



Nr 136 (VII) LISTOPAD - GRUDZIEŃ 2021

ISSN 1509-4189

BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W RZESZOWIE



W Y D A W C A:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3
www.oipip.rzeszow.pl

Redaguje Zespół w składzie: Anita Drażek, Edyta Bernacka, Teresa Błat, Anetta Dec-Pindłowska, Grażyna Dziadosz, Renata Florek, Anna Janiga, Lidia Kopeć, Dorota Liput, Halina Mazur, Małgorzata Sowa, Alicja Świerad, Barbara Świetlik, Agnieszka Trznadel, Maria Zborowska.

BIURO OIPIP W RZESZOWIE:

Przewodnicząca: przewodniczaca@oipip.rzeszow.pl

Sekretariat: tel. (17) 77 88 483
biuro@oipip.rzeszow.pl

Dział Prawa Wykonywania Zawodu:
tel. (17) 77 88 485; pwz@oipip.rzeszow.pl

Księgowość: tel. (17) 77 88 486
ksiegowosc@oipip.rzeszow.pl;
skladki@oipip.rzeszow.pl; skarbnik@oipip.rzeszow.pl

Dział merytoryczny: merytoryczny@oipip.rzeszow.pl
sekretarz@oipip.rzeszow.pl

Nr konta (SKŁADKI)

Santander Bank Polska
03 1500 1100 1211 0005 5678 0000

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie:

tel. (17) 77 88 490 - dyżury w każdą 2 i 4 środę
miesiąca w godzinach 14.00 - 16.00
e-mail: rzecznik@oipip.rzeszow.pl

PORAD PRAWNYCH dla członków samorządu
udziela radca prawny Paulina Wójcik - Król
w każdą środę od 12.00 - 16.00
tel. (17) 77 88 483

SZANOWNI PAŃSTWO,

Zachęcamy do przedstawiania nam tekstów poruszających problemy naszego środowiska, bądź też prezentujących ciekawe informacje dotyczące praktyki pielęgniarek i położnych. Decyzja o publikacji będzie decyzją kolegią Zespołu, odpowiadającego za merytoryczny poziom Biuletynu. Zastrzegamy sobie prawo skracania i opracowywania przesłanych tekstów.

Nie odpowiadamy za treść ogłoszeń i ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.

Prosimy teksty dostarczać w formie elektronicznej.

Nakład: 1.700 egzemplarzy

W NUMERZE

Głosem Przewodniczącej	- 3
Z prac samorządu	- 4
Stanowisko nr 43 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w/s sytuacji pielęgniarek i pielęgniarzy z Pododdziału Intensywnej Opieki Medycznej Covid 2 i Covid 3 w Wojewódzkim Szpitalu w Tamobrzegu	- 5
Korespondencja dotycząca dodatkowego wynagrodzenia covidowego	- 7
Mentoring w pielęgniarstwie jako skuteczna forma rozwoju zawodowego w specjalistycznej opiece nad chorym z raną przewlekłą	- 13
Problemy pielęgnacyjne pacjentki w III trymestrze ciąży podczas zaostrzenia choroby Leśniowskiego-Crohna	- 17
Opinia prawna w sprawie - czy położna może objąć samodzielnie opieką rodzącą z cesarskim cięciem w wywiadzie, jeśli pacjentka wybiera poród w warunkach domowych i prosi położną o opiekę	- 22
Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat w domu pacjenta w opiece ambulatoryjnej	- 23
Warto wiedzieć	- 25
Uznawanie kwalifikacji polskiej pielęgniarki - Norwegia	- 28
Uznawanie kwalifikacji polskiej pielęgniarki - Niemcy	- 29
Pożegnania	- 30
Oferta INTER POLSKA	- 32



GŁOSEM PRZEWODNICZĄCEJ



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy.


Koniec roku to zwykle okazja do podsumowań, wyciągania wniosków i planowania kolejnych działań. Sytuacja pandemii COVID-19 postawiła przed pielęgniarkami, pielęgniarzami i położnymi kolejne trudne wyzwania. Skupiając się na walce z wszechobecnym wirusem trzeba było równocześnie pamiętać o wielu pacjentach, którzy z innych powodów potrzebują profesjonalnej opieki i naszego zaangażowania. Praca w tak trudnych warunkach epidemicznych, braki kadrowe, niedobory finansowe, zmieniające się ciągle regulacje prawne czy lęk o zdrowie i życie własne czy swoich bliskich niewątpliwie utrudniają realizację opieki nad wszystkimi, którzy jej potrzebują jak również niosą ryzyko wypalenia zawodowego. Wiadomo nie od dziś, że przeciążenia psychofizyczne prowadzą do utraty poczucia bezpieczeństwa i występowania problemów zdrowotnych. Bezpieczeństwo pacjenta jest ściśle związane z bezpieczeństwem pielęgniarki czy położnej. Nasze interwencje ten aspekt traktują priorytetowo.

Wiele wątpliwości budzą zasady wynagradzania za pracę polegającą na sprawowaniu opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Samorząd nieustannie interweniuje w tym zakresie. W biuletynie są zaprezentowane nasze pytania i odpowiedzi Ministra Zdrowia.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie w 2021 roku stwierdziła łącznie 299 praw wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Nowym członkiniom i członkom tutejszej Izby życzę szybkiego podjęcia pracy i rozwoju zawodowego.

Wszystkim życzę zdrowia, szacunku i uznania dla tak bardzo wartościowej pracy, sukcesów osobistych i zawodowych oraz spełnienia marzeń w 2022 i kolejnych latach.

Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie


Anita Drązek



Z PRAC SAMORZĄDU

Posiedzenia Prezydium i Okręgowej Rady

21 PAŹDZIERNIKA 2021 r. - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniu podjęto 79 uchwał: w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu oraz wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru, w/s wymiany prawa wykonywania zawodu, w/s wymiany zaświadczenia PWZ, w/s wykreślenia z rejestru indywidualnych praktyk, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, konferencji, specjalizacji, w/s przyznania zapomóg, w/s zapomogi specjalnej w związku z zachorowaniem na COVID-19, w/s przyznania dofinansowania do okularów, w/s odmowy dofinansowania do kursów, szkoleń zgodnie z regulaminem, w/s odmowy dofinansowania do okularów, zapomóg.

18 LISTOPADA 2021 r. - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniu podjęto 76 uchwał: w/s sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu oraz wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru, w/s wymiany prawa wykonywania zawodu, w/s wymiany zaświadczenia PWZ, w/s wykreślenia z rejestru indywidualnych praktyk, w/s kontynuacji platformy IBUK, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, konferencji, specjalizacji, w/s przyznania zapomóg, w/s zapomogi specjalnej w związku z zachorowaniem na COVID-19, w/s przyznania dofinansowania do okularów, w/s odmowy dofinansowania do kursów, szkoleń zgodnie z regulaminem, w/s odmowy dofinansowania do okularów, zapomóg.

KALENDARIUM

LISTOPAD 2021

02.11.2021 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek spotkała się z Panem Januszem Ławińskim, dyrektorem Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 w Rzeszowie. Spotkanie dotyczyło zatrudniania absolwentów.

03.11.2021 – W siedzibie OIPIP w Rzeszowie odbyło się spotkanie Przewodniczącej ORPIP w Rzeszowie Anity Drażek w którym wzięł udział Pan Robert Bugaj - Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie oraz Pan dr n. med Wojciech Domka - Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej. Spotkanie dotyczyło wystawiania recept przez pielęgniarki.

04.11.2021 – Posiedzenie Komisji Socjalnej.

04.11.2021 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek wzięła udział w posiedzeniu on-line Komisji Prawa i Legislacji działającej przy NRPIP.

16.11.2021 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek wzięła udział w XXXIII posiedzeniu on-line NRPIP w Warszawie.

16.11.2021 – Posiedzenie Komisji Socjalnej.

24.11.2021 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek wzięła udział w I Międzynarodowej Konferencji Naukowej poświęconej szczepieniom przeciw Covid-19, która odbyła się w Hotelu Bristol w Rzeszowie.

GRUDZIEŃ 2021

01.12.2021 – Posiedzenie Komisji Socjalnej.

07.12.2021 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek wzięła udział w spotkaniu z Konradem Fijołkiem, Prezydentem Miasta Rzeszowa. Spotkanie dotyczyło pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej i domach pomocy społecznej.

08.12.2021 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek uczestniczyła w posiedzeniu on-line NRPIP w Warszawie.

08.12.2021 – Posiedzenie Komisji Socjalnej.

09.12.2021 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek wzięła udział w spotkaniu z Panem Krzysztofem Stolarskim Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

10.12.2021 – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Rzeszowie

DISTRICT CHAMBER OF NURSES AND MIDWIVES

35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3, tel. (17) 77 88 483, kom. 608 340 558
www.oipip.rzeszow.pl e-mail: biuro@oipip.rzeszow.pl

Stanowisko nr 43 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie z dnia 10.12.2021 roku

w sprawie sytuacji pielęgniarek i pielęgniarzy z Pododdziału Intensywnej Opieki Medycznej Covid 2 i Covid 3 w Wojewódzki Szpitalu w Tarnobrzegu kierowane do:

- Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu
- Marszałka Województwa Podkarpackiego
- Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie z zaniepokojeniem przyjmuje informacje dotyczące zmian organizacyjnych w obsadach pielęgniarskich w Pododdziale Intensywnej Opieki Medycznej Covid 2 i Covid 3 w Wojewódzki Szpitalu w Tarnobrzegu.

Wielokrotnie przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, w tym w szczególności Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, jak i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, wyrażali swój zdecydowany sprzeciw wobec nieuzasadnionych redukcji w obsadach pielęgniarskich.

Świadczenia pielęgniarskie powinny być realizowane w taki sposób, aby zapewnione było bezpieczeństwo pacjentów z uwzględnieniem realizacji ich potrzeb, niezbędnych dla prawidłowego procesu terapeutycznego, w tym procesu pielęgnowania. Liczba pielęgniarek na oddziałach ma niebagatelny wpływ właśnie na bezpieczeństwo pacjenta, ale także na jakość opieki i satysfakcję pacjentów oraz pielęgniarek. W każdym przypadku obsada pielęgniarska powinna uwzględniać specyfikę danego oddziału oraz stan pacjentów, którzy w nim przebywają.

Bez wątpienia praca pielęgniarek i pielęgniarzy na oddziałach covidowym różni się w sposób zdecydowany od pracy na innych oddziałach szpitalnych. Specyfika pracy na oddziale covidowym wynika przede wszystkim ze stosowanych przez pracowników środków ochrony, które mają istotny wpływ na sposób realizacji obowiązków pracowniczych. Także te okoliczności powinny być brane pod uwagę przez pracodawcę, przy organizowaniu pracy.

Podstawowym obowiązkiem pracodawcy jest organizowanie pracy w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiąganie przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy (art. 94 pkt. 1 kodeksu pracy). W dyspozycji

AKTUALNOŚCI

tego przepisu mieści się obowiązek takiej organizacji pracy, w której pielęgniarka będzie w stanie prawidłowo, zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną i posiadanymi kwalifikacjami wykonać swoje obowiązki bez uszczerbku dla dobra pacjentów.

Na prawidłową realizację wskazanego powyżej obowiązku nie ma wpływu także fakt, że szpitale nadal są zwolnione z wymogu spełniania wymagań dotyczących warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, w tym zakresie bowiem przepis art. 10a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, stawia istotny warunek (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.), zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego ma zapewnić ciągłość procesu leczniczego i bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wskazuje, że od stycznia 2021 roku do października 2021 roku w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych stwierdzono prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego 279 absolwentom. Zatem podmioty lecznicze, w tym szpitale, mają możliwość uzupełniania niedoborów kadrowych wśród młodych adeptów zawodu.

W związku z powyższym, jako podmiot ustawowo umocowany do reprezentowania zawodów pielęgniarki i położnej, Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie apeluje do osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie Szpitala do zapewnienia właściwych obsad pielęgniarek na oddziałach, które będą uwzględniać zarówno potrzeby pacjentów, jak i konieczność zapewnienia bezpiecznych warunków pracy dla pielęgniarek.

Sekretarz
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie
mgr Dorota Liput

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie
mgr Aneta Grządek



**Pielęgniarki
WIESŁAWIE PISULA**

*W związku z przejściem na emeryturę składamy
serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę,
życzliwość oraz doświadczenie zawodowe.
Wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej
pomyślności na dalsze lata życia*

**składają
Pielęgniarka Naczelna i Dyrekcja
ZOZ nr 2 w Rzeszowie**



NIPIP-NRPIP-DS.015.404.2021.MT

Warszawa, dnia 30 listopada 2021 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z ukazaniem się ogłoszenia na stronie internetowej NFZ w przedmiocie zmienionego polecenia Ministra Zdrowia, które wskazuje, że od 1 listopada 2021 r. personel medyczny otrzyma dodatkowe wynagrodzenie covidowe za każdą godzinę opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz problemami z interpretacją w/w dokumencie zwracam się z prośbą o wyjaśnienie poniższego:

1. W jaki sposób należy interpretować przepisy w zakresie naliczania wysokości dodatku covidowego dla osób udzielających świadczeń w bezpośredniej pracy z pacjentem z podejrzeniem zakażenia lub zarażonym COVID-19?
2. Czy godzinowy dodatek covidowy jest dedykowany dla personelu udzielającego świadczeń pacjentom oddziału covidowego, w sytuacjach szczególnych, m.in.: zakładanie wkłucia centralnego, interwencja zespołu reanimacyjnego, podawanie kontrastu, transport pacjenta, zabieg operacyjny, endoskopia? Dotyczy to np. pielęgniarek anestezyjologicznych.
3. Jak interpretować Rozporządzenie w punkcie:
„Zgodnie z powyższą decyzją Ministra Zdrowia od dnia 1 listopada 2021 r. zmianie ulega wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach II poziomu zabezpieczenia COVID-19, która powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł”.
- Czy zapis „Szpital II poziomu zabezpieczenia” obejmuje wyłącznie łóżka II poziomu COVID-19? W oddziałach II poziomu zabezpieczenia COVID-19 nie są hospitalizowani pacjenci z podejrzeniem zakażenia, o których mowa w w/w Rozporządzeniu.
- Czy godziny bezpośredniej opieki w odniesieniu do pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19 np. w SOR lub z potwierdzonym zakażeniem, jeśli nie przewidziano łóżek II poziomu w województwie lub stan zdrowia pacjentów bądź wykonywane procedury medyczne, nie pozwalają na przekazanie tych pacjentów do oddziału COVID-19 np. dializoterapia, zabieg operacyjny, poród - należy uwzględnić



Rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych

AKTUALNOŚCI

- jako bezpośrednią pracę z pacjentem covidowym w szpitalu II poziomu zabezpieczenia?
4. Czy w myśl najnowszych wytycznych, świadczenia zapobiegawcze realizowane przez pielęgniarki epidemiologiczne, które wymagają obecności pielęgniarki epidemiologicznej na oddziale covidowym oraz bezpośredniego kontaktu z pacjentem, może być zakwalifikowane do wypłacenia dodatku covidowego?
 5. Jak należy interpretować zapis „z podejrzeniem i zakażeniem”? W chwili obecnej przyjęta jest interpretacja, że dodatek należy się od chwili dodatniego wyniku. Choroba oraz ryzyko zakażenia nie pojawia się od momentu pobrania wymazu, okres od kiedy pacjent zaraża to ok 2-3 dni przed uzyskaniem dodatniego wyniku testu. Pacjent taki jest hospitalizowany na innym oddziale niż przeznaczony dla pacjentów z dodatnim wynikiem, np. oddział onkologiczny bez wydzielonych łóżek COVID-19 a po potwierdzeniu zachorowania przekazywany na oddział covidowy bądź na odcinek z wydzielonymi łóżkami dla pacjentów z podejrzeniem oraz potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.
 6. W strukturach szpitala I poziomu zabezpieczenia jest szpital tymczasowy zgłoszony przez wojewodę, w którym hospitalizowani są pacjenci z podejrzeniem i zakażeniem Covid-19 i wypłacane są dodatki covidowe. Czy dodatkiem covidowym powinien być również objęty oddział zakaźny w tym szpitalu gdzie hospitalizowani są wyłącznie pacjenci z zakażeniem Covid-19?

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje, aby dodatkiem zostały objęte także:

1. Pielęgniarki i położne realizujące opiekę i świadczenia zdrowotne w domu pacjenta,
2. Pielęgniarki i położne epidemiologiczne,
3. Pielęgniarki i położne pracujące na oddziałach psychiatrycznych,
4. Pielęgniarki i położne, które pracują w szpitalach innych niż szpital II poziomu zabezpieczenia, np. SOR, Izba Przyjęć, oddział zakaźny.

W każdym z wyżej wskazanych miejsc pielęgniarki, położne udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentowi z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19.

Do wiadomości:

1. Pan Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu MZ
2. Pan Filip Nowak – Prezesa NFZ


Prezes NRPiP


Zofia Małas

AKTUALNOŚCI



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Piotr Bromber

Warszawa, 22 grudnia 2021 r.

DSZ.0212.1468.2021.ASB

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
m.tomczuk@nipip.pl
nipip@nipip.pl

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 listopada 2021 r., znak: NIPIP-NRPIPDS.015.404.2021.MT, które wpłynęło do Ministerstwa Zdrowia drogą elektroniczną w sprawie interpretacji przepisów Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze zmianami, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 listopada 2021 r. – zwane dalej: „Poleceniem Ministra Zdrowia”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Pytanie 1:

W jaki sposób należy interpretować przepisy w zakresie naliczania wysokości dodatku covidowego dla osób udzielających świadczeń w bezpośredniej pracy z pacjentem z podejrzeniem zakażenia lub zarażonym COVID-19?

Odpowiedź:

Zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 r. od dnia 1 listopada 2021 r. wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach II poziomu zabezpieczenia COVID-19, powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł.

Oznacza to, że finansowaniu podlegać będzie każda rozpoczęta godzina, w której osoba wykonująca zawód medyczny uczestniczyła w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w warunkach określonych w poleceniu w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Należy przy tym zastrzec, że dana godzina podlegająca finansowaniu może być rozliczona tylko raz.

W związku z powyższym, aby dana godzina mogła być wykazana do OW NFZ jako podstawa do wyliczenia świadczenia dodatkowego nie ma potrzeby, aby osoba uprawniona do świadczenia dodatkowego w trakcie trwania tej godziny w sposób ciągły lub przez pełną godzinę udzielała świadczeń na warunkach określonych w poleceniu.

Pytanie drugie:

Czy godzinowy dodatek covidowy jest dedykowany dla personelu udzielającego świadczeń pacjentom oddziału covidowego, w sytuacjach szczególnych, m.in.: zakładanie wkłucia centralnego, interwencja zespołu reanimacyjnego, podawanie kontrastu, transport pacjenta, zabieg operacyjny, endoskopia? Dotyczy to np. pielęgniarek anestezyjologicznych.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: +48 22 634 94 04
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

niepodlega



AKTUALNOŚCI

Odpowiedź:

Tak, jeśli osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych (oddziałach) podmiotu leczniczego (szpitala II poziomu), w których podmiot leczniczy (szpital II poziomu) w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Należy wskazać, że decyzją Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. już od dnia 1 czerwca 2021 r. osoby, które wprawdzie udzielają świadczeń zdrowotnych w szpitalu II stopnia poziomu zabezpieczenia covidowego pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale na innych oddziałach (jednostkach organizacyjnych) niż te oddziały, na których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (określone w decyzji Wojewody), nie są uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Nowe brzmienie Polecenia Ministra Zdrowia wprowadzone decyzją Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 r. oraz decyzją z dnia 30 listopada 2021 r. nie wprowadziło zmian w ww. zakresie.

Pytanie trzecie:

Jak interpretować Rozporządzenie w punkcie:

„Zgodnie z powyższą decyzją Ministra Zdrowia od dnia 1 listopada 2021 r. zmianie ulega wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach II poziomu zabezpieczenia COVID-19, która powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł”. Zobacz odpowiedź do pytania pierwszego.

Pytanie czwarte:

Czy zapis „Szpital II poziomu zabezpieczenia” obejmuje wyłącznie łóżka II poziomu COVID-19? W oddziałach II poziomu zabezpieczenia COVID-19 nie są hospitalizowani pacjenci z podejrzeniem zakażenia, o których mowa w w/w Rozporządzeniu.

Czy godziny bezpośredniej opieki w odniesieniu do pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19 np. w SOR lub z potwierdzonym zakażeniem, jeśli nie przewidziano łóżek II poziomu w województwie lub stan zdrowia pacjentów bądź wykonywane procedury medyczne, nie pozwalają na przekazanie tych pacjentów jako bezpośrednią pracę z pacjentem covidowym w szpitalu II poziomu zabezpieczenia?

Odpowiedź:

Polecenie Ministra Zdrowia odnosi się do tzw. oddziałów covidowych, w których na mocy decyzji wojewody polecającej realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, kierownik zobowiązany był zapewnić w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu).

Jak wskazano w odpowiedzi do pytania drugiego, decyzja Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. już od dnia 1 czerwca 2021 r. określiła, że osoby które wprawdzie udzielają świadczeń zdrowotnych w szpitalu II stopnia poziomu zabezpieczenia covidowego pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale na innych oddziałach (jednostkach organizacyjnych) niż te oddziały, na których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (określone w decyzji Wojewody), nie są uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Pytanie piąte:

Czy w myśl najnowszych wytycznych, świadczenia zapobiegawcze realizowane przez pielęgniarki epidemiologiczne, które wymagają obecności pielęgniarki epidemiologicznej na oddziale covidowym oraz bezpośredniego kontaktu z pacjentem, może być zakwalifikowane do wypłacenia dodatku covidowego?

Odpowiedź:

Tak, jeśli pielęgniarki epidemiologiczne (czyli osoby wykonujące zawód medyczny) udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach

AKTUALNOŚCI

organizacyjnych (oddziałach) podmiotu leczniczego (szpitala II poziomu), w których podmiot leczniczy (szpital II poziomu) zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Pytanie szóste:

Jak należy interpretować zapis „z podejrzeniem i zakażeniem”? W chwili obecnej przyjęta jest interpretacja, że dodatek należy się od chwili dodatniego wyniku. Choroba oraz ryzyko zakażenia nie pojawia się od momentu pobrania wymazu, okres od kiedy pacjent zaraża to ok. 2-3 dni przed uzyskaniem dodatniego wyniku testu. Pacjent taki jest hospitalizowany na innym oddziale niż przeznaczony dla pacjentów z dodatnim wynikiem, np. oddział onkologiczny bez wydzielonych łóżek COVID-19 a po potwierdzeniu zachorowania przekazywany na oddział covidowy bądź na odcinek z wydzielonymi łóżkami dla pacjentów z podejrzeniem oraz potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Odpowiedź:

Pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 jest pacjent od momentu pobrania wymazu do przeprowadzenia testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 w sytuacji, gdy wynik tego testu będzie dodatni (pozytywny). Zgodnie z art. 2 pkt 21 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069) określenie „podejrzan o zakażenie” oznacza osobę, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia. Pomocna w ustaleniu osoby podejrzanej o zakażenie będzie również „Definicja przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem SARS-Cov-2”, która zamieszczona jest na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020>.

Należy również wskazać, że użyty w Poleceniu Ministra Zdrowia spójnik „i” został użyty w znaczeniu syntetyzującym co oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny jest uprawniona do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego tylko w przypadku łącznego spełnienia wszystkich przesłanek. Powyższe oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny zatrudniona w szpitalu II poziomu zabezpieczenia covidowego musi udzielać świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

W przypadku jednak, gdy osoba taka ma kontakt tylko z pacjentem zakażonym, to wówczas uznaje się, że spełniony jest również warunek kontaktu z pacjentem z podejrzeniem zakażenia. Nieuprawnione jest natomiast twierdzenie, że dodatkowe świadczenie pieniężne przysługuje osobom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w szpitalach II poziomu, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt tylko z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Pytanie siódme:

W strukturach szpitala I poziomu zabezpieczenia jest szpital tymczasowy zgłoszony przez wojewodę, w którym hospitalizowani są pacjenci z podejrzeniem i zakażeniem Covid-19 i wypłacane są dodatki covidowe. Czy dodatkiem covidowym powinien być również objęty oddział zakaźny w tym szpitalu, gdzie hospitalizowani są wyłącznie pacjenci z zakażeniem Covid-19? Zobacz odpowiedź na pytanie pierwsze i trzecie.

Wszelkie zmiany Polecenia Ministra Zdrowia, w tym w zakresie podmiotowym, będą na bieżąco komunikowane.

Z poważaniem

Piotr Bromber
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

AKTUALNOŚCI



Minister Zdrowia

Warszawa, 21 listopada 2021

ZPŚ.641.161.2021.JK.7

Według rozdzielnika

Szanowni Państwo!

uprzejmie informuję, że z dniem 23 listopada 2021 r. wchodzi w życie nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (Dz. U. poz. 1581 z późn. zm.) z dnia 18 listopada 2021 r.

Nowelizacja przewiduje możliwość bezpłatnego szczepienia u osób pełnoletnich w oparciu o dotychczasową organizację szczepień u osób uprawnionych.

Szczepienia będą mogły być wykonywane w ramach dostępności do szczepionek (Vaxigrip Tetra, Influvac Tetra, Fluarix Tetra) wydawanych z RARS do wskazanych punktów szczepień, lub do dnia 31 marca 2022 r.

Szczegółowe informacje, w tym dane kontaktowe do punktów szczepień zostały podane na stronie urzędu w zakładce Grypa Informacje <https://www.gov.pl/web/zdrowie/grypa-informacje>.

W sprawie pytań prosimy o kontakt z komórką prowadzącą:

Departamentu Zdrowia Publicznego: dep-zp@mz.gov.pl lub pod tel. +48 539 864 608 (pracownik merytoryczny: Pani Joanna Kujawa).

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 63 49 460
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

niepodlega



MENTORING W PIEŁĘGNIARSTWIE JAKO SKUTECZNA FORMA ROZWOJU ZAWODOWEGO W SPECJALISTYCZNEJ OPIECE NAD CHORYM Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ

Mateusz Skórka¹, Anna Mnich², Dariusz Bazaliński^{3,4}

1. *Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2, im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie*
2. *Nowe Techniki Medyczne, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Sp. z o.o.*
3. *Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski*
4. *Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie*

Rozwój pielęgniarstwa począwszy od roku 1911 i powstanie pierwszej szkoły pielęgniarzkiej na ziemiach polskich, po rok 2004 i włączenie Polski do państw członkowskich Unii Europejskiej nieustannie wymusza podnoszenie i wyrównywanie kwalifikacji zawodowych. Intensywny rozwój pielęgniarstwa w ostatnich latach zaowocował ogłoszeniem przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) roku 2020 Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych (*International Year of the Nurse and Midwife*) co zbiegło się z 200 rocznicą urodzin twórczyni i mentorki nowoczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale [1].

Metody nauczania pielęgniarstwa jako zawodu mocno ewoluowały w ostatnim czasie wypierając model tradycyjny, a na znaczeniu zawodowym zyskało podejście kliniczne i praktyczne. Nowe ścieżki rozwoju wymagają szerokiej kadry nauczycielskiej co w dobie demograficznego niżu i starzenie się społeczeństwa (w tym i personelu medycznego - średnia wieku pielęgniarki w Polsce to 53 lata) wymaga szerszego spojrzenia na ten aspekt zarówno w formie zysków i strat [2,3].

Odpowiedzią na te problemy może być tzw. „zarządzanie wiekiem”. Zarządzanie wiekiem jest równoznaczne z podejmowaniem określonych działań, które umożliwią racjonalne oraz efektywne zarządzanie kapitałem ludzkim dostępnym w organizacji, w tym pracownikami starszymi/doświadczonymi. Innymi słowy, jest to proces zarządzania bezpośrednio skorelowany z próbą uzyskiwania korzyści wynikających z zatrudniania personelu cechującego się zróżnicowanym wiekiem [4].

Coaching i mentoring to strategie rozwoju osobistego, które stają się coraz popularniejsze w wielu dziedzinach, w tym również i pielęgniarstwie [5]. Relacje w coachingu oraz mentoringu promują rozwój zawodowy oraz umożliwiają czerpanie większej satysfakcji i zadowolenia z wykonywanej pracy, a dodatkowo pozwalają liderom wprowadzać nowe rozwiązania, które stwarzają szanse na lepsze nowoczesniejsze pielęgniarstwo w przyszłości. Historia mentoringu sięga już czasów starożytnych, natomiast współczesny nurt rozpoczął się w USA w latach 70 XX wieku. W Polsce model mentoringu zaczerpnięty z wzorców amerykańskich i europejskich przyjął się w latach 90 XX wieku [5]. Mentoring definiuje się jako prowadzenie, doradztwo, nauczanie i dzielenie się doświadczeniami z podopiecznym aby maksymalnie wykorzystać jego potencjał w kierunku osiągnięcia celów zawodowo-osobistych [6]. Mentoring jest procesem krótko- lub długotrwałym, oznacza również związek między bardziej doświadczoną osobą (mentorem) a młodszą osobą (podopiecznym). Mentoring kliniczny zapewnia, że studenci jak i pielęgniarki/arze są wyposażeni w umiejętności praktyki klinicznej, które mają na celu wypełnienie luki między teorią a praktyką [7].

Mentoring opiera się na inspiracji i przywództwie, gdzie konstruktywny dialog oparty jest na formułowaniu uczniowi celów, motywujących do dalszego działania [8,9]. Celem pracy jest przedstawienie wdrażanego systemu mentorskiego w profesjonalnej opiece i miejscowym leczeniu rany przez młodych adeptów pielęgniarstwa zrzeszonych w Studenckim Kole Naukowym Opieki nad Osobami Starszymi przy Instytucie Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Opieką profesjonalną objęto kobietę w wieku 78 lat, mieszkającą w mieście z rodziną, status ekonomiczny dobry. W wywiadzie cukrzyca typu II oraz nadciśnienie tętnicze. Z powodu masywnej ropowicy stopy lewej w przebiegu DFU (*Diabetes Food Ulcer*) w dniu 9.06.2021 r. dokonano amputacji na poziomie podudzia. Po wykonanym zabiegu pacjentka w stanie dobrym została wypisana celem dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych. W przeciągu kolejnego miesiąca po wypisie rana nie wykazywała cech gojenia a po konsultacji w poradni chirurgicznej założono i zbliżono ranę szwami.

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Dnia 20.07.2021r. (zdz. 1) skonsultowano pacjentkę przeprowadzając wizytę domową, podczas której zebrano wywiad, zbadano fizykalnie (Pacjentka w stanie ogólnym dobrym zorientowana auto i allopsychicznie w logicznym kontakcie, z obniżonym nastrojem, znaczne ograniczenie samoopieki związane ze stanem po amputacji kończyny), rozpoznano problemy zdrowotne, zaplanowano proces opieki i miejscowego leczenia.



zdz. 1. Stan rany podczas pierwszej wizyty domowej.

Podstawowe parametry życiowe w granicach normy (RR:135/80, HR:80 u/min, temp. 36,4 st. C, diureza obecna, dolegliwości bólowe wg. NRS/VAS 6-7 pkt.). Zapoznano się z dokumentacją medyczną i etiologią powstałej rany. Jak wynika z relacji rodziny od ostatniej konsultacji chirurgicznej przepłukiwano ranę wodą z szarym mydłem zamiennie Octeniseptem®. W badaniu rana w obrębie kikuta zakażona pełnej grubości (wg. EPUAP/NPIAP 3°) skóry żółta (wg RYB). Wysiłek z rany obfity, krwisto/ropny o nieprzyjemnym zapachu. Skóra wokół rany zaczerwieniona, kikut obrzęknięty z echami nacieku zapalnego. Wykonano konsultację telefoniczną zdjęciową z mentorem, zaplanowano proces pielęgnowania i miejscowej terapii pacjentki. Zweryfikowano leki przeciwbólowe, modyfikując ich dawkę, zmieniono zalecenia dotyczące postępowania z raną. Miejscowo na ranę wdrożono sączko-

wanie: Aquacel Ag+® oraz opatrunek wtórny Mepilex Border® dodatkowo do wykonania badania biochemiczne: morfologia, kreatynina, CRP, albumina, HBA1C. Zaproponowano wdrożenie i wyjaśniono działanie terapii ujemnym kontrolowanym podciśnieniem (*Negative Pressure Wound Therapy*). Kolejnym krokiem podjętym w procesie opieki było przyspieszenia procesów naprawczych oraz zmniejszenia miana bakterii było wdrożenie terapii ujemnym kontrolowanym podciśnieniem (NPWT). Ranę oczyszczono mechanicznie oraz usunięto część szwów niespełniających swojej funkcji, kolejno ranę przemyto lawaseptykiem Prontosan® z dalszą higieną rany wraz z ochroną skóry otaczającej przy użyciu pasty stomijnej. Łoże zadrenowano za pomocą gąbki, nie zastosowano warstwy kontaktowej celem pobudzenia neoangiogeny oraz jeszcze lepszego debridementu leczonego obszaru (zdz. 2,3).



zdz. 2. Aplikacja terapii podciśnieniowej w obrębie kikuta.



zdz. 3. Widok z założonym opatrunkiem podciśnieniowym.

Terapię utrzymano przez okres dwóch dni z podciśnieniem rzędu 125 mmHg (Aparat ActiVaC, KCI, San Antonio, USA) edukując pacjentkę oraz rodzinę co do prawidłowego funkcjonowania urządzenia przy jednoczesnym kontakcie telefonicznym. Po otrzymaniu wyników morfologicznych krwi, z uwagi na niski wynik stężenia albumin (2,5 g/dl) wdrożono suplementację żywieniową ONS (Oral Nutritional Supplements) kolejno preparatami: Arginilan®, Nutrimil® oraz Diasip®. Zwrócono uwagę i zalecono konsultację diabetologiczną oraz anestezjologiczną w poradni leczenia bólu z powodu nadal utrzymujących się dolegliwości bólowych na poziomie 4-6 NRS. Wysiłek po ściągnięciu pierwszych opatrunków podciśnieniowych oscylował w granicach 200 ml przez 2-3 dni, sukcesywnie się zmniejszając (zdz. 4). Celem ochrony skóry otaczającej wykonywano przerwy od terapii podciśnieniowej trwające do 3 dni zaopatrując ranę opatrunkami specjalistycznymi: Inadine®, opatrunek wtórny Durafiber® z Sutrissept® żel, ze względu na ich kompatybilność i zdolność Sutrisseptu do autolitycznego oczyszczania łożyska rany.

DOSKONALENIE ZAWODOWE



zdj. 4. Stan rany po sesjach NPWT.



zdj. 5. Stan rany na dzień 15.11.2021 r.

Kolejne aplikację NPWT (łącznie – 6 sesji) skutecznie zmniejszyły obszar rany prowadząc do pełnego zamknięcia rany i powstałych kieszeni. 15.11.2021 r. wdrożono miód Manuka Algivon® z Activion Tube® (zdj. 5, 6) zapewniając w ten sposób pobudzenie granulacji i epitelializacji tkanek. Dolegliwości bólowe w obrębie kikuta odczuwane były tylko podczas scrapingu rany i osiągały wartość 2-3 pkt w skali VAS/NRS. Pełne wygojenie i zakończenie leczenia nastąpiło 19.12.2021r. (zdj. 7) z następnym wdrożeniem fizjoterapii celem hartowania kikuta. Ogólny czas leczenia od pierwszej wizyty do pełnego zamknięcia rany wyniósł 5 miesięcy.



zdj. 6. Wdrożenie miodów medycznych.



zdj. 7. Stan po zakończonym leczeniu w dniu 19.12.2021 r.

Sukces końcowy nie byłby możliwy, gdyby nie zastosowanie różnych form leczenia i edukacji rodziny. Sprawnie funkcjonujący mentoring oparty na partnerstwie, kierowaniu działań podopiecznego w oparciu o wytyczne oraz *Evidence Base Medicine*, a problematyczne kwestię podczas prowadzonego leczenia konsultowane z doświadczonym mentorem. Wiedza i wsparcie ze strony osoby mającej pieczę nad prowadzonymi działaniami terapeutycznymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi zmniejsza stres i daje pewność w prowadzeniu działań to determinuje mniejsze ryzyko popełnienia błędu w procesie terapeutycznym. Badania przeprowadzone przez Stefaniak i Dmoch-Gajzlerska dotyczące mentoringu w szkoleniu klinicznym studentek położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykazały, że mentoring był postrzegany przez uczestników jako innowacyjna i skuteczna metoda szkolenia klinicznego, odczuwając jednocześnie, iż przekazane informacje i umiejętności w sprzyjającym środowisku nauki przyczyniły się do lepszej opieki nad pacjentem [10]. Berman i wsp. wykazali, że spośród badanych absolwentów pielęgniarstwa podejmujących aktywność zawodową tylko 10% czuło się w pełni przygotowanymi do samodzielnego zapewnienia bezpiecznej i skutecznej opieki nad chorymi [11,12]. Hoover i wsp. zwracają uwagę, iż mentoring może być szczególnie użytecznym narzędziem wzmacniającym opiekę medyczną, w której personel pielęgniarski rozporoszony jest geograficznie na obszarach wiejskich lub o mniejszym zaludnieniu, gdzie dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej

DOSKONALENIE ZAWODOWE

jest ograniczony [13]. Według badań Huybrecht i wsp. wdrożenie pielęgniarskiego mentoringu pozwala na poprawę jakości oferowanych usług i opieki [14]. Z innej strony ciekawy obraz zagadnienia ukazują Górka i wsp. w artykule dot. Coachingu i mentoringu w praktyce pielęgniarskiej z roku 2019. W badaniach udział wzięło 256 aktywnych zawodowo pielęgniarek/arzy a zastosowaną metodą był sondaż diagnostyczny składający się z 29 pytań [5].

Pielęgniarki/rze biorący udział w badaniu to personel, który uważa, że rozwój zawodowy ma istotne znaczenie. Dla 55% respondentów rozwój osobisty był ważny, natomiast 44% określiło rozwój zawodowy jako bardzo ważny. Wyniki badań wskazują, że część osób nie była gotowa do poniesienia dodatkowych kosztów szkoleniowych natomiast duża grupa respondentów była na to zdecydowana.

Program mentoringu może mieć przełożenie na różne dyscypliny pielęgniarskie a jedną z nich niewątpliwie jest tematyka leczenia ran, gdzie personel pielęgniarski może być kreowany na lidera opieki. Coraz większa liczba chorych determinuje konieczność zapewnienia profesjonalnej opieki a rola mentoringu oraz jego pozytywnego oddziaływania na podopiecznych również i w tej dziedzinie nabiera na znaczeniu co przedstawia poniższy opis przypadku.

Podsumowując mentoring w pielęgniarstwie, ma ogromny potencjał i może przyczynić się do opracowania zupełnie nowego modelu nauczania, z bardziej efektywnym przyswajaniem i utrzymywaniem nowej wiedzy i umiejętności klinicznych. Obecny system edukacji w Polsce wymaga gruntownej rewizji, aby dorównać poziomem do standardów międzynarodowych oraz zaspokoić potrzeby i oczekiwania pracowników ochrony zdrowia, nauczycieli, studentów i biorców opieki zdrowotnej [10]. Dlatego też, fundamentalne znaczenie dla wszystkich decydentów zainteresowanych pielęgniarstwem ma wspólne dążenie do lepszego zrozumienia i uznania, że mentoring kliniczny jest ważnym narzędziem, który pomoże w zapewnieniu nowej generacji kompetentnych pielęgniarek/arzy, które/rzy spełniają kryteria Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (APN – *Advanced Practice Nurse*) [7,15].

Piśmiennictwo:

1. Romaniuk J i wsp. Florence Nightingale - matka pielęgniarstwa, pionierka współczesnego pielęgniarstwa. W: Lewko J., Łukaszuk R.C., Krajewska-Kuła E. (red.). Pielęgniarstwo Wczoraj i Dziś, Rok 2020 Rokiem Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wyd. I, Białystok 2020, 82-96. https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WNoZ_jednostki/wnoz-z-zintegrowanej-opieki-medycznej/monografie/pielęgniarstwo_wczoraj_i_dzis_rok_2020_rokiem_pielęgniarstwa-skompresowany.pdf (27.12.2021).
2. Skrzypek A i wsp. Edukacja spersonalizowana w dydaktyce medycznej. *General and Professional Education* ,4/2016, 34-38.
3. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych <https://nipip.pl/srednia-wieku-pielęgniarek-i-polożnych-w-polsce/> (27.12.2021).
4. Moczydłowska J.M Mentoring jako narzędzie zarządzania wiekiem. W: Gołębiowska E. (red.) Zarządzanie - nowe perspektywy w dobie zmian demograficznych, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Tom XV, Zeszyt 11, Część I, Wyd. Społecznej Akademii Nauk, Łódź-Warszawa 2014, 181-193.
5. Górka E i wsp. Coaching i mentoring w praktyce pielęgniarskiej, *Pomeranian J Life Sci* 2019; 65(1): 98-104.
6. Matin A. S. Understanding effective mentoring in nursing education: The relational reliant concept', *JOJ Nursing Health Care* 2 (5), 2017, 1–3. DOI: 10.19080/JOJNHC.2017.02.555596.
7. Foolchand D, Maritz JE. Experience of nurses regarding the clinical mentoring of student nurses in resource-limited settings. *Health SAJ*. 2020; 25: 1434, DOI: 10.4102/hsag.v25i0.1434.
8. Frei, E., Stamm, M., Buddeberg- Fischer, B. Mentoring programs for medical students - a review of the PubMed literature 2000-2008. *BMC Medical Education*. 2010, 10:32. <http://www.biomedcentral.com/14726920/10/32> (27.12.2021).
9. Kaczmarek, M., Tutoring, coaching, mentoring w pracy akademickiej, *Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin. Oeconomica*, 303 (72), 2013,73–82.
10. Stefaniak M, Dmoch-Gajzlerska E. Mentoring in the clinical training of midwifery students - a focus study of the experiences and opinions of midwifery students at the Medical University of Warsaw participating in a mentoring program. *BMC Med Educ*. 2020; 20 (1) :394. DOI:10.1186/s12909-020-02324-w.
11. Berman, A et al. Competence gaps among unemployed new nursing graduates entering a community based transition-to-practice program. *Nurse Educator*, 39 (2), 2014, 56-61. <https://doi.org/10.1097/NNE.000000000000018>.
12. Szalmasag J.D. Efficacy of a Mentoring Program on Nurse Retention and Transition Into Practice, *International Journal of Studies in Nursing*; Vol. 3, No. 2; 2018. 31-39. DOI: 10.20849/ijns.v3i2.378.
13. Hoover J et al. Mentoring the working nurse: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):52. DOI:10.1186/s12960-020-00491-x.
14. Huybrecht S, Loeckx W, Quaeyhaegens Y. Mentoring in nursing education: perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse Educ. Today* 2011;31(3): 274-8.
15. Kiliańska D. Nowe role i zadania pielęgniarki w XXI wieku. *Analiza Przypadków Pielęgniarstwo i Położnictwo*, 2012,7/8:48-56.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTKI W III TRYMESTRZE CIĄŻY PODCZAS ZAOSTRZENIA CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA STUDIUM PRZYPADKU*

Aleksandra Marzec

*Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu*

Choroba Leśniowskiego-Crohna, obok Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego, należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ). Jest schorzeniem przewlekłym, dającym objawy głównie ze strony układu pokarmowego. Choroba manifestuje się w postaci przewlekłego zapalenia, najczęściej jelit, choć ogniska choroby pojawiać się mogą od jamy ustnej po odbyt. Przy czym zmiany powstałe w procesie zapalnym określa się jako pełnościenne, niesymetryczne oraz odcinkowe. Z powodu zróżnicowanej patogenezy, obraz kliniczny choroby i jej przebieg nie jest tożsamy u wszystkich chorych. Cechą wspólną jest natomiast występowanie okresów remisji oraz zaostrzenia. Czas trwania zaostrzeń i remisji choroby nie jest możliwy do precyzyjnego określenia z powodu zróżnicowanego osobniczo przebiegu choroby. Warto podkreślić, iż długotrwałe okresy zaostrzeń mogą prowadzić do powikłań i inwalidztwa. Do wystąpienia zaostrzenia choroby może predysponować stres, negatywne doświadczenia życiowe, palenie tytoniu, zażywanie NLPZ, częsta antybiotykoterapia, przebyte ostrej infekcji wirusowej lub bakteryjnej przewodu pokarmowego oraz nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych.

Rozwój cywilizacyjny, znamieny dla XXI wieku, wpływa na dynamiczny wzrost zachorowań, szczególnie w krajach wysokorozwiniętych. Zwiększająca się systematycznie liczba osób chorych na ChLC w Polsce powoduje rosnące zapotrzebowanie chorych na opiekę medyczną, w tym wszechstronną opiekę pielęgniarską. Niesie to konieczność stałego opracowywania, ujednolicania, aktualizacji i popularyzacji zasad postępowania dla personelu pielęgniarskiego, aby sprostać rosnącym potrzebom pacjentów. Średni wiek pacjentów w momencie zachorowania wynosi 29 lat. Około 70% chorych to osoby poniżej 35 roku życia.

Obraz choroby, a w szczególności jej zaostrzenia tworzą przewlekłe, wodniste, uporczywe biegunki, które w postaci zapalnej ChLC będą utrzymywać się pomimo ograniczenia posiłków. Pacjenci wypróżniają się od kilku do kilkadziesiąt razy w ciągu doby. Biegunce towarzyszy ból o charakterze kolkowym lub skurcze odczuwane w obrębie jamy brzusznej. Pojawiają się także wzdęcia, uczucie „przelewania” w jamie brzusznej oraz zgaga i wymioty (zwłaszcza przy współwystępowaniu zmian chorobowych w żołądku i dwunastnicy). Trwające wiele miesięcy fazy ostre prowadzą do występującej u ponad 50% chorych znacznej utraty masy ciała, a także niedożywienia i przewlekłego zmęczenia. Stwarzają ryzyko odwodnienia oraz niedoborów będących często wynikiem zaburzeń wchłaniania. Brak objawów patognomicznych wydłuża okres rozpoznania. Ze względu na niejasną etiologię nie są znane możliwości zastosowania leczenia przyczynowego. Celem stosowania obecnie znanych metod terapeutycznych jest m.in. indukowanie i podtrzymywanie remisji choroby, zahamowanie nieprawidłowych reakcji immunologicznych, zapobieganie powikłaniom, leczenie powikłań już istniejących, ograniczenie podawania kortykosteroidów, wygojenie zmian w błonie śluzowej, poprawa jakości życia pacjenta. W leczeniu choroby stosuje się metody farmakologiczne, chirurgiczne oraz dietetyczne i żywieniowe. Każda z metod leczenia wymaga od pacjenta dyscypliny, dużego zaangażowania w terapię oraz gotowości do udziału w konsultacjach ze specjalistami z różnych dyscyplin medycznych. Uporczywe objawy towarzyszące chorobie, szczególnie w fazie zaostrzenia odciskają trwałe piętno w sferze psychicznej i społecznej pacjentów oraz osób z ich najbliższego otoczenia. Czas ostrej fazy choroby jest dla pacjentów okresem wymagającym, w trakcie którego powinni podlegać okresowej bądź stałej kontroli, prowadzić dzienniczek samoobserwacji oraz ściśle przestrzegać zaleceń dotyczących leczenia i odżywiania.

Prawidłowo sprawowana opieka nad pacjentem z chorobą przewlekłą powinna uwzględniać ocenę i utrzymanie jakości życia na zadowalającym dla chorego poziomie. Biegunki, ból brzucha, osłabienie, częste odczuwanie parcia na stolec, gorączka, objawy powikłań jelitowych i pozajelitowych, zmuszają pacjentów do zmiany dotychczasowego stylu życia i powodują pogorszenie jego jakości. Konieczność stałego zażywania leków i zmiany sposobu odżywiania się, mogą ograniczać samodzielność pacjenta, zdolność do samoopieki i realizacji ról społecznych. Problem ten jest szczególnie dotkliwy, szczególnie w kontekście wieku pacjentów w momencie zachorowania. W większości

DOSKONALENIE ZAWODOWE

są to młodzi ludzie w okresie prokreacyjnym. Brak kontroli nad defekacją i skrępowanie może zniechęcać pacjenta m.in. do aktywności fizycznej, zawodowej, korzystania ze środków transportu publicznego, edukacji, życia towarzyskiego oraz zaspokajania potrzeb duchowych. Wymusza potrzebę noszenia ze sobą zapasowej bielizny i odzieży. Pacjenci mogą bać się reakcji otoczenia, dochodzi do izolacji społecznej. Chorzy często sami dostrzegają spadek "własnej użyteczności", a jednocześnie równie często nie potrafią poradzić sobie z powstałymi ograniczeniami. Wypieranie choroby, izolacja i brak umiejętności radzenia sobie w nowej sytuacji, a także problemy seksualne mogą skutkować obniżeniem nastroju, stanami lękowymi, a nawet depresją.

Nie zaobserwowano dotychczas istotnego wpływu choroby na płodność, aczkolwiek istnieje ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego, urodzenia dziecka z niską masą urodzeniową, a także poronienia. Aktywna choroba w momencie zapłodnienia, powoduje komplikacje w przebiegu ciąży u wielu ciężarnych. Poród naturalny nie jest całkowicie wykluczony, chyba, że występują liczne powikłania ChLC, przetoki oraz zmiany okołodbytnicze. Częstym błędem jest samodzielne odstawianie leków przez ciężarne pacjentki.

Opis przypadku.

Podmiotem opisu badawczego była 30. letnia kobieta, która choruje na ChLC od 2017 roku.

Metoda, techniki i narzędzia zastosowane w badaniach.

Zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku. W celu zgromadzenia szczegółowych informacji na temat pacjentki wykorzystano technikę wywiadu, obserwacji ukierunkowanej oraz analizy dokumentacji. W celu pozyskania informacji do analizy badawczej zastosowano następujące narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz wywiadu, Skalę MNA (*Mini Nutritional Assessment*), Skalę HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), Skalę VAS (*Visual Analogue Scale*), test FAS (*Fatigue Assessment Scale*) oraz kwestionariusz IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*) a także wagę, termometr i ciśnieniomierz. Analizie poddano następującą dokumentację: dziennik samoobserwacji pacjentki, historię choroby pacjentki oraz wyniki badań. Badania prowadzone były w okresie czterech tygodni.

Szczegółowy opis przypadku. Ogólna sytuacja pacjentki.

Opisywana pacjentka w czasie trwania badań zmagala się z zaostrzeniem choroby, potwierdzonym w dokumentacji medycznej. Pacjentka planowała ciążę w okresie remisji. Po zajściu w ciążę zarówno ginekolog jak i gastrolog zalecili odstawienie leków immunosupresyjnych oraz Mesalazyny, co wywołało zaostrzenie choroby. Pacjentka była hospitalizowana w okresie ciąży zarówno z powodu objawów zaostrzenia jak i plamienia (odklejenie kosmówki), rozpoznano również zakażenie *Clostridium difficile*. W czasie prowadzenia obserwacji przebywała w domu. Mieszka na wsi wraz z mężem oraz ojcem. Posiada wykształcenie średnie. Wraz z mężem prowadzili własną firmę, co umożliwiało jej pracę w warunkach domowych. Zrezygnowała z poprzedniej pracy z powodu objawów towarzyszących zaostrzeniu choroby. W czasie obserwacji pacjentka była w III trymestrze ciąży, pod kontrolą lekarza gastroenterologa i ginekologa. Kobieta systematycznie zgłaszała się także na konsultacje neurologiczne. Warunki mieszkaniowe rodziny oceniono jako bardzo dobre. Stan psychiczny pacjentki prawidłowy, nastrój wyrównany. Poza pomocą ze strony domowników, kobieta otrzymywała ogromne wsparcie od internautek należących do grup wsparcia w mediach społecznościowych, dedykowanych chorym na ChLC i WZJG. Największą motywacją do przestrzegania zaleceń była dla niej rodzina i nienarodzone dziecko. Kobieta była uzależniona od palenia papierosów, paliła średnio paczkę dziennie, zerwała z nałogiem, gdy tylko dowiedziała się o ciąży. Przestrzegała wszystkich zaleceń, zarówno tych dotyczących przyjmowania leków jak i zaleceń dietetycznych. Posiłki przygotowywała samodzielnie w warunkach domowych.

Aktywność fizyczna pacjentki była niewielka, ograniczała się do spacerów wokół domu. W okresie remisji choroby kobieta była aktywna, często spotykała się ze znajomymi i rodziną, pracowała w sadzie, ćwiczyła na siłowni, kilka razy w tygodniu jeździła rowerem. Poza główną jednostką chorobową u kobiety rozpoznano pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, zmiany demielinizacyjne w mózgu i rdzeniu kręgowym.

Zgłaszane przez pacjentkę problemy w okresie 4-tygodniowej obserwacji to: biegunka od 5. do 25. wypróżnień w ciągu doby i przewlekły ból brzucha. Nie był to ból ciągły, nasilał się czasem po zjedzeniu posiłku, ustępował często po wypróżnieniu. Towarzyszyło mu uczucie przelewania w brzuchu. Ból częściowo utrudniał pacjentce skupienie się na wykonywanych obowiązkach, zmuszał do częstszego przebywania w pozycji leżącej lub siedzącej. Okresowo pojawiały się zaburzenia snu (tj. wybudzanie się w nocy, trudności z zasypianiem), a także zgaga, stan podgorączkowy, wymioty. Apetyt był zmniejszony, był zależny od samopoczucia chorej. Przyjmowała pokarm i płyny drogą doustną. Pacjentka odżywiała się zgodnie z zaleceniami, przyjmowała tylko domowe posiłki. Sporadycznie zdarzał się jej błąd dietetyczny, jak np. samodzielne wprowadzenie do diety soku cytrusowego. W przypad-

DOSKONALENIE ZAWODOWE

kach obniżonego apetytu, przyjmowała posiłki o mniejszej objętości. Stan odżywienia kobiety wskazywał na ryzyko niedożywienia i wymagał dalszej kontroli w przypadku utrzymujących się biegunek i obniżonego apetytu. Objętość przyjmowanych płynów, według informacji zawartych w dzienniczku samoobserwacji pacjentki była prawidłowa. W czasie zaostrzenia choroby, pacjentka sporadycznie potrzebowała pomocy domowników przy czynnościach dnia codziennego. Pacjentka uważała, że przez objawy towarzyszące zaostrzeniu choroby rezygnuje również z dalszych wyjazdów w celach wypoczynkowych, hobby oraz sezonowej pracy w gospodarstwie. Negatywny wpływ na jakość życia pacjentki miały objawy jelitowe choroby, zmęczenie oraz stres. Często z powodu zmęczenia była mniej aktywna w ciągu dnia, męczyła się szybciej niż dotychczas, zdarzało jej się uczucie fizycznego wyczerpania, miała problemy z rozpoczęciem wykonywania czynności. Zaostrzenie choroby częściowo ograniczało pacjentce bezpośrednie kontakty ze znajomymi i resztą rodziny. Jednakże komunikowała się wtedy poprzez portale społecznościowe oraz wideorozmowy. Na podstawie przeprowadzonego testu HADS stwierdzono, iż u pacjentki występowało ryzyko depresji. W wywiadzie pacjentka stwierdziła, że choroba ma negatywny wpływ na jej pewność siebie. Pacjentka potwierdziła fakt dyskryminowania z powodu choroby. Kobieta bardzo stresowała się stanem zdrowia i martwiła się o nienarodzone dziecko.

Choroby występujące w rodzinie.

Matka pacjentki chorowała na stwardnienie rozsiane. U nikogo w rodzinie kobiety nie stwierdzono ChLC. Z wywiadu wynika obciążenie CHUK, u członków dalszej rodziny często współwystępuje cukrzyca oraz otyłość.

Świadomość zdrowotna pacjentki.

Pacjentka miała bardzo dużą wiedzę na temat swojej choroby. Informacje czerpie od lekarzy, z książek, broszur, stron internetowych oraz blogów. Według subiektywnej oceny pacjentki, jej poziom wiedzy był znacznie większy w porównaniu do tego przed chorobą. Pacjentka nadal jednak chciałaby poszerzać wiedzę na temat choroby, dlatego też czyta aktualne publikacje w poszukiwaniu nowych metod leczenia. Chciałaby dowiedzieć się więcej na temat leczenia operacyjnego oraz leczenia metodami alternatywnymi.

Terapia, farmakoterapia.

Pacjentka przyjmowała leki doustnie. Wprowadzono również leczenie dietetyczne w postaci diety lekkostrawnej, ubogoresztkowej, małosolnej. Pacjentka korzystała także z pomocy fizjoterapeuty w warunkach domowych. Ze względu na przyjmowane kortykosteroidy, pacjentka zgłaszała się do lekarza rodzinnego w celu wykonania badań laboratoryjnych, pod kątem stężenia potasu we krwi. Dawka leków nie przekraczała jednorazowo 1g, więc nie zalecono chorej okresowych badań densytometrycznych. Ponadto pomimo terapii kortykosteroidami nie zgłaszała dolegliwości kostno-stawowych i przyjmowała doustnie potas. Zażywanie preparatu Mesalazyny (Pentasa), wymaga monitorowania co 6-9 miesięcy stężenia mocznika/kreatyniny w osoczu, o czym lekarz poinformował kobietę.

Leki przyjmowane przez pacjentkę:

1. Encorton 20 mg – 10 mg – 0 mg z redukcją o 5 mg co miesiąc
2. Duphaston 1x1 tabletki
3. Kaldyum- 2x1 tabletki
4. Cyclonamine - 1 tabletki co 2-3 dni
5. Magne B6 - 3x1 tabl
6. Pentasa - 1x2 tabletki
7. Vivomixx - 2 saszetki dziennie
8. Witamina D Vigantol – 1 kropla na dobę.

Diagnozy pielęgniarstwo/Problemy pielęgnacyjne

- I: Dyskomfort oraz ograniczenia w życiu codziennym spowodowane przewlekłym bólem brzucha.
- II: Przewlekła biegunka utrudniająca pacjentce wyjście z domu.
- III: Wymioty powodujące obniżone samopoczucie u pacjentki.
- IV: Dyskomfort pacjentki spowodowany zgagą.
- V: Częste odczuwanie zmęczenia.
- VI: Okresowo pojawiające się obniżenie apetytu pacjentki.
- VII: Zaburzenia snu zakłócające rytm dobowy chorej.
- VIII: Subiektywne obniżenie jakości życia pacjentki.
- IX: Stres związany z obecnym stanem zaostrzenia choroby.
- X: Częściowa izolacja społeczna wywołana wstydem, niedyspozycją i obawami przed nieutrzymaniem stolca w miejscu publicznym.

DOSKONALENIE ZAWODOWE

XI: Ryzyko niedożywienia.

XII: Ryzyko zmian integralności skóry w przestrzeni międzypośladowej pod wpływem działania drażniącej treści biegunkowej.

XIII: Ryzyko zaburzonego wchłaniania leków przyjmowanych doustnie z powodu przyspieszonego pasażu w przewodzie pokarmowym.

XIV: Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych spowodowanych ciążą oraz stanem zaostrzenia Choroby Leśniowskiego-Crohna.

XV: Ryzyko wystąpienia depresji i stanów lękowych.

XVI: Niepokój pacjentki o zdrowie nienarodzonego dziecka.

XVII: Deficyt wiedzy pacjentki na temat zalecanej metody rozwiązania ciąży w czasie zaostrzenia Choroby Leśniowskiego-Crohna.

XVIII: Brak wiedzy pacjentki na temat alternatywnych metod leczenia choroby.

XIX: Lęk przed koniecznością leczenia operacyjnego w przyszłości.

XX: Ryzyko wystąpienia w przyszłości braku motywacji pacjentki do kontynuowania wypracowanych pozytywnych nawyków.

Podsumowanie.

U badanej pacjentki zaobserwowano objawy chorobowe związane z układem pokarmowym, objawy uogólnione oraz problemy psychospołeczne. Pacjentka potrzebuje wsparcia pielęgniarki w zakresie radzenia sobie z objawami choroby, a także wsparcia edukacyjnego. Zobowiązanie pacjentki do prowadzenia dzienniczka samokontroli zwiększyło świadomość kobiety w zakresie czynników pogarszających jej stan zdrowia i samopoczucie. Ponadto zapisywane w nim informacje usprawniły zebranie danych o pacjentce oraz umożliwiły analizę zmian jej stanu ogólnego przez cały okres obserwacji. Potwierdzeniem wstępnej motywacji kobiety do założenia dziennika było zapisanie podziału produktów spożywczych, po których czuje się dobrze oraz tych, które wywołują niepożądane objawy. Następnie pacjentka uzupełniała dziennik o kolejne dane, w tym temperaturę i masę ciała, ilość oraz jakość wypróżnień, przyjęte leki, dodatkowe objawy, a nawet harmonogram wizyt lekarskich oraz daty planowanych badań. Przez 4 tygodnie obserwacji pacjentka rejestrowała w dzienniczku również ogólne samopoczucie, poziom stresu, czas snu oraz zastosowane sposoby radzenia sobie z niepożądanymi objawami.

Pacjentka w przyszłości może potrzebować wsparcia pielęgniarki w zakresie m.in.: kontynuowania psychoterapii oraz edukacji na temat przyjmowania leków podczas karmienia piersią. Pielęgniarka może pomóc pacjentce w utrzymaniu dobrej jakości życia pomimo zaostrzenia, poprzez rozmowę terapeutyczną, edukację, zachęcanie do akceptacji choroby, niwelowanie objawów najbardziej utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie. Istotnym elementem opieki pielęgniarskiej nad pacjentką było przekonanie kobiety o tym, iż zaostrzenie choroby nie uniemożliwia efektywnego wypełniania ról społecznych. Ogólny stres i nieprawidłowy stan emocjonalny może wpływać na nasilenie objawów jelitowych, a wzmożone objawy oznaczają ryzyko kolejnych zaburzeń, takich jak spadek masy ciała i ryzyko niedożywienia. W przyszłości wymagane może być także obserwowanie ryzyka odwrotnego związku przyczynowo-skutkowego. Na przykład nasilenie dolegliwości związanych z układem pokarmowym wywołać może u pacjentki lęk, ryzyko depresji i niepokój związany z powodzeniem aktualnego leczenia.

Największą motywacją pacjentki do przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego prowadzenia samoobserwacji oraz samokontroli są zauważalne efekty prowadzonej terapii. W przypadku długotrwałego braku efektów leczenia, pacjentka może potrzebować dodatkowej motywacji ze strony pielęgniarki do wypełniania zaleconych obowiązków. Zaostrzenie choroby pogarsza jakość życia pacjentki.

Negatywne doświadczenia życiowe pacjentki, związane z chorobą przewlekłą jej zmarłej matki, powodują lęk związany z objęciem w niedalekiej przyszłości roli matki przez chorą, która tak jak jej matka, będzie sprawowała opiekę nad dzieckiem zmagając się z chorobą przewlekłą. Czynniki takie jak: prawidłowe relacje pomiędzy chorą, a jej najbliższą rodziną, stabilna sytuacja finansowa oraz możliwość wykonywania pracy w domu mają pozytywny wpływ na satysfakcję z życia chorej, ale zmniejszają potrzebę opuszczania domu i nawiązywania bezpośrednich relacji interpersonalnych.

Konstruowanie planu opieki nad chorym na ChLC jest procesem zawiłym i czasochłonnym. Wynika to z faktu, iż choroba przyjmuje zróżnicowany przebieg u pacjentów, z tego względu opracowanie jednoznacznych wytycznych dotyczących opieki pielęgniarskiej stanowi wyzwanie. Duże znaczenie ma dobre poznanie pacjenta to znaczy przeprowadzenie szczegółowego wywiadu. Postępowanie i zalecenia należy zindywidualizować do potrzeb pacjenta

DOSKONALENIE ZAWODOWE

i stanu jego zdrowia, a także zgodnie z ideą holizmu zadbać o potrzeby bio-psycho-społeczne oraz duchowe pacjenta. W opracowaniu planu opieki nad opisaną pacjentką niezbędny był przegląd i analiza literatury z zakresu gastroenterologii, ginekologii i położnictwa, pielęgniarstwa internistycznego, chirurgicznego, a także zestawienie zalecanych interwencji pielęgniarstkich z literaturą, aby sprostać oczekiwaniom pacjentki, a także zmodyfikować niektóre interwencje zgodnie z zaleceniami i przeciwwskazaniami dedykowanymi dla pacjentów chorujących na ChLC.

Należy również brać pod uwagę konieczność modyfikacji zaleceń i działań pielęgniarstkich, stale obserwując ich skuteczność u pacjenta. Opieka pielęgniarstka nad tą grupą pacjentów powinna opierać się na procedurach uwzględniających aktualną wiedzę medyczną, opartą na wynikach badań naukowych wynikających z EBM (*Evidence Base Medicine*), EBN (*Evidence-Based Nursing*) i EBNP (*Evidence Based Nursing Practice*). Uwzględniają one rekomendacje krajowych i wojewódzkich konsultantów w poszczególnych dziedzinach medycyny, pielęgniarstwa oraz wytyczne krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych.

Bibliografia u Autorki.

* Artykuł został opracowany na podstawie licencjackiej pracy dyplomowej pt. „Specyfika i zakres działań pielęgniarki w opiece nad pacjentem w zaostrzeniu choroby Leśniowskiego-Crohna”, którą Autorka przygotowała i obroniła w 2020 roku pod kierunkiem promotora - mgr Jakuba Sapielaka.

Praca została nagrodzona nagrodą Rektora PUZ im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu. Aktualnie autorka kontynuuje studia w macierzystej Uczelni na II stopniu studiów pielęgniarstkich. Ostateczny kształt artykułu konsultowano z opiekunem Koła Naukowego dr n. med. Marianną Charzyńską-Gulą.



Opinia prawna w sprawie - czy położna może objąć samodzielnie opieką rodzącą z cesarskim cięciem w wywiadzie, jeśli pacjentka wybiera poród w warunkach domowych i prosi położną o opiekę.

Podstawa prawna.

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018, poz. 1756).

Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm., tj. z dnia 9 listopada 2018 r. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), zgodnie z którym Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca w uzasadnieniu do obowiązującego rozporządzenia nowy Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej wskazał, że:

- uwzględnia ono wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz
- doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Jednocześnie, zgodnie z uzasadnieniem projektu rozporządzenia „Projekt zwraca szczególną uwagę na właściwe wykorzystanie wiedzy i kompetencji położnych. W związku z powyższym zaproponowane przepisy powinny pozwolić położnym na większą samodzielność w sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem.”

Sprawowanie opieki przez położną.

Położna została wskazana w pkt I ust. 4 pkt 7 a) jako jedna z osób „sprawujących opiekę”, która jest odpowiedzialna za wykonywanie świadczeń określonych w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej.

Zadania osoby sprawującej opiekę – położnej. Do zadań osoby sprawującej opiekę należy szereg czynności wskazanych w pkt I ust. 8 Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w tym m.in. ocena stanu zdrowia ciężarnej, a także ocena występowania czynników ryzyka (pkt III ust. 5).

W przypadku stwierdzenia przez położną, że występują czynniki ryzyka, których katalog otwarty jest zawarty w pkt III ust. 1-4, ciężarna powinna pozostawać pod opieką lekarza położnika o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym odpowiednią opiekę.

Jednym z czynników ryzyka, który położna powinna zidentyfikować na podstawie pkt III ust. 1 pkt 8 Standardu jest: stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebyłym wycięciu macicy. Cięcie cesarskie (łac. sectio caesarea) to niewątpliwie operacja położnicza polegająca na rozcięciu powłok brzusznych oraz macicy. Zatem STAN PO cięciu cesarskim może stanowić ryzyko powikłań okołoporodowych. Stan ten zobowiązana jest zidentyfikować osoba sprawująca opiekę. Położna na mocy pkt III ust. 7 po zidentyfikowaniu u ciężarnej takiego stanu po cięciu cesarskim, który rodzi ryzyko powikłań okołoporodowych zobowiązana jest omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym tak, aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu. Ostateczna decyzja należy do ciężarnej.

Powyższe rozwiązanie ustawodawcy oznacza, że to oczywiście ciężarna podejmuje ostateczną decyzję co do miejsca porodu i może wybrać warunki poza szpitalne nawet jeśli wystąpią czynniki ryzyka. Nie ma ustawowego zakazu porodu w warunkach poza szpitalnych dla ciężarnej. Ale jest powinność pozostawiania ciężarnej pod opieką lekarza położnika gdy stwierdzone zostaną czynniki ryzyka. Decyzja ciężarnej musi być podjęta na podstawie rzetelnych informacji przekazanych przez położną, która jest odpowiedzialna za stosowanie Standardu.

Odpowiedzialność położnej.

Sam fakt cięcia cesarskiego nie wyklucza możliwości kolejnego porodu w warunkach domowych, o ile stan po cięciu cesarskim na to pozwala. Jednak, odpowiedzialność położnej jest daleko idąca i obejmuje zarówno odpowiedzialność zawodową, karną, jak i odszkodowawczą, która skutkować może egzekucją z majątku prywatnego (gdy nie wystarczy kwot z ubezpieczenia) odszkodowania, zadośćuczynienia, czy renty na rzecz poszkodowanego.

OPINIA PRAWNA

Dlatego też, w sytuacji, gdy wg oceny położnej istnieje ryzyko związane z rodzeniem przez ciężarną po cesarskim cięciu w warunkach domowych – powinna rozważyć odmowę samodzielnej opieki.

Sytuację każdej pacjentki należy rozpatrywać indywidualnie pamiętając o tym, że zgodnie z pkt I ust. 12 Standardu - położna, która wykonuje świadczenia w warunkach poza szpitalnych jest zobowiązana do zapewnienia ciągłości opieki w czasie porodu oraz porożu. Jeżeli położna ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.

*Monika Drab, Radca prawny
15 lipca 2021 r.*

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 03.11.2021 dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat w domu pacjenta w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym)/w domu dziecka.

Wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych w domu pacjenta/w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym)/w domu dziecka uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

Iniekcje dożylne mogą być wykonywane w warunkach szpitalnych oraz przez personel Pogotowia Ratunkowego w sytuacjach ratowania życia. Stosowanie leków dożylnie/domięśniowo w tym antybiotyków wskazuje na poważny stan dziecka i nie ma możliwości podawania leków doustnie. W takich przypadkach konieczna jest pilna hospitalizacja dziecka. O tym fakcie należy poinformować rodziców i skierować dziecko do szpitala.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne, a wykonanie kilkakrotnie w ciągu doby iniekcji domięśniowych jest dodatkowo narażeniem dziecka na ogromny stres, ból, cierpienie i możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Takie postępowanie nie tylko jest nieetyczne, to co najważniejsze niezgodne z rekomendacjami. Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca.

Wyjątek stanowi:

- jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dojścia dożylnego,
- chemioprophylaktyka choroby meningokokowej, która polega na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu) i ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *N. meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Chemioprophylaktyka jest zalecana wszystkim osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały bliski kontakt z chorym. W takich przypadkach stosuje się 1 dawkę ceftriaksonu domięśniowo (u dzieci poniżej 15 roku życia 125 mg). Dla dzieci dostępny jest też lek doustny rifampicyna, która może być stosowana u osób we wszystkich grupach wiekowych (1).
- w uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii.

Jeżeli stan dziecka jest dobry, a dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku wówczas należy zlecić antybiotyk doustnie zgodnie z rekomendacjami (2). U dzieci zdecydowanie częściej przyczyną zapalenia oskrzeli (a to rozpoznanie jest najczęstszą przyczyną zlecenia antybiotyku drogą domięśniową) są zakażenia wirusowe, w których podanie antybiotyku jest nieuzasadnione zarówno drogą doustną, a tym bardziej domięśniową. „Nie zaleca się rutynowego stosowania antybiotyku w ostrym zapaleniu oskrzeli lub oskrzelików. Przy kaszlu przedłużającym się powyżej 14 dni może być wskazane podawanie makrolidu, szczególnie w przypadku podejrzenia krztuśca [Bill].

OPINIA PRAWNA

U małych dzieci z kaszlem produktywnym utrzymującym się powyżej 4 tyg. bez tendencji malejących rozpoznajemy przewlekające się bakteryjne zapalenia oskrzeli i wtedy uzasadnione może być podanie antybiotyku (amoksycylina z kwasem klawulonowym lub makrolid - leki podawano drogą doustną przez 14 dni [Bil]). Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów dożylnie, doustnie lub wziewnie u dzieci chorych na ostre zapalenie oskrzelików". Jeżeli stan dziecka jest średni/ciężki, dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku drogą parenteralną wówczas należy skierować dziecko w trybie pilnym do szpitala, gdzie otrzyma antybiotyk dożylnie zgodnie z rekomendacjami.

Pielęgniarki/pielęgniarze otrzymując zlecenie na podanie antybiotyku drogą dożylną/domięśniową powinni w takich wypadkach odmawiać wykonania zlecenia lekarskiego, bowiem mają prawo odmawiać zleceń, które mogą być niebezpieczne dla dziecka. Pielęgniarki/pielęgniarze powinni poinformować rodziców o swojej decyzji i skierować dziecko do szpitala. Ponadto powyższe błędy w zleceniach lekarskich powinny być zgłaszane do konsultanta wojewódzkiego i/lub krajowego w dziedzinie pediatrii. Nieprzestrzeganie przez lekarza zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii naraża lekarza na konsekwencje - odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia i takie sytuacje powinny być zgłaszane do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej/Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Lekarz zawsze ma prawo do eksperymentu medycznego, ale na to wymagana jest zgoda komisji bioetycznej. Stanowisko wydano na mocy art. 10, pkt. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 419, z p. zm.)

*Prof. dr hab. med. Teresa Jackowska
Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii*

1. *Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz i wsp., 2011.*

2. *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz, dr hab. n. med. Piotra Albrechta, prof. dr hab. n. med. Andrzeja Radzikowskiego, 2016.*



Pani Pielęgniarce Oddziałowej

EWIE ÓWIK

W związku z zakończeniem pracy na stanowisku Pielęgniarki Oddziałowej składamy serdeczne podziękowania za lata współpracy, trud i oddanie a także za życzliwość sumienność i ogromne serce. Na dalsze lata pracy życzymy dużo szczęścia i zdrowia oraz wszelkiej pomyślności.

Pielęgniarka Naczelna

Kierowniczka Kadra Pielęgniarska

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu



Pani Pielęgniarce Oddziałowej

MARII JAROSZ

W związku z przejściem na emeryturę składamy najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę, za wszystkie rady, dobre serce, mądrość i wsparcie. Życzymy, aby dalsze lata życia upłynęły w zdrowiu, pomyślności i radości.

Pielęgniarka Naczelna

Kierowniczka Kadra Pielęgniarska

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu

POWOŁANIE KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE

Od 1989 roku systematycznie odtwarzane są dawne stowarzyszenia katolickie, nawiązujące do tradycji polskiego życia katolickiego. Stowarzyszenia służą umacnianiu podmiotowości społeczeństwa i tworzą podstawy ładu i moralności w zawodzie oraz w społeczeństwie.

Chcemy zaproponować pielęgniarkom, pielęgniarzom, położnym Diecezji Rzeszowskiej powołanie oddziału terenowego Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Polskich, którego celem jest systematyczna praca nad własną formacją duchową i intelektualną oraz godne reprezentowanie i ochrona zawodu pielęgniarki i położnej, a także troska o tradycję zawodu i jej kontynuację.

Stowarzyszenie w swojej działalności kieruje się wartościami chrześcijańskimi i nauką społeczną Kościoła Katolickiego. Chcemy spełniać nasze powołanie i oddanie dla drugiego człowieka w duchu miłości chrześcijańskiej.

Jeśli w swoim życiu osobistym i zawodowym kierujesz się wartościami chrześcijańskimi możesz złożyć akces przynależności do oddziału terenowego Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Polskich pod numerem telefonu (17) 77 88 483 (biuro OIPIP w Rzeszowie, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.30 - 14.30) - lub tel. kom. 691 778 448 - Marta Cepielik, od poniedziałku do piątku w godzinach 16:30 - 20:00.

Więcej informacji o strukturze organizacyjnej Stowarzyszenia, statucie i działalności znajdziesz się na stronie <http://www.kspipp.pl>

PROFIL ZAUFANY (e-puap)

Profil zaufany to bezpłatny, elektroniczny podpis, dzięki któremu można załatwić urzędowe sprawy przez internet. Można założyć albo przez internet, albo w urzędzie (urzędzie skarbowym, oddziale NFZ lub ZUS). **Profil zaufany ułatwia i usprawnia załatwienie wielu spraw urzędowych, między innymi związanych z działalnością Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Pozwala m. in. szybko uzyskać potwierdzenie uprawnień w Systemie Monitorowania Kształcenia. Zachęcamy do szybkiej rejestracji.**

Jak założyć profil zaufany?

Profil zaufany od ręki można założyć (czyli potwierdzić swoją tożsamość bez wychodzenia z domu) przez bankowość internetową. Należy kliknąć nazwę banku, zalogować się na swoje konto, znaleźć zakładkę e-urząd, wypełnić formularz zakładania profilu zaufanego i wysłać bezpośrednio z konta.

Jeśli bank tego nie umożliwia, można złożyć wniosek przez internet, a potem potwierdzić go w punkcie potwierdzającym (punkty potwierdzające to urzędy skarbowe, oddziały NFZ, ZUS).

Jak to zrobić?

Na stronie profilu zaufanego pz.gov.pl proszę wypełnić formularz i kliknąć „Zarejestruj się”, podpisać wniosek kodem, który będzie przesłany przez SMS, znaleźć najbliższy punkt potwierdzający i pójść potwierdzić wniosek. Jest na to 14 dni. Należy wziąć ze sobą dowód osobisty lub paszport.

Profil zaufany jest ważny trzy lata. Można go sobie przedłużyć, nim minie ten termin. Jeśli nie zdążymy potwierdzić - potrzebny będzie nowy profil zaufany.

Jeśli mamy kłopot z założeniem profilu zaufanego, można skontaktować się z centrum pomocy: tel. (42) 253 54 50 (czynne od poniedziałku do piątku w godz. 7:00 - 18:00) lub e-mail: pz-pomoc@coi.gov.pl

Marta Boczar

Rzeszów

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

PROŚBA O PRZEKAZANIE 1% PODATKU

Szanowni Państwo,

Zwracam się z prośbą o przekazanie 1% kwoty z podatku od dochodów na rzecz ciężko przewlekle chorego MOJEGO MĘŻA Mirosława Boczara.

Mój mąż Mirosław w 2008 roku doznał wylewu krwi do mózgu wskutek pęknięcia tętniaka głowy. Poważna operacja neurochirurgiczna, kilkumiesięczny pobyt w szpitalu na różnych oddziałach utrzymywały go przy życiu, ale nie przywróciły sprawności. Do tej pory mój mąż porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim, jest niesamodzielny, wymaga całodobowej opieki innych osób, a także stałego leczenia farmakologicznego oraz intensywnej i ciągłej rehabilitacji. Zabiegi i zajęcia rehabilitacyjne finansowane przez NFZ są bardzo rzadkie i nie zaspakajają nawet w części potrzeb rehabilitacji warunkującej poprawę stanu zdrowia. Z tego powodu zmuszona jestem do kontynuowania we własnym zakresie odpłatnej rehabilitacji zarówno w domu jak i ośrodkach sanatoryjno-rehabilitacyjnych.

Wydatki na leczenie i rehabilitację przekraczają niestety możliwości finansowe całej rodziny, dlatego zwracamy się z serdeczną prośbą o pomoc finansową dla Mirka. Jeżeli Państwo uwzględnilibyście w swoim zeznaniu podatkowym za 2021 rok przekazanie **1% kwoty podatku** na cele rehabilitacyjne dla mojego męża będę ogromnie wdzięczna.

Do mojej prośby dołączam dokument Fundacji Anny Dymnej poświadczający otwarcie konta na rzecz Mirosława Boczara zawierający nr **KRS0000174486**, który wpisuje się w PIT-37 w poz. H oraz **cel szczegółowy (punkt I PIT) wpisać „Mirosław Boczar”**.

Za okazaną pomoc z góry serdecznie dziękuję.

Marta Boczar
pielęgniarka



WARTO WIEDZIEĆ



Mimo Wszystko
Fundacja Anno Dymnej

Kraków, 17.12.2021 rok

ZAŚWIADCZENIE

Dotyczy: Niepełnosprawnego podopiecznego Pana Mirosława Boczar

W imieniu Fundacji Anno Dymnej „Mimo Wszystko” pragnę zaświadczyć, że Pan Mirosław Boczar ur. 6.07.1973 roku, zamieszkały w Rzeszowie, ul. [REDAKTOWANE] Rzeszów jest podopiecznym Fundacji od 14.04.2010 roku.

Mocą Porozumienia z dnia 14.04.2010 r. Fundacja udostępniła dla Podopiecznego konto w SANTANDER BANK POLSKA SA 65 1090 1665 0000 0001 0373 7343 (z dopiskiem: Mirosław Boczar) w celu gromadzenia środków finansowych na leczenie i rehabilitację.

Dane Fundacji - przelew:

Fundacja Anno Dymnej „Mimo Wszystko”

ul. Stefana Myczkowskiego 4

30-198 Kraków

NIP: 677 22 17 576

Nr konta: SANTANDER BANK POLSKA SA 65 1090 1665 0000 0001 0373 7343

W tytule przelewu hasło do subkonta: Mirosław Boczar

W celu przekazania 1% podatku

KRS Fundacji 0000174486 z dopiskiem : Mirosław Boczar

W przypadku pytań lub wątpliwości proszę o kontakt telefoniczny(603640142)
lub e-mailowy (marcinpalys@mimowszystko.org)

Z poważaniem


MARCIN PALYS
KIEROWNIK DZIAŁU POMOCY

Fundacja Anno Dymnej „Mimo Wszystko”, ul. Profesora Stefana Myczkowskiego 4, 30-198 Kraków
tel.: +48 (12) 422 69 03, fax: +48 (12) 312 51 40, NIP: 677 22 17 576, www.mimowszystko.org
Santander Bank Polska SA 65 1090 1665 0000 0001 0373 7343

UZNAWANIE KWALIFIKACJI POLSKIEJ PIEŁĘGNIARKI

Polska pielęgniarka w Norwegii

Uznanie kwalifikacji polskiej pielęgniarki można otrzymać również w Norwegii, która nie jest członkiem Unii Europejskiej, jednak jest członkiem Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Informacje ogólne o uznawaniu kwalifikacji zawodowych uzyskanych poza Norwegią znajdują się na stronie internetowej Norweskiej Agencji ds. zapewniania jakości w edukacji The Norwegian Agency for Quality Assurance in Education (NOKUT).

Instytucją odpowiedzialną za uznawanie kwalifikacji pielęgniarek, które chciałyby rozpocząć pracę w Norwegii jest Norwegian Directorate of Health (Helsedirektoratet).

Norwegia prowadzi publiczny rejestr zawierający dane o osobach, które mogą wykonywać pracę w sektorze zdrowia: The Register for Health Personnel (Helsepersonellregisteret).

Procedura:

Formularz, który należy przygotować, znajduje się na portalu rządowym Altinn. Instrukcja zawarta w przewodniku Application Form for Authorisation and Licence as Health Personnel in Norway opisuje krok po kroku, jak założyć konto użytkownika i uzupełnić wszystkie wymagane pola. Osoby, które posiadają norweski numer identyfikacyjny, mogą użyć przy logowaniu danych z dowodu osobistego przy użyciu odpowiednich aplikacji: „MinID”, „BankID”, „BankID på mobil”, „Buypass”, „Commfides”. Osoby, które nie posiadają norweskiego numeru identyfikacyjnego, mogą stworzyć swój profil samodzielnie, zgodnie z krokami opisanymi w przewodniku. W takim przypadku do przesyłanych elektronicznie dokumentów należy dołączyć kolorowy skan paszportu.

Uwaga! Jeżeli po wypełnieniu formularza otrzymasz wiadomość o błędzie w przesłaniu aplikacji, poczekaj kilka dni na e-mail od Helsedirektoratet potwierdzający otrzymanie formularza. Do formularza należy dołączyć kolorowe skany oryginałów dokumentów potwierdzających wykształcenie i doświadczenie zawodowe, dyplom, suplement do dyplomu, świadectwo pracy oraz dokument poświadczający możliwość wykonywania zawodu w Polsce.

Zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki oraz inne zaświadczenia (w tym zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej), wydaje okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na wniosek pielęgniarki będącej członkiem tej izby (w której pielęgniarka ta jest wpisana do rejestru pielęgniarek). Są to:

- zaświadczenie stwierdzające, że pielęgniarka lub położna posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający formalne kwalifikacje odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej;
- inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej.

Do skanów oryginałów dokumentów należy dołączyć skany tłumaczeń wykonanych przez tłumacza przysięgłego na język szwedzki, duński lub angielski.

Osoby, które potrzebują pomocy, mogą skontaktować się z instytucją norweską telefonicznie pod numerem: +47 21 52 97 00 lub elektronicznie: autorisasjon@helsedir.no

Istnieje również możliwość upoważnienia osoby trzeciej do reprezentowania przed władzami norweskimi osoby aplikującej o uznanie kwalifikacji. W tym celu do przesyłanych dokumentów należy dołączyć wypełniony formularz z upoważnieniem. Podczas wypełniania elektronicznego formularza pojawi się informacja o płatności (informacje o kwocie i numer konta bankowego). Do wypełnionego formularza należy dołączyć elektroniczne potwierdzenie dokonania opłaty związanej z procesem uznawania kwalifikacji (potwierdzenie przelewu bankowego). Opłaty należy dokonać w walucie norweskiej. Wysokość opłaty wynosi 1665 koron norweskich.

Czas procedowania aplikacji o uznanie kwalifikacji wynosi około 4 miesiące.

Osoby zainteresowane pracą w sektorze zdrowia zachęcane są do odwiedzenia strony instytucji Arbeids-og velferdsetaten (The Norwegian Labour and Welfare Administration).

UZNAWANIE KWALIFIKACJI POLSKIEJ PIEŁĘGNIARKI

Polska pielęgniarka w Niemczech

Odpowiednikiem polskiej pielęgniarki w Niemczech jest Krankenpflegerin.

Informacje potrzebne do złożenia wniosku znajdziesz na portalu informacyjnym rządu niemieckiego. Wybierz właściwy zawód, pamiętając o różnych specjalizacjach pielęgniarskich w Niemczech (na przykład pielęgniarka osób starszych, pielęgniarka dziecięca). Znajdziesz tam także informacje, jaki podmiot jest właściwy do rozpatrzenia wniosku o uznanie kwalifikacji.

W przypadku pielęgniarek z reguły stosuje się zasadę automatycznego uznania kwalifikacji zgodnie z postanowieniami dyrektywy 2005/36/WE. To oznacza, że dyplom pielęgniarski jest uznawany bez przeprowadzania indywidualnej oceny równoważności, o ile został wydany po 1 maja 2004 roku.

Warunkiem automatycznego uznania dyplomu pielęgniarskiego uzyskanego przed 1 maja 2004 r. jest przedstawienie zaświadczenia, że otrzymane wykształcenie spełnienia minimalne standardy dyrektywy 36/2005/WE.

Zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki oraz inne zaświadczenia (w tym zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej) wydaje okręgowa rada pielęgniarek i położnych na wniosek pielęgniarki będącej członkiem tej izby (w której pielęgniarka ta jest wpisana do rejestru pielęgniarek).

Okręgowe rady wydają w szczególności:

- zaświadczenie stwierdzające, że pielęgniarka lub położna posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający formalne kwalifikacje odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej;
- inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej.

Jeśli chcesz bez ograniczeń wykonywać zawód pielęgniarki, niezbędne będzie uzyskanie państwowego pozwolenia.

Pozwolenie upoważnia do używania nazwy zawodu „pielęgniarz” lub „pielęgniarka” i do wykonywania tego zawodu. Wniosek o pozwolenie na wykonywanie zawodu w Niemczech możesz złożyć także wtedy, gdy posiadasz dyplom uzyskany za granicą. Właściwy organ sprawdza równoważność dyplomu z odpowiednim dyplomem niemieckim. Udzielenie pozwolenia jest możliwe tylko wtedy, gdy twoje wykształcenie zostanie uznane za równoważne.

Lista dokumentów potrzebnych do uznania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego w Niemczech:

- podpisany wniosek o uznanie kwalifikacji;
- dyplomy ukończenia studiów/szkoły medycznej;
- zaświadczenie z izby pielęgniarskiej o przebiegu pracy zawodowej oraz o zgodności posiadanych kwalifikacji z normą unijną;
- aktualne prawo wykonywania zawodu w Polsce;
- tabelaryczny życiorys w języku niemieckim;
- kopia paszportu lub dowodu osobistego;
- zaświadczenie od niemieckiego pracodawcy o chęci zatrudnienia danej osoby lub potwierdzenie zameldowania w danym landzie lub oświadczenie pracownika o zamiarze podjęcia pracy w danym regionie;
- akt urodzenia/ewentualne zaświadczenia o zmianie nazwiska;
- zaświadczenie o niekaralności z Polski, ewentualnie zaświadczenie o niekaralności z Niemiec, tzw. Führungszeugnis;
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu;
- zaświadczenie o znajomości języka niemieckiego na poziomie minimum B2;
- ewentualnie kopie posiadanych świadectw pracy.

Trzeba złożyć oryginały lub urzędowo potwierdzone kopie, przetłumaczone na język niemiecki przez tłumacza przysięgłego. Tłumacz musi też potwierdzić, że otrzymał oryginalne dokumenty. Dokumenty muszą być ponadto poświadczane – tzw. apostille (uproszczona forma urzędowej legalizacji dokumentu do przedłożenia go za granicą). Władze niemieckie przyznają licencje, o ile stwierdzą równoważność kwalifikacji zagranicznych i niemieckich oraz spełnienie pozostałych wymagań, między innymi odpowiedni poziom znajomości języka niemieckiego.

POŻEGNANIA

"Można odejść na zawsze,
by stale być blisko"
ks. Jan Twardowski

Pielęgniarki
RENACIE URYĆ
najszczerze wyrazy współczucia
i słowa otuchy w trudnych chwilach
z powodu śmierci **TATY**

składają
Pielęgniarka Naczelna
ZOZ nr 2 w Rzeszowie,
Pielęgniarki i Położne
ZOZ nr 2 w Rzeszowie

"Śmierć tych, których kochamy
jest zawsze przedwczesna ..."

Pielęgniarki
JANINIE PILECKIEJ
najszczerze wyrazy współczucia
i otuchy w trudnych chwilach
z powodu śmierci **OJCA**

składają
Pielęgniarka Naczelna
ZOZ nr 2 w Rzeszowie,
Pielęgniarki i Położne
ZOZ nr 2 w Rzeszowie

"Można odejść na zawsze,
by stale być blisko."
ks. Jan Twardowski

Pielęgniarki
DANUCIE WINIARZ
łącząc się w bólu
wyrazy najgłębszego współczucia
z powodu śmierci **MAMY**

składają
Pielęgniarka Naczelna
ZOZ nr 2 w Rzeszowie,
Pielęgniarki i Położne
ZOZ nr 2 w Rzeszowie

„Pan Bóg zabiera człowieka wtedy,
gdy widzi, że zasłużył sobie na niebo”
J. Grzegorzcyk



Pani
MARZANNIE KOCHOWSKIEJ
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**

w imieniu członków
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Rzeszowie
składa

Aniła Drążek
Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie

„Życie przemija, jednak pamięć
o kochanej osobie pozostaje
w sercu na zawsze”

Naszej Koleżance
AGACIE ZIAJA
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci **TEŚCIA**

składają
pracownicy WOZ Błędowa Tyczyńska
i PL Zabratówka

PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZOWANIA DANYCH

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj.: zmiany nazwiska; zmiany adresu zamieszkania; zmiany miejsca pracy; ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia ltd.); informacji o zaprzestaniu wykonywania zawodu; informacji o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu; informacji o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Rzeszowie.

W dobie pandemii - aktualizacji danych możemy dokonać:

PISEMNI wysyłając dokumenty na adres biura:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, 35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3
lub **ELEKTRONICZNIE**

przesyłając skany dokumentów na adres: biuro@oipip.rzeszow.pl

Proszę pamiętać aby po ukończonym kształceniu podyplomowym (kursy doksztalające, specjalistyczne, kwalifikacyjne, szkolenie specjalizacyjne) robić aktualizacje w Systemie Monitorowania Kształcenia

POŻEGNANIA

„Życie przemija, jednak pamięć
o kochanej osobie
pozostaje w sercu na zawsze”

Pani
BARBARZE ZYCH
Kierownikowi
Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
w Tamobrzegu

składamy szczerą kondolencję
z powodu śmierci **MEŻA** Piotra.

Pracownicy
Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
w Tamobrzegu

„Można odejść na zawsze,
by stale być blisko”
ks. Jan Twardowski

Naszej Koleżance
KATARZYNIĘ
GRAD-NIEGOWSKIEJ
słowa wsparcia i otuchy
w trudnych chwilach
oraz głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci **SIOSTRY**

składają
Koleżanki i Koledzy z Kliniki
Intensywnej Terapii i Anestezjologii
oraz Kliniki Kardiologii
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie

W momencie śmierci bliskiego
uderza człowieka świadomość
niczym nie dającej się zapelnąć pustki

- ks. J. St. Tischner

Pani
MARZANNIE KOCHOWSKIEJ
najszczerze wyrazy współczucia
i otuchy w trudnych chwilach
z powodu śmierci **TATY**

składa
Pielęgniarka Naczelna
Kierowniczka Kadra Pielęgniarska
Wojewódzkiego Szpitala
im. Zofii z Zamoyskich Tamowskiej
w Tamobrzegu

„Śmierć tych, których kochamy
jest zawsze przedwczesna ...”

Koleżance Pielęgniarsce
KAZIMIERZE RELA
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci
MAMY i TATY

składają Pracownicy
NZOZ "Revita" w Rzeszowie

„Życie przemija, jednak pamięć
o kochanej osobie pozostaje
w sercu na zawsze”

Pielęgniarsce
BARBARZE GRZEBYK
wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**

składają
Pielęgniarka Naczelna i Oddziałowa
oraz zespół współpracowników OAIIT
Centrum Medycznego w Łańcucie

„Można odejść na zawsze,
by stale być blisko.”
ks. Jan Twardowski

Naszej Koleżance
JASI JASKUŁA
Pielęgniarsce
Kliniki Pulmonologii i Chemioterapii
Najszczerze wyrazy współczucia
i żalu z powodu śmierci
SIOSTRY i MAMY
Otaczamy Cię otuchą i współczuciem
w tych trudnych dla Ciebie chwilach

składają
Pielęgniarka Oddziałowa i Koleżanki
z Kliniki Pulmonologii
i Chemioterapii PCCHP w Rzeszowie

„Pan Bóg zabiera człowieka wtedy,
gdy widzi, że zasłużył sobie na niebo”
J. Grzegorzcyk

Koledze
KAROLWI
PODGÓRSKIEMU
wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**

składają
Pielęgniarka Naczelna,
Pielęgniarki Oddziałowe
oraz Zespół współpracowników
Oddziału Chirurgicznego
z Pododdziałem Urologii
Centrum Medycznego w Łańcucie

„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci”
Wisława Szymborska

Pielęgniarsce
ANNIE
ROMANOWSKIEJ-DZIURA
wyrazy współczucia
z powodu śmierci **MAMY**

składają
Pielęgniarka Naczelna i Oddziałowa
oraz Zespół współpracowników
Oddziału Neurologii
Centrum Medycznego w Łańcucie

Życie człowieka jest jak płomień świecy ...
wystarczy podmuch wiatru, żeby je zgasić ...

Pielęgniarsce
MAGDALENIE CZOPOR
wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**

składają
Pielęgniarka Naczelna i Oddziałowa
oraz Zespół współpracowników
OAIIT Centrum Medycznego
w Łańcucie



ZAKRES ŚWIADCZEŃ	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV	WARIANT V	OKRES KARENCCI
	MAKSYMALNA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA					
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy	80 000 zł	200 000 zł	100 000 zł	130 000 zł	1 000 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy	60 000 zł	150 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	700 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	60 000 zł	150 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	700 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	50 000 zł	100 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	400 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	50 000 zł	100 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	200 000 zł	6 miesięcy
Śmierć Ubezpieczonego	25 000 zł	50 000 zł	35 000 zł	45 000 zł	150 000 zł	brak
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	300 zł	500 zł	400 zł	500 zł	1 000 zł	brak
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	300 zł	brak	400 zł	500 zł	brak	3 miesiące
Poważne zachorowania Ubezpieczonego (47 jednostek chorobowych)	4 000 zł	10 000 zł	5 000 zł	7 000 zł	20 000 zł	90 dni
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW (stawka dzienna - płatne do 14 dni)	100 zł	100 zł	120 zł	150 zł	300 zł	brak
za kolejne dni:	50 zł	50 zł	60 zł	75 zł	150 zł	brak
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby (stawka dzienna - płatne do 14 dni)	50 zł	50 zł	60 zł	75 zł	150 zł	30 dni
za kolejne dni:	25 zł	25 zł	30 zł	38 zł	75 zł	30 dni
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (powyżej 24 godzin)	500 zł	500 zł	600 zł	750 zł	1 500 zł	30 dni
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (katalog 539 operacji)	2 000 zł	brak	3 000 zł	5 000 zł	brak	180 dni
Śmierć współmałżonka	10 000 zł	brak	12 000 zł	14 000 zł	brak	6 miesięcy
Śmierć współmałżonka w wyniku NW	15 000 zł	brak	18 000 zł	21 000 zł	brak	brak
Śmierć dziecka	5 000 zł	brak	6 000 zł	7 000 zł	brak	6 miesięcy
Śmierć dziecka w wyniku NW	10 000 zł	brak	12 000 zł	14 000 zł	brak	brak
Urodzenie dziecka	800 zł	brak	1 200 zł	1 500 zł	brak	9 miesięcy
Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną	2 000 zł	brak	3 000 zł	4 000 zł	brak	9 miesięcy
Urodzenie martwego dziecka	2 000 zł	brak	3 000 zł	4 000 zł	brak	3 miesiące
Osierocenie dziecka	3 500 zł	brak	4 500 zł	5 500 zł	brak	6 miesięcy
Śmierć rodzica lub teścia	1 000 zł	brak	1 200 zł	1 500 zł	brak	6 miesięcy
Pakiet usług Assistance	tak	tak	tak	tak	tak	brak
Składka	49 zł	49 zł	69 zł	89 zł	159 zł	

Pakiet ryzyk medycznych - za jedyne 7 zł

Jedynie na rynku ubezpieczenie na wypadek chorób zawodowych najczęściej występujących w branży medycznej: uszkodzenie wzroku przez laser | urazy kręgosłupa | zatrucia środkami medycznymi | uszkodzenie słuchu przez ultradźwięki | zakażenie HIV/WZW | zespół stresu pourazowego | czy uszczerbek na zdrowiu w wyniku agresji pacjenta.

Ubezpieczenie niezdolności do pracy w wyniku choroby lub/i nieszczęśliwego wypadku (NW)

GRUPA WIEKOWA	Świadczenie dzienne 150 zł (kwota gwarantowana)		Świadczenie dzienne 300 zł (suma kwoty gwarantowanej i kwoty doubezpieczenia)	
	CHOROBA lub NW	NW	CHOROBA lub NW	NW
	SKŁADKA MIESIĘCZNA			
18 - 39 lat	105	61	170	93
40 - 49 lat	135	71	210	113
50 - 59 lat	175	91	290	143
60 - 69 lat	225	111	400	173

Wykupienie samego ubezpieczenia niezdolności do pracy jest możliwe jedynie łącznie z ubezpieczeniem na wypadek śmierci z sumą ubezpieczenia 1000 zł i składką dodatkową 1 zł.



Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 142 B, 02-305 Warszawa
tel. 801 803 000 | zycie@interpolska.pl | www.interpolska.pl

Tutaj masz do nas najbliżej! Nasi specjaliści czekają na Ciebie.

Oddział w Rzeszowie

Ul. Rymanowska 3

tel. 571 244 239