

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

3-4/2024



**Sprawozdanie
z XXXVIII OZPiP**

**Apele
XXXVIII OZPiP**

**Uroczystości
50. rocznicy
śmierci
S. Leszczyńskiej**

**Wartość opieki
pielęgniarskiej
dla pacjenta,
systemu i płatnika**

**8 maja
Dzień Położnej**

**12 maja
Międzynarodowy
Dzień Pielęgniarki**

Międzynarodowy Dzień

Pielęgniarki i Położnej

Drogie Koleżanki i Koledzy

Z okazji zbliżających się Dni Położnej i Pielęgniarki chciałabym złożyć Wam wszystkim serdeczne podziękowania za dotychczasową pracę.

Życzę uśmiechu i radości każdego dnia, satysfakcji z wykonywanej pracy, słońca, które wywołuje uśmiech na twarzy, spełnienia wszelkich marzeń i osiągnięcia wyznaczonych celów.

Bądźcie dumni z wykonywanych przez siebie zawodów, bo to jedne z bardziej uznanych i najpiękniejszych zawodów świata.

Przyjmować nowe życie na świat, pielęgnować i opiekować się drugim człowiekiem, pomagać niosąc ulgę w cierpieniu, po prostu być... to najpiękniejsze z darów, jakie możemy od siebie dać drugiemu człowiekowi.

Życzę Wam wszystkim, Kochani, i sobie na przyszłość wytrwałości, optymizmu i nadziei na lepsze jutro, aby pokoleniom młodych adeptów tych jakże pięknych zawodów, które wykonujemy, żyło się lepiej.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Mirosława Olejniczak

Mirosława Olejniczak

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Mirosława Olejniczak

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Agnieszka Kałużna (pielęgniarka)
Ewa Michalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Jolanta Parafiniuk (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Joanna Gąsiorowska

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Halina Gmaj-Budziarek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Małgorzata Pniak
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca
w godz. 13.00–15.00
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Edyta Ziemkiewicz
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym*

Konto bieżące OIPiP
Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu
poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe
wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 639 92 62

Biblioteka OIPiP
poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
wtorek: 10.00–18.00

Pośrednictwo pracy i dział socjalny
wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Radca prawny
wtorek: 11.00–17.00, środa: 11.00–15.00, czwartek: 11.00–15.00
tel. 42 633 71 06

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

W NUMERZE:

2 SERWIS INFORMACYJNY

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Sprawozdanie z XXXVIII OZPiP w Łodzi
Uroczystości 50. rocznicy śmierci śl. b. Stanisławy Leszczyńskiej
Oferty pracy

14 PRAKTYKA ZAWODOWA

Wartość opieki pielęgniarskiej dla pacjenta,
systemu i płatnika

Przegląd wybranych metod regulacji poczęć

Rola położnej w edukacji zdrowotnej nastolatki

21 PODZIĘKOWANIA

28 POŻEGNANIA

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 22, 25
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych
materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów
niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ



**Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy
Pielęgniarki, Położne, Pielęgniarze, Położni
Członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

Z dniem 26 marca 2024 r. mocą decyzji Delegatów XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, zostałam wybrana do pełnienia funkcji Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W pierwszej kolejności pragnę podziękować Delegatom za okazane zaufanie. Reprezentowanie środowiska pielęgniarek i położnych jest dla mnie ogromnym zaszczytem. Jednocześnie zdaję sobie sprawę, że pełnienie tej funkcji wiąże się ze znaczną odpowiedzialnością.

Jako Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych dołożę wszelkich starań, aby każda z pielęgniarek i położnych, każdy pielęgniarz mogli – i chcieli – identyfikować się z samorządem zawodowym. Dołożę wszelkich starań, aby Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi była Waszą izbą i godnie Was reprezentowała, aby działała w Waszym interesie.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi może działać dla Was – może zagwarantować swoim członkom nie tylko możliwość podnoszenia kwalifikacji (poprzez organizowanie w jak najszerszym zakresie kształcenia podyplomowego), ale również możliwość rozwoju osobistego (choćby poprzez rozwinięcie niedawno wdrożonego programu kart sportowych). Deklaruję otwartość na wszelkie inicjatywy zgłaszane przez członków łódzkiej izby. Będę dążyła do tego, aby samorząd stał się stałym i pełnoprawnym partnerem w sprawach dotyczących środowiska pielęgniarek i położnych zarówno dla władz samorządu terytorialnego, jak i dla podmiotów leczniczych.

Uważam, że zadania samorządu zawodowego, takie jak: współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, obrona godności zawodowej, reprezentowanie i ochrona zawodów – to nie jedynie zapisy ustawy. Uważam, że są to moje obowiązki wobec całego środowiska pielęgniarek i położnych.

Pamiętajcie Koleżanki i Koledzy, że samorząd zawodowy to my wszyscy razem i każdy z nas z osobna. Z przyjemnością zawsze będę starała się z Wami spotykać, słuchać Waszych propozycji – i podejmować działania w celu rozwiązania problemów nurtujących nasze środowisko. Oczywiście, zdaję sobie sprawę z wielu problemów dotyczących naszej grupy zawodowej. Kwestie wynagrodzeń, nierównego traktowania, norm zatrudnienia, sytuacji pielęgniarek w domach pomocy społecznej – to tylko niektóre z nich. Mam nadzieję, że uda mi się nakierować pracę Samorządu na jak najszerszą pomoc w tym zakresie.

Zachęcam Was do czynnego udziału w życiu samorządu, jak również do śledzenia strony internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz naszego Biuletynu, gdzie zamieszczane będą bieżące informacje o podejmowanych przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi działaniach.

Z wyrazami szacunku

Mirosława Olejniczak

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**XII posiedzenie
Prezydium ORPiP VIII kadencji
w dniu 23 stycznia 2024 r.**

Podjęto decyzje związane z działalnością OIPiP w Łodzi:

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 5 pielęgniarkom, 1 pielęgniarzowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 1 pielęgniarkę i 2 pielęgniarzy.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano do rejestru położnych – 2 położne.
- ▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 2 położne
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Dokonano wymiany na nowe prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek, 2 praktyki położnej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyki położne, poprzez dodanie miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki zgodnie z programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w Łodzi – 5 zapomóg losowych.
- ▶ Wyrażono zgodę w sprawie zwrotu nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Zatwierdzono skład osobowy komisji kwalifikacyjnej dla 1 kursu specjalistycznego.
- ▶ Zatwierdzono kadrę dydaktyczną dla 14 kursów specjalistycznych i 4 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i realizowanych na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia

ze środków publicznych oraz z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

- ▶ Podjęto uchwałę w sprawie zwarcia umowy o korzystanie z kart sportowych FitSport przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w Łodzi oraz osób zatrudnionych w Biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do składu komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach niebędących przedsiębiorcami:
 - zastępcę dyrektora ds. medycznych w Miejskim Zespole Przychodni w Zgierzu;
 - pielęgniarek oddziałowych w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie.

**XIII posiedzenie
Prezydium ORPiP VIII kadencji
w dniu 20 lutego 2024 r.**

Podjęto decyzje związane z działalnością OIPiP w Łodzi:

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 2 pielęgniarkom,
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 1 położnej,
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru – 7 pielęgniarkom,
- ▶ Przyznano 1 prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru – 1 pielęgniarcę,
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 14 praktyk pielęgniarek,
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek, poprzez dodanie miejsca wykonywania praktyki.

- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki zgodnie z programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarki.
- ▶ Podjęto decyzje wydania zaświadczenia po przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Przyznano członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w Łodzi – 3 zapomogi losowe.
- ▶ Podjęto uchwałę w sprawie pokrycia kosztów dodruku książki pt. „Moje życie. Będąc młodą pielęgniarką” autorstwa Elżbiety Mielczarek-Pankiewicz.
- ▶ Postanowiono objąć patronatem honorowym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi konferencję pt. „Akademia współczesnej pielęgniarki i położnej” w dniu 18 maja 2024 r. w Holiday Inn Łódź, ul. Piotrkowska 229/231 w Łodzi organizowanej przez firmę Edukacja i Medycyna Sp. z o.o. w Warszawie.
- ▶ Zatwierdzono:
 - skład osobowy komisji kwalifikacyjnej dla 1 kursu specjalistycznego, oraz skład osobowy komisji egzaminacyjnej dla 3 kursów specjalistycznych;
 - kadre dydaktyczną dla 2 kursów specjalistycznych i 5 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i realizowanych na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia ze środków publicznych oraz z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

- ▶ Wytypowano przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do składu komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach niebędących przedsiębiorcami: ordynatora Oddziału Chorób Układu Oddechowego dla Dzieci w Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi;
- ▶ wytypowano przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do składu komisji egzaminacyjnej – kurs specjalistyczny: Leczenie ran, dla pielęgniarek.

VII posiedzenie ORPiP VIII kadencji w dniu 7 marca 2024 r.

Podjęto decyzje związane z działalnością OIPIP w Łodzi:

- ▶ Przyjęto sprawozdania z wykonania budżetu OIPIP w Łodzi za 2023 rok:

- ▶ przesunięcia środków finansowych pomiędzy grupami kosztów w budżecie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za rok 2023,
- ▶ w sprawie zmiany uchwały dotyczącej zatwierdzenia pełnomocników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach.
- ▶ w sprawie pokrycia kosztów spotkania przedstawicieli samorządów pielęgniarek i położnych w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w 50. rocznicę obchodów śmierci śl. bożej Stanisławy Leszczyńskiej w dniu 11 marca 2024 r.
- ▶ dotyczące wniosków komisji problemowych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, podjęto uchwałę w sprawie zmiany uchwały dotyczącej powołania przewodniczących i składów osobowych komisji i zespołów problemowych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- ▶ podjęcia uchwały w sprawie realizacji procedury kontroli podmiotów prowadzących kształcenia podyplomowego wpisanych do rejestru prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- ▶ podjęcia uchwały w sprawie przyznania honorarium dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie nr 1–2/2024.

- ▶ Zatwierdzono:
 - plan kontroli na 2024 rok organizatorów kształcenia podyplomowego wpisanych do rejestru prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
 - zmiany do planu szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w roku 2024 – zm. Uchwały nr 301/VIII/2023 ORPiP z dnia 14 grudnia 2023 r. wpisując: 3 kursy specjalistyczne, 1 kurs kwalifikacyjny i 2 edycje warsztatów w zakresie RKO.

- ▶ Wytypowano przedstawiciela Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do składu komisji egzaminacyjnej kurs specjalistyczny: Wywiad i badanie fizykalne, dla pielęgniarek i położnych
- ▶ Wytypowano przedstawiciela Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do składu komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach niebędących przedsiębiorcami: do 2 postępowań pielęgniarek oddziałowych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach.

Podjęto decyzje związane z działalnością biura OIPIP w Łodzi:

- ▶ w sprawie zakupu projektora Epson EB-FH06 3LCD do sali szkoleniowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- ▶ Rozpatrzone wnioski Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – i podjęto uchwały w sprawie:

- w sprawie rozwiązania umowy o pracę na stanowisku Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
- w sprawie stwierdzenia wygaśnięcia mandatu Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 2 pielęgniarkom, 1 pielęgniarszowi,
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony i dokonano wpisu do rejestru – 1 pielęgniarsce,
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony i dokonano wpisu do rejestru – 1 pielęgniarsce,
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek- 1 pielęgniarki
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru położnych – 3 położne i 1 położnego
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarki
- ▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki 2 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarki, poprzez dodanie miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – 1 pielęgniarsce i 1 zwrot do zakładu pracy.
- ▶ Wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Przyznano dofinansowanie uczestnictwa 3 członków OIPIP w Łodzi w różnych formach kształcenia podyplomowego.

XIV posiedzenie Prezydium ORPiP VIII kadencji w dniu 21 marca 2024 r.

Podjęto decyzje związane z działalnością OIPIP w Łodzi:

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 2 pielęgniarkom, 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 2 pielęgniarki.

- ▶ Dokonano wpisu do rejestru położnych – 1 położną.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 1 położnej,
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru – 2 pielęgniarkom
- ▶ Przyznano na czas określony prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru – 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek,
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarsza poprzez dodanie miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i praktykę położnej.
- ▶ Przyznano członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w Łodzi – 4 zapomogi losowe.
- ▶ Wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – 1 pielęgniarsce.
- ▶ Wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – 1 pielęgniarsce.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie wypożyczenia sprzętu do celów szkoleniowych (Fantom Anna) – wniosek złożony przez szpitala MSWiA w Łodzi.

- ▶ Zatwierdzono:
 - skład osobowy komisji kwalifikacyjnej dla 2 kursów specjalistycznych, oraz skład osobowy komisji egzaminacyjnej dla 2 kursów specjalistycznych oraz 8 szkoleń specjalizacyjnych.
 - kadre dydaktyczną dla 1 kursu specjalistycznego organizowanych i realizowanych z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

- ▶ Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do składu komisji egzaminacyjnej – kursy specjalistyczne: Szczepienia ochronne dla pielęgniarek Szczepienia ochronne dla położnych Endoskopia, dla pielęgniarek Leczenie ran, dla pielęgniarek Wywiad i badanie fizykalne Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych.

oprac. Joanna Gąsiorowska
Sekretarz ORPiP



Sprawozdanie z XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W dniu 16 marca 2023 r. w Dużej Sali obrad Urzędu Miasta Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104 pielęgniarki, pielęgniarze i położne z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi spotkali się na XXXVIII Okręgowym Zjeździe Delegatów.

Zgodnie z porządkiem obrad przebiegał w dwóch częściach: uroczystej i sprawozdawczej-wyborczej. Po przybyciu delegatów i zaproszonych gości zjazd otworzyła pani Agnieszka Kałużna – Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi VIII kadencji, która powitała wszystkich obecnych, wprowadzono sztandar Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i odśpiewano hymn pielęgniarski.

Na XXXVIII zjeździe swoją obecnością zaszczylili nas: Hanna Zdanowska – Prezydent miasta Łodzi, Piotr Adamczyk – Wicemarszałek Województwa Łódzkiego, Beata Leśniczak – z Oddziału Pielęgniarskiego i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi, Iwona Darmach – Przewodnicząca Regionu Łódzkiego OZPiP, Marek Kamiński – Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi, Paweł Czekalski – Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi – Łukasz Konka – Prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej w Łodzi. Ponadto obecni byli nasi konsultanci i prawnicy OIPIP. Po krótkiej części oficjalnej i wystąpieniu zaproszonych gości rozpoczęto obrady.

Do Prezydium zjazdu wybrano: Jolantę Łoś do pełnienia funkcji przewodniczącej i zastępcę przewodniczącej zjazdu Dariusza Kreczmera. Dokonano wyboru członków wszystkich komisji zjazdowych, mandatowej, wyborczej, skrutacyjnej, uchwał i wniosków oraz sekretarzy, protokolantów i osób do liczenia głosów. Po przyjęciu porządku nastąpiło przekazanie sprawozdań z działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z ostatniego 2023 r., tj. Okręgowej Rady Pielę-

niarek i Położnych, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz sprawozdania z prac Komisji Rewizyjnej.

Po przyjęciu sprawozdań z działalności i przyjęciu uchwał budżetowych odbyły się wybory na Przewodniczącą ORPiP. Delegaci XXXVIII Okręgowego Zjazdu dokonali wyboru Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, którą została Mirosława Olejniczak. Odbyły się również wybory uzupełniające na członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w miejsce nowo wybranej przewodniczącej, która reprezentowała dotychczas powiat zgierski.

W trakcie trwania zjazdu złożone zostały projekty apele. Przyjęte apele publikujemy poniżej. W XXXVIII Okręgowym Zjeździe uczestniczyło 131 pielęgniarek i położnych z ogólnej liczby 180 delegatów, co stanowi 72 proc. ogółu delegatów. Przewodnicząca Zjazdu po sprawdzeniu czy nie ma nowych spraw i wniosków i po zrealizowaniu wszystkich punktów porządku obrad zakończyła posiedzenie XXXVIII OZPiP w Łodzi, dziękując jednocześnie wszystkim delegatom i osobom pracującym w komisjach w imieniu Prezydium Zjazdu. Następnie głos zabrała nowo wybrana Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – Mirosława Olejniczak dziękując wszystkim delegatom za obecność i pracę podczas obrad.

Po wyprowadzeniu sztandaru zakończono posiedzenie XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Wszystkim obecnym delegatom, osobom zaangażowanym w przygotowanie i wszelką pomoc, pocztowi sztandarowemu, pracownikom biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych składamy serdeczne podziękowania. (J. G.)

Delegaci dokonali wyboru Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, którą została Mirosława Olejniczak. Odbyły się również wybory uzupełniające na członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w miejsce nowo wybranej przewodniczącej, która reprezentowała dotychczas powiat zgierski.

**APEL nr 1
XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 26 marca 2024 r.**

**do Pana Andrzeja Domańskiego – Ministra Finansów oraz
Pani Izabeli Leszczyna – Ministra Zdrowia**

w sprawie podjęcia działań zmierzających do wprowadzenia w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych zmian umożliwiających odliczenie pełnej kwoty składki członkowskiej na samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od podstawy obliczania opodatkowania

Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apeluje do Państwa Ministrów o podjęcie działań zmierzających do wprowadzenia w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych zmian umożliwiających odliczenie pełnej kwoty składki członkowskiej na samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od podstawy obliczania opodatkowania.

Uzasadnienie

Przepis art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych wskazuje, że podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu określonych kwot. Wśród wymienionych kwot nie znalazły się kwoty przeznaczane przez pielęgniarki i położne tytułem składki na samorząd. Uważamy, że obecny stan prawny powinien być jak najszybciej zmieniony.

Składka na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest świadczeniem obowiązkowym – każda pielęgniarka i położna zobowiązana jest taką składkę uiszczać w określonej wysokości. Podkreślenia wymaga, że ze składek finansowana jest działalność samorządu, a zatem działalność o charakterze publicznym. Samorząd – wykorzystując środki pochodzące ze składek członkowskich – realizuje ustawowo określone zadania.

Zadaniami samorządu są w szczególności:

- 1) sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów;
- 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem;
- 3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 4) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa;
- 5) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych;
- 6) obrona godności zawodowej;
- 7) reprezentowanie i ochrona zawodów;
- 8) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;
- 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że realizacja powyższych zadań ma olbrzymie znaczenie dla całego społeczeństwa – stanowi bowiem jeden z podstawowych środków gwarantujących właściwy poziom opieki medycznej w Polsce.

Składka samorządowa jest zatem swego rodzaju daniną pielęgniarek i położnych na rzecz całego społeczeństwa.

Uważamy zatem, że pielęgniarki i położne powinny mieć możliwość odliczenia w całości kwoty przekazanej tytułem składki od dochodu będącego podstawą opodatkowania.

Ufamy, że mając na względzie przedstawione powyżej argumenty, podejmą Państwo działania zmierzające do wprowadzenia właściwych zmian w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Sekretarz Zjazdu
(-) Sylwia Kamińska-Tymińska

Przewodnicząca Zjazdu
(-) Jolanta Łoś

APEL nr 2
XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 26 marca 2024 r.

do Pana Donalda Tuska – Prezesa Rady Ministrów

w sprawie podjęcia działań zmierzających do wprowadzenia w Ustawie z dnia 27 października 2022 r. o środkach nadzwyczajnych mających na celu ograniczenie wysokości cen energii elektrycznej oraz wsparciu niektórych odbiorców w 2023 roku zmian gwarantujących samorządom zawodowym preferencyjne ceny energii elektrycznej

Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apeluje do Pana Premiera o podjęcie działań zmierzających do wprowadzenia w Ustawie z dnia 27 października 2022 r. o środkach nadzwyczajnych mających na celu ograniczenie wysokości cen energii elektrycznej oraz wsparciu niektórych odbiorców w 2023 roku zmian gwarantujących samorządom zawodowym preferencyjne ceny energii elektrycznej.

Uzasadnienie

W dniu 4 lipca 2022 r. weszła w życie Ustawa z dnia 27 października 2022 r. o środkach nadzwyczajnych mających na celu ograniczenie wysokości cen energii elektrycznej oraz wsparciu niektórych odbiorców w 2023 roku (dalej: Ustawa). Przepisy ustawy pozwalają na uzyskanie przez uprawnionych odbiorców energii elektrycznej znacznie korzystniejszej ceny energii. Pojęcie odbiorcy uprawnionego zdefiniowano w przepisie art. 2 pkt 2 Ustawy. Analiza ww. przepisu wskazuje, że wymieniono tam podmioty, które prowadzą działalność o charakterze publicznym, społecznym (np. jednostki samorządu terytorialnego w zakresie, w jakim zużywają energię elektryczną na potrzeby wykonywania zadań zleconych i zadań własnych, w tym usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym, podmiotem udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podmioty systemu oświaty, kościoły i związki wyznaniowe, centrum integracji społecznej i inne), ale również działają na rzecz określonych grup zawodowych (tu wymieniono chociażby związki zawodowe).

Uważamy, że definicja odbiorcy uprawnionego powinna obejmować również samorząd zawodowy. Samorzady zawodowe są szczególnymi podmiotami – łączą bowiem działania na rzecz określonych grup zawodowych (np. pielęgniarek i położnych, lekarzy, adwokatów, radców prawnych), z działalnością publiczną – na rzecz całego społeczeństwa. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych jest tu bardzo dobrym przykładem. Zgodnie z Ustawą z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych: art. 4. 1. Zadaniem samorządu są w szczególności:

1) sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów; 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem; 3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy; 4) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa; 5) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych; 6) obrona godności zawodowej; 7) reprezentowanie i ochrona zawodów; 8) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia; 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Nie może budzić najmniejszej wątpliwości, że realizacja takich zadań, jak: sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów, ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, edukacja zdrowotna i promocja zdrowia mają bardzo istotne znaczenie dla właściwego funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Podobnie publiczny charakter ma działalność organów, takich jak okręgowe sądy pielęgniarek i położnych czy też okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Zaznaczamy, że każdy z samorządów realizuje bardzo istotne zadania publiczne. Wyrażamy stanowisko, że pominięcie samorządów zawodowych w wyliczeniu odbiorców uprawnionych jest całkowicie nieuzasadnione. Pozwolimy sobie na uwagę, że pominięcie to mogło być wynikiem oczywistego przeoczenia. W tym miejscu musimy zaznaczyć, że w obecnym stanie prawnym samorzady zawodowe nie uzyskują w przyszłym roku jakiegokolwiek niżki na energię. Wydatki w tym zakresie będą dla samorządów znacznym obciążeniem. Istnieje niebezpieczeństwo, że działalność samorządów – w tym realizacja istotnych zadań publicznych – będzie zagrożona, a z całą pewnością wymagała będzie ograniczenia.

Mając na uwadze powyższe, apelujemy do Pana Premiera o podjęcie jak najszybszych działań zmierzających do zmiany Ustawy i wprowadzenie samorządów zawodowych do definicji odbiorcy uprawnionego, łącznie z wydłużeniem terminu do złożenia Oświadczenia składanego przez odbiorców uprawnionych (o którym mowa w art. 5 Ustawy), co pozwoli samorządom zawodowym skorzystać z regulacji przewidzianych w Ustawie.

Sekretarz Zjazdu
(-) Sylwia Kamińska-Tymińska

Przewodnicząca Zjazdu
(-) Jolanta Łoś

APEL nr 3
XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 26 marca 2024 r.

w przedmiocie wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach opieki społecznej

Niniejszym apelujemy do Państwa, jako do osób reprezentujących podmioty właścicielskie domów opieki społecznej, o podjęcie niezwłocznych działań mających na celu wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach opieki społecznej.

Obecne wynagrodzenia absolutnie nie odpowiadają ani rodzajowi wykonywanej pracy, ani kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu; wynagrodzenia te w żaden sposób nie uwzględniają ilości i jakości świadczonej pracy.

W pierwszej kolejności podkreślenia wymaga, że pielęgniarki i położne wykonujące zawód w domach opieki społecznej posiadają to samo prawo wykonywania zawodu co pielęgniarki i położne w podmiotach leczniczych; posiadają również tożsame kwalifikacje. W trakcie opieki nad pensjonariuszami domów opieki społecznej pielęgniarki i położne zobowiązane są do wykonywania zawodu zgodnie z zasadami opisanymi w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. Często w domach opieki społecznej to pielęgniarka i położna realizują kompleksową opiekę medyczną, odpowiadając – podobnie jak w podmiotach leczniczych – za zdrowie i życie ludzi. Trudno zatem znaleźć uzasadnienie dla tak znacznego rozróżnienia płacowego między pielęgniarkami i położnymi – w zależności od miejsca zatrudnienia.

Wskazujemy, że wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w domach opieki społecznej powinny być ukształtowane w sposób odpowiadający przepisom Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wynagrodzenie zasadnicze określone na podstawie przepisów ww. Ustawy uważamy za pewne minimum, które koniecznie należy zapewnić pielęgniarkom i położnym – bez względu na miejsce zatrudnienia. Jedynie w ten sposób możliwe będzie zagwarantowanie pensjonariuszom domów opieki społecznej właściwej opieki na najwyższym poziomie.

Pragniemy podkreślić, że dalsze utrzymywanie drastycznie niskiego poziomu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach opieki społecznej może doprowadzić do sytuacji, w której nastąpi opuszczenie tych podmiotów przez personel pielęgniarski i położniczy. Niestety – obecnie znaczną część tego personelu stanowią osoby w wieku emerytalnym. Uważamy, że należy zrobić wszystko, aby nie dopuścić do sytuacji, w której żadne młode pielęgniarki i położne nie będą chciały pracować w domach opieki społecznej. Konieczne jest podjęcie natychmiastowych działań, które umożliwią zachęcenie pielęgniarek i położnych do pracy w domach opieki społecznej.

Zdajemy sobie sprawę, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie odpowiedniej regulacji na poziomie ustawowym. Niemniej oczekiwanie na zmiany w przepisach prawa nie może być wytłumaczeniem braku działań na poziomie samorządu. Chodzi przecież o zagwarantowanie bezpieczeństwa osobom, które obecnie są pensjonariuszami domów opieki społecznej; istotą problemu jest fakt, że osoby te potrzebują profesjonalnej opieki pielęgniarskiej tu i teraz. Osoby te nie mogą czekać na zmiany w prawie.

Apelujemy zatem do Państwa – jako do osób reprezentujących podmioty właścicielskie domów opieki społecznej – o niezwłoczne podjęcie działań mających na celu wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach opieki społecznej.

Sekretarz Zjazdu
(-) Sylwia Kamińska-Tymińska

Przewodnicząca Zjazdu
(-) Jolanta Łoś

Apel nr 4
XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
do Ministra Zdrowia

w sprawie zmiany regulacji prawnej dotyczącej dyżuru medycznego

Szanowna Pani Minister

XXXVIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apeluje do Pani Minister o wprowadzenie w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zmian dotyczących uprawnień do pracy w dyżurach medycznych. Obecnie, zgodnie z art. 95 ust 1 Ustawy o działalności leczniczej: art. 95. 1. *Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego.*

W konsekwencji przepis ten umożliwia powierzenie pracy w ramach dyżuru medycznego wyłącznie pielęgniarkom i położnym posiadającym wykształcenie wyższe – czyli tytuł licencjata lub magistra. Takie rozwiązanie nie ma żadnego uzasadnienia. Jest ono wręcz dyskryminujące dla pielęgniarek i położnych, które nabyły uprawnienia do wykonywania zawodu posiadając wykształcenie na poziomie średnim. Należy podkreślić, że obecnie uzyskanie prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej warunkowane jest ukończeniem studiów na poziomie licencjackim. Po zdobyciu tytułu licencjata dana osoba może rozpocząć wykonywanie zawodu – de facto może pracować również w dyżurach medycznych. Z drugiej strony, osoby, które rozpoczęły wykonywanie zawodu wiele lat wcześniej – pielęgniarki i położne posiadające olbrzymią wiedzę i doświadczenie zawodowe, pracy w ramach dyżuru podjąć nie mogą. Trudno znaleźć jakiegokolwiek wytłumaczenie dla dalszego utrzymywania takich zasad.

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na kilka okoliczności:

W okresie epidemii wirusa SARS-COV-2, mocą art. 47a Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia na dzień zniesiono dyskryminację pielęgniarek i położnych z wykształceniem średnim i umożliwiono pracę w dyżurach medycznych niezależnie od wykształcenia.

Zgodnie z ww. przepisem art. 47a. ww. Ustawy w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, przepisy art. 95–99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) stosuje się do pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139) zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę.

Pielęgniarki i położne posiadające wykształcenia średnie niosły pomoc pacjentom w czasie epidemii – w wydłużonym czasie pracy. Niestety – zniesienie dyskryminacji było czasowe, a z dniem zakończenia stanu zagrożenia epidemicznego powróciliśmy do „starych” zasad – pielęgniarki i położne z wykształceniem średnim znowu są wykluczone z dyżurów medycznych.

W dniu 30 grudnia 2020 r. do Ustawy o działalności leczniczej wprowadzono przepis art. 95 ust. 1a, zgodnie z którym: Pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, mogą być zobowiązani do pełnienia w tych jednostkach dyżuru medycznego. Co ciekawe – przepis ten wprowadzono mocą Ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych – niemniej nie zawiera on ograniczenia czasowego. W konsekwencji – obecnie pracownicy medyczni zatrudnieni w SOR mogą być zobowiązani do pełnienia w tych jednostkach dyżuru medycznego – bez względu na wykształcenie. Tym bardziej brak jest argumentów, aby wymóg wykształcenia wyższego pozostawić w oddziałach szpitalnych.

Jedynie dla porządku należy wskazać, że obecny stan prawny umożliwia pielęgniarkom i położnym pracę poza zwykłymi godzinami pracy – ale wyłącznie w ramach nadgodzin. Teoretycznie pracy tej nie można planować (nie można tych godzin wstawiać od razu w grafiki; nadgodziny są również ograniczone czasowo w ciągu doby. W konsekwencji w podmiotach leczniczych z jednej strony mamy do czynienia z brakiem personelu pielęgniarek i położnych, a z drugiej – szpitale nie mogą wykorzystać potencjału znacznej części kadry medycznej – kadry, która posiada znaczną wiedzę i doświadczenie.

Obecna regulacja prowadzi również do konfliktów wewnątrz personelu medycznego – jedne pielęgniarki i położne (nawet tuż po rozpoczęciu pracy w zawodzie) mogą podejmować dyżur medyczny, drugie – pomimo długiej praktyki i zdobytego doświadczenia zawodowego – nie mogą. Brak możliwości pracy w dyżurach medycznych pielęgniarek i położnych nie posiadających wykształcenia wyższego uważamy za niesprawiedliwe, nieuzasadnione i dyskryminujące.

Mając na uwadze powyższe, apelujemy o pilną zmianę przepisów i zniesienie wymogu wyższego wykształcenia do pracy w dyżurach medycznych.

Sekretarz Zjazdu
(-) Sylwia Kamińska-Tymińska

Przewodnicząca Zjazdu
(-) Jolanta Łoś

Apel nr 5
XXXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
do Ministra Zdrowia

w sprawie zmiany programu kursu specjalistycznego szczepień dla położnych

Szanowna Pani Minister

XXXVIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apeluje do Pani Minister o wprowadzenie zmian w programie kursu specjalistycznego szczepień dla położnych, tak, aby rozszerzyć uprawnienia położnych w kierunku:

- wykonywania szczepień ochronnych dzieciom (osobom do 18 roku życia);
- edukowania dzieci i młodzieży w zakresie szczepień ochronnych.

Obecnie pielęgniarki i położne nabywają uprawnienia do wykonywania szczepień poprzez ukończenie właściwych form kształcenia podyplomowego – kursów specjalistycznych:

- kursu specjalistycznego szczepienia ochronne dla pielęgniarek;
- kursu specjalistycznego szczepienia ochronne dla położnych

Oba kursy posiadają własne, odrębne programy.

W przypadku pielęgniarek ukończenie kursu uprawnia do wykonywania wszelkich szczepień; zgodnie z programem kursu:

7. Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego szczepienia ochronne dla pielęgniarek

1. Wykonanie szczepień ochronnych w ramach kalendarza szczepień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń.
2. Wykonanie i odczytanie próby tuberkulinowej.
3. Rozpoznanie, klasyfikowanie i charakteryzowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz podejmowanie stosownych działań w przypadku ich wystąpienia.
4. Sporządzanie sprawozdania z realizacji szczepień ochronnych oraz dokonywanie analizy wykonalności szczepień ochronnych.

5. Edukowanie dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie szczepień ochronnych

W przypadku położnych, kwalifikacje, które nabywane są w trakcie kursu, określono w sposób znacznie zawężony, wskazując jedynie na uprawnienia do szczepień u noworodków oraz szczepień przeciwko HPV; zgodnie z programem kursu:

7. Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona położna po ukończeniu kursu specjalistycznego szczepienia ochronne dla położnych

1. Wykonywanie szczepień ochronnych u noworodków w ramach kalendarza szczepień.
2. Wykonywanie szczepień ochronnych przeciw HPV zgodnie z obowiązującymi zasadami.
3. Rozpoznawanie, klasyfikowanie i charakteryzowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz podejmowanie stosownych działań w przypadku ich wystąpienia.
4. Sporządzanie sprawozdania z realizacji szczepień oraz dokonywanie analizy wykonalności szczepień ochronnych u noworodków.
5. Edukowanie rodziców/opiekunów w zakresie szczepień ochronnych u noworodków.
6. Edukowanie w zakresie szczepień ochronnych przeciw HPV.

Uważamy, że takie rozwiązanie nie jest właściwe. Położna powinna mieć możliwość wykonywania szczepień ochronnych u dzieci – tj. osób do 18 roku życia. Uprawnienie to powinno być połączone z uprawnieniem do edukowania dzieci i młodzieży w zakresie szczepień ochronnych. Jest to uzasadnione pod względem medycznym. Obecnie położna może szczepić noworodki – a zatem pacjentów szczególnych, u których występuje znaczne ryzyko powikłań, a techniczne wykonanie szczepienia wymaga szczególnych umiejętności. Nie ma zatem żadnych argumentów, aby położna nie mogła wykonać szczepienia ochronnego starszych dzieci obojga płci. Co istotne – umożliwienie położnym realizacji szczepień ochronnych u dzieci znacznie ułatwi organizację pracy w wielu podmiotach leczniczych. Obecny podział obowiązków uniemożliwia wykorzystanie wiedzy i umiejętności położnych. Przedstawiany postulat należy uznać za tym bardziej uzasadniony, że w praktyce położne wykonują szczepienia dzieci do 18 roku życia – niemniej jedynie szczepionką przeciwko HPV.

Mając na uwadze powyższe, postulujemy o dokonanie opisanych powyżej zmian rozszerzających kwalifikacje położnych.

Sekretarz Zjazdu
(-) Sylwia Kamińska-Tymińska

Przewodnicząca Zjazdu
(-) Jolanta Łoś



Uroczystości 50. rocznicy śmierci sł. b. Stanisławy Leszczyńskiej

matka. Ta Ewangelia nie pyta, czy wierzyć w cuda, tylko pyta o to, co się działo przy tych porodach jest dla nas znakiem – pytał kardynał.

Po celebracji mszy świętej wszyscy obecni udali się do krypty, gdzie znajdują się szczątki Sługi Bożej. Odmówiono modlitwę w intencji wyniesienia na ołtarze Stanisławy Leszczyńskiej, złożono kwiaty i zapalono znicze.

mgr Agnieszka Kałużna
wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

W dniu 11 marca 2024 r. w Wyższym Seminarium Duchownym w Łodzi odbyła się sesja zamykająca etap procesu beatyfikacyjnego Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej na poziomie diecezjalnym, która została poprzedzona z inicjatywy Instytutu Pamięci Narodowej – Oddział w Łodzi – wystawą biograficzną jej imieniem.

Wystawa ta została ustawiona na rynku w Manufakturze a także w kościele Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny w Łodzi, upamiętniając na archiwalnych zdjęciach oraz dokumentach położną z Auschwitz, która przyjmując na świat dzieci w niehumanitarnych warunkach za wszelką cenę zabiegała, aby je ocalić, narażając własne i córki życie.

Tego dnia pod przewodnictwem kardynała Grzegorza Rysia została odprawiona msza święta w intencji beatyfikacji sługi bożej Stanisławy Leszczyńskiej, podczas której kardynał przywołał jako świadectwo tamtych dramatycznych czasów więźniarkę obozu jako anioła miłości, który spłynął do piekła.

W świecie pogardy wybrała poczucie godności i walczyła o godność, choćby to miała być tylko godność umiarności. W świecie zniewolenia była osobą absolutnie wolną, w świecie nienawiści uczyła przebaczenia, była człowiekiem sumienia. Ona była nowym człowiekiem – powiedział kardynał Grzegorz Ryś. Można mówić, że to co się działo w Birkenau było cudem. Jak to jest możliwe, że wśród tylu przyjmowanych porodów nie umarło żadne dziecko, żadna



OFERTY PRACY

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi ul. Wólczańska 191/195

zatrudni w ramach umowy o pracę osobę na stanowisko **p.o. Pielęgniarki Oddziałowej/Pielęgniarka Oddziałowego Bloku Operacyjnego** w lokalizacji szpitala w Łodzi przy ul. Wólczańskiej 191/195

Wymagania:

- aktualne prawo wykonywania zawodu (bez ograniczeń)
- tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego
- 5 lat doświadczenia zawodowego w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowo świadczeń zdrowotnych

Osoby zainteresowane zapraszamy na spotkanie w godzinach 7.00–13.00 od poniedziałku do piątku – pokój Pielęgniarki Naczelnej na pierwszym piętrze w budynku głównym szpitala, wejście od ul. Wólczańskiej lub do kontaktu telefonicznego pod numerem 724 722 235 w godzinach 7.00–14.00 od poniedziałku do piątku.

Centrum Medyczne Boruta Spółka z o.o. w Zgierzu, ul. Andrzeja Struga 2–4

zatrudni na podstawie umowy o pracę lub w ramach kontraktu **pielęgniarkę/pielęgniarka na stanowisko zastępcy pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym** w lokalizacji w Zgierzu przy ul. Andrzeja Struga 2–4

Wymagania:

- aktualne prawo wykonywania zawodu
- tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub wykształcenie wyższe medyczne
- 5 lat doświadczenia zawodowego w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowo świadczeń zdrowotnych

Osoby zainteresowane zapraszamy do kontaktu telefonicznego pod numerem 42 714 35 13 w godzinach 8.00–15.00 od poniedziałku do piątku.

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi ul. Wólczańska 191/195

zatrudni:

- **pielęgniarki / pielęgniarzy do pracy w:**
 - oddziałach szpitalnych,
 - izbie przyjęć,
 - bloku operacyjnym.

- **położne/położnych**

Oferujemy zatrudnienie na podstawie umowy o pracę z następującymi warunkami:

- wynagrodzenie zasadnicze zgodne z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych
- wzrost wysokości wynagrodzenia zasadniczego w każdym roku od 1 lipca zgodnie z obowiązującymi przepisami
- dodatki zmianowe (nocne i świąteczne)
- dodatek stażowy (za wysługę lat pracy)
- nagrody jubileuszowe

Ponadto deklarujemy:

- możliwość uzyskania pożyczki z kasy zapomogowo-pożyczkowej i funduszu socjalnego
- możliwość uzyskania świadczenia z Zakładowego Funduszu Socjalnego
- umożliwiamy rozwój zawodowy, zdobywanie doświadczenia zawodowego

Zainteresowanych zapraszamy na spotkanie w godzinach 7.00–14.00 od poniedziałku do piątku – pokój Pielęgniarki Naczelnej na pierwszym piętrze w budynku głównym szpitala – wejście od ul. Wólczańskiej lub do kontaktu telefonicznego: 724 722 235, 42 636 76 11 w. 259 lub przesłania CV na adres: e-mail naczelnia.piel@pirogow.pl



NASZE PIELEŃNIARKI. NASZA PRZYSZŁOŚĆ.

Kluczowa siła ekonomiczna opieki zdrowotnej

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ICN

dr hab. DOROTA KILAŃSKA

Wartość opieki pielęgniarskiej dla pacjenta, systemu i płatnika Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek 2024

“Nasze pielęgniarki. Nasza przyszłość. Ekonomiczna siła opieki”

Mamy rok 2024 i jak każdego roku, od 1970 r., Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN) ogłasza hasło obchodów tego pielęgniarskiego Święta. Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek (IND) obchodzony jest każdego roku 12 maja, a jego temat wybiera ICN – federacja ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarskich z całego świata, reprezentujących ponad 28 milionów pielęgniarek pracujących na całym świecie. Ekonomiczna siła opieki, która tworzy zdrowych ludzi i społeczeństwa oraz napędza zdrową gospodarkę, zostanie podkreślona przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) podczas Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek (IND) w 2024 r. Dzisiaj pod roboczym hasłem: Nasze pielęgniarki. Nasza przyszłość. Ekonomiczna siła opieki. Spróbuję pokazać tę wartość na przykładzie badań naukowych.

Prezydent ICN, dr Pamela Cipriano wyjaśniła uzasadnienie wybranego tematu: Mimo że pielęgniarstwo stanowi podstawę

opieki zdrowotnej, często boryka się z ograniczeniami finansowymi i niedowartościowaniem społecznym. Kontynuując nasz nadrzędny temat Nasze pielęgniarki. Nasza przyszłość. oraz działania polityczne zawarte w Karcie Zmian ICN, ICN zdecydowała się skoncentrować IND 2024 na ekonomicznej sile opieki w celu zmiany sposobu postrzegania i pokazania, w jaki sposób strategiczne inwestycje w pielęgniarstwo mogą przynieść znaczne korzyści gospodarcze i społeczne. Uważamy, że nadszedł czas na zmianę perspektywy. Wielokrotnie widzieliśmy, jak kryzysy finansowe często prowadzą do ograniczeń budżetowych w opiece zdrowotnej, zazwyczaj kosztem usług pielęgniarskich. To redukcjonistyczne podejście pomija istotną i często niedocenianą wartość ekonomiczną, jaką pielęgniarstwo wnosi do opieki zdrowotnej i społeczeństwa jako całości. Decydenci, administratorzy opieki zdrowotnej, a nawet ogół społeczeństwa często są nieświadomi lub źle poinformowani o zwrocie z inwestycji, jaki może zapewnić odpowiednie

finansowanie pielęgniarstwa, szczególnie w niespokojnych finansowo czasach, takich jak obecne. Czerpiąc z wniosków wyciągniętych z pandemii Covid-19 i uznając rosnące zagrożenie dla zdrowia ludności na całym świecie ze względu na konflikty, kryzys klimatyczny i niestabilność finansową, wierzymy, że nadszedł właściwy czas, aby opowiedzieć się za zmianą perspektywy i polityki.

Trzeba podkreślić, że obecnie systemy opieki zdrowotnej znajdują się pod presją optymalizacji wykorzystania ograniczonych zasobów, ponieważ borykają się z rosnącymi kosztami związanymi z rozwojem technologicznym, większą liczbą pacjentów z wieloma chorobami przewlekłymi i zmieniającą się praktyką kliniczną. Stąd poszukiwanie rozwiązań, a jednym z nich jest budowanie modelu opieki opartej na wartości. Pojęcie „opieki zdrowotnej opartej na wartościach (VBHC)” jest coraz częściej stosowane w dyskursie publicznym, a „wartość” jest często omawiana jako „wyniki zdrowotne w stosunku do nakładów pieniężnych”. Podnoszenie wartości opieki zdrowotnej stało się głównym celem polityki płatniczej, projektowanie i zakup ubezpieczeń oraz podejmowanie decyzji przez pacjentów i świadczeniodawców. A stosunek tej wartości do ceny jest też przedmiotem rozważań finansowania technologii medycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMIT) i wymaganiami Komisji Europejskiej wskazanymi w Dyrektywie. Jeżeli mamy za „coś” płacić, to niechaj będzie to korzystny stosunek jakości do ceny.

Jaką wartością dla systemu ochrony zdrowia jest więc pielęgniarstwo, opieka sprawowana przez pielęgniarki i położne. Jak możemy wycenić jej wartość, pokazać stosunek jakości do ceny? Wycenić plany opieki, procedury, pokazać ich efektywność kliniczną dla pacjenta... Kilkakrotnie w poprzednich publikacjach wskazywałam na dowody naukowe, które tę wartość nie tylko uwidaczniały, ale także dokumentowały konkretne korzyści dla pacjenta, systemu i płatnika (NFZ). Musimy się przyzwyczaić do tej narracji, ale przede wszystkim przygotować na to wyzwanie w przyszłości. Dzisiaj się uczymy, aby w przyszłości pokazać tę siłę w systemie. Nie od dzisiaj wiadomo, że Pielęgniarki są kluczowym kontaktem dla pacjentów we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej i odpowiadają za znaczną część kosztów pracy w wielu z tych lokalizacji, nawet 70 proc. interwencji, które mają miejsce przy pacjencie – to interwencje pielęgniarskie. Dlatego mają pielęgniarki bezpośrednie powiązanie z wartością zarówno poprzez wyniki, jak i koszty.

Zdefiniujmy sobie, aby jednakowo rozumieć podejście co oznacza wartość w ochronie zdrowia?

Powszechnie stosowaną definicją jest stosunek wyników do kosztów lub jego odwrotność, czyli opłacalność współczynnik (koszt na jednostkę wyniku). Ale wartość jest z natury rzeczy porównawcza koncepcja – możemy mówić o wartości jednego cyklu leczenia w porównaniu z innym – a najprostszą zasadą podejmowania decyzji jest preferowanie leczenia o wyższej wartości. W tym przypadku istnieją dwa różne scenariusze decyzji dotyczących wartości – jeden łatwy do wykonania i drugi trudniejszy. Najłatwiej jest wtedy, gdy jedno leczenie zapewnia lepsze lub równoważne wyniki przy niższych kosztach niż leczenie alternatywne. Wtedy jest jasne, którą opcję wybrać i jakie środki wartość obejmuje szacunki ogólnej redukcji kosztów i poprawy wyników (lub stabilność). Trudniejszy przypadek ma miejsce wtedy, gdy droższe leczenie daje lepsze rezultaty. Czy więc opieka pielęgniarska jest możliwa do wyceny w ten sposób? Czy interwencje pielęgniarskie mają wartość, a jeśli tak to jaką? Trzeba pamiętać, że względny charakter stosunku wyniku do kosztów ma kluczowe znaczenie dla definicji wartości, ponieważ oznacza, że interwencje, które zwiększają koszty, ale poprawiają wyniki o więcej niż koszt, mogą tworzyć wartość. W obliczu sytuacji, w której jedno leczenie daje lepsze wyniki, ale wyższe koszty od innych, ekonomiści powszechnie posługują się definicją wartości, na której się opierają populacji jako całości, a nie z perspektywy pojedynczego decydenta. I o tym muszą myśleć, nie tylko prowadzący badania naukowe, lecz także a może przede wszystkim liderzy pielęgniarstwa. Jest to ich obowiązek mówienie jednym głosem do płatnika, MZ, a także do zarządzających podmiotem. Poza tym wiedzieć trzeba, że wartość ekonomiczna produktu, usługi lub interwencji jest ogólnie definiowana jako korzyści z tego wynikające, takie jak poprawa wyników leczenia pacjenta, pomniejszona o koszty zarówno korzyści, jak i koszty mierzone w kategoriach pieniężnych. Te korzyści udowodniono pokazując

wpływ kompetencji pielęgniarek i wyższego wykształcenia na PKB, o czym pisałam w poprzednich publikacjach. Przejdźmy więc do meritum.

Rola pielęgniarstwa w tworzeniu wartości

Pielęgniarstwo jest podstawowym czynnikiem wpływającym zarówno na wyniki, jak i koszty w większości systemów opieki zdrowotnej organizacje. Pielęgniarki przyczyniają się do tworzenia wartości w opiece zdrowotnej jako 1) kluczowy element strukturalny w świadczeniu usług opieki zdrowotnej oraz 2) liderzy i innowatorzy w doskonaleniu procesów i środowiska organizacyjnego, w którym świadczenia opieki zdrowotnej są dostarczone. Przyjrzyjmy się dowodom wartości każdego z tych elementów i pokażmy ich rolę.

Wartość pielęgniarek jako świadczących opiekę zdrowotną

Konsekwentnie wykazano, że personel pielęgniarski jako element strukturalny wpływa na wyniki leczenia. Rosnąca, od lat 90., liczba dowodów wiąże wyższy średni poziom pielęgniarskiego kapitału ludzkiego (w szpitalu lub oddziale stacjonarnym) z lepszymi wynikami leczenia pacjentów, a ostatnie badania dotyczyły szacunkowych kosztów. Cechy te obejmują wyższy odsetek pielęgniarek z tytułem licencjata, wyższe średnie doświadczenie pielęgniarki, certyfikacja pielęgniarek (odnawianie PwZ) i podaż pielęgniarek (składającą się z wykształcenia, doświadczenia i zestawu umiejętności).

Większy odsetek pielęgniarek z tytułem licencjata. Przetomowe badanie przeprowadzone na 168 szpitalach przez Aiken i wsp. (2003), którzy stwierdzili, że odsetek pielęgniarek z tytułem licencjata wzrósł o 10 proc. i spowodowało to 5-procentowy spadek liczby zgonów pacjentów i powikłań. Kolejne badania potwierdzają te ustalenia i pozwalają rozważyć ich wpływ na wartość, np. Blegen i in. (2013) wykorzystali dane z konsorcjum 21 szpitali do analizy związku między poziomem wykształcenia pielęgniarek a wynikami leczenia pacjentów, kontrolując poziom personelu pielęgniarskiego i charakterystykę szpitala. W szpitalach, w których był większy odsetek pielęgniarek z licencjatem (BSN), odnotowano niższy wskaźnik śmiertelności z powodu zastoinowej niewydolności serca, odleżyn, braku akcji ratunkowej, pooperacyjnej zakrzepicy żył głębokich i krótszych pobytów w szpitalu. Skala poprawy wyników sugeruje lepszą wartość, ale ostateczna odpowiedź zależy od zrozumienia kosztów. Yakusheva, Lindrooth i Weiss (2014) przeanalizowali unikalny zbiór danych z jednego ze szpitali miejskich, który powiązał informacje o pacjentach z informacjami o pielęgniarkach odpowiedzialnych za ich opiekę. Odkryli, że u pacjentów leczonych przez zespoły opieki zdrowotnej, w których co najmniej 80 procent pielęgniarek miało przygotowanie licencjata (próg zalecany przez Instytut Medycyny), występowała zmniejszona śmiertelność, mniejsza liczba ponownych przyjęć i skrócona długość pobytu.

Biorąc pod uwagę wyższe zarobki pielęgniarek posiadających licencjat, badacze oszacowali, że całkowity koszt osiągnięcia 80-procentowego progu licencjata dla wszystkich pacjentów w próbie wyniósłby 1,8 miliona dolarów. Jednak szacunkowe oszczędności wynikające z takiego wzrostu udziału pielęgniarek z tytułem licencjata szacuje się na 5,6 miliona dolarów rocznie w wyniku samego ograniczenia liczby ponownych przyjęć jest to argument wartościowy ze społecznego punktu widzenia. Ale z perspektywy szpitala analiza finansowa przemawiałaby za osiągnięciem progu 80 proc. jedynie w przypadku, gdyby: szpital, ponosił koszty ponownych hospitalizacji. W przypadku Polski te koszty ponosimy wszyscy poprzez NFZ, czy ZUS, a więc czy szpitalowi to się opłaca?

Personel pielęgniarski

Wyższy poziom personelu pielęgniarskiego jest silnie powiązany z lepszymi wynikami. W przeglądzie systematycznym Kane i in. (2007) stwierdzili, że wzrost o jeden pełny równoważny czasowo etat pielęgniarski na pacjentodzień wiązał się z niższym ryzykiem śmiertelności i powikłań na oddziałach intensywnej terapii, u pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym i u pacjentów medycznych.

Inne badanie – INQRI dotyczyło kwestii wartości zwiększonego personelu i wskazało na potrzebę dostosowania zachęt do wartości netto. Weiss, Yakusheva i Bobay (2011) zbadali wpływ personelu pielęgniarskiego na nieplanowane 30-dniowe ponowne przyjęcia do szpitala i w oddział ratunkowy (SOR) w dużym zintegrowanym systemie opieki zdrowotnej. Oszacowali, że większy odsetek pielęgniarek wiązał się z niższym wskaźnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni i niższym wskaźnikiem korzystania z SOR. Analiza kosztów przewidywała, że zwiększenie liczby pielęgniarek dyplomowanych niepracujących w nadgodzinach o 45 minut będzie kosztować szpitale prawie 200 dolarów na pacjenta (w postaci kosztów personelu i utraty przychodów w wyniku mniejszej liczby ponownych przyjęć), a płatnikom zaoszczędzi ponad 600 dolarów na pacjenta w wyniku zmniejszonego wykorzystania środków po wypisie ze szpitala. Dzięki lepszym wynikom i oszczędnościom wynoszącym 400 dolarów na pacjenta zwiększenie odsetka pielęgniarek jest łatwym wyborem pokazującym zasadność zatrudnienia; jednakże i tutaj w przypadku braku zachęt szpitali do ograniczania ponownych przyjęć nie jest możliwe przedstawienie przekonującego uzasadnienia biznesowego takiego posunięcia.

Rogowski i in. (2013) zbadali personel pielęgniarski i wskaźniki zakażeń szpitalnych na oddziałach intensywnej terapii noworodków (NICU). Porównali poziom zatrudnienia pielęgniarek z poziomem sugerowanym w wytycznych opartych na ocenie stanu pacjenta, aby zidentyfikować zmiany na OITN, na których brakowało personelu. Odkryli, że u noworodków z bardzo niską masą urodzeniową przebywających na oddziałach intensywnej terapii dla noworodków z niedoborami kadrowymi ryzyko zarażenia się infekcją szpitalną

było znacznie wyższe. Uznali, że bez kontraktowania opartego na wartości szpital nie będzie miał bezpośredniej zachęty finansowej dla personelu zgodnie z wytycznymi. Podobnie Park i in. (2012) zbadali stan personelu pielęgniarskiego na oddziałach intensywnej terapii dla dorosłych i poza oddziałami intensywnej terapii i odkryli, że niski poziom personelu pielęgniarskiego był powiązany z brakiem możliwości ratowania życia, zwłaszcza gdy rotacja pacjentów była duża (tj. gdy pacjenci szybko wchodzili i wychodzili z oddziału). Sugerują, że przy ustalaniu poziomu zatrudnienia pielęgniarek należy wziąć pod uwagę rotację pacjentów, chociaż nie ocenili wartości netto kompromisu między liczbą personelu a niepowodzeniem w akcji ratunkowej (reanimacja).

Obowiązkowe proporcje pielęgniarek do pacjentów

Jednym ze sposobów poprawy zatrudnienia pielęgniarek jest wprowadzenie obowiązkowych minimalnych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach. Kalifornia jest jedynym stanem, który przyjął takie przepisy. Aiken i in. (2010) porównali współczynniki umieralności w ciągu 30 dni w Kalifornii z dwoma stanami bez mandatu posiadania takich wskaźników: New Jersey i Pensylwanią. Ogólnie rzecz biorąc, odkryli, że pielęgniarki w Kalifornii opiekują się średnio jednym pacjentem mniej niż pielęgniarki w drugiej części kraju. Oszacowali, że szpitale w New Jersey i Pensylwanii odnotowałyby odpowiednio o 13,9 proc. i 10,6 proc. mniej zgonów pacjentów po zabiegach chirurgicznych, gdyby dysponowały personelem na poziomie Kalifornii. To około 486 mniej zgonów w ciągu dwóch lat w zaledwie dwóch stanach. Sugeruje to wartość netto, chociaż należy wziąć pod uwagę koszty dodatkowego personelu. Czy warto? Warto, zawsze a szczególnie gdy utracone lata życia dotyczą osób, które wnoszą dla społeczeństwa wartość zatrudnienia i PKB.

Spetz i in. (2013) przyjęli inne podejście i porównali zmiany w wynikach dotyczących bezpieczeństwa pacjentów wrażliwych na opiekę pielęgniarską w różnych szpitalach, stosując kwartyle poziomów zatrudnienia pielęgniarek przed zatrudnieniem. Szpitale znajdujące się w najwyższym kwartyle personelu pielęgniarskiego przed mandatem posiadania odpowiedniej liczby obsad pielęgniarskich, posłużyły jako punkt odniesienia dla szpitali z trzech dolnych kwartyli. Mandatowe zwiększenie zatrudnienia przełożyło się na niższą śmiertelność wśród pacjentów z powikłaniami i krótszy czas pobytu wśród pacjentów z infekcjami. Nie było dowodów na to, że mandat miał wpływ na wyniki innych wskaźników wrażliwych na opiekę pielęgniarską. Chociaż na mocy norm zwiększył się poziom zatrudnienia pielęgniarek, zmiana wyników była stosunkowo niewielka i nie jest jasne, czy wartość netto poprawiła się w porównaniu ze szpitalami o wysokim poziomie zatrudnienia przed objęciem normami. Aby odpowiedzieć na to pytanie, potrzebne są dane dotyczące kosztów, w tym rozkład kosztów. Dlatego badania, które dzisiaj prowadzimy uwzględniają także i te elementy. Dodatkowo uczymy studentów rozumieć badania, interpretować je i prowadzić.

Wartość pielęgniarek w usprawnianiu procesów i organizacji środowiska

W kilku badaniach podkreślono znaczenie organizacji i zarządzania w tworzeniu środowiska, które zwiększa produktywność istniejącego personelu poprzez angażowanie pielęgniarek w proces poprawy jakości; zachęcanie do komunikacji między pielęgniarkami, lekarzami i innymi klinicystami; oraz tworzenie kultury, która docenia, docenia i nagradza wysoką wydajność.

Opieka przejściowa

Opieka przejściowa odnosi się do interwencji opiekuńczych opartych na dowodach, obejmujących szereg usług, które uzupełniają opiekę podstawową i mają na celu zapewnienie ciągłości jakości opieki świadczonej w różnych placówkach przez wielu świadczeniodawców. Liczne badania kliniczne przeprowadzone przez Naylora i wsp. (2012) konsekwentnie demonstrowały wpływ Modelu Opieki Przejściowej, zaawansowanej praktyki prowadzonej przez pielęgniarkę, interwencji zespołowej, na poprawę doświadczeń pacjentów w zakresie opieki, poprawę ich wyników zdrowotnych, zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji ze wszystkich przyczyn i zmniejszenie całkowitych kosztów opieki. W jednym z takich badań zachowawczo oszacowano, że po uwzględnieniu kosztów interwencji ta innowacja w zarządzaniu opieką przyniosła oszczędności w wysokości 5000 dolarów na beneficjenta Medicare w ciągu 12 miesięcy. Strategie opieki przejściowej rozszerzono także na inne placówki, aby podkreślić rolę pielęgniarek domowej opieki zdrowotnej w zarządzaniu lekami, na przykład Setter, Corbett i Neumiller (2012), ale wartość netto tej interwencji pozostaje nieznana.

Status Szpital Magnet (Szpitale Magnesy, opisane przeze mnie dla czasopisma Termedia). Program Magnet Recognition ma na celu wyróżnienie szpitali, które osiągnęły najwyższy poziom standardów praktyki pielęgniarskiej i wskaźników jakości. Liczne badania (np. Kutney Lee i in. (2015) wskazują, że rozpoznawanie Magnet wiąże się ze znaczną poprawą jakości środowiska pracy w szpitalu oraz wyników leczenia pacjentów (śmiertelność i niepowodzenie w akcji ratunkowej), jakości środków opieki oraz wyniki pielęgniarek. Natomiast Friese i wsp. (2015) zbadali lata 1998–2010 r. i wykazali, że lepsze wyniki leczenia pacjentów w szpitalach Magnet utrzymywały się w miarę upływu czasu. Dowody wskazują, że uznanie szpitala za Magnet przyczynia się do poprawy stabilności finansowej organizacji opieki zdrowotnej, po wyłączeniu kosztów jego uzyskania. W analizie podłużnej Jayawardhana, Welton i Lindrooth (2014) odkryto, że osiągnięcie statusu Magnet zwiększyło koszty leczenia szpitalnego o 2,46 proc. i przyjęcia pacjentów szpitalnych średnio o 3,89 proc., co skutkowało wzrostem dochodu netto o 1,23–1,26 mln USD rocznie na szpital. Opłaca się więc posiadać ten status, jeżeli płatność idzie za pacjentem i wskaźnikami opieki.

Środowisko pracy pielęgniarki

Coraz więcej dowodów sugeruje, że inne aspekty środowiska szpitalnego są powiązane z wyższą jakością opieki pielęgniarskiej i lepszymi wynikami leczenia. McHugh i Ma (2013) odkryli, że bardziej stabilne środowisko (mniejsza rotacja pielęgniarek) wiąże się z lepszymi wynikami leczenia pacjentów z niewydolnością serca, podobnie jak Newhouse i wsp. (2013) w wiejskich szpitalach; Flynn i in. (2012) powiązali wspierające środowisko praktyki pielęgniarskiej (współpraca między lekarzami i pielęgniarkami, możliwości uczestniczenia w decyzjach na poziomie szpitala i oddziału, ciągłość zadań związanych z opieką nad pacjentem, możliwości kształcenia ustawicznego oraz jakość personelu pielęgniarskiego) z niższymi stawkami leków błędy; oraz Hamilton i in. (2010) zbadali związek między pracą pielęgniarek na zmianach poza godzinami pracy a śmiertelnością pacjentów. Wartość netto interwencji ukierunkowanych na te czynniki pozostaje jednak niepotwierdzona i uzasadnione są dalsze analizy ekonomiczne. Wartość środowiska pracy na fluktuującą potwierdzono w badaniach własnych przeprowadzonych w Polsce w latach 2008–2011.

Zarządzanie i przywództwo

Dowody wskazują, że umiejętności przywódcze kierowników pielęgniarek pierwszej linii są kluczem do tworzenia środowiska pracy promującego pozytywne wyniki. McConnell i in. (2013) ocenili oddziały intensywnej terapii kardiologicznej w czterech wymiarach zarządzania, które odniosły sukces w innych branżach: standaryzacja opieki, śledzenie kluczowych wskaźników wyników, wyznaczanie celów i motywowanie pracowników. Odkryli, że lepsze wyniki w zakresie tych środków wiązały się ze zmniejszoną śmiertelnością 30-dniową.

Wholey i in. (2014) zbadali komplementarność przywództwa pielęgniarki i lekarza i odkryli, że przywództwo pielęgniarki wiązało się z większą współzależnością zespołu, zaangażowaniem w działania edukacyjne i wspólnymi celami, które w połączeniu były pozytywnie powiązane z gotowością na spotkanie w grupach leczonych chorobami przewlekłymi.

Innym ważnym badaniem była ocena 16-miesięcznego programu szkoleniowego w zakresie przywództwa i innowacji, która wykazała, że pielęgniarki z 42 szpitali w całym kraju, które uczestniczyły w programie, rozpoczęły bezpośrednio inicjatywy mające na celu poprawę jakości, które poprawiły wyniki pacjentów. W ramach programu przeszkolono 163 pielęgniarki w zakresie radzenia sobie z wyzwaniami klinicznymi, takimi jak zakażenia związane z opieką zdrowotną, odleżyny, delirium, wczesna mobilność, upadki i przekazywanie pacjentów. Program pozwolił zaoszczędzić ponad 28 milionów dolarów rocznie. Określenie jego wartości netto będzie jednak wymagać przeprowadzenia badań mających na celu kontrolę innych czynników i pełnego rozliczenia kosztów programu.

Interwencje pielęgniarek oparte na wartościach płatności

Nic dziwnego, że z założenia polityka płatności oparta na wartości skłoniła do interwencji mających na celu poprawę wyników finansowych organizacji opieki zdrowotnej, które mogą stracić lub zyskać na osiągnięciu zamierzonych wyników. W tym miejscu jest czas na przegląd szeregu interwencji prowadzonych przez pielęgniarki.

Zapobieganie upadkom. Od 2008 roku Centra Usług Medicare i Medicaid odmawiają płatności szpitalom za opiekę związaną z upadkiem pacjenta w szpitalu. W randomizowanym badaniu Dykes i in. (2010) wykazali, że zestaw narzędzi zapobiegania upadkom skutecznie zmniejsza częstość upadków w szpitalu. Zestaw zintegrował istniejące wzorce komunikacji i przepływu pracy w aplikacji HIT. Pielęgniarka wypełniła skalę oceny ryzyka upadku, na której opierała się dostosowana interwencja zapobiegająca upadkom. Biorąc pod uwagę ujednoczenie zasad płatności w przypadku upadków pacjentów szpitalnych, szpitale mają mocne uzasadnienie biznesowe, aby kontynuować to dochodzenie.

Zakażenia szpitalne (HAI)

Ustawa wprowadzona w USA, a dotycząca bezpieczeństwa pacjentów upoważniła ubezpieczycieli do zmniejszenia płatności na rzecz szpitali o najwyższym wskaźniku zakażeń szpitalnych. Stanowi to dla szpitali wyraźną zachętę do wdrażania i testowania interwencji mających na celu ograniczenie zakażeń szpitalnych.

W randomizowanym badaniu Marsteller i wsp. (2012) przetestowali program prowadzony przez pielęgniarki, interdyscyplinarny program mający na celu ograniczenie zakażeń związanych z wkluciem centralnym na oddziałach intensywnej terapii, będących jedną z najczęściej występujących chorób nabywanych w szpitalu. Interwencja obejmowała „pakiet” oparty na dowodach praktyk zapobiegania infekcjom oraz ustrukturyzowany program mający na celu poprawę bezpieczeństwa, pracy zespołowej i komunikacji. W grupie interwencyjnej uzyskano znaczną i znaczną redukcję infekcji, chociaż nie zliczono kosztów. W niedawnym przeglądzie oszacowano, że roczne koszty szpitali związane z HAI wynoszą od 28 do 45 miliardów dolarów.

Odleżyny w placówkach opieki długoterminowej (LTC). W latach 2009–2013 Centra Medyczne prowadziły program zakupów świadczeń do domów opieki oparty na wartości, w którym płatność opierała się na wybranych miarach jakości. Jedną z miar był odsetek pacjentów wysokiego ryzyka z odleżynami. W randomizowanym badaniu Yap i wsp. (2013) sprawdzili skuteczność prowadzonej przez pielęgniarki interwencji zapobiegającej odleżynom, wykorzystującej sygnały muzyczne przypominające całemu personelowi opieki długoterminowej o konieczności pomagania każdemu pensjonariuszowi w przenoszeniu się lub zmianie pozycji co dwie godziny. Tania interwencja znacznie zmniejszyła

częstość występowania nowych odleżyn; jednakże jego wartość netto nie została udowodniona.

A teraz o koordynacji i jej efektach, kiedy pielęgniarki biorą sprawy w swoje ręce.

Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie po kilkudziesięciu latach (od 1997 r.) od wdrożenia opieki koordynowanej realizowanej przez pielęgniarki opracowało dokument – Białą księgę, w której pokazało wpływ opieki pielęgniarskiej na efekty kliniczne. Dlaczego właśnie tam i dlaczego „koordynacja opieki”? No i dlaczego teraz o tym piszemy? Koordynację opieki zaproponowano jako rozwiązanie na wiele pozornie nierozwiązywalnych problemów amerykańskiej opieki zdrowotnej: wysokie koszty, nierówna jakość oraz zbyt częste rozczarowujące wyniki leczenia pacjentów. Więcej środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną na per capita w Stanach Zjednoczonych niż w jakimkolwiek innym kraju, a mimo to ten system jest często rozdrobniony, charakteryzujący się awariami komunikacji oraz nieprzydatnymi lub zbędnymi badaniami zdrowotnymi oraz usługami. Prowadzi to do niedopuszczalnego ryzyka błędów i wzrostu kosztów w obu przypadkach zasobów i ludzkiego cierpienia.

Jak wówczas pisano, wiele niezależnych elementów amerykańskiej opieki zdrowotnej charakteryzuje się wysoką jakością, należy je jednak lepiej dostosować, aby służyły pacjentom oraz osobom i instytucjom, które się nimi opiekują. Obecne zachęty finansowe i strukturalne ograniczają potencjał lepszych wyników opieki nad pacjentem i efektywnej alokacji zasobów. Raczej intensyfikują słabości nieodłącznie związane z nieskoordynowanymi, niezależnie funkcjonującymi elementami naszego systemu opieki zdrowotnej.

Opracowanie i wdrożenie skutecznych systemów i procesów mających na celu wyleczenie tego obecnego rozregulowania może przynieść ogromne korzyści z doświadczenia, kompetencji zawodowych i wieloletniego etosu dyplomowanych pielęgniarek. Dyplomowane pielęgniarki rozumieją, że stanowią istotny element procesu koordynacji opieki, mający na celu poprawę wyników opieki nad pacjentami, ułatwienie skutecznej współpracy między specjalistami oraz zmniejszenie kosztów w populacjach pacjentów i placówkach opieki zdrowotnej. Jednak to, co jest dobrze znane dyplomowanym pielęgniarkom, rzadko jest doceniane poza pielęgniarstwem.

Niniejsza biała księga została zainicjowana, aby podkreślić zarówno jakościowe, jak i ilościowe osiągnięcia dyplomowanych pielęgniarek w zakresie koordynacji opieki. Czy w Polsce rozumieją? Czy potrafią zrozumieć, po co wymuszamy zmiany w systemie, aby pokazać efektywność pracy pielęgniarek i np. próbujemy od 30 lat doprowadzić do tego, aby pielęgniarki mówiły jednym zrozumiałym dla wszystkich uczestników systemu profesjonalnym językiem... Czasami wrażenie jest trochę inne, nawet jeśli to dotyczy tych, których misją jest uczenie innych. Rozwijamy się, tworzymy wiedzę, a więc i mądrość zawodu oraz przyszłych pokoleń pielęgniarek. Czasem jednak zwykły proces pielęgnowania jest inny u Kasi, a inny u Basi. Bez porządku

w pielęgniarstwie kolejne lata będziemy narzekać na system i płakać, że nikt nas nie docenia.

Od lat 90. ub. pielęgniarki w USA angażowały się w proces koordynacji. Już wtedy wiadano, że mierzenie i osiąganie wartości opieki zdrowotnej jest złożone, ale niezbędne (McDonald i in., 2007). Wartość dyplomowanych pielęgniarek w rolach koordynujących opiekę wykazano w licznych inicjatywach w zakresie reformy opieki zdrowotnej skupiających się na zintegrowanym świadczeniu usług. Pielęgniarki projektowały, wdrażały i uczestniczyły w projektach i praktykach w zakresie koordynacji opieki, które mają na celu poprawę wyników leczenia pacjentów i zmniejszenie kosztów, często wykazując skuteczność koordynacji opieki prowadzonej przez pielęgniarki i skoncentrowanej na pacjencie (Boyd i in., 2009; Coleman, 2006; Naylor, Aiken, Kurtzman, & Starsi, 2010; Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds i Hirschman, 2011; Naylor i in., 1999).

Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki (APN)

i jej rola w koordynacji

Retrospektywne badanie 826 dokumentacji pacjentów wykazało, że dodanie pielęgniarki (APN) poprawiło wyniki pacjentów i zmniejszyło liczbę wizyt na izbie przyjęć (Robles i in., 2011). Kiedy personel Oddziału Chirurgii Uniwersytetu Loyola zauważył większe zakłócenia w koordynacji opieki i obawy pacjentów z powodu ograniczeń godzinowych pobytu rezydentów, oddział zatrudnił lekarza rodzinnego do planowania wypisów i wizyt ambulatoryjnych dla pacjentów w klinikach onkologii jelita grubego i chirurgii onkologicznej. Podstawowym obowiązkiem APN była współpraca z lekarzami rezydentami i lekarzami prowadzącymi w celu koordynowania planów wypisu i komunikowania się z pacjentami po wypisie poprzez wizyty pooperacyjne i rozmowy telefoniczne. Zmierzono liczbę i treść kontaktów telefonicznych oraz oceniono elementy planów wypisów. Autorzy badania stwierdzili 64 proc. wzrost liczby kontaktów telefonicznych inicjowanych i odbieranych przez APN. Nastąpił znaczny wzrost wykorzystania pielęgniarek rodzinnych w wizytach domowych i terapii rehabilitacyjnych. Liczba wizyt na oddziałach ratunkowych, które nie zakończyły się przyjęciem, spadła o 52 proc. Liczbę niepotrzebnych wizyt na SOR zdefiniowano jako liczbę wizyt na SOR, które nie zakończyły się przyjęciem do szpitala. Koszt każdej wizyty na SOR oszacowano na co najmniej 800 dolarów. Liczba pacjentów przyjętych do szpitala nie różniła się znacząco przed i po zatrudnieniu APN. To konkretne oszczędności. W jaki sposób dzisiaj my w Polsce potrafimy to pokazać i ocenić? Ile planów opieki i jakich możemy poddać analizie, jak będziemy je analizować, czy będziemy nadal się domyślać? Co autor miał na myśli? Sporządzanie dokumentacji, z której nic nie wynika dla zawodu, jest pomyłką, nadal jesteśmy tylko sekretarkami wklepującymi dane do komputerów. Dzisiaj w dobie cyfryzacji, to do czego powinniśmy dążyć jako profesja, to ucyfrowienie pielęgniarstwa, aby dzięki

udokumentowanym danym mieć dostęp do informacji służących podejmowaniu przez nas decyzji, ale także, aby wreszcie zmierzyć to, co robimy i pokazać naszą wartość dla systemu. A więc, nie narzekajmy, pokażmy nasz plan na przyszłość, nowoczesną przyszłość zawodu.

Inny przykład to model koordynacji opieki w Gundersen Lutheran Health System opiera się na próbie ograniczenia rehospitalizacji poprzez identyfikację najbardziej chorych 1–2 proc. populacji pacjentów systemu i świadczenie usług koordynacji opieki w modelu zintegrowanym. Gundersen Lutheran zatrudnia w programie 24 dyplomowane pielęgniarki i 4 pracowników socjalnych, którzy koordynują opiekę nad około 1250 uczestników. Liczba przypadków wynosi 40–60 pacjentów na każdą pielęgniarkę dyplomowaną i 70–100 pacjentów na każdego pracownika socjalnego. Pielęgniarka utrzymuje kontakt z pacjentem i innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej; Opieka nad uczestnikiem odbywa się w miarę możliwości w warunkach ambulatoryjnych. Pracownik socjalny współpracuje z pielęgniarką w celu oceny potrzeb finansowych, społecznych i emocjonalnych oraz pomaga pacjentom w uzyskaniu zasobów potrzebnych do sprawowania opieki w domu. Model ten wykazał znaczące wyniki. W pierwszym roku całkowite opłaty zostały obniżone o 6,5 miliona dolarów; w drugim roku zaoszczędzono dodatkowe 3 miliony dolarów.

Dzisiaj w Polsce mamy tylko kilka szpitali, w którym pielęgniarki rozumieją proces i są w stanie pokazać swoją wartość także poprzez publikacje, co od kilkudziesięciu lat robią pielęgniarki w Skandynawii i innych rozwiniętych „pielęgniarsko” krajach. Tylko 54 USD w Polsce i tylko 7 funtów (GBP) w Wielkiej Brytanii kosztuje uratowane życie pacjenta, dzięki zwiększeniu zatrudnienia pielęgniarek z wyższym wykształceniem, tym samym zwiększeniu godzin opieki pielęgniarskiej realizowanej przez pielęgniarki z wyższym wykształceniem... „Polskie badanie analizujące opłacalność podnoszenia poziomu kształcenia pielęgniarek w kontekście śmiertelności wewnątrzszpitalnej. Koszt uniknięcia jednego zgonu (CER) przy interwencji polegającej na 10 proc. wzroście odsetka pielęgniarek z licencjatem/mgr pielęgniarek na oddziałach niechirurgicznych, CER wynosi 54,29 USD. W Wielkiej Brytanii oszacowano, że liczba zgonów, których można uniknąć poprzez zwiększenie średniej liczby NHPPD (godzin opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień) o jedną godzinę, odpowiada 8 proc. zmniejszeniu ryzyka zgonu. Z badania wynika, że zwiększenie liczby NHPPD o jedną godzinę wiąże się z większymi korzyściami przy większych kosztach. Koszt interwencji oszacowano na 10,1 mln GBP rocznie, przy koszcie brutto na pacjenta 219 GBP i zaoszczędzonych kosztach życia 69 097 GBP. Zwiększenie zatrudnienia zmniejsza ryzyko śmierci o 2 proc. i kosztuje 70 funtów na pacjenta. Zakładając zwiększenie struktury personelu, uratowane życie wycenia się na 7,015 GBP. W podejściu pesymistycznym szacowana wartość ocalonego życia wynosi 21 013 GBP. Wzrost struktury zatrudnienia to szacunkowy koszt brutto na poziomie 1,3 mln GBP rocznie

(0,3 proc. budżetu); 26,351 GBP za jedno uratowane życie i 28 GBP na pacjenta.

Wartość pielęgniarstwa w opiece zdrowotnej jest funkcją zarówno kosztów, jak i jakości. Skoncentrowałam się na solidnym materiale dowodowym potwierdzającym kluczową rolę pielęgniarek w jakości opieki zdrowotnej i wskazano, gdzie dane dotyczące kosztów pozwalają nam ocenić wartość. Jednakże, dowody na koszt nowych procesów i modeli kadrowych są stosunkowo skąpe. Aby osiągnąć wartość, konieczna jest znajomość kosztów, a organizacje opieki zdrowotnej potrzebują odpowiednich zachęt, aby dostosować swoje interesy do społecznego celu, jakim jest wartość. Ponieważ zwrot kosztów jest w coraz większym stopniu powiązany z wartością, decydenci w szpitalu powinni rozważyć nowe interwencje i procesy w połączeniu z wynikami, aby można było przedstawić uzasadnienie biznesowe ich przyjęcia. Zwrot kosztów można wykorzystać w celu uzasadnienia biznesowego przyjęcia procesów o wysokiej wartości lub uniknięcia interwencji o niskiej wartości. Analizując te i wiele innych publikacji, które ukazały się od tego czasu. A zwróć uwagę na fakt, że jest to dość „stary materiał”, a już pokazujący kierunek badań, które jasno wskazują na wartość opieki pielęgniarskiej. I nie mogę się doczekać, kiedy nasze prace naukowe nie będą oceniać tylko jakości życia, aby ją ocenić, lecz także zaproponują konkretne rozwiązania do wdrożenia dla praktyki, lub poziom wyżej – pokażą wartość opieki pielęgniarskiej w podnoszeniu jakości życia pacjenta, dodawania zdrowia do lat, czy wreszcie unikania zdarzeń niepożądanych, lub też zgonów.

Mam nadzieję, że pokazałam poprzez badania innych, że pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w tworzeniu wartości. Istnieją wyraźne dowody na to, że personel pielęgniarski, szkolenie i środowisko organizacyjne odgrywają kluczową rolę. Chociaż istnieją badania mierzące wartość netto interwencji, większość koncentruje się na wynikach i nie bierze pod uwagę kosztów. Mam nadzieję, że poprzez zdefiniowanie wartości i podkreślenie roli, jaką odgrywają koszty, przyszłe badania dostarczą decydentom i ubezpieczycielom informacji o tym, jak nagradzać wartość i jak tworzyć zachęty, aby zachęcić organizacje opieki zdrowotnej do skupienia się na zapewnianiu opieki o wysokiej wartości.

Życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek, aby ich opieka stała się wartością widzialną przez płatnika i system, ale także aby stała się rozpoznawalna nie tylko przez pacjentów, lecz szczególnie przez liderów pielęgniarstwa, których obowiązkiem jest dążenie, aby tę wartość pokazać i przekonać do takiego, a nie innego modelu pracy – profesjonalizacji zawodu.

dr hab. Dorota Kilańska
prof. UMed./GuMed.,
prezes Fundacji Florencia

OFERTY PRACY

Salve Medica ul. Szparagowa 10

• pielęgniarka operacyjna/instrumentariuszka

Będziesz odpowiedzialny/a za:

- opieka nad pacjentami przed zabiegiem,
- organizowanie własnego stanowiska pracy zgodnie z przepisami,
- koordynowanie i przygotowanie sprzętu, aparatury, instrumentarium, bielizny operacyjnej i materiałów dodatkowych potrzebnych do zabiegów operacyjnych,
- współpraca z zespołem operacyjnym,
- zarządzanie jakością świadczeń realizowanych przez pielęgniarki bloku operacyjnego,
- dokumentowanie działań pielęgniarki operacyjnej związanych z wykonywaniem zabiegów operacyjnych.

Nasze wymagania:

- wykształcenie min. średnie – preferowane ukończone studia I stopnia z zakresu pielęgniarstwa,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- ukończony kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa operacyjnego,
- mile widziane doświadczenie w pracy przy wykonywaniu zabiegów okulistycznych,
- silna orientacja na pacjenta,
- empatia, chęć niesienia pomocy innym,
- wysoka kultura osobista, umiejętność pracy w zespole oraz dobra organizację pracy własnej.

Oferujemy:

- pracę w nowoczesnym centrum medycznym,
- czas pracy dostosowany w pełni do deklarowanej dyspozycyjności,
- młody, energiczny zespół,
- możliwość dofinansowania szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje,
- dofinansowanie do karty sportowej (przy formie zatrudnienia: UoP),
- stabilne zatrudnienie (umowa o pracę, umowa zlecenie lub B2B – wg preferencji),
- dostęp do usług medycznych i ubezpieczenia grupowego.

PODZIĘKOWANIA

Z głębi serca składamy ogromne podziękowania dla Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie za otoczenie naszej zmarłej Mamy wspaniałą opieką i miłością. Dziękujemy całemu zespołowi lekarskiemu, pielęgniarskiemu, psychologowi, rehabilitantowi, opiekunom medycznym i pozostałemu personelowi za profesjonalnie niesioną pomoc, wyjątkową empatię, wyrozumiałość, ludzkie podejście i serce, jakie wkładacie w swoją pracę. Pragniemy wyrazić szczególną wdzięczność i szacunek dla:

- oddziałowej **Pani Anny Manes**, za okazane, nieocenione, ogromne wsparcie, życzliwość, uśmiech, dobre słowo i każdą rozmowę z Mamą, która dawała nadzieję na lepsze jutro i wywoływała uśmiech na Jej twarzy,
- **Pana Doktora Filipa Chojnackiego** za wspaniałą opiekę, cierpliwość, szczerą rozmowę, przygotowanie nas na moment odejścia i za możliwość bycia z Mamą dzień i noc do samego końca,
- **Pani Doktor Moniki Sznajder**, pielęgniarkę: **Pani Jolanty Korbickiej** i **Pani Ewy Jóźwik**, za tę ostatnią, trudną, ale bardzo szczególną noc; to dzięki Waszej fachowej wiedzy, ogromnemu sercu i zaangażowaniu nasza Mamusia odeszła godnie, bez bólu i cierpienia,
- **Księdza Orfeusza** za posługę duchową i opatrzenie Mamy Sakramentami Świętymi na ostatnią drogę.

Ogromne podziękowania kierujemy również dla fantastycznych **Wolontariuszy**, którzy rezygnują z części swojego prywatnego życia, aby nieść wszystkim pacjentom pomoc, wielkie wsparcie, uśmiech, za empatię, życzliwość, uśmiech i ciepłe słowo.

Podarowaliście nam Państwo dodatkowych 18 cudownych dni z naszą Mamusią, za co z całego serca dziękujemy.

Z wyrazami wdzięczności
córki
Anna Krzykalska i Iwona Olczak
z rodzinami

Przegląd wybranych metod regulacji poczęć

dr n. med. **BOGUSŁAWA RUDNICKA**
WERONIKA STERNICZUK

Skuteczność wybranych metod antykoncepcji – Indeks Pearla

kalendarzyk małżeński	10–45
Metoda Billingsów (obserwacja śluzu szyjkowego)	0,5–3
Metoda termiczna	0,6–20
Prezerwatywa	3,9–13,8
Środki plemnikobójcze	2–30
Wkładka wewnątrzmaciczna	0,6–2,9
Wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca lewonogestrel	0,1
Pierścienie dopochwowe	0,65
Plastry antykoncepcyjne	0,2–0,9
Depo-Provera – iniekcje i.m./s.c.	0,1
Tabletki antykoncepcyjne jednoskładnikowe	0,7–5
Tabletki antykoncepcyjne dwuskładnikowe	0,2–2,5
Ubezplodnienie mężczyzny	0–0,5
Ubezplodnienie kobiety	0–0,2

Antykoncepcja jest podstawowym elementem kontroli urodzeń. Jej celem jest niedopuszczenie do zapłodnienia komórki jajowej lub do jej zagnieżdżenia w błonie śluzowej macicy. Efekt ten można osiągnąć poprzez zastosowanie różnych metod – naturalnych, farmakologicznych, mechanicznych lub chirurgicznych. Antykoncepcja powinna spełniać następujące kryteria – powinna być jednocześnie bezpieczna, skuteczna, odwracalna, prosta w użyciu, łatwo dostępna oraz powinna posiadać przystępną cenę. Celem pracy jest przegląd literatury dotyczący podstawowych informacji o wybranych metodach regulacji poczęć, omówienie ich działania i skuteczności, a także przekrój informacji na temat doboru metody antykoncepcji.

Naturalne metody regulacji poczęć to inaczej metody okresowej wstrzemięźliwości, które polegają na zrezygnowaniu ze współżycia płciowego w okresie okołouwulacyjnym. Najprostszą i jednocześnie najmniej skuteczną naturalną metodą regulacji poczęć jest kalendarzyk małżeński. Polega na określeniu dnia owulacji – w przypadku kobiety o regularnym, 28-dniowym cyklu wstrzemięźliwość zachowania pomiędzy 11 a 16 dniem cyklu powinna zmniejszyć ryzyko zajścia w ciążę. Jest to jednak metoda dość mało skuteczna o czym świadczy wysoki wskaźnik Pearla 10–45. Inną naturalną metodą regulacji poczęć jest metoda termiczna, którą określa się poprzez pomiar porannej temperatury ciała kobiety. Metoda ta jest oparta na fakcie podwyższenia ciepłoty ciała pod wpływem progesteronu. Jest ona względnie skuteczna, oczywiście przy przestrzeganiu zasad jej stosowania – indeks Pearla wynosi 0,6–20. Ostatnią z opisanych naturalnych metod jest metoda Billingsów – polega ona na ocenie śluzu szyjkowego, która rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu krwawienia miesięcznego. Jest to metoda z wysoką skutecznością, wskaźnik Pearla znajduje się w granicach 0,5–3.

Metody barierowe

Najpopularniejszą w tej grupie metodą antykoncepcji jest prezerwatywa, czyli wykonany z lateksu, cienki pojemnik zakończony okrężnym pierścieniem, zakładany na prącie w stanie wzwodu przed odbyciem stosunku. Aktualnie na rynku widnieje duża różnorodność prezerwatyw w zależności od rozmiaru, koloru, faktury. Standardowe wymiary prezerwatyw to długość 15–20 cm, średnica 3–3,5 cm i grubość w granicach 0,03–0,07 mm. Skuteczność antykoncepcyjna prezerwatyw jest stosunkowo wysoka – indeks Pearla wynosi 3,9–13,8 w zależności od stosowania się użytkownika do zasad stosowania tej metody. Możliwe niepowodzenie ich skuteczności może być związane z ich pęknięciem, zsuwaniem się prezerwatywy w trakcie lub po stosunku oraz uszkodzeniami mechanicznymi. Główna zaleta stosowania tej metody to skuteczne zapobieganie przenoszeniu chorób przenoszonych drogą płciową. Są one łatwo dostępne, względnie tanie i proste w użyciu. Istnieją również prezerwatywy żeńskie, błony pochwowe i kapturki naszyjkowe. W Polsce nie są one spopularyzowane, a więc jest to rzadki wybór wśród Polek.

Metody chemiczne zwane są środkami plemnikobójczymi. Najczęściej występują pod postacią tabletek używanych dopochwowo, żelów, kremów lub pianek. Środki zawierają spermicyd, środek o właściwościach plemnikobójczych – nonoksydon-9 i chlorek dwumetylobenzyloamonowy. Tabletki aplikuje się do pochwy na kilkanaście do kilkudziesięciu minut przed stosunkiem płciowym. Tabletki rozpuszcza się i wytwarza gęstą pianę o właściwościach plemnikobójczych – długość trwania właściwości wynosi około 2 godzin w zależności od producenta. Żele, kremy i pianki aplikuje się bezpośrednio na błonę śluzową pochwy. Pienią się mniej w porównaniu do tabletek, a ich czas działania jest podobny. Skuteczność chemicznych metod antykoncepcyjnych wynosi 2–30 w indeksie Pearla w zależności od stosowania się do zasad stosowania tej metody.

Skuteczność antykoncepcji

Aby ocenić skuteczność różnych metod antykoncepcji używa się specjalnie opracowanego dla tego celu wskaźnika Pearla. Określa on liczbę ciąż na 100 kobiet stosujących daną metodę zapobiegania ciąży w okresie roku, a więc im niższy wskaźnik Pearla, tym bardziej skuteczna jest metoda. Przy doborze antykoncepcji warto jednak opierać się na rzeczywistym wskaźniku Pearla, a nie na najniższym spodziewanym. Rzeczywisty wskaźnik uwzględnia błędy popełniane przy stosowaniu antykoncepcji podczas stosunku w przeciwieństwie do najniższego spodziewanego, a jak wiadomo każde odstępstwo od instrukcji stosowania może mieć wpływ na jej skuteczność. Skuteczność wybranych metod antykoncepcji przedstawiono w tabeli.

Metody hormonalne

Antykoncepcja hormonalna systematycznie się rozwija, staje się coraz bardziej dostępna w wielu formach, co sprawia, że kobieta wraz ze specjalistą może dobrać najbardziej odpowiednią dla siebie metodę. Wśród metod antykoncepcji hormonalnej można wyróżnić m.in. tabletki antykoncepcyjne (jedno, dwu i trójfazowe), plastry, zastrzyki, implanty podskórne, pierścienie dopochwowe oraz wkładki wewnątrzmaciczne. Środki antykoncepcyjne hormonalne mają w pełni odwracalne działanie co jest istotne, ponieważ większość z nich poza wpływem na błonę śluzową macicy i śluz szyjkowy hamuje też owulację, zaburzając proces dojrzewania pęcherzyka jajowego. Implant podskórny jest niewielkich rozmiarów giętkim pręcikiem, w którym znajduje się hormon progestagen, stopniowo uwalniany do organizmu kobiety. Metoda ta hamuje owulację oraz wywołuje zmiany w śluzie szyjki macicy, które znacznie utrudniają poruszanie się plemników. Długość implantu to ok. 4 cm oraz średnicy 2 mm. Umieszcza się go pod skórą w tej ręce, która nie jest dominująca. Zastrzyki antykoncepcyjne są domięśniową metodą aplikacji dawki hormonów. Wykonuje się je co 3 miesiące. Do krwioobiegu stopniowo uwalnia się substancja o działaniu podobnym do działania naturalnego progesteronu. Zaletą tej metody jest brak konieczności codziennego przyjmowania hormonów. Tabletki antykoncepcyjne można podzielić na jednoskładnikowe tzw. mini-pills i dwuskładnikowe. Jest to jedna z popularniejszych metod antykoncepcji hormonalnej. Najpowszechniejszy schemat stosowania tabletek zawierających estrogeny i progestageny to 21 tabletek – po jednej każdego dnia, preferowany o stałej porze (co pozwala osiągnąć prawie 100 proc. skuteczności) i 7 dni przerwy na krwawienie „miesiączne”. Tabletki różnych firm różnią się najczęściej dawką etynyloestradiolu i rodzajem progestagenu – każdy z nich ma swoje cechy charakterystyczne i inne skutki uboczne. Stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej to jeden z częściej identyfikowanych czynników, który potencjalnie może sprzyjać rozwojowi przewlekłej choroby żyłnej (PChŻ). Plastry antykoncepcyjne są dostępne na rynku stosunkowo od niedawna. Ich technologia produkcji różni się w zależności od producenta. W plastrach typu matrix estradiol wchłania się bezpośrednio z powierzchni klejącej. W przypadku plastrów typu reservoir hormony są w zbiorniku zawierającym roztwór alkoholowy. W zależności od instrukcji stosowania przykleja się plaster na kilka dni. Wkładki antykoncepcyjne. To jedna z najczęściej wybieranych metod antykoncepcji wśród kobiet. Wkładki wykonywane są z tworzyw sztucznych, mają różne kształty jednak te najbardziej znane przypominają wyglądem literę „T”. Jest to metoda długoterminowa i odwracalna. Wkładki wewnątrzmaciczne mogą zawierać miedź (jest to metoda niehormonalna) lub posiadać system uwalniający lewonorgestrel w małej dawce. Wkładki są aplikowane przez lekarza ginekologa do jamy macicy po uprzedniej kontroli cytologicznej szyjki macicy, często podczas krwawienia miesięcznego. W tabeli znajdują się przeciwwskazania bezwzględne do stosowania antykoncepcji wewnątrzmacicznej. Ich działanie w zależności od producenta i rodzaju wkładki utrzymuje się 3, 5 lub więcej

lat. Po upływie czasu działania wkładkę należy usunąć lub wymienić na nową. W przypadku zdrowej pacjentki nie jest wymagana przerwa między usunięciem starej, a zaaplikowaniem nowej wkładki antykoncepcyjnej. Wkładki antykoncepcyjne hormonalne mają jeden z najniższych wskaźników Pearl'a, a więc ich skuteczność jest bardzo wysoka. Posiadają one zbiornik, z którego każdego dnia uwalniany jest hormon przez cały okres działania wkładki.

Przeciwwskazania bezwzględne do stosowania wkładek wewnątrzmacicznych

- Ciąża
- Niediagnozowane krwawienia z dróg rodnych
- Stany zapalne przydatków
- Nieprawidłowy wynik badania cytologicznego
- Przebyte bakteryjne zapalenie wsierdzia
- Leczenie immunosupresyjne
- Zakażenie HIV
- Ciąża ektopowa w wywiadzie u nieródki
- Uczulenie na miedź
- Choroba Wilsona

Dobieranie antykoncepcji powinno się odbywać na podstawie wcześniej wykonanych badań, do których należą: badanie podmiotowe (wywiad personalny i rodzinny), badania biochemiczne, badanie ginekologiczne, USG transwaginalne, cytologia oraz badanie piersi. Badania wykonuje się w celu wykluczenia przeciwwskazań do wdrożenia antykoncepcji i jednocześnie wyboru metody, która będzie najkorzystniejsza i bezpieczna dla pacjentki. Przy antykoncepcji hormonalnej kobieta powinna powyższe badania wykonywać przynajmniej raz w roku – z wyłączeniem cytologii, którą wykonuje się rutynowo, nie rzadziej niż co 3 lata (przy prawidłowym wyniku).

W Polsce dostępnych jest wiele metod regulacji poczęć. Od naturalnych poprzez barierowe do hormonalnych. Wszystkie z nich mają swoje zalety jak i wady. Ostatecznego wyboru metody antykoncepcji powinien dokonać lekarz uwzględniając wywiad, preferencje pacjentki, skuteczność oraz bezpieczeństwo stosowania danej metody.

Weronika Sterniczuk
Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Położnictwa Praktycznego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr n. med. Bogusława Rudnicka
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedry Ginekologii i Położnictwa

Rola położnej w edukacji zdrowotnej nastolatki

dr n. med. MAGDALENA KOŁODZIEJ



Błędny jest myślenie, że praca położnej skupia się tylko i wyłącznie wokół odbierania porodów. Położna doskonale sprawdza się także w roli edukatora i to niezależnie od wieku pacjentki. W edukacji zdrowotnej nastolatki tłumaczy ona wiele aspektów, odpowiada na pytania i wyjaśnia niewiadome, które nurtują młode kobiety.

Zawód położnej jest ściśle związany z opieką położniczo-ginekologiczną. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej mówi, że jest on samodzielnym zawodem medycznym. Zgodnie z tym ma określone ramy, w których położna może realizować zadania bez konsultacji z lekarzem, biorąc pełną odpowiedzialność za ich przeprowadzenie. Dzięki temu położna jest samodzielnym specjalistą w zakresie opieki nad kobietami w różnych okresach ich życia. Położna jest bardzo ważną osobą w życiu każdej kobiety. Towarzyszy jej już od pierwszego dnia, czyli dnia narodzin. Położna towarzyszy również kobietom w czasie porodu oraz pomaga w dalszej opiece nad noworodkiem. Zajmuje się również edukacją seksualną, zdrowotną, profilaktyką chorób kobiecych, poradnictwem w zakresie planowania rodziny, macierzyństwa i ojcostwa. Może samodzielnie wykonywać określone rozporządzeniem zadania w profilaktyce, diagnostyce, leczeniu oraz rehabilitacji schorzeń ginekologicznych. Osoba wykonująca ten zawód musi posiadać odpowiednie wykształcenie, które potwierdzone jest dyplomem ukończenia studiów wyższych oraz prawem wykonywania zawodu.

Edukacja zdrowotna to proces dydaktyczno-wychowawczy, którego zadaniem jest nauczyć społeczeństwo jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz stworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku

choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki. Edukacja zdrowotna ma na celu podjęcie zmian zachowania na korzystne dla zdrowia. Edukacja od najmłodszych lat pozwala na wypracowanie nawyków zapobiegania chorobom oraz profilaktyki. Proces ten trwa przez całe życie.

Edukacja zdrowotna w położnictwie jest ważnym elementem sprawowania opieki nad kobietą w każdym okresie jej życia. Położna poprzez edukację przygotowuje do rodzicielstwa, urodzenia dziecka włącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia. W praktyce położniczej wykorzystywane są różne formy i metody edukacji zdrowotnej.

Głównymi celami edukacji zdrowia jest nauka młodych ludzi w zakresie:

- higieny osobistej,
- pierwszej pomocy,
- zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej,
- zdrowia psychospołecznego,
- edukacji seksualnej,
- zapobiegania używania substancji psychoaktywnych,
- przeciwdziałania agresji i przemocy wśród uczniów

Do położnej zgłosić mogą się kobiety w każdym wieku i z każdym problemem. Są to kobiety w okresie menopauzy jak i młode kobiety wchodzące w okres dojrzewania. Celem wprowadzenia edukacji zdrowotnej w młodym wieku jest:

- zrozumienie, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i w jaki sposób należy o nie dbać,
- rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi,
- poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych.

Nieletnia kobieta jest szczególnym świadczeniobiorcą ze względu na swoją niepełnoletność, a co za tym idzie niemożność w pełni decydowania o sobie. O tym czy dziewczynka ma być badana przed ukończeniem 16 roku życia decydują tylko i wyłącznie opiekunowie. Natomiast jeżeli mamy do czynienia z pacjentką w wieku od 16 do 18 lat, konieczna jest zgoda zarówno nastolatki, jak i jej rodzica/opiekuna prawnego – obie strony muszą wyrazić zgodę, w przeciwnym razie badanie/diagnostyka lub leczenie nie odbędzie się. Dziecko, które ukończyło 16 rok życia ma prawo do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia i planowanym procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Idealnym miejscem do przekazywania treści prozdrowotnych jest środowisko szkolne. Celem takiej edukacji jest przede wszystkim pobudzenie myślenia i działania w kierunku podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących sposobów spędzania wolnego czasu, higieny osobistej, różnego rodzaju używek. Edukacja zdrowotna to proces, który trwa przez całe życie. Oprócz takich zagadnień, jak higiena osobista, higiena otoczenia, odżywianie, aktywność fizyczna ważną rolę pełni również edukacja seksualna. Okres dojrzewania to najbardziej burzliwy okres w życiu każdego człowieka. Okres ten rozpoczyna się przeciętnie już w wieku 11 lat a trwa do około 22 roku życia podczas tego czasu można wyróżnić:

- okres dojrzewania biologicznego – trwa do około 18–20 roku życia
- płciowego – rozpoczyna się u dziewczynki około 11 roku życia, a u chłopców trochę później i trwa do ukończenia 16 lat
- seksualnego – koniec tego okresu wyznacza zdolność do przeżywania orgazmu. U płci żeńskiej to czas między 18 a 24 rokiem życia a u płci przeciwnej trochę wcześniej
- psychoseksualnego – ten okres dojrzewania biologicznego trwa do około 18/20 roku życia.

Pierwszy kontakt z położną nieletniej pacjentki najczęściej ma miejsce podczas pierwszej wizyty u ginekologa. Położna odgrywa tu ogromne zadanie, a mianowicie musi stać się oparciem dla młodej pacjentki, powinna wykazać się dużą empatią oraz zapewnić jak najlepsze warunki do poszanowania intymności. Pierwsza wizyta u ginekologa jest dla dziewczynki ogromnym przeżyciem emocjonalnym, dlatego należy zadbać o to, by przebiegła ona jak najbardziej komfortowo dla pacjentki, by nie zraziła się do tego typu wizyt. Lęk po pierwszej, nieprzyjemnej wizycie może nieść za sobą konsekwencje typu rezygnacji z kolejnych wizyt u ginekologa, co przekładać się będzie zaniebdaniem profilaktyki i np. niemożliwością wykrycia schorzeń, chorób, czy też innych nieprawidłowości.

Pierwsza wizyta u ginekologa, w przypadku braku kłopotów zdrowotnych w zakresie chorób ginekologicznych, powinna odbyć się jeszcze przed rozpoczęciem życia płciowego. Powinna być również powiązana z pobraniem po raz pierwszy rozmazu cytologicznego. Zadaniem położnej w tym przypadku jest omówienie z młodą pacjentką poszczególnych etapów badania ginekologicznego przed wizytą. Powinna opisać pacjentce na czym polega pobranie rozmazu cytologicznego, a także upewnić się czy jest ona przygotowana do pobrania tego badania. Położna powinna pokazać miejsce, w którym pacjentka będzie mogła przygotować się do badania oraz zapytać o ostatnią miesiączkę, stosowanie leków do pochwy czy też współżycie seksualne.

W ramach kompetencji położnej jest również udzielenie informacji zgodniej z aktualnymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia odnośnie do szczepień ochronnych. Może ona udzielić wyczerpujących informacji o celowości szczepienia, skutkach ubocznych, przeciwwskazaniach oraz odpłatności. W Polsce od kilku lat można szczepić kobiety przeciwko HPV – wirus brodawczaka ludzkiego. Na rynku dostępne są trzy rodzaje szczepionki, a mianowicie czterowalentna, dwuwalentna oraz dziewięciowalentna w zależności od typu. Szczepionki te przeznaczone są kolejno dla kobiet w wieku 9–25 lat, 10–26 lat i 9–26 lat.

Okres dojrzewania przynosi ze sobą wiele nowości, które są często sprawami wstydlivymi i krępującymi stąd najczęstszym źródłem pozyskiwania informacji na tematy związane z seksualnością jest Internet. Zazwyczaj rodzice proszeni o pomoc unikają odpowiedzi uważając, że jest na to jeszcze czas, krępują się lub po prostu nie potrafią wygospodarować czasu dla swojego dziecka. Niektórzy rodzice boją się, że gdy dziecko dowie się o niektórych sprawach skłoni go to do wypróbowania nowej wiedzy. W większość rodzin w tym czasie stosunki między rodzicami a dzieckiem rozluźniają się, rodziny ze sobą nie rozmawiają, pomijane są sprawy seksualności, miłości, problemów nastolatków. W większości krajów Europy Zachodniej edukacja seksualna ogranicza się do przekazywania wiedzy biologicznej oraz informacji o sposobach antykoncepcji bez promowania wartości etycznych co skutkuje najwyższym wskaźnikiem ciąży wśród nastoletnich dziewczyn w Europie. Obniża się

również wiek inicjacji seksualnej, wzrost zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową u kobiet czy też gwałtowny wzrost liczby aborcji wśród nastolatek. W Polsce sytuacja edukacji seksualnej i konsekwencji przeważnie nie odbiega od tej w Europie Zachodniej. Jednym z celów kształcenia polskiej młodzieży jest pogłębianie wiedzy związanej z funkcjami rodziny, miłością, przyjaźnią, pełnieniem ról małżeńskich i rodzicielskich, ale zazwyczaj nauczyciele nie są przygotowani do przekazywania takiej wiedzy. Dlatego zaleca się prowadzenie takich zajęć przez osoby posiadające kwalifikacje, czyli na przykład położne po zrobieniu odpowiedniego kursu pedagogicznego. Jednakże dyrektorzy szkół rzadko kiedy zgadzają się na takie rozwiązanie, ponieważ ciągnie to za sobą dodatkowe koszty w efekcie czego dzieci nie posiadają w kwestii seksualności żadnej wiedzy lub zdają sobie sprawę tylko z niektórych aspektów.

Błędnym jest myślenie, że praca położnej skupia się tylko i wyłącznie wokół odbierania porodów. Położna doskonale sprawdza się także w roli edukatora i to niezależnie od wieku pacjentki. W edukacji zdrowej nastolatki tłumaczy ona wiele aspektów, odpowiada na pytania i wyjaśnia niewiadome, które nurtują młode kobiety.

Edukacja taka powinna zacząć się od omówienia zasad higieny okolic intymnych:

- stosowania bawełnianej bielizny zmienianej każdego dnia;
- podmywania się wodą z płynem do higieny intymnej rano i wieczorem oraz po defekacji;
- zachowania kierunku podcierania i podmywania się zawsze od spojenia łonowego do odbytu;
- stosowania odrębnego ręcznika do osuszania krocza;
- bezwzględnego zakazu siadania na deskach klozetowych w publicznych ubikacjach.

Jest to kilka najprostszych zasad i wskazówek, które pomogą nastolatce uniknąć niepotrzebnych infekcji oraz pomogą zachować odpowiednią higienę intymną. Kolejną sprawą poruszoną przez położną powinny być zasady higieny w czasie krwawienia miesiączkowego:

- stosowanie bawełnianej bielizny;
- stosowanie wkładek higienicznych/tamponów bawełnianych, częsta ich zmiana i sposób aplikowania;
- częste podmywanie się, po każdej defekacji;
- stosowanie do osuszania krocza jednorazowych ręczników;
- niekorzystanie ze zbiorników wodnych: kąpeli w basenie, czy w naturalnych akwenach wodnych.

Położna porusza też kwestię metod obserwacji cyklu krwawienia miesiączkowego. Edukuje pacjentkę poprzez objaśnianie metod obserwacji:

- metoda termiczna – polega na wykonywaniu codziennych pomiarów podstawowej temperatury ciała, zawsze rano i o możliwie tej samej porze, używając tego samego termometru; miejscem w którym dokonuje się pomiarów jest pochwa, jama ustna lub odbyt. Kobieta wybiera jedno miejsce i zawsze z niego korzysta;
- ocena śluzu szyjkowego – polega na ocenie zmienności śluzu szyjkowego;

- ocena konsystencji i położenia szyjki macicy – polega na samobadaniu szyjki macicy, które ma miejsce, w każdym dniu cyklu, po zakończeniu krwawienia miesiączkowego – w okresie niepłodnym szyjka jest twarda, a w okresie płodnym staje się miękka i swoją konsystencją przypomina policzek.

Kolejnym bardzo istotnym aspektem poruszonym przez położną w edukacji jest samobadanie piersi. Polega ono na samodzielnym wykonywaniu przez kobietę badania gruczołów piersiowych oraz dołów pachowych. Badanie to nie wymaga specjalistycznego sprzętu, ani przygotowania.

Ważne jest też, aby opowiedzieć nastolatce o ćwiczeniach mięśni dna miednicy mniejszej, które powinny być proponowane każdej kobiecie i wykonywane przez nią w ciągu całego życia. Ich celem jest stałe wzmacnianie siły mięśni, co zapobiega zaburzeniom statyki narządów miednicy mniejszej i nietrzymaniu moczu.

Położna rozmawia z pacjentką także o zasadach prawidłowego żywienia, co pomaga utrzymać zdrowie i ograniczyć występowanie chorób cywilizacyjnych, czy też układowych. Odgrywa ona bardzo ważną rolę, często niedocenianą. To ona jest z kobietą od chwili narodzin, aż do kresu jej życia – bada, edukuje, wspiera, motywuje, wyjaśnia. Daje cenne wskazówki pacjentką niezależnie od wieku. Pokazuje jak zachowywać zdrowie jak najdłużej poprzez instruowanie w samobadaniu oraz edukacji prozdrowotnej. Od najmłodszych lat uczy kobiety obcowania ze swoim ciałem i pomaga je zrozumieć. Dzięki czemu dziewczynka buduje swoje dobre nawyki.

Okres wkroczenia w dorosłość zarówno w sferze fizycznej jak i emocjonalnej oraz psychicznej jest dla nastolatek niezwykle trudne. Borykają się oni z niezrozumieniem, kompleksami i problemami w ich oczach nie do pokonania. Edukacja seksualna w szkołach powinna uczyć, uświadamiać i przestrzegać młodzież przed prawdopodobnymi negatywnymi skutkami zbyt lekkomyślnego wkroczenia w życie seksualne. Jest to zadanie niezwykle trudne, bo wymagająca walki z dużą ilością sprzecznych informacji docierających do młodych ludzi. Dlatego też ważna jest rola położnych w edukacji nastolatek a szczególnie nastolatek. Położne ze swoją wiedzą stanowią dla młodych ludzi rzetelne źródło wiedzy na wszystkie tematy związane ze zdrowiem intymnym, a ich profesjonalizm i otwartość działają zachęcająco a nie odstraszaająco dla młodzieży.

dr n. med. Magdalena Kołodziej
adiunkt
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedry Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa
kierunek Położnictwo

Z głębokim smutkiem i żalem informujemy, że w dniu 27 lutego 2024 r. odeszła na zawsze nasza Koleżanka

śp. Ewa Kołodziejska

Była jedną z nas – pielęgniarką.
Zawodowo związana ze Szpitalem Biegańskiego w Łodzi.

„Ktoś tutaj był, był, a potem zniknął i uparczywie go nie ma”

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia

Koleżanki i Koledzy, Współpracownicy
Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

śp. Krystyny Sawczenko

wieloletniego pracownika Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
w Dziale Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.
Odeszła nasza Koleżanka, wspaniała i zawsze oddana swojej pracy.
Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Wyrazy głębokiego żalu i współczucia Rodzinie i Najbliższym
składają

Koleżanki i Koledzy, Współpracownicy
Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Koleżance

Dorocie Szkudlarek

wyrazy szczerego współczucia i żalu z powodu śmierci Córki

składają
Koleżanki ze Stacji Dializ SK WAM ul. Żeromskiego 113 Łódź



**Uroczystości
50. rocznicy śmierci
Sługi Bożej
Stanisławy Leszczyńskiej**



Program Sportowy dla Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



Jak przystąpić do programu?

1. Wejdź na stronę Izby: www.oipp.lodz.pl i znajdź zakładkę o kartach FitProfit FitSport.
2. Kliknij w link do założenia konta na Platformie eVanityStyle.
3. Załóż konto - do założenia kontaktu potrzebne są: imię i nazwisko, email, numer PWZ – Prawo Wykonywania Zawodu (wpisz go w miejscu: „Identyfikator pracownika”). Zgłoszenia bez numeru PWZ nie będą brane pod uwagę.
4. Zamów odpowiednią kartę dla siebie (FitProfit lub FitSport) oraz dla osób towarzyszących oraz dzieci.
5. Dodaj karty do koszyka i opłać je przez wybrany system płatności online. Możesz ustawić zlecenie state lub opłacać karty jednorazowo, co miesiąc. W pierwszym miesiącu masz czas do 25 lutego na zamówienia kart, ale nie czekaj na ostatni moment.
6. Jeśli nie ustawiłeś zlecenia statego na Platformie eVS, wpłat należy dokonywać do 20. każdego miesiąca, poprzedzającego miesiąc, w którym abonament będzie aktywny. Brak dokonania wpłaty we wskazanym terminie oznacza wstrzymanie usługi do momentu kolejnej wpłaty.
7. Program startuje 1.03.2024. W tym dniu Twoje karty będą aktywowane i będziesz mógł korzystać z wybranych przez siebie obiektów. Karty fizyczne będą czekały na Ciebie do odbioru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (Emilii Plater 34, 91-762 Łódź), tel. 786 338 604 (w godzinach pracy biura), jednak będziesz mógł bez problemu korzystać z programu sportowego dzięki pobranej aplikacji (aplikacja „VanityStyle” do pobrania za darmo z Google Play oraz z App Store).
8. W przypadku pytań o obiekty zapraszamy na stronę: <https://www.vanitystyle.pl/obiekty> lub w przypadku pytań technicznych (Platforma eVS, zamawianie kart, rejestracja itp.) na Infolinię VanityStyle. Infolinia jest czynna od poniedziałku do niedzieli w godz. 7:00-21:00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. tel.: +22 371 50 72 email: infolinia@vanitystyle.pl.

BESTSELLER www.vanitystyle.pl

Karta FitProfit

- Nielimitowana ilość wejść do różnych obiektów jednego dnia
- Ponad 3800 obiektów w Polsce
- Dziesiątki aktywności sportowych
- Ponad 1200 rabatów na produkty i usługi

www.vanitystyle.pl

Karta FitSport

- 8 wejść do obiektów w miesiącu
- Ponad 2200 obiektów w Polsce
- Dziesiątki aktywności sportowych

Wybierz kartę dla siebie i dla bliskich!

Członek Izby OIPIP w Łodzi
Karta przeznaczona dla Członka Izby OIPIP w Łodzi

Osoba Towarzysząca
Z karty skorzystać mogą dwie osoby zgłoszone przez Członka Izby OIPIP w Łodzi

Dziecko
Każde dziecko Członka Izby OIPIP w Łodzi do 15 roku życia, posiadającego kartę, może również przystąpić do programu

Dziecko Basen
Dzieci Członka Izby OIPIP w Łodzi do 15 roku życia, który posiada aktywną kartę, mogą przystąpić do programu, gwarantującego dostęp do obiektów basenowych

Senior
Karta przeznaczona dla osób po 60 roku życia

Junior
Karta przeznaczona dla osób w wieku od 15 do 18 roku życia

www.strefa.vanitystyle.pl

Czy wiesz, że z aktywną kartą możesz korzystać ze **Strefy VanityStyle?**

- trening online
- zdrowe odżywianie
- materiały samorozwojowe

Start programu: 1 marca 2024 r.

Wybór oraz płatność za karty odbywa się po zalogowaniu do systemu składowego. Znajdziesz tam link do Platformy eVS - zarejestruj się i ustal hasło (podaj imię, nazwisko, adres e-mail oraz numer PWZ). Po zalogowaniu na Platformie eVS będziesz mógł zapoznać się z dostępnymi kartami oraz cenami. **Wybór i płatność w pierwszym miesiącu jest możliwa do 25.02.2024. Wybór karty oraz płatność są możliwe zawsze do 20. dnia miesiąca na miesiąc następujący.**

Karta tradycyjna czy karta w aplikacji w telefonie?

Pobierz aplikację VanityStyle na:



Nie czekaj! Zapisz się już dziś!

Informacje o zapisach: www.oipp.lodz.pl
Informacje o obiektach: www.vanitystyle.pl/obiekty