

SPIS TREŚCI

Str. 2

Dziecko w szpitalu. Praca pielęgniarki pediatrycznej.

Str. 6

Wykaz uchwał VI kadencji podjętych na posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego w dniu 12.12.2012r.

Str. 7

Wykaz uchwał VI kadencji podjętych na posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego w dniu 12.10.2012r.

Str. 7

Kalendarium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego - 01 Lipca 2012r. - 30 Września 2012r.

Str. 9

Uroczyste otwarcie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Oleśnicy Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „CENTRUM” w Siedlcach - 27 października 2012 r.

Str. 12

Postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne z dzieckiem moczącym się w nocy

Str. 17

Znaki identyfikacyjne dla pacjentów przebywających w szpitalu

Str. 18

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Str. 19

Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 listopada 2012 r.

Str. 20

Pismo do Związku Powiatów Polskich z dnia 19 listopada 2012 r.

Str. 22

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Str. 24

Odpowiedź na pismo w sprawie dotacji

Str. 25

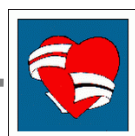
Pismo w sprawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy cywilno-prawnej

Str. 27

Warto przeczytać

Str. 28

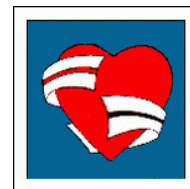
Konkurs – pielęgniarka roku 2012





*Nowego Roku spełniającego wszelkie marzenia,
pełnego optymizmu, wiary, szczęścia i powodzenia.*

*Wszystkim Naszym Czytelnikom, Koleżankom, Kolegom
składają Zespół Redakcyjny
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego
Pracownicy Biura OIPiP*



Dziecko w szpitalu. Praca pielęgniarki pediatrycznej

Choroba i hospitalizacja dziecka zawsze są dramatem dla samego dziecka oraz dla jego rodziców. W oddziale pediatrycznym praca pielęgniarki jest odmienna. Odmienność tej pracy wiąże się przede wszystkim z tym, że pracuje ona na rzecz pacjentów, którzy mają niedojrzałą psychikę, są bardzo wrażliwi, ich reakcje uczuciowe są gwałtowne i silne. Stres towarzyszący hospitalizacji czasem zmienia się w traumę, o której trudno zapomnieć. Dlatego też w opiece nad dzieckiem ważną jest świadomość potrzeb i praw chorego dziecka. Dziecko z racji uwarunkowań psychofizycznych nie potrafi sobie radzić w sytuacjach nowych i trudnych, silniej odczuwa ból, który wywołuje w nim strach. Nie powinno zatem pielęgniarkę dziwić przesadne reakcje dziecka wynikające z niesamodzielności i uzależnienia od dorosłych.

Jak podają badania w populacji dzieci 0-14 lat ponad 8,5% w ciągu 12 miesięcy wymaga hospitalizacji, najwięcej jednak hospitalizowanych dzieci jest w przedziale wiekowym 0-4 lat, stanowi to 12,5 % wszystkich hospitalizowanych dzieci. Jest to grupa małych pacjentów, którzy ze względu na uwarunkowania psychofizyczne najbardziej potrzebują obecności rodziców. W większości przyczyną hospitalizacji jest konieczność leczenia chorób o przebiegu ostrym, pojawiających się nagle czy też konieczność wykonania badań diagnostycznych. Pobyt w szpitalu to dla większości dzieci nieznanе doświadczenie, obce miejsce, nieznanе osoby, różnorodność nowych sytuacji, inny rytm dnia, nieprzyjemne zabiegi, oddalenie od domu, konieczność rozdzielenia z rodzicami, oderwanie od codziennych zajęć. Nie wiedząc co je może spotkać, dzieci tworzą różne scenariusze, które mogą potęgować ich obawy i stres. Dziecko w szpitalu wymaga szczególnej ochrony przed cierpieniem psychicznym i fizycznym, respektowania jego praw i potrzeb rozwojowych, aby pobyt w środowisku szpitalnym nie spowodował regresu w ogólnym jego rozwoju. Regres w rozwoju objawia się różnorodnymi zachowaniami, nieadekwatnymi do wieku dziecka. Czasem jest to powrót do niekontrolowanego oddawania moczu i stolca, odruchów ssania. Mogą to być także zaburzenia snu, lęki nocne, niechęć do zabawy, agresywne zachowanie lub unikanie kontaktu z bliskimi. Dlatego opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu nie może ograniczyć się jedynie do samego procesu diagnostycznego, leczenia i rehabilitacji.

Zaniedbania w tym względie mogą powodować, że dziecko wyjdzie ze szpitala z okaleczoną psychiką, tym bardziej że zaspokojenie emocjonalnych potrzeb najmłodszych pacjentów ma wpływ na tempo ich powrotu do zdrowia i ostateczny wynik leczenia – podkreśla Krystyna Zielińska, psycholog dziecięcy z wieloletnim doświadczeniem.

Dla niektórych dzieci sam pobyt w szpitalu bywa bardziej dotkliwy niż przebyta choroba i zastosowane leczenie. Dlatego poza sytuacjami, kiedy hospitalizacja następuje nagle do pobytu w szpitalu w trybie planowym rodzice powinni przygotować dziecko.

Sposób przygotowania należy dostosować do wieku dziecka, jego możliwości umysłowych, wrażliwości, należy również wziąć pod uwagę ewentualne doświadczenie dziecka związane z leczeniem w szpitalu. To jak dziecko zareaguje na pobyt w szpitalu, jak zaadaptuje się do warunków oddziału zależy od tego jak reagują ich rodzice, bo swoje przekonania i emocje przekazują dziecku. Umiejętność rodziców w przygotowaniu dziecka do pobytu w szpitalu z całą pewnością złagodzi poziom lęku i pozwoli spojrzeć na fakt hospitalizacji bardziej przyjaźnie. W przygotowaniu ważna jest szczerą rozmowa z dzieckiem. W czasie takiej rozmowy należy wytłumaczyć dziecku dlaczego musi pozostać w oddziale oraz co będzie się z nim się działo. Mniejszemu dziecku najlepiej jest takie informacje przekazywać w formie zabawy. Odgrywanie scenek z życia oddziału np. takich jak badanie lekarskie, pomiar temperatury, podawanie leków lalce sprawi że dziecko łatwiej podda się określonym procedurom medycznym. Pomocą powinny służyć książeczki i bajki dla dzieci, w których poruszane są zagadnienia medyczne oraz problem hospitalizacji dzieci.



Są sposoby, które pomogą pielęgniarkom złagodzić szpitalny szok u najmłodszych. W momencie przyjęcia dziecka do oddziału między pielęgniarką a dzieckiem i jego rodzicami zachodzi pewien rodzaj relacji, która będzie decydującym wyznacznikiem zaufania do niej samej, innych członków zespołu terapeutycznego, a także szpitala jako instytucji. Dlatego też kolejny raz należy stwierdzić że najważniejszym elementem w pracy pielęgniarki pediatrycznej jest komunikowanie się z pacjentem objętym opieką i jego rodziną. W pierwszym kontakcie na pewno nie powinna pielęgniarka zapominać o przedstawieniu się, a także zapytać o imię dziecka. W kilku słowach zawsze powinna wyjaśnić rozkład dnia w oddziale, co będzie stosować aby ulżyć dziecku w cierpieniu, powinna zapytać o jego samopoczucie, odczuwanie lęku, dziecko musi poczuć się ważne i szanowane.

Dziecko w oddziale również potrzebuje odrobiny normalności: zabawek przywiezionych z domu, własnej poduszeczki, czytania przez mamę ulubionej książki, picia ze swojego kubka, postawienia na stoliku zdjęcia ukochanej siostry czy brata. Najważniejsze jest jednak to, by stale był przy nim ktoś bliski, i to najlepiej przez całą dobę.

Ważne jest aby informacje dotyczące leczenia przekazywane były przez lekarza, natomiast dotyczące pielęgnacji, sposobu przygotowania do badań, na które dziecko oczekuje, zleconej diety przez pielęgniarkę. Ważne jest również, aby dziecko było traktowane przez personel medyczny z poszanowaniem jego godności i intymności. Trzeba minimalizować ból przy zabiegach, prosić rodziców, by byli przy nich obecni, jeśli oczywiście nie ma ku temu przeciwwskazań.

Udowodniono przecieź, że tulenie się dziecka do mamy, siedzenie na jej kolanach czy ssanie piersi podczas zastrzyku działa „przeciwbólowo”. W prosty sposób można też zapewnić dziecku namiastkę kontroli nad własnym życiem. Wystarczy pozwolić mu wybrać łóżko w sali, zdecydować o kolejności połykanych tabletek itp. Dorosłym nie utrudni to pracy, a małemu pacjentowi da poczucie decydowania o sobie.

Pielęgniarka może też – lepiej niż ktokolwiek inny – pomóc dziecku przygotować się do operacji i innych zabiegów. Wystarczy w przystępny sposób opowiedzieć mu, co się będzie działo. Ale nigdy nie wolno obiecywać, że nie będzie bolało, jeśli nie jest to prawda, po raz drugi nie da się już nabrać naszym obietnicom.

Dobrodziejstwem ostatnich lat jest Europejska Karta Praw Dziecka, która gwarantuje dziecku obecność rodziców podczas pobytu dziecka w szpitalu. Mama czy tata, którzy asystują przy wstępnym badaniu, pomagają „oswoić” nowe otoczenie, czyli oddział szpitalny i salę chorych. Sprawiają, że dziecko czuje się tam bezpieczniej. Jeśli z jakiegoś powodu rodzice nie mogą zostać przy nim w szpitalu, powinni je jak najczęściej odwiedzać. I im dłuższe będą te odwiedziny, tym lepiej. Dziecko bardzo przeżywa smutek związany z rozstaniem.

Obecność rodziców podczas hospitalizacji dziecka, skracanie pobytu dziecka w szpitalu do niezbędnego minimum, tworzenie oddziałów dziennego pobytu są obecnie podyktowane nie tylko względami ekonomicznymi ale także troską o ograniczenie stresogennego wpływu środowiska szpitalnego na chore dziecko.

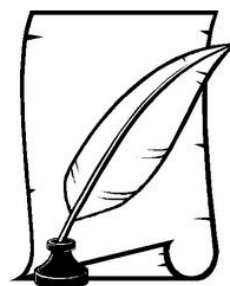
W celu ułatwienia współpracy z rodzicami pielęgniarka powinna zapoznać ich z regulaminem – zbiorem zasad obowiązujących dziecko i rodziców w oddziale. Rolą pielęgniarki oraz innego personelu oddziału jest zachęcanie i uczenie rodziców jak powinni pomagać w procesie leczenia i pielęgnacji swego dziecka. Pielęgniarki mogą podpowiedzieć rodzicom jak rozmawiać z hospitalizowanym dzieckiem. Przy jego łóżku lepiej nie analizować wyników badań, nie mówić o swoich niepokojach i nie krytykować decyzji czy zachowania personelu.

Będąc biernym słuchaczem dyskusji zdenerwowanych dorosłych, z których niewiele rozumie, słysząc obco brzmiące słowa, dziecko zaczyna się bać jeszcze bardziej. Lepiej porozmawiać z nim o rzeczach przyjemnych i radosnych, snuć plany tego, co będziemy robić po opuszczeniu szpitala itd. Przed końcem wizyty zawsze rodzic powinien się z dzieckiem pożegnać, umówić na kolejne odwiedziny czy rozmowę telefoniczną.

Praca w oddziale pediatrycznym powinna być tak zorganizowana aby przebywający razem z dzieckiem rodzice mogli efektywnie opiekować się nim, a pielęgniarka mogła realizować świadczenia zdrowotne. Pogodzenie interesów obu stron jest warunkiem dobrej współpracy z rodzicami chorego dziecka oraz ustalenia co można zmienić aby współpraca dobrze się układała.

Lęk, niepewność i obawy o zdrowie to objawy dobrze znane rodzicom chorych dzieci. Właśnie dla ich dobra chociaż jest to niełatwe muszą oni starać się zapanować nad swoimi emocjami, aby dodatkowo nie utrudniać adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. Istotne jest aby rodzice mieli świadomość, że szpital jest miejscem specyficznym, że reguły, którymi się rządzi służą efektywnej opiece, diagnozowaniu i leczeniu. Zdarza się, że rodzice nie chcą zaakceptować tego faktu, że w szpitalu obowiązują jakieś zasady, że są inne dzieci wymagające opieki pielęgniarki, inni opiekunowie. Taka postawa bardzo utrudnia wzajemne relacje, czasami dezorganizuje pracę, przeszkadza innym pacjentom. Zadaniem pielęgniarek jest zatem również korygowanie niewłaściwych postaw rodziców. Nie ma standardu postępowania w tym zakresie, jest to kwestia wycucia, zrozumienia, opanowania ich emocji. Pielęgniarka jest edukatorem, musi przypominać rodzicom w jaki sposób powinna przebiegać współpraca i relacje z dzieckiem przebywającym w oddziale. Musi nauczyć rodziców czynności pielęgnacyjnych niezbędnych w postępowaniu z dzieckiem po wypisaniu go z oddziału. Pozytywne nastawienie do zastosowanego leczenia i zaufanie do personelu medycznego zarówno ze strony rodziców jak i dziecka to klucz do sukcesu, jakim jest zdrowa przyszłość dziecka.

I na koniec kilka słów dziecka skierowanych do każdego dorosłego, które mądrze ułożył i spisał Janusz Korczak:



PROŚBA DZIECKA

Nie psuj mnie. Dobrze wiem, że nie powiniennem mieć tego wszystkiego, czego się domagam.

To tylko próba sił z mojej strony.

Nie bój się stanowczości. Właśnie tego potrzebuję - poczucia bezpieczeństwa.

Nie bagatelizuj moich złych nawyków. Tylko ty możesz pomóc mi zwalczyć zło, póki jest to jeszcze w ogóle możliwe.

Nie rób ze mnie większego dziecka, niż jestem. To sprawia, że przyjmuję postawę głupio dorosłą.

Nie zwracaj mi uwagi przy innych ludziach, jeśli nie jest to absolutnie konieczne. O wiele bardziej przejmuję się tym, co mówisz, jeśli rozmawiamy w cztery oczy.

Nie chroń mnie przed konsekwencjami. Czasami dobrze jest nauczyć się rzeczy bolesnych i nieprzyjemnych.

Nie wmawiaj mi, że błędy, które popełniam, są grzechem. To zagraża mojemu poczuciu wartości.

Nie przejmuj się za bardzo, gdy mówię, że cię nienawidzę. To nie ty jesteś moim wrogiem, lecz twoja miazdząca przewaga!

Nie zwracaj zbyt wiele uwagi na moje drobne dolegliwości. Czasami wykorzystuję je, by przyciągnąć twoją uwagę.

Nie zrzedź. W przeciwnym razie muszę się przed tobą bronić i robię się głuchy.

Nie dawaj mi obietnic bez pokrycia. Czuję się przeraźliwie tłamszony, kiedy nic z tego wszystkiego nie wychodzi.

Nie zapominaj, że jeszcze trudno mi jest precyzyjnie wyrazić myśli. To dlatego nie zawsze się rozumiemy.

Nie sprawdzaj z uporem maniaka mojej uczciwości. Zbyt łatwo strach zmusza mnie do kłamstwa.

Nie bądź niekonsekwentny. To mnie ogłupia i wtedy tracę całą moją wiarę w ciebie.

Nie odtrącaj mnie, gdy dręcę cię pytaniami. Może się wkrótce okazać, że zamiast prosić cię o wyjaśnienia, poszukam ich gdzie indziej.

Nie wmawiaj mi, że moje lęki są głupie. One po prostu są.

Nie zapominaj, że uwielbiam wszelkiego rodzaju eksperymenty. To po prostu mój sposób na życie, więc przymknij na to oczy.

Nie rób z siebie nieskazitelnego ideału. Prawda na twój temat byłaby w przyszłości nie do zniesienia. Nie wyobrażaj sobie, iż przeproszając mnie stracisz autorytet. Za uczciwą grę umiem podziękować miłośnią o jakiej nawet ci się nie śniło.

Nie bądź ślepy i przyznaj, że ja też rosnę. Wiem, jak trudno dotrzymać mi kroku w tym galopie, ale zrób, co możesz, żeby nam się to udało.

Nie bój się miłości. Nigdy.

Obchody Roku Janusza Korczaka zostały zakończone w dniu 6 grudnia 2012 r. trzydniowym Międzynarodowym Kongresem Praw Dziecka w Warszawie. Najważniejszym punktem Kongresu było ogłoszenie „Deklaracji Warszawskiej”, która odwołując się spuścizny Janusza Korczaka wzywa dorosłych do podejmowania działań na rzecz zapewnienia każdemu dziecku szczęśliwego życia w świecie bez przemocy, dyskryminacji, zaniedbywania i innego złego traktowania.

Opracowanie:

mgr piel. Hanna Kowalik-Krawczyk

mgr piel. Lidia Dylak-Skup

Oddział Pediatrii Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach Sp. z o.o.

**Wykaz uchwał VI kadencji podjętych na posiedzeniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego
w dniu 12.12.2012r.**

Data posiedzenia	Nr Uchwały	Nazwa Uchwały
12.12.2012	119/VI/2012	w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu
	120/VI/2012	w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu
	121/VI/2012	w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu
	122/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	123/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	124/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	125/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	126/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	127/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	128/VI/2012	w sprawie wyrejestrowania z ORPiP Regionu Siedleckiego
	129/VI/2012	w sprawie wydania zaświadczenia po odbytych przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
	130/VI/2012	w sprawie wydania zaświadczenia po odbytych przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
	131/VI/2012	w sprawie skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
	132/VI/2012	w sprawie dofinansowania kształcenia podyplomowego
	133/VI/2012	w sprawie dofinansowania kształcenia podyplomowego
	134/VI/2012	w sprawie dofinansowania udziału w konferencjach
	135/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	136/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	137/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	138/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	139/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	140/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	141/VI/2012	w sprawie pokrycia kosztów szkolenia skarbnika i księgowej
	142/VI/2012	w sprawie pokrycia kosztów szkolenia z zakresu finansów publicznych
	143/VI/2012	w sprawie zwiększenia dofinansowania środków na zakup emblematów
	144/VI/2012	w sprawie zakupu tonera do drukarki
	145/VI/2012	w sprawie przedłużenia licencji i aktualizacji programu do księgowania
	146/VI/2012	w sprawie pokrycia kosztów spotkania informacyjno-szkoleniowego
	147/VI/2012	w sprawie zakupu licencji oprogramowania komputerowego dotyczącego prowadzenia rejestru organizatorów kształcenia
	148/VI/2012	w sprawie zasad i trybu kompensacji wynagrodzenia na czas zwolnień od pracy oraz trybu zwrotu kosztów podróży
149/VI/2012	w sprawie dokumentu „Regulamin działania komisji problemowych”	
150/VI/2012	w sprawie rekompensaty za działalność merytoryczną Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i zastępców	

Wykaz uchwał VI kadencji podjętych na posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego w dniu 12.10.2012r.

Data posiedzenia	Nr Uchwały	Nazwa Uchwały
26.10.2012	67/VI/2012	w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki oraz wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	68/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	69/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	70/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	71/VI/2012	w sprawie wpisu do rejestru ORPiP Regionu Siedleckiego
	72/VI/2012	w sprawie wyrejestrowania z ORPiP Regionu Siedleckiego
	73/VI/2012	w sprawie skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6
	74/VI/2012	w sprawie wydania zaświadczenia po odbytych przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6
	75/VI/2012	w sprawie powołania Komisji Egzaminacyjnej
	76/VI/2012	w sprawie dofinansowania kształcenia podyplomowego
	77/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	78/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	79/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
	80/VI/2012	w sprawie przyznania zapomogi
81/VI/2012	w sprawie powołania Komisji Egzaminacyjnej	



Kalendarium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego - 01 Lipca 2012r. - 30 Września 2012r.

Data	Wydarzenie
05-06 października 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP i Zofii Czyż – Sekretarza ORPiP w Ogólnopolskiej Manifestacji oraz konferencji „Wszyscy jesteśmy pacjentami ...” organizowanej przez Ogólnopolskie Forum Związków Zawodowych
12 października 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w sesji naukowej z okazji 100-lecia Laboratorium Prątko Samodzielnym Specjalistycznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Rudce
15 października 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w Inauguracji Roku Akademickiego w Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach
22 października 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w Wernisazu Wystawy Plastycznej „Przez Twórczość do Zdrowia” na zaproszenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siedlcach.
23 października 2012 r.	Posiedzenie komisji ds. pomocy społecznej
23 października 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w Konferencji „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego” organizowanej przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
26 października 2012 r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
26 października 2012 r.	Kontrola kursu specjalistycznego w zakresie Resuscytacji krążeniowo-oddechowej prowadzonego przez Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Siedlcach. Kontrolę przeprowadziły: mgr piel. Agnieszka Karwowska, piel. specjalistka Małgorzata Świątek
27 października 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w uroczystym otwarciu nowego skrzydła budynku Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Oleśnicy na zaproszenie Zarządu Centrum Medyczno Diagnostycznego Sp. z o.o. oraz Kierownictwa ZOL

Data	Wydarzenie
05 listopada 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP oraz Przedstawicieli ORPiP w Seminarium „Profilaktyka i Leczenie Odleżyn” organizowanym przez Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o. oraz firmę EMPIRUIUM
08 listopada 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w Konferencji nt. osób starszych organizowanej w ramach EFS przez Ministerstwo Gospodarki
13 listopada 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w konferencji „Rodzina na zakręcie” organizowanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Siedlcach
14 listopada 2012 r.	Udział Anny Garuckiej – Viceprzewodniczącej ORPiP w drugim dniu konferencji „Rodzina na zakręcie” organizowanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Siedlcach
14 listopada 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w konferencji w Lublinie pt.: Nefropatia cukrzycowa wyzwaniem dla zespołu medycznego” na zaproszenie ORPiP w Lublinie.
21 listopada 2012 r.	Kontrola kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią prowadzonego przez Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Siedlcach. Kontrolę przeprowadziły: mgr piel. Hanna Staręga, piel. lic. Anna Gadamska.
21 listopada 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w konferencji nt.: Dialog jako najlepszy sposób na osiągnięcie optymalnych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia na zaproszenie Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu.
26 listopada 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP w Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
27 listopada 2012 r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
28 listopada 2012 r.	Szkolenie zorganizowane przez ORPiP dla pielęgniarek i położnych nt.: „Wykonywanie działalności leczniczej w formie indywidualnej praktyki w świetle przepisów prawa i odpowiedzialności zawodowej”
30 listopada 2012 r.	Udział Hanny Sposób – Przewodniczącej ORPiP oraz Edyty Mączarskiej – Skarbnika ORPiP w uroczystości wręczenia dyplomów ukończenia studiów absolwentom kierunku pielęgniarstwo licencjata pielęgniarstwa w Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach.
7 grudnia 2012 r.	Udział Zofii Czyż – Sekretarza ORPiP w konferencji uzgodnieniowej w związku z projektem rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.
10 grudnia 2012 r.	Posiedzenie Komisji ds. pomocy socjalnej
10 grudnia 2012 r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
12 grudnia 2012 r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych połączone ze spotkaniem opłatkowym, w którym uczestniczyli pełnomocnicy, Przewodniczący Komisji Problemowych, Przedstawiciele Organów OIPiP, Pielęgniarska Kadra Kierownicza podmiotów leczniczych, Diecezjalny Duszpasterz Służby Zdrowia.
12 grudnia 2012 r.	Udział Zofii Czyż - Sekretarza ORPiP w konferencji uzgodnieniowej w związku z projektem rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.
14 grudnia 2012 r.	Udział Hanny Sposób - Przewodniczącej ORPiP w spotkaniu opłatkowym na zaproszenie Zarządu TWP Oddział Regionalny w Siedlcach



Uroczyste otwarcie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Oleśnicy Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „CENTRUM” w Siedlcach - 27 października 2012 r.



*Dr Paweł Żuk
Prezes Centrum Medyczno Diagnostycznego Sp. z o.o.
mgr Wiesława Korycińska – Kierownik ZOL*



*Budynek Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Oleśnicy,
Oleśnica 132, 08-117 Wodnyie*

Działalność Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Oleśnicy

Opracowanie: mgr pielęgniarstwa Wiesława Korycińska - Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Trochę historii...

Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Oleśnicy powstał 8 lat temu. 4 stycznia 2005 r. przyjęta została pierwsza pacjentka kierowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia z Warszawy, kolejni pacjenci byli kierowani z terenu całej Polski.

Decyzja o rozbudowie Zakładu powstała już w chwili zakupu tego obiektu. Fundamenty pod nową część zaczęto kopać jesienią w 2010 r. W styczniu 2012 roku nowy odcinek zakładu został oddany do użytku. Pacjenci przebywający w naszym ośrodku zostali przewiezieni do nowych sal, natomiast stara część została poddana modernizacji.

Od lutego 2012 r. pracujemy na obu odcinkach. W chwili obecnej do realizacji bezpośredniej opieki w ZOL-u zatrudniamy 38 osób, w tym 24 osoby z terenu gminy Wodnyie. W zespole pracuje 4 lekarzy, 13 pielęgniarek, psycholog, logopeda, 7 opiekunek medycznych, 1 ratownik medyczny, 3 fizjoterapeutów, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny, sekretarka medyczna, kapelan. Wszystkie pielęgniarki posiadają odpowiednie kwalifikacje do pracy w ZOL-u takie jak: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, kurs specjalistyczny w zakresie wykonania i interpretacji zapisu EKG, kurs specjalistyczny w zakresie leczenia ran. Wśród pielęgniarek są osoby posiadające tytuł magistra pielęgniarstwa. Pozostali pracownicy to koordynator kuchni i kucharki, intendentka, pracownik gospodarczy.

Czym jest ZOL? Jakie są jego zadania?

Zakład Opiekuńczo - Leczniczy jest placówką stacjonarną, której celem jest okresowe objęcie całodobowo leczeniem, opieką i pielęgnacją osób przewlekle chorych oraz tych którzy przebyli leczenie szpitalne i nie wymagają dalszej hospitalizacji. Zadaniem ZOL-u jest przygotowanie rekonwalescenta i jego rodziny, opiekuna do opieki i pielęgnacji w warunkach domowych, zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia, zmniejszenie skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnianie ruchowe poprzez działania fizjoterapeutyczne oraz stosowanie rehabilitacji ogólnoustrojowej, zgodnie z zaleceniem lekarza.



*mgr pielęgniarstwa Wiesława Korycińska
Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego*

Przeciwwskazaniem do pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym jest terminalna faza choroby nowotworowej (wskazana jest wówczas opieka hospicyjna) oraz ostra faza choroby psychicznej (wskazany pobyt na oddziale psychiatrycznym). Do ZOL-u nie można przyjąć osoby wyłącznie z problemami natury socjalnej. Takie osoby powinny być kierowane do Domu Pomocy Społecznej.

Oferta Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Oleśnicy – Obecnie dysponujemy 54 miejscami. 31 miejsc refundowanych jest z NFZ, 6 miejscami dla osób wentylowanych mechanicznie, pozostałe miejsca to miejsca komercyjne, pełnopłatne.

Warunki pobytu – odpłatność za pobyt komercyjny uzależniona jest od aktualnego stanu zdrowia, ocenionego przez lekarza oraz kierownika ZOL-u na podstawie dokumentacji. Pacjent może zostać objęty opieką specjalistyczną od kilku dni do kilku miesięcy w zależności od decyzji rodziny. Pobyt komercyjny przeznaczony jest dla osób z różnym deficytem stanu zdrowia.

Osiągnięcia – Wysoka jakość opieki i osiągnięcia w pielęgnacji chorych leżących, wysoka ocena w środowisku medycznym, dobra współpraca z Urzędem Gminy w Wodyniach, organizacjami pozarządowymi i ośrodkami pomocy społecznej, z grupą młodzieży Gimnazjum w Wodyniach. Oferujemy najwyższą jakość usług potwierdzoną Certyfikatem ISO 9001:2008. Największym powodem do dumy i mobilizacji do dalszej pracy są otrzymywane podziękowania od pacjentów i ich rodzin.

Nasze cele – poprawa stanu zdrowia każdego pacjenta, który do nas przybywa, zapewnienie pacjentom wentylowanym mechanicznie zgodnie z obowiązującymi standardami, pozyskiwanie środków dla pacjentów ubogich wymagających świadczenia pielęgnacyjno-leczniczego, pogłębianie współpracy z instytucjami gminnymi w zakresie pomocy pacjentom, pozyskanie większej ilości miejsc refundowanych, utrzymanie jakości usług na wysokim poziomie.

Działalność na innych płaszczyznach – Prowadzimy usługę cateringową.

Działalność Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Oleśnicy wspiera Fundacja Świętych Joachima i Anny.

W uroczystości uczestniczyli Przedstawiciele Starostwa Powiatowego w Siedlcach, Urzędu Gminy w Wodyniach, Przedstawiciele środowisk działających w opiece długoterminowej, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego.



Oleśnica dnia 27.X.2012

Postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne z dzieckiem moczącym się w nocy

Podstawą do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z dzieckiem moczącym się w nocy są wytyczne, które zostały opracowane przez Grupę Ekspertów Polskiego Towarzystwa Urologii Dziecięcej oraz Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej kierowaną przez prof. dr hab. med. Małgorzatę Bakę-Ostrowską, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Urologii Dziecięcej. Wytyczne opracowane zostały na podstawie opublikowanych zaleceń międzynarodowego towarzystwa naukowego - International Children's Continence Society (ICCS) i zostały dostosowane do warunków systemu polskiej opieki zdrowotnej.

Celem opracowania wytycznych i ich publikacja jest zwrócenie uwagi personelu medycznego na ten istotny problem w opiece nad dziećmi, wprowadzenie jednolitej, aktualnej terminologii zgodnej ze światowymi standardami w dziedzinie zaburzeń oddawania moczu u dzieci, wprowadzenie jednolitego standardu postępowania przez lekarzy rodzinnych i specjalistów zajmujących się dziećmi z moczeniem nocnym, wskazaniem możliwości diagnostycznych i terapeutycznych zgodnych z obecnie dostępną wiedzą medyczną, wskazaniem grup pacjentów z objawem moczenia, którzy powinni znaleźć się pod stałą opieką nefrologa i/lub urologa dziecięcego. Wprowadzenie jednolitej terminologii umożliwia ocenę częstości występowania tego zjawiska w populacji dziecięcej w Polsce. Jednolity standard postępowania z dzieckiem moczącym się w nocy ułatwia podjęcie diagnostyki i terapii już na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz poprawia dostęp pacjentów do leczenia. Stworzone postępowanie diagnostyczne pozwala na racjonalne przeprowadzenie badań umożliwiających rozpoznanie typu moczenia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, a decyzje o wykonaniu badań inwazyjnych pozostawia do decyzji lekarzy specjalistów. Rolą lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest wstępna diagnostyka składająca się z wywiadu ze szczególnym uwzględnieniem innych objawów dotyczących zaburzeń oddawania moczu, badanie dziecka z oceną zewnętrznych narządów moczowo- płciowych, dzienniczek oddawania moczu i kalendarz moczenia oraz podstawowe badania laboratoryjne i badanie ultrasonograficzne.

Wytyczne zwracają uwagę na konieczność dobrej współpracy z rodzicami i/lub opiekunami dziecka, gdyż od ich zaangażowania zależy prawidłowe wypełnienie dzienniczka oddawania moczu i kalendarza moczenia oraz dalsze skuteczne leczenie.

Wytyczne wskazują standardowe, równoważne metody terapeutyczne pierwszego rzutu, takie jak farmakoterapia przy użyciu desmopresyny lub leczenie kondycjonujące przy użyciu alarmu nocnego. Mogą one być zastosowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po wykluczeniu innych istotnych patologii leżących u podstaw moczenia.

Standardy jasno przedstawiają wskazania do leczenia w ośrodkach specjalistycznych, co pozwala z jednej strony na szybszy dostęp wybranych pacjentów, którzy tego wymagają do nefrologa i/lub urologa dziecięcego, z drugiej zaś strony standardy stanowią podstawę do rozpoczęcia leczenia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej u pacjentów niewymagających pomocy specjalisty.

Wprowadzenie przez Ministra Zdrowia od 1 września 2012 roku refundacji leczenia farmakologicznego pierwszego rzutu (desmopresyny), poprawia dostępność do leczenia szerokiej grupie dzieci, które dotychczas nie mogły być leczone z powodów ekonomicznych.

Wczesne zdiagnozowanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia pozwala na uchronienie dziecka przed zaburzeniami sfery emocjonalnej i socjalnej. Rodzice powinni skontaktować się z lekarzem, jeżeli dziecko opanowało już trening czystości i nagle wtórnie zaczęło się moczyć w nocy lub ukończyło 5 rok życia bez efektywnego opanowania treningu czystości, czego efektem jest przewaga ilości mokrych” nocy nad „suchymi”. Wizyta u lekarza jest także konieczna kiedy u dziecka powtarzają się epizody nagłego przymusu oddania moczu, odczuwania dyskomfortu lub bólu w trakcie oddawania moczu oraz częste oddawanie moczu małymi porcjami. Objawów moczenia nie wolno lekceważyć, by nie przeoczyć wad rozwojowych lub chorób układu moczowego wymagających specjalistycznego leczenia.

DEFINICJA, TYPY I RODZAJE, Przyczyny MOCZENIA NOCNEGO.

Nocne nietrzymanie moczu, zwane moczeniem nocnym definiowane jest jako bezwiedne oddawanie moczu w nocy, podczas snu, zdarzające się u dziecka, które zakończyło już trening czystości (naukę świadomego oddawania moczu) lub ukończyło 5 lat.

Nokturia (nocturia) oznacza oddawanie moczu w nocy przez dziecko, które samo się wybudza i świadomie oddaje mocz.

Typy podstawowe moczenia nocnego:

1. monosymptomatyczne moczenie nocne (MMN) – moczenie nocne, któremu nie towarzyszą inne objawy ze strony dolnych dróg moczowych (ok. 80% dzieci moczących się w nocy),
2. niemonosymptomatyczne moczenie nocne (NMMN) – moczenie nocne, któremu towarzyszą inne objawy ze strony dolnych dróg moczowych, jak np.: nietrzymanie moczu w ciągu dnia, parcia, nagłce, częste lub rzadkie mikcje, objaw kucania, zakażenia układu moczowego itp. (ok. 20% dzieci moczących się w nocy).

Rodzaje moczenia nocnego:

1. pierwotne moczenie nocne – moczenie nocne, w trakcie którego nie wystąpił 6 miesięczny okres suchych nocy,
2. wtórne moczenie nocne – moczenie nocne, w trakcie którego wystąpił okres suchych nocy przekraczający 6 miesięcy (najczęściej występuje u dzieci z wadami i chorobami układu moczowego lub zaburzeniami psychicznymi).

Przyczyny moczenia nocnego

1. W patogenezie monosymptomatycznego moczenia nocnego wyróżnia się dwa podstawowe mechanizmy:
 - 1) poliuria nocna – wzmożone wydzielanie moczu w nocy, spowodowane niedoborem wazopresyny (hormon antydiuretyczny wydzielany przez przysadkę mózgową). Dziecko zazwyczaj moczy się w nocy raz, około 3-4 godzin po zaśnięciu,
 - 2) nocna nadczynność wypieracza – niepohamowane skurcze pęcherza występujące w ciągu nocy, powodujące zmniejszenie oczekiwanej objętości pęcherza moczowego (gwałtowny skurcz powoduje wzrost ciśnienia śródpecherzowego i bezwiedne opróżnienie pęcherza). Dziecko zazwyczaj moczy się kilka razy w ciągu nocy.

Obie grupy chorych charakteryzuje podwyższony próg pobudliwości, co powoduje odczytywanie przez ośrodki w mózgu impulsów z wypełnionego pęcherza jako zbyt słabych (podprogowych) i brak reakcji wzbudzenia ze snu. Podczas głębokiego snu czucie wypełnienia pęcherza jest obniżone, a gromadząca się w pęcherzu ilość moczu przekraczająca jego pojemność funkcjonalną może doprowadzić do bezwiednego opróżnienia. Możliwe jest również występowanie innych mechanizmów patogenetycznych. Moczenie nocne często występuje jednostkach chorobowych takich jak: padaczka, anemia sierpowata, zespół nadpobudliwości psycho-ruchowej (ADHD), bezdechy nocne, jadłowstręt psychiczny, zespół Willy-Prader'.

DIAGNOSTYKA SCHORZENIA

Celem wstępnej diagnostyki dziecka z moczeniem nocnym jest szybkie wykluczenie istnienia wady anatomicznej układu moczowego, zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych, choroby ogólnoustrojowej, a w szczególności: cukrzycy, przewlekłej choroby nerek lub moczówki prostej, oraz zaburzeń psychicznych. Stwierdzenie wady, zaburzenia lub choroby wymienionych powyżej wymaga skierowania dziecka do dalszej odpowiedniej diagnostyki specjalistycznej.

Ocena dziecka moczącego się w nocy dokonywana jest na podstawie:

1. wywiadu chorobowego polegającego na:
 - a) ustaleniu, czy w życiu dziecka występowały okresy suchych nocy i jak długo trwały (odróżnienie moczenia nocnego pierwotnego od wtórnego), b) ustaleniu występowania objawów zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych, w szczególności: parć nagłych, manewrów powstrzymujących oddanie moczu (stawania na palcach, przebierania nogami, kucania na pięcie, uciskania prącia), mikcji przerywanej, słabego strumienia moczu, konieczności wspomaganie mikcji tłocznią brzuszną (odróżnienie moczenia nocnego monosymptomatycznego od niemonosymptomatycznego),
 - c) stwierdzeniu występowania zakażeń układu moczowego, d) odnotowaniu występowania wrodzonych wad i anomalii rozwojowych u dziecka i jego rodziny, e) odnotowaniu wszelkich zabiegów operacyjnych, szczególnie związanych z drogami moczowymi, f) przeprowadzeniu wywiadu rodzinnego z uwzględnieniem informacji o występowaniu moczenia nocnego u któregoś z rodziców oraz o jego przyczynach, jeżeli takie informacje można uzyskać, g) określeniu częstości występowania moczenia nocnego oraz nokturii, h) ocenie częstości oddawania stolca, występowania zaparć oraz brudzenia stolcem, i) ocenie stopnia motywacji rodziców i dziecka, która w znaczący sposób wpłynie na powodzenie terapii, j) ocenie zachowania dziecka podczas snu (jak długo dziecko śpi, w którym okresie nocy występuje epizod moczenia, czy dziecko wybudza się po zmoczeniu lub czy jest wybudzane celem oddania moczu, czy wybudzenie dziecka jest trudne, czy dziecko chrapie, czy występują epizody bezdechu nocnego);
 - 2) prowadzonego, przez 48 godzin, dzienniczka mikcji zawierającego informacje o częstości i objętości oddawanego moczu oraz ilości i czasie przyjmowanych przez dziecko płynów.
 3. Na podstawie zapisów dzienniczka mikcji oceniana jest częstość oraz maksymalna objętość mikcji (największa objętość moczu wydalona przez dziecko podczas jednej mikcji). U większości dzieci odpowiada ona czynnościowej pojemności pęcherza moczowego. Czynnościową pojemność pęcherza moczowego porównuje się z wartością oczekiwanej pojemności pęcherza (OPP) dla danego wieku dziecka.

OPP jest wyliczana według wzoru: $OPP = 30 + (\text{wiek w latach} \times 30)$
- Wzór ten jest stosowany przy wyliczaniu OPP dla dzieci do 12 roku życia. Powyżej 12 r. ż OPP wynosi 390 ml. Wartości prawidłowe maksymalnej objętości mikcji (czynnościowej pojemności pęcherza) mieszczą się w zakresie 65% – 135% OPP. Prawidłowa częstość mikcji u dzieci wynosi od 4 do 7 razy na dzień.
4. Wielkość diurezy nocnej ocenia się sumując ilość moczu oddanego do pieluchy (różnica wagi pomiędzy mokrą a suchą pieluchą), ilość moczu z nokturii oraz ilość moczu z pierwszej porannej mikcji. W przypadku, gdy wyliczona objętość diurezy nocnej przekracza 130% OPP dla danego wieku dziecka, rozpoznaje się poliurię nocną.
 5. Dla dziecka moczącego się w nocy prowadzi się kartę obserwacji mikcji.

6. W celu zdiagnozowania moczenia nocnego u dziecka przeprowadza się:

- 1) badanie fizykalne obejmujące w szczególności ocenę:
 - a) wyglądu zewnętrznych narządów płciowych, b) zachowania czucia na kroczu, c) wyglądu kończyn dolnych, d) wyglądu okolicy krzyżowo-ogonowej;
- 2) badania laboratoryjne:
 - a) badanie ogólne moczu – mające na celu wykluczenie glikozurii jako wskaźnika cukrzycy i białkomoczu jako wskaźnika przewlekłej choroby nerek oraz zakażenia układu moczowego,
 - b) posiew moczu – wykonywany u dziecka z istniejącą leukocyturią lub objawami klinicznymi zakażenia układu moczowego, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 3) badanie ultrasonograficzne (USG), którego opis zawiera następujące informacje:
 - a) liczbę, wielkość oraz położenie nerek z oceną ich zróżnicowania korowo rdzeniowego oraz opisem istniejących nieprawidłowości ich struktury, a w przypadku poszerzenia układu kielichowo-miedniczkowego, także podanie wymiarów kielichów oraz wymiaru A-P miedniczki,
 - b) ocenę moczowodów, a w przypadku ich poszerzenia podanie ich wymiarów,
 - c) ocenę pęcherza moczowego z oceną grubości ściany pęcherza przed mikcją oraz oceną objętości moczu zalegającego po mikcji (za znamienne zaleganie po mikcji uznaje się objętość powyżej 20 ml; w przypadku objętości pomiędzy 5-20 ml zaleca się powtórzenie badania),
 - d) ocenę odbytnicy pod kątem wypełnienia masami kałowymi jako wskaźnika zaparcia.

7. W przypadku braku możliwości postawienia diagnozy na podstawie ww. badań, dziecko kierowane należy skierować do specjalisty, który kwalifikuje do dalszych badań diagnostycznych:

- 1) badanie przepływu cewkowego (uroflowmetria);
- 2) badanie urodynamiczne (cystometria);
- 3) badania obrazowe, takie jak:
 - a) cystouretrografia mikcyjna, b) urografia, c) scyntygrafia nerek, d) tomografia komputerowa jamy brzusznej;
- 4) badania rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i kanału kręgowego – w przypadku podejrzenia współwystępowania wad wrodzonych układu moczowego lub neurogennych i nieneurogennych zaburzeń czynności pęcherza moczowego.

LECZENIE

W pierwszej kolejności leczy objawy dzienne oraz zaparcia, towarzyszące moczeniu nocnemu. W leczeniu zaparcia w pierwszej kolejności wdraża się zalecenia dietetyczne oraz środki zmiękczające stolec.

Monosymptomatyczne moczenie nocne leczy się obejmując postępowaniem i leczeniem całą rodzinę chorego dziecka. Leczenie prowadzi się w dwóch etapach. Pierwszy etap obejmuje postępowanie wspomagające i motywujące. Rozpoczyna się zastosowaniem reżimu płynowego polegającego na ograniczeniu spożywania płynów wieczorem oraz wprowadzeniu zakazu spożywania płynów w nocy. Szczególną uwagę należy zwrócić na rodzaj przyjmowanych płynów. Zaleca się picie płynów obojętnych (woda, soki, słaba herbata), natomiast unikanie napojów gazowanych zawierających kofeinę oraz bogatych w wapń (mleko, kakao, płynna czekolada). Czas, od którego należy stosować ograniczenia płynowe, oraz ilość płynu, ustala się po przeanalizowaniu dzienniczka mikcji. Postępowanie wspomagające i motywujące trwa przez cały okres leczenia i ma na celu zmianę nieprawidłowych nawyków związanych z przyjmowaniem płynów i oddawaniem moczu oraz stolca. W trakcie postępowania zwraca się uwagę na eliminację poczucia winy u dziecka oraz kar, jeżeli były stosowane.

Drugi etap obejmuje podawanie leków lub stosowanie alarmu wybudzeniowego; Brak efektów terapeutycznych po zastosowaniu tego leczenia stanowi wskazanie do skierowania pacjenta do ośrodka specjalistycznego. Niedopuszczalne jest rozpoczynanie leczenia moczenia nocnego z pominięciem pierwszego etapu. Lekarz może podjąć decyzję o nieprzerywaniu przez rodziców praktyki wybudzania dziecka w nocy w celu oddania moczu, jeżeli praktyka ta została rozpoczęta przed podjęciem leczenia.

Skuteczność leczenia monitorowana jest poprzez prowadzenie przez rodziców dziecka kalendarza moczenia nocnego. Kalendarz powinien być prowadzony tak by jego stosowanie dawało pozytywne efekty motywacyjne, a nie wykazywało porażki dziecka. Sposób prowadzenia kalendarza moczenia nocnego dostosowuje się do wieku i rozwoju intelektualnego dziecka. Kalendarz moczenia nocnego powinien być prowadzony przez cały okres leczenia. Skuteczność stosowania reżimu płynowego, ocenia się po 3 miesiącach, na podstawie kalendarza moczenia nocnego.

Stosowaną formą leczenia może być alarm wybudzeniowy. Istotą jest zamiana niekontrolowanego moczenia nocnego na kontrolowane oddawanie moczu w nocy (nokturia). W chwili pojawienia się pierwszej kropli moczu alarm dźwiękowy ma za zadanie obudzić dziecko, które powinno dojść do toalety i świadomie oddać mocz. Terapia alarmem, stosowana łącznie z reżimem płynowym, powinna być prowadzona nieprzerwanie co najmniej przez 3 miesiące. Po tym okresie ocenia się efekty leczenia na podstawie kalendarza moczenia nocnego. W przypadku 14 następujących po sobie suchych nocy można odstąpić od stosowania reżimu płynowego, a w przypadku kolejnych 30 suchych nocy terapię uznaje się za zakończoną.

Leki w leczeniu moczenia nocnego - Desmopresyna jako syntetyczny analog wazopresyny, powinna być stosowana do leczenia moczenia nocnego spowodowanego poliurią nocną, niestępującą po zastosowaniu odpowiedniego reżimu płynowego, który powinien być kontynuowany przez cały okres farmakoterapii.

Lekarz zaleca je w następujący sposób : W przypadku formy „melt” (podjęzykowo), rozpoczynając od 120 mcg/dobę, w jednej dawce, na 30-60 minut przed zaśnięciem. Dawkę może zwiększyć bezpiecznie do 240 mcg/dobę. W przypadku tabletek rozpoczyna od dawki 0,2 mg/dobę, w jednej dawce, na 60 min przed zaśnięciem. Dawkę może zwiększyć bezpiecznie do 0,4 mg/dobę. W przypadku oporności na powyższe dawkowanie, lekarz przekazuje dziecko do dalszego leczenia specjalistycznego. Najsilniejsze działanie leku zaczyna się po upływie 1-2 godzin od podania i trwa do 8-12 godzin. Jeżeli podczas leczenia objawy moczenia ustępują, to podawanie desmopresyny kontynuowane jest przez co najmniej 3 miesiące. Następnie terapia może być okresowo przerywana w celu oceny ustąpienia moczenia nocnego. Leczenie desmopresyną lekarz redukuje poprzez zmniejszenie dawki codziennej, lub zalecając lek co drugi dzień. Nagłe przerwanie leczenia skutkuje wyższym odsetkiem nawrotów. U dzieci, które nie odpowiedziały na leczenie desmopresyną lub alarmem wybudzeniowym, po analizie czynników mogących indukować niepowodzenie terapii, lekarz może połączyć zastosowanie alarmu z jednoczesnym podawaniem desmopresyny. Badania kliniczne wskazują, że takie postępowanie może zwiększyć odsetek wczesnej odpowiedzi na leczenie do ok. 85% i zmniejszyć ryzyko nawrotów do ok. 40%.

Przed każdym kolejnym etapem leczenia lekarz określa skuteczność dotychczas stosowanej terapii.

Skuteczność terapii ocenia się według następującej skali:

- 1) sukces terapeutyczny – całkowite ustąpienie objawów lub maksymalnie jeden epizod moczenia nocnego w miesiącu;
- 2) dobra odpowiedź kliniczna – zmniejszenie liczby mokrych nocy o 90%;
- 3) częściowa odpowiedź kliniczna – zmniejszenie liczby mokrych nocy od 89% do 50%;
- 4) brak odpowiedzi na leczenie – zmniejszenie liczby mokrych nocy mniejsze niż 50%.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU BRAKU ODPOWIEDZI NA LECZENIE.

Leczenie pierwszego rzutu charakteryzuje się wysoką skutecznością kliniczną, jednakże po zaprzestaniu leczenia istnieje dość wysoka skłonność do nawrotu dolegliwości. W przypadku desmopresyny sięga ona 50-60%, w przypadku alarmu podobnie, choć istnieją doniesienia o niższym odsetku nawrotów. Stosując farmakoterapię należy pamiętać, że niektóre dzieci z poliurią nocną mają także nadczynność wypieracza i właściwy efekt terapeutyczny można uzyskać dopiero po zastosowaniu skojarzonego leczenia: desmopresyna + oxybutynina. O wdrożeniu takiego leczenia powinien zdecydować urolog dziecięcy lub nefrolog dziecięcy. Planując kolejne etapy leczenia należy pamiętać, że po upływie kilku, do kilkunastu miesięcy może zmienić się odpowiedź kliniczna i można zastosować ponownie to samo postępowanie z potencjalnie większą skutecznością. Jeśli leczenie pierwszego rzutu nie przynosi pożądanego efektu dalsze postępowanie powinno być prowadzone w ośrodku specjalistycznym.

Na potrzeby środowiska medycznego oraz rodziców dzieci mających problem z moczeniem, został utworzony internetowy serwis edukacyjny zawierający kompendium wiedzy i porad w zakresie moczenia nocnego u dzieci. Adres serwisu: www.moczenieudzieci.pl

Opracowano na podstawie wytycznych w.w. zakresie.

PRZECZYTAJ !!!

Znaki identyfikacyjne dla pacjentów przebywających w szpitalu

Od 1 stycznia 2013 r. szpitale mają ustawowy obowiązek zaopatrywania swoich pacjentów w znaki identyfikacyjne. Wynika to ustawy o działalności leczniczej. Ustawa przewiduje, że znak powinien zawierać informacje pozwalające na ustalenie określonych danych osobowych. Warunki, sposób i tryb zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposób postępowania w razie stwierdzenia ich braku określa rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. Podstawowym znakiem identyfikacyjnym jest opaska, którą umieszcza się po ustaleniu tożsamości pacjenta na nadgarstku lub jeżeli to nie jest możliwe albo niewskazane na kostce. Szczególną zasadą obowiązującą przy wyposażaniu w opaski osoby, które wymagają natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na stan zagrożenia życia. Te osoby zaopatruje się w znaki identyfikacyjne po udzieleniu pomocy medycznej. Drugą grupą pacjentów w odniesieniu, do których należy zachować inne zasady są noworodki, dzieci, które nie ukończyły szóstego roku życia. Czynności te dokonuje się w obecności matki lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Rozporządzenie przewiduje umieszczenie znaków identyfikacyjnych na zdjęciu oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Znaki identyfikacyjne mają na celu ograniczenie ryzyka pomyłek oraz ułatwienie personelowi identyfikację pacjentów. W szpitalach zostają wdrażane systemy opasek ułatwiających identyfikację swoich pacjentów. Więcej na temat znaków identyfikacyjnych w w.w. rozporządzeniu.

Warto przeczytać!

Hanna Sposób

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Nasze sprawy

Pisma w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami a podejmowanie decyzji przez Ministra Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

Trochę historii... Do dnia 12 listopada 2012 r. funkcjonował projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia wypracowany przez Zespół powołany przez Ministra Zdrowia w 2009 r. Projekt konsultowany w poszczególnych etapach konsultacji społecznych, w końcowej fazie został całkowicie zmieniony pod wpływem zmontowanego Stanowiska Związku Powiatów Polskich, na co środowisko pielęgniarek i położnych nie wyraziło zgody.

Rozporządzenie, które zostało podpisane przez Pana Ministra Zdrowia nie uwzględnia trzyletniej pracy Zespołu pracującego pod kierunkiem – Zastępcy Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych. Podpisane przez Pana Ministra Zdrowia Rozporządzenie **w projekcie nie było dostępne**. Stało się dopiero dostępne po podpisaniu i można się z nim zapoznać na stronie www.sejm.gov.pl (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545).

Stanowisko z dnia 12 listopada 2012 r. Związku Powiatów Polskich znajdziecie Państwo na stronie internetowej tejże organizacji. W Stanowisku Polskiej Federacji Szpitali, które jest dołączone do raportu sporządzonego przez Związek Powiatów Polskich znajdujemy zapis, że w Szpitalu Uniwersyteckim w Arrhus w Danii w którym funkcjonuje 1100 łóżek, zatrudnionych jest 3700 pielęgniarek. To, że na zatrudnianie osób konieczne są środki finansowe to każdy pracodawca wie, natomiast każdy powinien również wiedzieć, że należy dbać o bezpieczeństwo realizacji świadczeń zdrowotnych.

Możemy sobie tylko zadać pytanie – Czy stosowanie tego typu dialogu społecznego jest właściwe dla demokratycznego kraju?

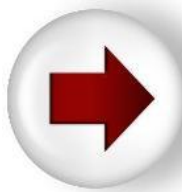
W nowoczesnej Polsce powinny obowiązywać określone standardy w tworzeniu prawa oraz zapisy na miarę XXI wieku.

Hanna Sposób

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Regionu Siedleckiego



Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 listopada 2012 r.



Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 listopada 2012 roku w sprawie konieczności wprowadzenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu o ocenę zapotrzebowania pacjentów na opiekę we wszystkich podmiotach leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych widzi konieczność wprowadzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych we wszystkich podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych. Zapewnienie minimalnej obsady pielęgniarek i położnych jest gwarancją zachowania właściwej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa pacjentów i ich satysfakcji, zapobiegania zdarzeniom niepożądanym oraz bezpiecznego wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

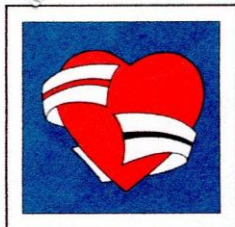
Projekt rozporządzenia oparty na klasyfikacji pacjentów zgodnie z zapotrzebowaniem na opiekę pielęgniarską i położniczą powstał w wyniku wieloletnich badań naukowych ekspertów w dziedzinie pielęgniarstwa przy udziale praktyków pielęgniarek i położnych. Metoda oparta na klasyfikacji pacjentów według zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską jest metodą weryfikowalną, rzetelną i wiarygodną, stosowaną w krajach, gdzie opieka zdrowotna, w tym pielęgniarska, w pełnym stopniu zaspokaja potrzeby zdrowotne pacjentów.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych widzi pilną potrzebę wprowadzenia opiniowanego projektu rozporządzenia z uwzględnieniem uwag zgłoszonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk





**OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
REGIONU SIEDLECKIEGO**

Siedlce, dnia 19.11.2012 r.

Sz. P. Marek Tramś
Prezes
Zarządu Związku Powiatów Polskich

MA

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego w nawiązaniu do opublikowanego przez Związek Powiatów Polskich Stanowiska z dnia 12 listopada 2012 r. w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, zwraca uwagę na błędną, nie mającą merytorycznych podstaw interpretację zapisów projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Stwierdzenie, iż wdrożenie proponowanej regulacji będzie skutkowało obniżeniem jakości i dostępności do świadczeń jest konsekwencją braku wiedzy związanej z jakością świadczeń.

Jakość świadczeń i dostępność świadczeń nie zależy wyłącznie od nakładów na infrastrukturę podmiotów leczniczych, zależy w jednakowym zakresie od właściwej obsady i kwalifikacji personelu medycznego, w tym pielęgniarek i położnych.

To iż koszty plac, o których mowa w stanowisku zaprezentowanym przez Związek w obecnej sytuacji sięgają 80 % to nie jest spowodowane wynagradzaniem pielęgniarek i położnych, ponieważ w tym zakresie obowiązuje rozporządzenie wraz z taryfikatorem który Państwo znacie, zatem nieprawdą jest, że zatrudnianie pielęgniarek i położnych generuje wielomilionowe długi podmiotów leczniczych.

Pielęgniarki i położne realizując procedury medyczne, łącznie z pozostałymi pracownikami medycznymi wypracowują kontrakt a zatem zarabiają na swoje wynagrodzenie.

Regulacje prawne pozwolą na bezpieczne realizowanie zawartych przez podmioty lecznicze kontraktów z NFZ. Zapisy mające odzwierciedlenie w rozporządzeniu wypracowane zostały w oparciu o naukowe podejście, przez zespół merytoryczny powołany przez Ministra Zdrowia.

Wysłano dnia 19.11.2012 r.
Nr dz. 586/12
P. K. B. M.

Negowanie zapisów w końcowej fazie wprowadzania regulacji jest kolejnym przykładem braku wcześniejszego interesowania się funkcjonowaniem zawodów pielęgniarstwa i położnictwa w systemie ochrony zdrowia.

Uregulowanie zatrudnienia w oparciu o zapisy w.w. rozporządzenia pozwoli również w jakimś czasie na zatrzymanie w Polsce osób wykonujących zawód pielęgniarstwa i położnictwa, a zatem nie będzie to miało negatywnych konsekwencji, o których Państwo piszecie w swoim stanowisku.

Apelowanie do kierowników podmiotów leczniczych o szybkie negowanie zapisów jest zbędnym przedsięwzięciem, podmiot leczniczy nie może istnieć bez pielęgniarek i położnych, nie może prawidłowo funkcjonować bez właściwego zapewnienia pacjentom dostępności do poszczególnych grup świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne tj. do świadczeń z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych.

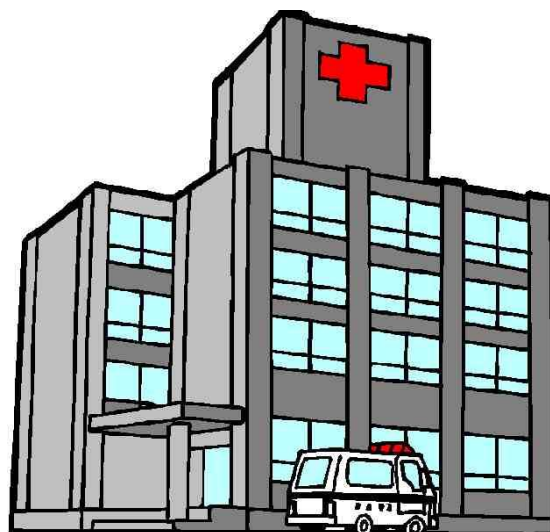
Wprowadzenie wypracowanych zapisów w ramach uregulowań prawnych łączy się bezpośrednio z jakością i dostępnością świadczeń zdrowotnych.

Do wiadomości:

- 1) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
- 2) Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych

Z polecenia

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Regionu Siedleckiego
Hanna Sposób
mgr Hanna Sposób





**OPINIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIEŁĘGNIARSKIEGO
W SPRAWIE PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA
ZDROWIA W SPRAWIE SPOSOBU USTALANIA MINIMALNYCH
NORM ZATRUDNIENIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W
PODMIOTACH LECZNICZYCH NIEBĘDĄCYCH
PRZEDSIĘBIORCAMI**

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że jednym z kluczowych elementów kształtowania wysokiej jakości usług medycznych, bezpieczeństwa pacjentów i bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek jest właściwa liczba zasobów ludzkich. Stąd pozytywnie opiniujemy proponowane rozporządzenie, które porządkuje zasady obliczania zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie w oparciu o wiarygodną i rzetelną metodykę. Jednak przyjęte średnie czasy świadczeń bezpośrednich w minimalnym zakresie określają wymiar działań pielęgniarskich, nie stanowiąc pełnego zabezpieczenia potrzeb pacjentów. Uważamy także, iż niezwykle ważnym jest, aby normy te objęły wszystkie podmioty lecznicze w Polsce bez względu na to, w jakiej formie prawnej funkcjonują (placówki publiczne i niepubliczne), a jedynym kryterium powinno być kontraktowanie świadczeń ze środków publicznych, gdyż tylko wtedy pacjenci mogą otrzymać porównywalną jakość świadczeń.

Dodatkowo, w odpowiedzi na bardzo chaotyczne i nie poparte żadnym dowodem naukowym, a wręcz świadczące o braku troski o dobro chorego Stanowisko Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012r., przypominamy nasze wcześniejsze stanowisko z dnia 22.06.2010 roku w sprawie obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej, w którym opublikowano część wyników badań naukowych związanych z bezpośrednią zależnością pomiędzy liczbą pielęgniarek zatrudnionych na danym oddziale a skutkami opieki medycznej, czy kosztami, które są tak ważne w aktualnej sytuacji polskich szpitali. Każdy mądry zarządzający placówką leczniczą wie, że taniej jest zatrudnić pielęgniarkę niż ponosić dodatkowe koszty wynikające ze zwiększonej liczby zakażeń szpitalnych (np. koszty antybiotykoterapii), czy błędów medycznych (przemęczony personel).

Badania naukowe jednoznacznie dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy obsadą pielęgniarek a:

1. **Bezpieczeństwem pacjenta.** Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych (Canadian Federation of Nurses Union, 2005). Nieodpowiednia obsada pielęgniarska - to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych (Hampton, 2004).

Każdy dodatkowy pacjent, powyżej 4, na jedną pielęgniarkę w oddziałach chirurgicznych powoduje 7% wzrost prawdopodobieństwa zgonu w ciągu 30 dni od przyjęcia oraz 7% wzrost

prawdopodobieństwa niepowodzeń w działaniach ratujących życie (Aiken, Clarke, Sloane i wsp., 2002). Istnieje także związek między małą liczbą pielęgniarek na dyżurach nocnych i wzrostem ryzyka płucnych komplikacji pooperacyjnych (Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett, 2001). Według Komisji Europejskiej w Polsce 91% badanych ocenia ten problem jako bardzo ważny, a aż 50% obawia się występowania zdarzeń niepożądanych, 51% czytała o nich często w doniesieniach prasowych, natomiast 28% respondentów doświadczyło powikłań związanych z kontaktem z ochroną zdrowia, które nie były związane bezpośrednio z chorobą, która ich dotyczyła („Medical Errors”, Eurobarometer, Jan.2006). Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą wskazywaną przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbyt duże obciążenie pracą (83 proc.) (Lisowska, 2005).

2. **Kosztami opieki zdrowotnej.** Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia (Erwin, 1994; Seago, 1999; Dimick, Swoboda, Pronovost, & Lipsett, 2001, Gelinas & Bohlen, 2002). Z powodu nieodpowiedniej obsady (USA), aż 11% - 13% hospitalizowanych pacjentów cierpi z powodu odleżyn, których leczenie dodatkowo kosztuje od 5 do 75 tys. dolarów na każdego pacjenta (Manley, 1978; Robinson Coghlan, & Jackson, 1978; Reuler & Cooney, 1981; Cowart, 1987). Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).

3. **Satysfakcją pacjentów.** Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki (Canadian Federation of Nurses Union, 2005).

4. **Satysfakcją zawodową pielęgniarek.** Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto, pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na wyższą absencję i pogorszenie stanu zdrowia. Ma to swoje konsekwencje w ponoszonej odpowiedzialności zawodowej (Sheward, Hunt, Hagen, i wsp., 2005).

Warto nadmienić, że w 2006 roku Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) w informacji prasowej z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek podkreśliła, opierając się na wynikach badań naukowych, że odpowiednia obsada pielęgniarska w opiece zdrowotnej ratuje życie pacjentów i oszczędza pieniądze! Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizując zadania statutowe nie może przejść obojętnie wobec opinii Związku Powiatów Polskich. Argumentacja zawarta w nadmienionym stanowisku Związku jest nie do przyjęcia. Właśnie poprzez adekwatną do potrzeb pacjentów i specyfiki oddziałów szpitalnych obsadę pielęgniarską jesteśmy w stanie zapobiec wielu zdarzeniom niepożądanym, które narażają na koszty zarówno naszych pacjentów jak i placówki opieki zdrowotnej, a nade wszystko narażają życie i zdrowie naszych podopiecznych.

Warszawa 23.11.2012 rok

Odpowiedź na pismo w sprawie dotacji

Posel na Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej
Arkadiusz Czartoryski

Ostrołęka dnia, 18.12.2012r.

**Szanowna Pani
Hanna Sposób
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych Regionu Siedleckiego**

Nawiązując do Państwa pisma z dnia 29.11.2012r. dotyczącego prośby aby parlamentarzyści poparli poprawkę podziału środków w kwocie 6 740 000 zł zgodnie z Państwa sugestią, wyjaśniam co następuje. Zgodnie z państwa prośbą Klub Prawa i Sprawiedliwości złożył poprawkę nr 37 na Komisji Finansów Publicznych która została rozpatrzona na posiedzeniu Sejmu w dniu 11 grudnia 2012 r. Poniżej zamieszczam treść poprawki 37:

„W części 46 – Zdrowie w ramach pozostałej działalności (rozd. 85195) przeznaczyć kwotę 6.740 tys. zł jako dotację dla samorządów zawodów medycznych na pokrycie kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej i rozdysponować następująco: izby lekarskie (2.463 tys. zł); izby pielęgniarek i położnych (3.845 tys. zł); izby aptekarskie (432 tys. zł).”

Wynik głosowania w poszczególnych klubach był następujący:

PO: 203 głosy przeciw, 0 głosów za,
PSL : 27 głosów przeciw, 0 głosów za,
SLD: 0 głosów przeciw, 23 głosów za,
RP: 33 głosów przeciw, 9 głosów za,
SP: 0 głosów przeciw, 18 głosów za
kluby niezależne: 1 głos przeciw, 2 głosy za,

PiS : 0 głosów przeciw, 136 głosów za.

Głosowanie nad przyjęciem poprawki 37 zostało niestety odrzucone 264 głosami przeciw, za było 188 głosów.

Jak Państwo widziecie mój klub parlamentarny PiS w całości poparł Państwa postulat. Niestety PO, SLD i PSL dysponując większością głosów odrzuciły Państwa prośbę.

z poważaniem

A. Czartoryski

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH W SIEDLCACH

Wpłynęło dnia *19.12.2012r*

Nr dz. *643/12* podpis *Arkadiusz Czartoryski*

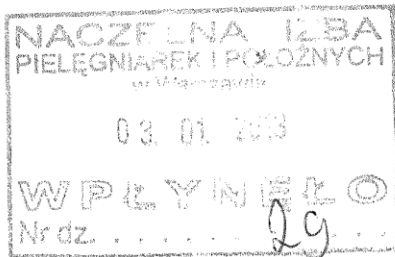
**Pismo w sprawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
na podstawie umowy cywilno-prawnej**

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa 2012 -12- 28

Departament
Pielęgniarek i Położnych

MZ-PP-078-8512-1/RJ/12



Pani

Joanna Walewander

Sekretarz NRPIP

ul. Pory 78/10, 02-757 Warszawa

Szanowne Pani Sekretarz

W związku z pismem z dnia 8 listopada 2012 r. (znak: NIPiP-NRPIP-DM.0025.279.2012) w sprawie udzielenia wyjaśnień dotyczących możliwości wykonywania zawodu pielęgniarki na podstawie umowy cywilnoprawnej bez konieczności uzyskania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, uprzejmie informuję.

W opinii Departamentu Pielęgniarek i Położnych, wątpliwości prawne zgłaszane przez pielęgniarki w przedmiotowej sprawie, mogą wynikać z niewłaściwej wykładni przepisu art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), w związku z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ww. ustawy. W przypadku pielęgniarek, przepisem odrębnym będzie ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*. W świetle art. 19 ust. 1 tej ustawy, pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę;
- 2) w ramach stosunku służbowego;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) w ramach wolontariatu;
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*.

Należy podkreślić, że artykuł 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* opisuje jeden z dwóch typów podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj. praktyki zawodowe (indywidualne lub grupowe). Zgodnie ze stanowiskiem doktryny, przez „praktykę zawodową”, o której mowa w ww. ustawie, należy rozumieć działalność gospodarczą jako indywidualną lub grupową praktykę lekarską albo praktykę pielęgniarki lub położnej.

Dokonując wykładni systemowej przepisu art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* należy uznać, że jeżeli pielęgniarka będzie wykonywać zawód w ramach indywidualnej praktyki, wówczas taka działalność lecznicza będzie wymagała wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Natomiast w oparciu o art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*, pielęgniarka może wykonywać zawód nie tylko w ramach praktyk zawodowych, lecz także w innych formach np. na podstawie umowy cywilnoprawnej. Przepisy ww. ustawy, nie nakładają na pielęgniarkę obowiązku wpisania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, działalności polegającej na wykonywaniu zawodu: w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej lub w ramach wolontariatu. Wykonywanie czynności zawodowych przez pielęgniarkę, o których mowa w art. 19 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* nie wymaga więc rejestracji, a jedynie narzuca na pielęgniarkę spełnienie obowiązków informacyjnych względem okręgowej rady pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu.

Zgodnie z art. 19 ust. 2 ww. ustawy, pielęgniarka wykonująca zawód w formach, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3 jest zobowiązana, w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- 2) datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony - datę zakończenia umowy;
- 3) miejsce wykonywania zawodu.

Jednocześnie należy pamiętać, że wykonywanie czynności zawodowych przez pielęgniarkę na podstawie umowy cywilnoprawnej np. umowy zlecenia zawartej pomiędzy podmiotem leczniczym a pielęgniarką realizującą świadczenia w ramach opieki długoterminowej, powinno odbywać się zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra

Zdrowia z dnia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.).

Podkreślam również, że w sytuacji gdy wykonywanie zawodu w oparciu o umowę cywilnoprawną, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej będzie miało cechy, wskazane w art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095, z późn. zm.), wówczas niezbędne będzie „przekształcenie” tego sposobu wykonywania zawodu w praktykę zawodową (zgodnie z wyborem zainteresowanej), a w konsekwencji rejestracja w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Informuję, że przedstawiona powyżej opinia nie może być jednak traktowana, jako **wiążąca wykładnia przepisów prawa**.

Z poważaniem
Z-ca DYREKTORA
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska



Warto przeczytać

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1098).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1545).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1531).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1509).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu, trybu u terminów występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępniania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniobiorcy informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o udzielonych mu świadczeniach. (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1505).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2012 r. Nr 0, poz. 1500).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1441)
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1421).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 11 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 1421).

Konkurs - Pielęgniarka roku 2012



Komunikat Nr 1

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale PTP serdecznie zapraszają do udziału

w VIII Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2012”

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konkursie

Liczymy na rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu:

wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach **do dn. 31.01.2013r.**

eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 01.03.2013r godz.12.00**

III etap – prezentacja własna (szczegóły **Komunikat nr 2**, strona www.ptp.na1.pl)

Dodatkowe informacje:

Jadwiga Zielińska

tel. 22 326 55 21

kom. 511 451 292

e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

W załączeniu:

Regulamin Konkursu

Karta Zgłoszenia Uczestnictwa Konkursu



Regulamin

VI Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2012”

Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.

Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.

Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.

Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrami pielęgniarstwa w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP adres na stronie: <http://www.ptp.nal.pl/> - PTP - struktura w terminie **do dnia 31.01.2013 r.**

Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub biuroptp@gmail.com; fax 022 398 18 51) **Biuro czynne codziennie w godz. 10.00-15.00**

Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie **do 15.02.2013 r.** przysyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.

Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położeń Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.

Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.

Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.

Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.

Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania największej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do finału Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały taką liczbę punktów.

Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.

Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.

„Pielęgniarka Roku 2012” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego ZOZ laureata tytułu, a w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.

Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie www.ptp.nal.pl.



BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH REGIONU SIEDLECKIEGO

Nr 36/VI/1/2013

ISSN 2299-4793

Biuletyn OIPIP Siedlce – egzemplarz bezpłatny

Nakład: 400 egzemplarzy

Biuletyn adresowany jest do wszystkich pielęgniarek i położnych,
członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Redaguje zespół w składzie:

Hanna Sposób, Anna Garucka, Zofia Czyż,

Edyta Mączarska, Maria Baran, Jolanta Ewa Stańczuk

Skład komputerowy:

Mularczyk Łukasz

Adres redakcji:

Biuletyn Informacyjny OIPIP Siedlce

Ul. Młynarska 17, 08-110 Siedlce

tel: (25) 632-84-35, tel/fax: (25) 632 54 10



Biuro Izby czynne: Pn. Wt. Czw. Pt. 8:00-17:00; Śr. 8:00-15:35

Rejestr Pielęgniarek i Położnych: Wt.- Pt. 8:00-13:00

Porady Prawne: Śr. 11:00-12:00

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych posiada stronę internetową:

www.oipip.siedlce.ikk.pl, pocztę e-mail: oipip.siedlce@ikk.pl

Konto bankowe: 58 1020 4476 0000 8402 0016 8518

Państwowa Inspekcja Pracy Oddział Siedlce Ul. Brzeska 97, tel: (25) 632 80 59

<http://www.oipip.siedlce.ikk.pl>