobieństwo, że w przyszłości (w analogicznych sytuacjach) takie zachowania będą przez osobę powtarzane.

Lęk - konkurent strachu - jest skierowany bardziej do wewnątrz, co oznacza, że niektórzy ludzie nie potrafią nawet nazwać, co jest jego przedmiotem. Może on pojawiać się w różnych postaciach i osiągać różną intensywność. To dlatego jego nasilenie może wahać się od zwykłego odczucia niepokoju aż do pełnoobjawowego napadu paniki z kołataniem serca, dezorientacją i przerażeniem w tle. Często też można doświadczyć lęku jedynie poprzez myślenie o określonej sytuacji. Nie musisz widzieć pająka, aby się go bać, wystarczy tylko wyobrazić sobie sytuację, kiedy będziesz musiał się z nim „spotkać”. Tego rodzaju lęk nosi nazwę lęku antycypacyjnego, który w skrajnej formie może doprowadzić nawet do paniki antycypacyjnej. Siła lęku polega na tym, że oddziałuje on na całą istotę

człowieka i dlatego możemy doświadczać go na różnych poziomach. Lęk wyzwala bowiem reakcje fizjologiczne i możemy doświadczać go w trzech obszarach: cielesnym, psychologicznym oraz na poziomie odzwierciedlającym zwiększone pobudzenie.

Objawy lęku

Do objawów cielesnych lęku zaliczają się reakcje somatyczne typu: przyspieszone bicie serca (człowiek może interpretować je jako palpacje), przyspieszony oddech (prowadzący do hiperwentylacji) i wynikające z niego zawroty głowy, mrowienie, skurcze dłoni i stóp oraz zwiększone napięcie mięśniowe, które powodować może bóle głowy, nudności, suchość w ustach czy uczucie pocenia się. Wtedy osoba faktycznie nabiera przekonania o realnym istnieniu jakiejś choroby. Objawy cielesne obejmują także poziom behawioralny, który odbiera człowiekowi w lęku zdolność do działania czy też radzenia sobie nawet z prostymi sytuacjami codziennymi. Wśród objawów psychologicznych wymienia się najczęściej: uczucie zagubienia i przerażenia, tzw. złe przeczucia lub poczucie narastającej paniki oraz wszechogarniające jednostkę uczucie, że zaraz umrze lub straci panowanie nad własnymi czynnościami cielesnymi.

Tak więc z psychologicznego punktu widzenia lęk jest subiektywnym stanem obawy i niepokoju. W skrajnych przypadkach może sprawić, że osoba nim dotknięta będzie czuła się obco względem siebie samej, może nawet bać się własnej śmierci czy popadnięcia w obłąd. Do objawów odzwierciedlających zwiększone pobudzenie należą: poczucie „naładowania”, niepokoju, niezdolność do odprężenia się, trudności z zasypianiem i z koncentracją uwagi. Te zmienne powodują, że osoba sprawia wrażenie, jakby łatwo można było ją przestraszyć. Biorąc pod uwagę fakt, że lęk oddziałuje na te wszystkie obszary, trzeba pamiętać, że kompletny program leczenia osób doświadczających stanów lękowych powinien być skierowany na redukcję ich fizjologicznej reaktywności, eliminować zachowania unikające (odpowiedzialne za podtrzymywanie stanów lękowych) oraz zmieniać subiektywne interpretacje wydarzeń, czyli wpływać na wykształcenie konstruktywnej mowy wewnętrznej.

Funkcje lęku

Lęk bywa też potrzebny, gdyż pełni funkcję ochronną, która polega na przygotowaniu osoby do właściwej reakcji na pojawiające się bądź antycypowane przez nią zagrożenie. Każdy z nas, stojąc w obliczu niebezpieczeństwa czy też zagrożenia jakiejś ważnej dla siebie wartości, dokonuje oceny poznawczej, w wyniku której podejmuje decyzję o kierunku dalszego działania. Jeśli uznamy, że dysponujemy wystarczającymi zasobami, możemy podjąć walkę ze źródłem zagrożenia. Kiedy jednak szacujemy, że brakuje nam zasobów, uciekamy.

Zawsze jednak, niezależnie od podjętej decyzji, dzięki lękowi nasz organizm otrzymuje niezbędną porcję energii do działania. To tłumaczy, dlaczego lęk jest nam potrzebny i dlaczego nie byłoby dobrze, gdybyśmy go w ogóle nie odczuwali. Lęk ostrzega przed niebezpieczeństwem, a jego właściwa analiza może pomóc zrozumieć potrzeby i wartości nieuświadomiane sobie przez osobę go doświadczającą. Przykładem może tu być sytuacja, kiedy żona wieczorami, przed pójściem spać, odczuwa napady paniki. Są one tak intensywne, że jej mąż już kilkakrotnie wzywał pogotowie. W końcu para trafiła na terapię, a tam okazało się, że przyczyną lęków jest nieudane życie intymne pary, a nieuświadomianym celem napadów doświadczanych przez kobietę była chęć odroczenia w czasie zbliżenia mężem.

Kiedy lęk staje się patologiczny?

Jak wspomniano wcześniej, lęk pełni szereg funkcji. Pomaga w mobilizacji organizmu do radzenia sobie z niebezpieczeństwem i w uczeniu się pożądanych zachowań społecznych, pogłębia empatię i uciążliwa na innych (funkcja przystosowawcza). Lęk jest więc potrzebny, jednak w pewnych sytuacjach staje się on przyczynkiem do dezorganizowanego funkcjonowania. Dzieje się tak, kiedy lęk stale dominuje w zachowaniu osoby i jest nieustannie przez nią odczuwany. Prowadzi to do szeregu zaburzeń, a przede wszystkim powoduje, że reakcje lękowe stają się nieadekwatne do sytuacji, a jednocześnie sytuacje neutralne mogą wywoływać niepokój, od którego trudno się uwolnić. Najbardziej rozpowszechnione przykłady zaburzeń lękowych to fobie proste, które statystycznie dotyczą co drugą, trzecią osobę. Można znaleźć po kilka przykładów fobii niemal na każdą literę alfabetu, co świadczy o olbrzymim bogactwie potencjalnych źródeł lęków.

W jaki sposób uczymy się reagować lękiem?

Gotowość na lęk jest w pewnym stopniu uwarunkowana genetycznie. Jednak duży udział w reagowaniu na różne sytuacje życiowe lękiem ma proces uczenia się. Uczenie się lęku przez dziecko następuje, kiedy zadziałają na nie odpowiednio intensywne bodźce wywołujące pierwsze silne reakcje strachu. Wśród najpopularniejszych bodźców wywołujących znajdują się: nagły hałas, nagła utrata podłoża, nagłe pojawienie się nowego, nieznanego obiektu (przedmiotu), przenikliwy krzyk, widok zakrwawionego ciała, widok czegoś pełzającego (np. węża), uraz porodowy, samotność (Siek, 1993). Ponadto na gotowość do reagowania lękiem wpływają doświadczenia dziecka wyniesione przede wszystkim z domu rodzinnego. Działające na dziecko niekorzystne czynniki środowiskowe kumulują się i w efekcie wpływają one na funkcjonowanie układu nerwowego poprzez zmiany następujące w strukturach odpowiedzialnych za przebieg procesów emocjonalnych. Jeśli we właściwym czasie dziecko nie otrzyma od osób znaczących właściwych wzorców radzenia sobie

w sytuacjach trudnych lub nauczy się od nich reagowania lękowego (bo sami dorośli mają tego typu trudności), nie będzie umiało zachować się inaczej. Mimo, że jak do tej pory przeprowadzono bardzo mało badań nad wpływem środowiska rodzinnego na powstawanie predyspozycji do reagowania lękiem, już teraz można wskazać pewne czynniki związane z okresem dzieciństwa, które mogą predysponować do takich zaburzeń. Są nimi sytuacje, gdy wiecznie zamartwiający się wyimaginowanymi i potencjalnie niebezpiecznymi sytuacjami rodzice komunikują dziecku nadmiernie ostrożną postawę wobec świata, a w ramach zachowania ostrożności tłumią w dziecku jego asertywność i ekspresję emocjonalną.

W takich wypadkach dziecko jest krytykowane lub wręcz karane za przejawy samodzielności i za przejawianie emocji. W tej sytuacji uczy się ono tłumienia impulsów i emocji, ale nie jest to możliwe przez dłuższy czas, dlatego też od czasu do czasu impulsy i emocje nawracają (najczęściej pod wpływem stresu), a wówczas wywołują one lęk, gdyż są czymś, czego dziecko nie zna. Takie sytuacje tworzą bazę dla poczucia braku bezpieczeństwa. Podobnie może dziać się w rodzinach z problemem alkoholowym, bo wspólnym mianownikiem doświadczeń wszystkich DDA, u których rozwijają się zaburzenia lękowe, jest głęboko zakorzenione poczucie braku bezpieczeństwa. Paradoksalnie, do zaburzeń lękowych mogą też prowadzić nadmiernie krytykujące zachowania rodziców, którzy wyznaczają zbyt wysokie dla dziecka standardy. Ono cały czas musi bardzo się starać, aby zadowolić rodziców swoimi osiągnięciami i w ten sposób uzyskać ich aprobatę. Takie zachowania utrwalają się i w dorosłym życiu osoba ciągle stara się „być miłą” dla wszystkich, a z czasem internalizuje standardy rodziców i staje się, tak jak oni, perfekcjonistyczna i nadmiernie samokrytyczna. Innej ważnej przyczyny tworzenia się tendencji do reagowania lękowego upatruje się w specyficznych rysach osobowości, ale o tym- w następnym spotkaniu z Czytelnikami.

Źródła i rodzaje lęków

Większość psychologów jest zgodna co do tego, że istnieją dwa podstawowe źródła lęku i związane z nimi grupy reakcji lękowych. Jednym z nich są reakcje lękowe wyzwalane percepcją jakiegoś niebezpieczeństwa działającego na zewnątrz organizmu. Drugą grupę stanowią reakcje zwane lękiem neurotycznym. Ich źródłem jest działanie jakiegoś niebezpieczeństwa „wewnątrz” organizmu.

Psycholodzy wyróżniają też szereg lęków. Wśród nich znajdują się:

1. Lęk odtwórczy, który powstaje na bazie doświadczeń wcześniej zebranych przez osobę. Jeśli jakiś bodziec był źródłem silnego niepokoju doświadczanego przez osobę w przeszłości, to istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że osoba ta zareaguje lękiem za każdym razem, kiedy będzie antycypowała powtórzenie się tej sytuacji (szczególnie,

jeśli wcześniej nie poradziła ona sobie konstruktywnie z lękiem).

2. Lęk wytwórczy, powstający na bazie wyobrażeń, że dany obiekt może być źródłem obaw. W ten sposób obiektem lękorodnym może stać się absolutnie każdy bodziec.

3. Lęk wynikający z niezaspokojonych potrzeb natury fizjologicznej i psychicznej, których deprywacja utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia pełny rozwój psychiczny i fizyczny. Stąd wzięło się naczelne hasło jednego z popularnych współczesnych kierunków psychologicznych: „Jeżeli nie jesteś głaskany, Twój rdzeń kręgowy usycha” (Berne, 2000).

4. Lęk związany z obrazem własnej osoby, który wynika z poczucia bycia gorszym. Jego źródłem są negatywne opinie innych (szczególnie osób znaczących) na temat osoby i pojawiające się u niej wskutek niepomysłnego spłotu okoliczności tendencje do pesymistycznego myślenia.

Strategie radzenia sobie z lękiem

Opisany wcześniej mechanizm wzmocnienia jest odpowiedzialny za naukę reagowania lękiem na określone sytuacje i jednocześnie za to, że w rozwoju dziecka doświadczającego różnorodnych lęków mogą pojawić się zaburzenia nerwicowe jako odpowiedź organizmu na nieracjonalne i niekonstruktywne radzenie sobie z lękami. Mogą one przyjmować różną postać, np.: obgryzanie paznokci, nudności, wymioty czy wreszcie ucieczka w chorobę. Są to przykłady patologicznych reakcji na radzenie sobie z trudną sytuacją, jaką jest przeżywanie nadmiernego lęku. Można wyróżnić kilka patologicznych strategii radzenia sobie z lękiem, a wśród nich znajdują się:

1. Strategia wegetatywna- jeśli dziecko doświadcza często w sytuacji zagrożenia objawów chorobowych, może prowadzić to, wskutek mechanizmu wzmocnienia, do utrwalenia tych objawów. Dziecko z bolącym brzuszkiem, zamiast iść na lekcje, zostaje w domu lub idzie do pielęgniarki szkolnej i w ten sposób unika nieprzyjemnej dla siebie sytuacji związanej z uczestniczeniem w lekcji. Pielęgniarski szkolne powinny więc być szczególnie wychulone na uczniów, którzy notorycznie zgłaszają tego typu skargi bólowe.

2. Strategia emocjonalna- czasami sposobem radzenia sobie z lękiem jest przejawianie emocji przeciwnych do odczuwanych. Przykładem osób, które stosują ten rodzaj strategii, są dzieci- maskotki oddelegowane przez rodzinę z problemem alkoholowym do bycia radosnym i „zarażania” innych swoją wesołością, aby rozładować napięcie. Jednak każdy, kto zna rodzinnego błazna, wie, że jest to nieszczęśliwa osoba, która często ma zaburzony kontakt ze swoim wnętrzem. Mimo że ta strategia jest tylko pozornie skuteczną metodą, zachowania paradoksalne mogą utrwalac się, ponieważ chwilowo redukują napięcie, a więc mogą wydawać się osobie pomocne w radzeniu sobie z lękiem.

3. Strategia poznawcza polega na zmianie sposobu percepcji samej siebie lub sytuacji, w jakiej osoba się znajduje. Przykładem tej strategii jest magiczne myślenie i działanie. Korzystają z niej ludzie w każdym wieku. Strategie te służą min. podwyższeniu samooceny i radzeniu sobie z trudną sytuacją poprzez zapewnienie sobie poczucia bezpieczeństwa. Dzięki magicznemu myśleniu można zredukować lęk i stworzyć taki obraz rzeczywistości, który jest łatwy do zaakceptowania przez osobę będącą w lęku. Przykładem magicznych przekonań przekazywanych społecznie z pokolenia na pokolenie są przesady, które informują, co należy zrobić, aby uniknąć złego losu bądź go odwrócić. Strategia poznawcza może rozwinąć się w natręctwa myślowe (obsesje), które dają iluzoryczne przekonanie panowania nad sytuacją, a ponadto redukują stan nieprzyjemnego napięcia. Niestety natręctwa myślowe

gwarantują jedynie chwilową ulgę. W dodatku z czasem mogą do nich dołączyć kompulsje, czyli natrętne czynności.

4. Strategia ucieczki w wybrane zachowania- istotą tych zachowań jest wykonanie zadania, które przyniosłoby ulgę od przeżywanego nieprzyjemnego napięcia. Często spotykanym u ludzi w różnym wieku zachowaniem spełniającym tego rodzaju funkcję jest nadmierne jedzenie, co w krótkiej perspektywie prowadzić może do otyłości. Ta zaś jest przyczyną niskiego poczucia własnej wartości i może wyzwać kolejne zaburzenia- np. u dzieci zaburzenia mowy pod postacią jąkania. Strategia ta jest więc odpowiedzialna za pojawienie się w efekcie różnych uzależnień i, podobnie jak wcześniej omówione, jedynie chwilowo uwalnia od lęku, nie jest więc najlepszym sposobem na radzenie sobie z napięciem. Cdn.

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
oraz Zarząd Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
organizują w dniu 12 maja 2012 roku w godz. 9. 00 – 17. 00 na terenie Manufaktury

„Dzień z Pielęgniarką i Położną”.

Już po raz siódmy łódzkie Pielęgniarki i Położne będą edukować mieszkańców Łodzi i wdrażać profilaktykę zdrowotną. Tegoroczna akcja będzie obejmować edukację zdrowotną m.in. w zakresie:

- nauki samobadania piersi,
- kontroli ciśnienia tętniczego,
- poziomu cukru w surowicy krwi,
- porad w zakresie opieki i pielęgnacji od noworodka do człowieka dorosłego
- porad dotyczących diety,
- problemów z nietrzymaniem moczu,
- zdrowego trybu życia,
- porad z zakresu jak walczyć z depresją,

Panie po 50 - tym roku życia będą mogły wykonać mammografię.
Ponadto organizatorzy proponują przyspieszony kurs z zakresu udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

Serdecznie zapraszamy

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi

DOKSZTAŁCAJĄCE DLA PIELEŃNIAREK, POŁOŻNYCH I PRACOWNIKÓW BRANŻY MEDYCZNEJ

Trening komunikacji z pacjentem

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁÓDZI

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

**GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

www.erudio.com.pl

KOMUNIKAT

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w comiesięcznych, otwartych, wtorkowych szkoleniach w 2012 roku.



Przedstawimy Państwu następujące zagadnienia:

- 3 kwietnia 2012 r.** - „Kardiologia interwencyjna”
- 8 maja 2012 r.** - „Pacjent po operacji kardiologicznej z długotrwałym drenażem – wyzwanie dla lekarza i pielęgniarki”
- 5 czerwca 2012 r.** - „Clostridium Difficile Infection (CDI) jako zakażenie szpitalne”
- 4 września 2012 r.** - „Nowoczesne metody w terapii noworodka (ECMO, KULING)”
- 2 października 2012 r.** - „Higiena rąk” (szkolenie dla salowych i sanitariuszy szpitalnych)
- 6 listopada 2012 r.** - „Manifestacja objawów klinicznych u dziecka z alergią”
- 4 grudnia 2012 r.** - „Jak ocenić rozwój dziecka w 1 roku życia”

Miejsce szkoleń:

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”, Łódź ul. Rzgowska 281/289

Aula pawilonu ginekologiczno-położniczego godz. 13.00 – 15.00

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować telefonicznie (na 2 tygodnie przed wyznaczonym terminem szkolenia) pod numer 271-11-19 – Koordynator ds. szkoleń.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



TEB Edukacja

proVena
centrum doradztwo-ekspertowe

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH

ULTRA FORTE

*Zapraszamy
Panie pielęgniarki i położne, Panów pielęgniarzy i położnych
na bezpłatne szkolenia z zakresu:*

- Asertywności •**
- Komunikacji w zespole •**
- i przekazywania trudnych informacji**
- Komunikacji z pacjentem i jego rodziną •**
- Radzenia sobie ze stresem •**

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

- materiały dydaktyczne
- płytę z multimedialnym kursem
- książki związane z tematem warsztatów
- certyfikat uczestnictwa
- poczęstunek

Zajęcia prowadzą doświadczeni, certyfikowani trenerzy posiadający dużą wiedzę psychologiczną i współpracujący od lat ze środowiskiem medycznym.

PUNKT REKRUTACYJNY
Łódź, ul. Józefa 7/35
tel. kom. 512 228 406
tel. 42 239 41 16

Biuro Projektu
TEB Edukacja Piotrków Trybunalski
ul. Armii Krajowej 24 a
tel. (44) 647 09 72

Dowiedz się więcej na:
www.efs.teb.pl

Centrum Edukacji i Rozwoju Osobistego CEIRO

CENTRUM SERDECZNIE ZAPRASZA PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE NA NASTĘPUJĄCE FORMY KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO.

- 1) Specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa Środowiska Nauczania i Wychowania. Program dla Pielęgniarek.
- 2) Specjalizacja w dziedzinie Organizacji i Zarządzania. Program dla Pielęgniarek i Położnych.
- 3) Skrócona (do 12-miesięcy) Specjalizacja w dziedzinie Organizacji Zarządzania. Program dla mgr Pielęgniarstwa i Położnictwa.
- 4) Specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego. Program dla Pielęgniarek.
- 5) Specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa Nefrologicznego. Program dla Pielęgniarek.
- 6) Kurs specjalistyczny- Resuscytacja Krążeniowo/Oddechowa. Program dla Pielęgniarek i Położnych.
- 7) Kurs doszkalcający z zakresu „Zaopatrzenia stomii”.
- 8) Kurs doszkalcający z zakresu” Opatrunki specjalistyczne i ich zastosowanie przy zaopatrywaniu ran”.

Realizacja kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w CEIRO odbywa się w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Pielęgniarki i Położne mogą ubiegać się o refundację części kosztów szkoleń w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z przynależnością i obowiązującymi w nich regulaminami. Szczegółowe informacje można uzyskać : pod numerem telefonu 609 049 267, 42 654 68 89 e-mail krystyna-walewska@wp.pl www.ceiro.com.pl

OGŁOSZENIA

Zaproszenie dla absolwentów szkoły medycznej w Łańcucie

Szanowni Absolwenci Medycznej Szkoły Policealnej, Liceum Medycznego, Zespołu Szkół Medycznych w Łańcucie,

W związku ze zbliżającym się jubileuszem 50-lecia serdecznie zapraszamy do udziału w uroczystościach oraz zjeździe absolwentów.

Termin obchodów jubileuszu planowany jest na 20 października 2012 r. (sobota).

Osoby zainteresowane proszone są o rejestrację za pośrednictwem strony internetowej:

www.msp-lancut.cba.pl

telefonicznie: (17) 225 29 84

lub osobiście w sekretariacie szkoły w terminie 1 czerwca – 15 września 2012 r.

Komitet organizacyjny jest otwarty na sugestie i pomysły dotyczące przebiegu w/w spotkania - zapraszamy do współpracy. Serdecznie zapraszamy.

Komitet organizacyjny



251658240

Przychodnia SALVE zatrudni pielęgniarki.

Wymagania:

- wykształcenie wyższe
- magister lub licencjat pielęgniarstwa
- ukończony kurs szczepień ochronnych.

Aplikacje proszę kierować na adres: biuro.struga@salve.pl



Początek roku, mimo uciążliwych mrozów stał się gorącym okresem w kwestii podpisywania kontraktów przez placówki medyczne z NFZ. Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ finansuje leczenie około 2 500 000 ubezpieczonych z terenu województwa łódzkiego. Takie dane widnieją na stronie głównej tej placówki.

Zakłady opieki zdrowotnej starające się jak co roku o kontrakty na świadczenie usług medycznych muszą złożyć oświadczenia o spełnieniu minimalnej liczby zatrudnienia w NFZ -cie. Właściciele, aby uzyskać kontrakt kompletując wykwalifikowaną kadrę medyczną. Okazuje się, że dane niektórych pielęgniarek wykorzystane zostały przez pracodawców nawet w kilku placówkach, choć w rzeczywistości tam nie pracują. Nie podpisywały one żadnej umowy, a co ważne, ich dane osobowe informujące o ukończonych kursach kwalifikacyjnych, studiach magisterskich i przede wszystkim specjalizacjach w danej dziedzinie, wykazane zostały bez ich zgody, bez negocjowania z nimi nawet warunków finansowych. Pytanie nasuwa się samo czy po to pielęgniarki kosztem wyrzeczeń, poświęcenia swojego czasu prywatnego, pracując kończą studia i specjalizacje by pracodawcy mogli wykazując fikcyjne stanowiska pracy pielęgniarek, otrzymując za nie dodatkowo oceniane warunki do kontraktu? Wiemy, że dogrywki w NFZ-cie trwały do marca. Pracodawca ma obowiązek zawiadomić nie tylko NFZ, lecz także pracownika i urząd skarbowy o wykazaniu dochodu. Nie wszystkie przypadki jednak mogą być celowym łamaniem prawa. Jeśli pielęgniarka jest tylko pracownikiem – widmo, to jaką opiekę otrzymuje pacjent? Rekordzista w białym fartuchu był zatrudniony wg NFZ aż w 25 placówkach naraz, jak to możliwe?

Czy jesteśmy więc jak Ojciec Pio z Pietrelciny we Włoszech posiadający dar dwulokacji, z którego korzystał by nieść pomoc innym i znajdował się w dwóch lub kilku miejscach równocześnie? Mnie przypisano podobne umiejętności. Szukałam nowej pracy, składając dokumenty w różnych placówkach medycznych, zarówno publicznych jak i prywatnych. Przypadkiem odkryłam zatrudnienie mnie w jednej z placówek dzięki koleżankom, które uświadomiły mi, że po złożeniu dokumentów w czterech szpitalach na pewno już w którejś placówce pracuję, o czym jeszcze nie wiem i nie dowiem się jeśli tego nie sprawdzę w bazie danych NFZ. Przestraszyłam się, że może zapuka do mnie kiedyś „skarbowka” albo nie daj Boże prokurator i co wtedy? Moje przypuszczenia i obawy się sprawdziły.

Skala zjawiska jest ogromna, jak wynika z doniesień o nieprawidłowościach alarmują pielęgniarki z Górnego Śląska „Nie podpisywałyśmy żadnych umów!”, sprawdzają na Lubelszczyźnie i w innych województwach. W akcję włączają się wszystkie pielęgniarki w całej Polsce. Ciągłe coś odkrywam i coraz bardziej tracę wiarę w ludzi. To kolejne moje rozczarowanie w życiu i pewnie jeszcze nie jedno. Apeluję do wszystkich pielęgniarek i położnych, które szukały nowej bądź dodatkowej pracy, bo nie starcza im do przysłowiowego „dziesiątego” – sprawdzajcie swoje umowy w bazie danych NFZ! Każda z was, jeśli ma jakiegokolwiek obawy musi zrobić to sama, by upewnić się gdzie tak naprawdę jeszcze pracuje, a złożyć grupowego wniosku do NFZ raczej nie można.

Do Funduszu wpłynęło kilka tysięcy ofert, w wyniku rozstrzygnięć konkursowych niektóre placówki straciły kontrakt, dotyczy to np. poradni specjalistycznych,

gabinetów stomatologicznych, rehabilitacyjnych. „Powodem nieprzyznania środków finansowych, mimo spełnienia wszystkich wymogów jest zbyt wysoka konkurencja nowych prywatnych jednostek z wysokimi kapitałami inwestycyjnymi” jak twierdzi prezes jednego ze szpitali. Szpitale czy też przychodnie muszą mieć wykazanych specjalistów, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarki, by podpisać kontrakt na działalność danego typu. O tym mówi zarządzenie 90/2011 Prezesa NFZ z dnia 13.12.2011 r. (załącznik 2 – warunki wymagane) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15.09.2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (załączniki 1 i 2). I tak na przykład na oddziałach okulistycznych, na blokach operacyjnych przy operacjach zaćmy nie mogą już w tej chwili asystować instrumentariuszki, tylko muszą je zastąpić pielęgniarki z specjalizacją z pielęgniarstwa operacyjnego bo tak zdecydowało od nowego roku Ministerstwo Zdrowia (Rozporządzenie z dnia 15.09.2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego). Trochę statystyki, tak dla przykładu w Śląskiej Izbie Pielęgniarskiej zarejestrowanych jest tylko 15 pielęgniarek operacyjnych, w województwie łódzkim tylko 3, a w całym kraju na 200 tys. czynnych zawodowo pielęgniarek tychże specjalistek jest tylko 865. Wniosek nasuwa się sam. Co ciekawe, taki wymóg tyczy się tylko zaćmy, a „takich zabiegów jak zaćma przeprowadza się w Polsce rocznie ok. 160 tys., drugie tyle, o ile nie więcej, czeka w kolejkach” jak twierdzi Krajowy Konsultant w dziedzinie okulistyki. Chodzi zarówno o małe szpitale prywatne, jak i potężne publiczne kliniki. Kliniki muszą również spełniać pewne wymogi, które wynikają ze zmian przepisów, m.in. konieczności posiadania dostępu do bloku operacyjnego, świadczenie usług 3 razy w tygodniu w wyznaczonych godzinach i wyżej omówiony warunek posiadania przez pielęgniarki okulistyki specjalności z pielęgniarstwa operacyjnego. Interweniowali szefowie prywatnych szpitali w Ministerstwie w sprawie pielęgniarek specjalistek, ale słowo się rzekło i odkręcić ten przepis jest teraz trudno. Tak więc walka trwa. NFZ odrzuca oferty szpitali, bo np. ośrodki chirurgii jednego dnia (w jej ramach usuwa się np. żylaki) muszą spełniać wyższe nawet od specjalistycznych klinik wymogi dotyczące bloków operacyjnych, aby je przebudować potrzeba też trochę czasu, publiczne placówki konkurują z prywatnymi szpitalami, świadczeniodawcy wykazują fikcyjnie zatrudnienia pielęgniarek specjalistek, a pielęgniarki żeby miały jeszcze więcej do roboty sprawdzają w NFZ -cie w ilu miejscach naraz są zatrudnione. Każdy przecież walczy o swoje jak w „erze kamienia łupanego” – pielęgniarki o miejsca pracy, których już brakuje, bo likwidowane są poradnie lub oddziały w szpitalach, a pracodawcy o kontrakty po to by utrzymać się na rynku pracy. Kogo więc tu obwiniać? Teraz każdy walczy o siebie i o swoje, boję się że w tej walce pogubiliśmy się już wszyscy.

Chłodny bilans urzędników NFZ to np. próby ograniczenia dotacji na kardiologiczne badania prenatalne płodów

i przesunięcia ich na margines opieki medycznej, powodując praktycznie uniemożliwienie powszechnego dostępu do świadczeń diagnostycznych. Dziś już wiemy, że projektowane zmiany nie zostały wdrożone a badania echokardiograficzne włączone są jednak do programu Ambulatoryjnych Świadczeń Diagnostycznych ratujących życie i zdrowie wielu dzieci. Według specjalistów z tej dziedziny i wielu rodziców oraz ludzi zaangażowanych w ten jakże ważny obszar medycyny, gdyby nie walka o możliwość kontraktowania usług z NFZ to mogłoby to skutkować groźną katastrofą. Posiadacze Certyfikatów Sekcji Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej walczą o zweryfikowanie punktacji za świadczone usługi medyczne, gdyż jak się okazuje NFZ jednakowo wylicza, akurat w tym przypadku, usługi niezależnie od rodzaju posiadanego Certyfikatu. Przykładów takich można by przytaczać wiele. Jestem zaniepokojona takim stanem rzeczy i należę do osób, które przeciwstawiają się dotychczasowym warunkom m.in. finansowym naszego środowiska pielęgniarskiego podejmując działania na rzecz ich poprawy. Żyjemy w dobie braku stabilności finansowej, a tym samym braku poczucia bezpieczeństwa. Pielęgniarki tak dobrze wykształcone coraz więcej pracują i coraz mniej zarabiają, w tej całej gonitwie tracą nadzieję na poprawę finansową, nikt nie jest zadowolony, wyczuwa się zmęczenie i narastającą frustrację. Jak długo ma trwać taki stan rzeczy Bóg raczy wiedzieć. „Albo bezprawie albo bałagan” to chyba dobre określenie na to, co dzieje się w Polsce. Przeciąganie liny do granic możliwości. Kto ma płacić za błędne decyzje czy też pomyłki urzędników, bałagan w systemie - pacjenci, pielęgniarki, czy dyrektorzy publicznych bądź prywatnych szpitali? Wszyscy jesteśmy w to wkręceni, przysłowiowy „kolorowy zawrót głowy lub groch z kapustą”, jak kto woli.

Na zakończenie pragnę dodać parę słów na temat własnych odczuć. Wiele lat z życia prywatnego poświęciłam na kształcenie. Od zawsze chciałam zostać pielęgniarką, ukończyłam Liceum Medyczne, już po 1,5 roku pracy zawodowej kurs kwalifikacyjny, po drodze dwa kursy specjalistyczne, pracując kończyłam 4 - letnie studia dzienne magisterskie i równocześnie specjalizację. Ktoś zapewne zapyta jak to możliwe? Możliwe, jak się chce można wiele zrobić i osiągnąć, ale ile mnie to kosztowało wiem tylko ja - ile emocji, nerwów, frustracji, czasem zwątpienia, kosztem bliskich, znajomych, nieprzespanych nocy po to, by zaliczać sesje egzaminacyjne, biegać na praktyki zawodowe i odbywać staże na specjalizacji prawie we wszystkich szpitalach, pisać pracę licencjacką, a za chwilę magisterską naukowo - badawczą, obronić je, no i oczywiście zakończyć 2 - letnią specjalizację egzaminem państwowym w Warszawie. W trakcie studiów otrzymywałam stypendium za wyniki w nauce, a za pracę magisterską dostałam wyróżnienie i nagrodę finansową przewidzianą regulaminem z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Czegoż chcieć więcej? Ktoś mógłby powiedzieć, że osiągnęłam spektakularny sukces i satysfakcję, może i tak, ale ja póki co, tak nie myślę.

Wiele razy odczułam też złośliwości i przykre uwagi pod moim adresem jako tzw. „wykszałciucha”, że do niczego mi się to wyższe wykształcenie nie przyda, że mój zakres obowiązków jest taki sam jak pozostałych pielęgniarek itp. Nie wszyscy przecież muszą czy mogą spełniać się tylko na kierowniczych stanowiskach. Wyższe wykształcenie przydało mi się chyba jednak po coś, a chociażby po to, by napisać ten artykuł. Nie ukrywam, że czasami było mi przykro, rodziło się wiele wątpliwości czy dać sobie już z tym wszystkim spokój, a docinki ze strony własnego środowiska przyczyniły się też w niemałej mierze do obniżenia poczucia mojej wartości. Przetrwałam jednak dzięki ambicji, determinacji, samozaparciu, no i pracy, jak również wsparciu mojego kierownictwa, motywacji, pomocy i dodawania otuchy ze strony bliskiej koleżanki - również pielęgniarki, która stała się dla mnie wzorem wiedzy, postawy i zaangażowania w opiece nad pacjentem oraz dzięki postawie, miłości i pomocy mojego Syna. Za to więc mam teraz okazję im wszystkim podziękować. Po wielu latach wyrzeczeń, pracy przez jakiś czas po 300 godzin miesięcznie, nadal zarabiam tyle samo, ile bez wykształcenia wyższego i uzyskanego tytułu specjalistki, którego ukończenie zawsze było moim marzeniem, a moje dane osobowe są bezprawnie wykorzystywane przez podmioty, które na tym zarabiają. Czyż nie można mieć dość? Co można czuć, rozczarowanie czy też złość i jakie jest wyjście z sytuacji?

Mam jednak cichą nadzieję, że kiedyś ta dbałość o wysoki poziom kwalifikacji personelu medycznego i jego stałe podnoszenie, ciągle doskonalenie jakości świadczonych usług medycznych, prowadzenie badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych przez pielęgniarki i położne, będą kiedyś tak cenione jak jest to w innych krajach Unii Europejskiej, czego sobie i wszystkim życzę.

Eliza

Imię i nazwisko do wiadomości redakcji.

Literatura:

1. „Lubelszczyszna: pielęgniarki chcą sprawdzić swoje umowy” *Kurier Lubelski*, 08.10.2010r.
2. „Nie wiedzą, że pracują w kilku miejscach. Kolejne martwe dusze na listach NFZ” *gazeta.pl Wiadomości*, 11.10.2010r.
3. „Czarno widać leczenie zaćmy” *Gazeta Wyborcza*, grudzień 2011r.
4. „Operacje bez leżenia zatrzymane” *Gazeta Wyborcza*, 21.11.2011r.
5. „Dobiega końca kontraktowanie świadczeń; część szpitali bez umów” *Gazeta Wyborcza*, 18.02.2012r.
6. *Echo Płodu - Polska Kardiologia Prenatalna*.

Wszędzie dobrze, gdzie nas nie ma...

Witam Koleżanki i Kolegów wykonujących zawód zwany pielęgniarstwem. To do Was, jako czytelników Biuletynu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, kieruję mój list - owoc ponad rocznego pobytu w Anglii.

Szczerze mówiąc, z zamiarem tym nosiłem się już jakiś czas. Miałem jednak pewien dylemat, czy to kogoś w ogóle zainteresuje? Nic bowiem tak nie nudzi, jak kolejne spostrzeżenia kogoś, kto nie musi na co dzień zderzać się z polską rzeczywistością... Wiem o tym, gdyż sam takie miałem odczucie jeszcze ponad rok temu. Osoby wyjeżdżające do pracy za granicę wzbudzały moje zainteresowanie, które jednym stwierdzeniem określiłbym jako „kolejna-kolejny, który ma już dość...” Powodowało to u mnie taką delikatną zazdrość, przejawiającą się tym, że sam chciałbym zobaczyć jak to jest „tam... w tej Anglii...???”

W zasadzie moja wiedza przed wyjazdem do UK ograniczała się w większości na pewnych zasłyszanych przesłankach, spostrzeżeniach znajomych, którzy osiedli już

poza Polską. Nie do końca wszystko jest tak „jak to malują...” Podobnie jak ze „Słonecznikami” Vincentego van Gogh’a. Dopiero, gdy zobaczyłem ten obraz w londyńskim muzeum na własne oczy, stwierdziłem, że bardziej mi się podobały kopie w albumach... były bardziej kolorowe, niż w rzeczywistości... Wszystko istnieje na bazie iluzji, którą karmimy się sami lub wtedy, gdy inni za nas to robią.

Proces rejestracji w NMC.

A teraz nieco konkretnie, moich własnych spostrzeżeń, subiektywnego odczucia spraw i doświadczeń. Nie zobowiązuje nikogo do tego, aby się zgadzał ze mną. Chcę przedstawić jedynie mój punkt widzenia. Mam nadzieję, że nie wyjdzie z tego stek narzekania...

Wyjeżdżając do Anglii miałem ze sobą dwa lata doświadczenia w łódzkich szpitalach i dyplom licencjata pielęgniarstwa w rękę. Ten ostatni wcale nie jest obowiązkową przepustką do pracy w zawodzie na terenie Anglii. Dwoje z moich znajomych, z którymi pracuję, to osoby po liceum medycznym, mające co najmniej 10-letnie doświadczenie

w szpitalnictwie. Udało im się uzyskać tak upragniony numer zawodowy (tzw. PIN number pielęgniarstwa), obowiązkowy do wykonywania tej profesji. PIN number jest wydrukowany na papierowej tekturce pokrytej hologramem z danymi osobistymi. Jest to kartonik o rozmiarach dowodu osobistego.

Dla mnie osobiście zdobycie PIN numberu, to ponad roczna relacja pocztowa pomiędzy mną, a NMC (Nursing and Midwifery Council - Urzędem ds. Pielęgniarek i Położnych) w Londynie. Wszelkie formalności załatwiałem poprzez pocztę. Jedyne co na początku musiałem zrobić, to zarejestrować się poprzez Internet, aby ruszył mój proces rejestracyjny. Dodam, że nie kontaktowałem się zasadniczo z NMC przez telefon, gdyż za każdym razem, gdy dzwoniłem automat informował mnie, że jestem 30-y w kolejce i średni czas oczekiwania na rozmowę z pracownikiem urzędu wynosi około 30 minut...

Pamiętam jak narzekałem, gdy oczekiwałem zaledwie jeden miesiąc na prawo wykonywania zawodu w Polsce. Byłem wręcz poruszony powolnością rodzimej łódzkiej izby. Życie jednak uczy cierpliwości i weryfikacji swoich sądów. Można powiedzieć, że tutaj dopiero okazuje się, czym jest „ospałość” urzędów, gdy ma się otrzymać coś, co nam pomoże w życiu. Oczywiście, gdy dostanie się mandat za zaparkowanie w niewłaściwej strefie, wtedy urzędy działają niezwykle szybko... porównywalnie do prędkości światła. Mandacik błyskawicznie wpadnie przez lufkę skrzynki pocztowej w drzwiach „poprawiać” humor...

Powracając do tematu zdobycia PIN number... Warto wiedzieć, że wysyłane do NMC dokumenty mają ważność jedynie trzy miesiące. Mam tu myśli datę od ich wystawienia, a nie wysłania (stempla pocztowego). Czasem te same dokumenty musiałem wysyłać dwukrotnie lub trzykrotnie. Myślę, że dzieje się to dlatego, że zanim dana sprawa jest realnie rozpatrywana przez urzędnika NMC, to mija ponad 3 miesiące. Kiedy już pracownik, dosłownie „bierze” naszą sprawę w dłoń i spogląda na to co mu wysłaliśmy, to stwierdza, że to co przysłaliśmy już jest przedawnione. Sąd ten opieram na tym, że każde następne dokumenty, które wysyłałem, nie różniły się treścią, a jedynie datą ich wystawienia. Dodam też, że były to dokumenty przetłumaczone na język angielski przez tłumacza przysięgłego. Jednak samo tłumaczenie przysięgłe nie wystarczy.

O jakie dokumenty „uprzejmie prosi we wniosku NMC?” Jeden z nich to: zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej z klauzulą o tym, że nie toczy się przeciwko pielęgniarce/rzowi żadne postępowanie dyscyplinarne etc., drugie zaś jest zaświadczeniem o kwalifikacjach do wykonywania zawodu.

Zasadniczo dokumenty te powinny być zatwierdzone notarialnie. Wiadomo, że jest to bardzo drogie. Jeśli już jesteśmy w Anglii, to takie potwierdzenie można uzyskać o wiele taniej. Taką samą moc (ten przysłowiowy stempe-

lek) prawną potwierdzającą zgodność i prawdziwość może nam wystawić pracownik poczty. Praktycznie dzieje się to następująco. Prosimy pracownika poczty, że potrzebujemy potwierdzenia zgodności dokumentów. Pokazujemy oryginał i kopię (czasem też wydrukowany skan) i otrzymujemy za opłatą 7 funtów potwierdzenie 3 stron. Przy obecnym kursie 1 funt = 5 zł wynosi to 35 zł. U notariusza z pewnością o wiele więcej!!! Takie uwierzytelnienie jest uznawalne przez urzędy w Anglii, w tym przez NMC. Aby uzyskać number PIN będzie też potrzebne przetłumaczone i potwierdzone w podobny sposób świadectwo urodzenia lub jego zaświadczenie.

NMC z pewnością też wysła do nas prośbę o tzw. świadectwo niekaralności, które można uzyskać już w Polsce w sądzie lub jak to zrobiłem ja będąc na miejscu. Takie świadectwo otrzymałem pocztą (jego kopię równoważną z oryginałem), gdy podejmowałem pracę w domu opieki w Anglii. Pracodawca na swój koszt lub częściowo na koszt pracownika, którego zatrudnia, sprawdza jego niekaralność. Dokument ten to CRB (Criminal Records Bureau), czyli odpowiednik polskiego zaświadczenia o niekaralności. W sektorze usług zdrowotnych, czy w opiece pracodawca w Anglii ma obowiązek sprawdzić każdego przed podjęciem do pracy, czy nie był karany za „abuse” (przemoc). Na takie zaświadczenie czeka się od 2-6 tyg. i bez niego nie podejmiemy pracy w domu opieki czy szpitalu, ale także i wielu innych sektorach różnych zawodów. Na CRB widnieje zapis o jaką pracę ubiega się potencjalny pracownik. Jako ciekawostkę podam, że mój pierwszy pracodawca sprawdził moje CRB na koszt własnej firmy, kolejny zaś już obciążył mnie potrącając mi z pierwszej wypłaty 44 funty. Także wszystko zależy od tego jak trafimy. Wniosek o CRB wypełnia się na druku, który dostarcza nam potencjalny pracodawca lub można się o to postarać osobiście zgłaszając się do posterunku policji. Jednak wówczas to my pokrywamy całość opłaty.

Kolejną ważną sprawą podczas wymiany informacji z NMC jest prawidłowe wypisanie formularzy. Podam przykład. Wypełniając formularz rejestracyjny nie używałem polskich liter typu „ł, ż...” Na jednym z ostatnich druków, które miały zakończyć mój proces rejestracji w rubryce podpis użyłem litery „Ł” podczas, gdy wszystkie inne rubryki były prawidłowo wypełnione. Spowodowało to jednak odrzucenie tego formularza.

I po dwóch tygodniach NMC przysłało mi kolejny formularz z prośbą o prawidłowe użycie imienia i nazwiska w rubryce „podpisać się osobiście.” Wniosek taki z tego, że tak jak sformułujemy i wypełnimy pierwszy formularz rejestracyjny będzie to rzutowało na każdy kolejny. I każdy błąd zostanie wyłapany przez NMC. Myślę, że dzieje się tak dlatego, że o rejestrację w NMC starają się bardzo różne nacje i restrykcje te mają na celu zapobiegania błędom.

Dodatkowa korespondencja NMC polegała na odsyłaniu wypełnionych formularzy, w których trzeba było

wypełnić jedynie aktualny adres, grupa etniczna, kolor skóry, język główny, zatrudnienie... Czasem były to typowe formularze statystyczne.

Być może inni mieli inne doświadczenia. Być może szybciej uzyskali PIN number, którego zdobycie zajęło mi dokładnie 14 miesięcy. Nie wysyłałem też nigdy oryginałów moich dyplomów. Jedyne co wysyłałem to kopię dyplomu, tę potwierdzoną na pocztę. NMC nie prosiło

nigdy o przesłanie wykazu przedmiotów z ilością godzin (suplementu do dyplomu), gdyż szkołę ukończyłem już po wejściu Polski do UE. NMC może jednak prosić o taki wykaz w innych przypadkach. Otrzymując PIN number musiałem uprzednio zapłacić składkę roczną, która wynosiła 72 funty (ok. 360 zł).

Konkludując, rejestracja w NMC w Anglii nie jest tak szybka jak w Polsce, ale jest możliwa. Pielęgniarz X

Imię i nazwisko do wiadomości redakcji.

Od złożenia do stwierdzenia...

mgr Grażyna Romanowska

Gł. spec. ds. rejestru pielęgniarek i położnych

Zawód pielęgniarki, zawód położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki odpowiednio położnej oraz wpisana do rejestru pielęgniarek a w przypadku położnych do rejestru położnych prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania jednego z ww. zawodów. Proces rejestracji w przypadku osób posiadających obywatelstwo polskie trwa od chwili złożenia kompletu dokumentów nie dłużej niż 30 dni. Prawo wykonywania zawodu stwierdza, podejmując w tym celu uchwałę, okręgowa rada lub prezydium okręgowej rady. W izbie łódzkiej poza okresem wakacyjnym (lipiec, sierpień) w każdym miesiącu jest jedno posiedzenie rady i jedno posiedzenie prezydium. Każda z osób składających dokumenty w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, na miejscu w Biurze OIPiP w Łodzi zostaje poinformowana czy wniosek jest właściwie wypełniony, czy są wszystkie wymagane ustawą z dnia 15 lipca 2012 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039) dokumenty. W przypadku niekompletnego wniosku, każdy Wnioskodawca zostaje poinformowany o brakujących dokumentach i wezwany do ich uzupełnienia, w terminie ustawowym. Otrzymuje także informację o najbliższych terminach posiedzeń rady jak i prezydium. I w tym momencie to już od wnioskodawcy zależy kiedy złoży brakujące dokumenty. Jeżeli Wnioskodawca ma jakiegokolwiek pytania i problemy ze skompletowaniem dokumentów może zawsze zadzwonić, przyjść i zadawać pytania dotyczące jego wniosku. Przed terminem zbliżających się posiedzeń rady i prezydium pracownicy Sekcji rejestru dzwonią do osób, które nie dostarczyły kompletu dokumentów z pytaniem czy Wnioskodawca ma jakieś problemy ze skompletowaniem brakujących dokumentów oraz kiedy przewiduje dostarczenie ich. Podajemy także informacje o terminach kolejnych posiedzeń rady i prezydium. Jak Państwo zauważyli to być może nie zbyt „urzędnicze” postępowanie, a właściwie bardzo „urzędnicze”, tyle, że w naszym - pracowników rejestru rozumieniu. Fakt pozostaje faktem, że to Wnio-

skodawcy powinno jak najbardziej zależeć na złożeniu kompletu dokumentów, ale nikomu korona z głowy nie spadnie, jak wykaże zainteresowanie Wnioskodawcą, który tak jak i my jest człowiekiem i może czuć się nieco zagubiony w gąszczu przepisów, wymagań formalnych. Zgodnie z artykułami 28 i 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174, poz. 1039, ze zmianami) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, prawo wykonywania zawodu położnej przysługuje osobie:

- 1) posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub położnych bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarek, odpowiednio położnych lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;
- 2) posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki, odpowiednio położnej;
- 4) która wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Z przepisów wynika, że osoba ubiegająca się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej powinna w tym celu złożyć:

- 1) wniosek w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz wpisu do odpowiedniego rejestru,
- 2) dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych,
- 3) zaświadczenia lekarskie, mówiące o możliwości wykonywania przez Wnioskodawcę zawodu pielęgniarki odpowiednio zawodu położnej,
- 4) Dwa jednakowe fotografie o wymiarze 3 na 3 cm.

Reasumując czas oczekiwania na wydanie prawa wykonywania zawodu w OIPiP w Łodzi pod warunkiem złożenia przez Wnioskodawcę kompletu dokumentów nie przekracza 30 dni.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi składa serdeczne podziękowania dla Pani

Ewy Goleni

za pełnienie funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa onkologicznego, wszelkie podejmowane działania na rzecz rozwoju pielęgniarstwa onkologicznego oraz poprawy bezpieczeństwa i jakości wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej na rzecz poprawy opieki nad pacjentami.

Z życzeniami wielu sukcesów zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym oraz z nadzieją na dalszą owocną współpracę na rzecz środowiska pielęgniarek i położnych.

Na ręce Pani Dyrektor - Marioli Wojtani

– dla całego Domu Opieki Społecznej w Łodzi przy ul. Rudzkiej 54 składamy gorące podziękowania za opiekę nad naszą koleżanką Lucyną Gać.

Pielęgniarki i położne z Koła Emerytek przy OIPiP w Łodzi

Podziękowanie dla Oddziału Chorób Wewnętrznych A w Szpitalu im. K. Jonschera w Łodzi

Szczerze podziękowania dla lekarza opiekującego się mną podczas pobytu w Oddziale - Pani dr Moniki Rynkowskiej – Kidawa za troskliwą i fachową opiekę, leczenie i właściwą postawę lekarską. Pani dr zawsze przyjmuje skargi chorej z wyrozumiałością, wysłuchaniem ich do końca, ze zrozumieniem i pocieszeniem chorego. Jest to dla chorego niezmiernie ważne, tak samo jak właściwa terapia. Stworzenie ciepłej atmosfery i przyjaznych kontaktów towarzyszy pełen zrozumienia uśmiech na twarzy. Ponadto dziękuję serdecznie za leczenie Panu prof. Zdzisławowi Kidawa, całemu zespołowi lekarskiemu oraz Pani Oddziałowej Grażynie Trzonek wraz z całym personelem pielęgniarskim i pomocniczym.

Wdzięczna pacjentka Leonia Klajnwechter - emerytowana pielęgniarka - nauczyciel średnich szkół medycznych

Podziękowanie dla odchodzących na emeryturę pielęgniarek

Cecylii Sęczak i Elżbiety Zalewskiej

*Rozsypał się worek z Emerytkami
Co trochę serdeczna koleżanka żegna się z nami
Wzruszające to chwile, wspomnienia ożywają...
A serca... nie da się ukryć- mocniej kołatają.
Przez wiele lat walczyliśmy z trudnościami
Były chwile radosne i smutne czasami.
Tu załatwiłyście część życia i trochę młodych lat
Lecz trudno, trzeba przeżyć, bo tak urządzony jest świat.
Życzymy Wam zatem, by zdrowie długo dopisywało
I aby na nowej drodze wszystko się spełniało.
Kiedy zaś w wolnych chwilach zatęsknicie za Nami
Przyjmiemy Was radośnie z otwartymi ramionami.*

*Pielęgniarka Naczelnia
i Pielęgniarki Bloku Operacyjnego
Szpitala Klinicznego nr 4 w Łodzi*

Podziękowanie dla Pani

Anny Jankowskiej

*Pielęgniarki instrumentariuszki
Bloku Operacyjnego Kliniki Chirurgii Klatki
Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. WAM – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi*

*w związku z przejściem na emeryturę serdeczne
podziękowania za profesjonalną,
pełną zaangażowania, długoletnią pracę
zawodową, fachowość i poświęcenie.
Jednocześnie składamy najgorętsze życzenia, słowa
uznania i szacunku za szlachetność i wzorcową pracę.*

*Przełożona Pielęgniarek
oraz cały zespół Kliniki Klatki Piersiowej,
Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
USK im. WAM – CSW w Łodzi*

„Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”

*„Pokój Ci wieczny w cichej krainie,
gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie płynie”*

Głęboko zasmuceni pożegnaliśmy naszą koleżankę, pielęgniarkę

Emilię Marciniak

zmarłą 21 lutego 2012 r.

Byłaś człowiekiem o wielkim i wrażliwym sercu i taka pozostaniesz w naszej pamięci.
Żegnaj Emilko, będzie nam Ciebie brakowało.

koleżanki i koledzy z SP ZOZ im. J. Babińskiego

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia 7 marca 2012 r.
zmarła nasza koleżanka

Lucyna Gać

– członkini Koła Emerytek przy OIPiP w Łodzi.

Choć ostatnio nie mogłaś być już z nami na spotkaniach to pozostawałaś w naszej pamięci.
Odeszłaś, lecz my będziemy Cię pamiętać.

pograżone w smutku koleżanki z Koła Emerytek przy OIPiP w Łodzi

Ostatnie pożegnanie naszej koleżanki

Anny Ankiewicz

długoletniej pielęgniarki naszego zespołu

Kochana Aniu, byłaś naszą koleżanką, przyjaciółką, świetną pielęgniarką,
ale przede wszystkim Człowiekiem wielkiego serca.
Będzie nam bardzo brakowało Ciebie, Twojego przyjaznego gestu, słów pocieszenia
w trudnych życiowych chwilach, wsparcia i ogromnego ciepła,
które od Ciebie zawsze emanowało.

Odeszłaś w trudach cierpienia, w ciężkiej w chorobie, odeszłaś tak szybko
nim zdążyliśmy się Tobą nacieszyć. Pozostałaś w naszych sercach na zawsze.

Nie mówimy żegnaj lecz do zobaczenia kochana Aniu.

**pielęgniarki i inny personel pomocniczy
WZZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łagiewnikach**

Pisanki, kraszanki, oklejanki - skąd wziął się zwyczaj malowania jajek?

Wielkanoc jest jednym z najstarszych i najważniejszych świąt w chrześcijaństwie, przypada zwykle na początek wiosny i nawiązuje do odrodzenia się po zimie życia i przyrody. Głównym atrybutem świąt wielkanocnych są pisanki - malowane i ozdabiane jajka. Tradycja dekorowania jajek znana była już w starożytności, najstarsze pisanki pochodzą z Asyrii i liczą ok. 5 tys. lat. Jajka dekorowali też Egipcjanie, umieszczano na nich wizerunki sławnych osób, a Sudańczycy zamieszczali wersy z Koranu. Chińczycy natomiast ozdabiali pisanki elementami kwiatowymi wiśni, czy chryzantem i obdarowywali się nimi na wzajem. Do Europy pisanki przywieźli Persowie.

W Polsce najstarsze pisanki znaleziono podczas wykopalisk na wyspie Ostrówek koło Opola, pochodzą one prawdopodobnie z X wieku. Były to pisanki dekorowane woskiem, które następnie wkładało się do łupin cebuli celem barwienia na kolor brunatnoczerwony.

Nazwa pisanki wzięła się od pisania, bo na jajkach się *pisano*. Woskiem kreśliło się różne wzory a następnie zanurzano w farbie - miejsca nieudekorowane barwiły się. Wosk był zeskrobywany po barwieniu i pisanka gotowa. Obecnie w wielu domach nadal tak dekoruje się jajka na Wielkanoc. W zależności jak zdobimy pisanki mają one różne nazwy:

Kraszanki - powstają po gotowaniu jajek w barwnym roztworze np. w cebuli (brązowe), korze dębu lub w łupinach orzecha włoskiego (czarne), w soku z buraka (różowe).

Oklejanki - (naklejanki) ozdabiano się skrawkami kolorowego papieru, bibuły, płatkami kwiatów.

Nalepianki - pochodzą z okolic np. Łowicza, przyozdabiane były wycinankami z kolorowego papieru czy bibuły.

Drapanki - (inaczej rysowanki czy skrobanki) to kraszanki z wydrapanym wzorem.

Z pisankami wiąże się wiele zwyczajów i tradycji.

Malowane lub kraszone jajka otrzymywali najpierw członkowie rodziny, a później w tygodniu po Wielkanocy osoby zaprzyjaźnione. Podarowanie pisanki chłopcu czy dziewczynie uznawano za dowód sympatii. W Polsce wielu regionach wciąż kultywowane są różne obrzędy związane z pisankami. Na wschodzie przyjęte jest trzykrotne obchodzenie do domu ze święconymi jajkami, aby odpędzić złe duchy. W Niedzielę Wielkanocną należało zjeść jajko z kawałkami surowego chrzantu, który to miał wypalić wszystkie grzechy, a wtedy siła dobroci bijąca z pisanki miała dać siłę i szczęście temu co je zjada. Skorupkom z jajek ugotowanych w Wielki Piątek przypisywano uzdrawiającą moc. Jeśli się te skorupki rankiem w Wielką Sobotę namoczyło w wodzie i ustawiono na wschodnim oknie, to takie lekarstwo miało zabezpieczać przed chorobami. Wierzono również, że malowane jajka zakopane za rogami budowanego domu przyniesie mu pomyślność, a rzucone w płomień - ugasi pożar. Młode kobiety uważały, że umycie się w wodzie z naczyń, na dnie którego leży pisanka, zapewni zdrowie, urodę i szczęście.

Pisanka - to prastary magiczny symbol, który w naszych czasach jest kontynuacją pięknych tradycji, czasami stają się małym dziełem sztuki i coraz częściej formą prezentu. Niech pisanki zawsze będą nie tylko ozdobą naszych świątecznych stołów, kolorowym akcentem wiosny, ale i znakiem nowego życia, bo przecież *wszelkie życie pochodzi od jajka (Omne vivum ex ovo - William Harvey)*. (J.G.)

Z TWÓRCZOŚCI NASZYCH KOLEŻANEK

*Kurczaczki żółciutkie
Zajączki malutkie
Baranki puchate
Jajeczka brzuchate
Zdobią każde mieszkanie i chatę
Kogut kopnął kaczkuszkę,
Żeby weszła na rzeżuszkę
Dalej pędzi, koszykiem wywija
A w środku kielbaska się zwija
Obok niej w borówkowym gaju szyneczka objęła pisanki
Z nimi chleb i sól dostojnie stoją do święcenia
Trawka wschodzi, żonkil puścił oko do bazi
Palmy stoją wyprostowane
Od tygodnia świątecznie ubrane
Przyszły Święta całkiem proste, spokojne i radosne
Bawmy się, śmiejmy i dziękujmy radośnie
Bogu, światu i wiosnie
Żeby wszystko się szczęściło
I w dostatku było*

(H.D.)

*Kurczaczki się nie wydarzyły
Kury jaja pogubiły
Owce także gdzieś zaspaly
Stary zajac chce być mały
Słońce chmurą się zakryło
A już miało być tak miło
Domy pięknie wysprzątane
Stoły udekorowane
W koszu leżą już pisanki
Kuchnia pachnie mazurkami
Idą Święta Wielkanocne
Niech będą zdrowe i radosne
W poniedziałek zaś od rana
Życzymy dużo wody lania*

(H.D.)