IMPULS

ISSN 1230-5901 Nr 1-2 (319-320) z Dodatkiem, WARSZAWA, marzec 2023 r.



WARSZAWSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

Wszystkim pielęgniarkom,
pielęgniarzom i położnym pragnę złożyć
najserdeczniejsze życzenia spokojnych
i radosnych świąt.
Niech los pomaga Państwu
zrealizować wszystkie plany
i spełnić nawet najskrytsze marzenia tak,
abyście w każdej chwili mogli
odnajdywać szczęście.



W imieniu Okręgowej Rady
Warszawskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Anna Dudzińska

IMPULS
ISSN 1230-5901 Dodatek do nr 1-2 (317-318), WARSZAWA, marzec 2023 r.



WARSZAWSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

Spis treści

Szkolenia unijne
Projekt „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych"
Kurs: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych 5
Kurs: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa..... 8
Kurs: Komunikacja interpersonalna jako kluczowy element wpracy pielęgniarek 11
Podziękowania za uczestnictwo w szkoleniach unijnych 15
Konferencja w Hotelu Hilton 16
Międzynarodowa wymiana stypendialna doktorantów i kadry akademickiej..... 21
SkillsPoland..... 23
Odwiedziny studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 24
Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2 25
Kompetencje przyszłości w pielęgniarstwie 38
Jak zorganizować opiekę koordynowaną? 41
Rozbudowa Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie..... 42
Kompetencje pielęgniarek w zakresie kwalifikowania i szczepienia dzieci przeciw grypie – pismo Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego do Prezes NRPiP..... 43
Podziękowania..... 46
Pożegnania 50

Kolegrium redakcyjne:

Ewa Przesławska
Nikoleta Broda
Jacek Wojciechowski

Kontakt z redakcją:

Warszawska Okręgowa
Izba Pielęgniarek i Położnych
Redakcja Biuletynu
ul. Żelazna 59, VII piętro,
00-848 Warszawa
e-mail: woipip@woipip.pl
http://www.woipip.pl
tel. 22 826-84-77

Godziny pracy biura:

poniedziałki, wtorki
i środy 8:00 – 16:00
czwartki 8:00 – 17:00
piątki 8:00 – 15:00

Warunki publikacji nadesłanego materiału:

1. Nadesłany tekst musi być podpisany: imię, nazwisko, zawód/stanowisko, ew. miejsce pracy (do wiadomości redakcji należy podać adres i nr telefonu).
2. Artykuły przyjmowane są w wersji elektronicznej zapisane w formacie Word (edytowalne).
3. Tekst: Times New Roman, rozmiar 12, interlinia 1,5 bez wersalików podkreśleń itp. Tekst wymagający wyróżnienia należy pogrubić (**wyboldować**).
4. Miejsce wstawienia rycin i ilustracji zaznaczone: >>>ryc. 1<<<
5. Obrazki i ryciny w oddzielnym pliku w wersji edytowalnej podpisane numerem obrazka.
6. Przypisy i bibliografia na końcu tekstu.
7. Jeśli tekst jest przedrukiem należy podać pełne źródło (adres internetowy) i zgodę na przedruk.
8. Materiały do biuletynu należy przesłać na adres: wostrega@interia.pl lub merytoryczny@woipip.med.pl
9. Redakcja:
   a) nie publikuje tekstów anonimowych,
   b) zastrzega prawo redagowania tekstów,
   c) nie zwraca nadesłanych materiałów,
   d) nie odpowiada za treść nadesłanych ogłoszeń.

Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
District Chamber of Nurses and Midwives

Warszawa, dnia 9 lutego 2023 r.

ZAWIADOMIENIE

Okręgowa Rada Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie uprzejmie informuje, iż w dniach **30 i 31 marca 2023 r.** w **Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, ul. Okopowa 59** odbędzie się XXVI Okręgowy Zjazd Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Rejestracja uczestników rozpocznie się od godz. 8^{00}.

Przypominam, iż zgodnie z § 3 ust. 2 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie stanowiącego załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 1 XXIII Okręgowego Zjazdu Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie z dnia 27 marca 2017 r. w sprawie, Regulaminu Okręgowego Zjazdu Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych obecność na zjeździe jest obowiązkowa.

W przypadku przewidywanej nieobecności delegata należy w biurze Okręgowej Izby zgłosić na piśmie powiadomienie o absencji.

Niniejsze zawiadomienie jest niezbędne do wejścia na teren Zjazdu.

SEKRETARZ
Okręgowej Rady
Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Jacek Wojciechowski

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady
Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Anna Dudzińska

00-848 Warszawa ul. Żelazna 59 POLAND / Tel. (0-22) 826 84 77, 826 84 42, fax. 826 78 08 / www.woipip.pl / woipip@woipip.pl
NIP 525-14-12-932 / REGON 012100301

SZKOLENIA UNIJNE

Przebieg poszczególnych form kształcenia podyplomowego ze środków unijnych, objęty jest w całym kraju dotacją unijną. Pierwsze wrażenia koleżanek i kolegów przedstawiamy w zebranych wywiadach z uczestnikami szkoleń.



Projekt „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych" – zaproszenie do udziału

Kurs: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych

Elektrokardiografia jest badaniem diagnostycznym wykorzystywanym w medycynie przede wszystkim w celu rozpoznania chorób mięśnia sercowego. Jest badaniem nieinwazyjnym i bezbolesnym, pozwala na ocenę pracy serca i wykrycie ewentualnych nieprawidłowości. O tym, jak ważnym elementem diagnostycznym w pracy pielęgniarki i położnej jest badanie EKG rozmawialiśmy z Renatą Kuźmą, pielęgniarką oddziałową oddziału wewnętrznego i Izby przyjęć Szpitala Powiatowego w Człuchowie, wykładowczynią kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych" na terenie OIPIP w Słupsku.

Kiedy rozmawiałyśmy po raz pierwszy, powiedziała Pani, że zaskoczeniem było bardzo duże zainteresowanie wyżej wspomnianym kursem, prowadzonym w ramach projektu „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych". Jak Pani myśli, z czego to wynika?

To zainteresowanie naprawdę jest ogromne – projekt dopiero się rozpoczął, a my na terenie naszej izby słupskiej zrealizowaliśmy już 3 edycje, czyli 96 pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych nabyło

nowe kompetencje i kwalifikacje. Projekt zakłada, że w kursie mogą brać udział 32 osoby, niestety nie wszystkim udało się zakwalifikować. Zainteresowanie wynika z coraz większej świadomości, że wiedza i fachowe umiejętności są niezbędne w zawodach, które reprezentujemy. W naszej pracy musimy być profesjonalni i kompetentni – tego wymaga od nas pacjent, nasze środowisko i nie ma miejsca na błąd. Kolejnym powodem ogromnego zainteresowania kursami naszych koleżanek i kolegów jest z pewnością fakt, że OIPIP w Słupsku organizuje kursy w powiatach. Kurs ten realizujemy w szpitalu powiatowym w Człuchowie za zgodą zarządu i powiatu oddalonego o 124 km od siedziby izby słupskiej, a więc to my, organizatorzy wychodzimy naprzeciw potrzebom pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych. Zawsze problemem była odległość, nasze położenie geograficzne, czas i koszty związane z dojazdem do ośrodków szkoleniowych do Słupska, Gdańska, czy Piły.

Jaka była średnia wieku uczestników kursu, czy największe zainteresowanie widać wśród osób które niedawno weszły do zawodu?

Wszyscy wiemy, że średnia wieku w naszym zawodzie to 50+, więc bardzo cieszy widok młodych koleżanek i kolegów wchodzących do zawodu. 70% uczestników kursu elektrokardiografii u dorosłych to były osoby w wieku do 35 lat, widać ich motywację do uczenia się. Mają świadomość tego, jak ważne w naszych zawodach jest posiadania wiedzy i umiejętność wykorzystania jej w praktyce. Jest to dla mnie osobiście bardzo budujące.

Od kiedy pielęgniarki i położne mogą wykonywać EKG?

Pielęgniarki i położne zawsze wykonywały te badania, robiły to technicznie, ale nie mogły tych badań interpretować. Niestety dochodziło do wielu błędów, ponieważ nie posiadały szczegółowej pogłębionej wiedzy z tego zakresu. Pierwsze kursy pojawiły się w latach 2000–2003. W obecnych czasach niezbędne jest posiadanie uprawnień do wykonywania i interpretacji zapisu EKG. Od 2007 r. mamy rozporządzenie, które zabrania wykonywania badania EKG pielęgniarkom i położnym, które nie posiadają kursu specjalistycznego w tej dziedzinie .

Kurs jest podzielony na część teoretyczną oraz praktyczną. Jakie są najważniejsze efekty kształcenia?

Oczywiście cały kurs jest ściśle przygotowany wg harmonogramu CKPPiP w trakcie realizacji kursu mamy 50 godz. wykładów i 58 godz. stażu w oddziałach kardiologicznym, internistycznym i pracowni diagnostyki nieinwazyjnej. Kursanci uczą się obsługi różnego rodzaju aparatów rejestrujących zapis EKG, takich jak Holter EKG, RR, próbę wysiłkową, ocenę zapisu EKG na monitorze. Najważniejszym efektem kształcenia jest uzyskanie wiedzy dotyczącej istoty celu oraz techniki badania elektrokardiograficznego, cech prawidłowego zapisu EKG, jak również cech podstawowych zaburzeń rytmu serca oraz otrzymują zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych" tym samym uzyskując uprawnienia do wykonywania samodzielnie badania EKG i ponoszą odpowiedzialność zawodową za ich prawidłowe wykonanie i interpretację.

Pielęgniarki i położne są odpowiedzialne za wykonanie zapisu EKG, co to oznacza w praktyce?

Wszyscy uczestnicy zdobyli wiedzę i umiejętność w różnicowaniu podstawowych stanów oraz nieprawidłowościach w zapisie EKG, zaburzeniach rytmu serca, rozpoznania zawału mięśnia sercowego, migotania przedsionków czy zaburzeń elektrolitowych. Uczestnicy kursu potrafią wykonać prawidłowo pod względem technicznym i zinterpretować prawidłowo według kryteriów rozpoznawczych zapis elektrokardiograficzny u osoby dorosłej. W praktyce oznacza to przede wszystkim pełen profesjonalizm, samodzielność i szybszą reakcję personelu na zmiany w zapisie EKG, prawidłowe wdrażanie właściwych procedur. Dla mnie każde podjęte działanie ze strony uczestników

kursu jest motywujące, bo ich praca i chęć ratowania ma wymiar nieoceniony, bowiem zawsze chodzi o zdrowie i życie człowieka, którym w danej chwili się opiekują. Nabywamy wiele uprawnień i umiejętności, ale musimy mieć świadomość tego, że nabywając i posiadając te uprawnienia mamy również obowiązki i ogromną odpowiedzialność zawodową, etyczną i prawną.

Uważa Pani, że kurs specjalistyczny „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych" jest jednym z trudniejszych kursów, dlaczego?



Zmiany woltażu wykrywane przy pomocy badania EKG są bardzo niewielkie, określa się je w miliwoltach i są niezrozumiałe dla niewykfalifikowanego medyka. Amplituda każdego załamka odpowiada wielkości napięcia wytwarzanego podczas kolejnych zdarzeń zachodzących w sercu. Aby zrozumieć istotę badania EKG, ważne jest wyjaśnienie pojęcia „odprowadzenia EKG", co często słyszymy. W skrócie odprowadzenia są różnymi spojrzeniami na aktywność elektryczną serca. Aparat EKG korzysta z informacji zebranych z 4 elektrod umieszczonych na kończynach i 6 elektrod przedsercowych w celu uzyskania zbiorczego obrazu aktywności elektrycznej serca, obserwowanej z 12 różnych punktów, 12 różnych spojrzeń. Ciekawe – prawda? Natomiast każde odprowadzenie ma swoją nazwę: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6. Kolejność poszczególnych odprowadzeń w zapisie EKG jest określona standardowo, aby interpretacja EKG była łatwiejsza. Proste? Nie dla każdego. Dlatego ten kurs uważany jest za jeden z trudniejszych

Czy mogłaby Pani podać jakiś przykład, kiedy ta umiejętność okazała się niezwykle ważna?

Oj, wiele mam takich przykładów. 12 lat temu prowadziłam pierwszy raz kurs elektrokardiografii w Człuchowie, w trakcie trwania kursu tłumaczyłam uczestnikom, w jaki sposób rozpoznajemy zawał mięśnia sercowego, co to jest odcinek S-T, na jakie odprowadzenia zwracamy uwagę, kiedy mówimy o zawale ściany dolnej, kiedy bocznej, kiedy przedniej. Po 3 dniach położna uczestnicząca w kursie, pracująca na oddziale ginekologii naszego szpitala, wykonała badanie EKG pacjentce na poł godziny przed zabiegiem operacyjnym tylko dlatego, że chora powiedziała: że jest jej duszno, była spocona, blada. Położna po wykonaniu badania zauważyła, że są uniesienia w odcinku S-T w odprowadzeniach V1 i V4. Obawiała się złej interpretacji swojego spostrzeżenia i przyszła z tym EKG do mnie. Pani położna miała rację, we dwie poinformowałyśmy ordynatora, odbyła się kolejna konsultacja anestezjologiczna i internistyczna. Pacjentkę przewieziono na oddział kardiologiczny. Zawsze warto korzystać z dodatkowych kursów podnoszących naszą wiedzę i umiejętności w codziennej pracy.

Pani Renato serdecznie dziękuję za rozmowę. Mam nadzieję, że dzięki naszej rozmowie kolejne osoby poczują motywację do skorzystania z szansy podniesienia kwalifikacji.

Po raz pierwszy biorę udział w tak ważnym projekcie i po raz pierwszy udzielam się w naszym zawodowym czasopiśmie. Jestem ogromnie dumna i szczęśliwa, że Państwo zainteresowaliście się naszą pracą w powiatach. Robimy wiele dobrego dla naszego środowiska, koleżanki naprawdę to doceniają i korzystają z kursów dla nich dedykowanych.

Rozmawiała: ***Patrycja Paradowska***



Projekt „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych”

Kurs: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

W trakcie kształcenia dyplomowego pielęgniarki i położne zdobywają wiedzę oraz umiejętności dotyczące samodzielnego rozpoznania stanu nagłego zagrożenia życia i podjęcia działań resuscytacyjnych. O tym, dlaczego tak ważne jest pogłębianie wiedzy z tego zakresu rozmawiamy z dr n. o zdr. Dorotą Kosiorek, pielęgniarką pracującą w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, kierownikiem kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” oraz „Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka”.

Pielęgniarki składają przyrzeczenie, że będą „Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim”. W tym kontekście umiejętność przeprowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej staje się niezwykle ważna...

Z pewnością pracownicy systemu ochrony zdrowia i studenci kierunków medycznych powinni posiadać i wykazać się umiejętnościami z zakresu udzielania pierwszej pomocy w nagłych sytuacjach. Znajomość tych zasad zwiększa szanse na właściwe reagowanie w sytuacjach zagrożenia zdrowia oraz życia i zapewnia poszkodowanym specjalistyczną pomoc. Statystyki pokazują, że gdyby przynajmniej 10% populacji potrafiło przeprowadzić RKO, uratowanoby aż milion osób rocznie. Mało kto zdaje sobie sprawę, że samo uciskanie klatki piersiowej w przypadku nagłego zatrzymania krążenia powoduje, że szansa na przeżycie wzrasta aż trzykrotnie, natomiast zaniechanie tych czynności zwiększa ryzyko zgonu aż o 10% w każdej minucie. Mózg człowieka jest w stanie wytrzymać bez tlenu zaledwie 5 minut, po tym czasie następuje śmierć komórek nerwowych, a zmiany te są nieodwracalne. Ta świadomość powinna motywować nas do niezwłocznego działania.

Czy uważa Pani, że nasza wiedzy i umiejętności w tym zakresie zdobyte w trakcie studiów pielęgniarskich i położniczych są na właściwym poziomie?

Uważam, że wiedza zdobyta w trakcie studiów jest niezadawalająca. Studenci pozytywnie oceniają zajęcia z pierwszej pomocy, jednak uważam, że niewystarczająca jest liczba godzin dydaktycznych z tego zakresu. Pomimo zaawansowanych metod nauczania na studiach, absolwenci pielęgniarstwa i położnictwa bardzo chętnie uczestniczą w kursach specjalistycznych z resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Świadczy to o dużej potrzebie zdobywania wiedzy, jak i utrwalania już posiadanej (kursy powinny kłaść nacisk przede wszystkim na praktykę). Rzetelne nauczanie pierwszej pomocy pozwala uniknąć nieuzasadnionych obaw przed podjęciem czynności ratowniczych, a także podnosi prestiż pielęgniarstwa i położnictwa jako zawodu.

Czy nasze środowisko potrzebuje kursów RKO?

Tak, potwierdzają to moje obserwacje. Każdego roku tysiące kobiet i mężczyzn traci przytomność i umiera z powodu nagłego zatrzymania krążenia (NZK). Wielu tragediom można zapobiec poprzez natychmiastowe rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Pielęgniarki i położne wiedzą, jak ważne jest udzielenie pomocy poszkodowanym przez świadków zdarzenia, którzy pod wpływem emocji mogą zachowywać się w takich sytuacjach nieprzewidywalnie. Część z nich działa z odwagą i poświęceniem, innych silne emocje paraliżują, niektórzy nawet uciekają z miejsca wypadku, nie udzielając poszkodowanym pomocy. Odpowiednia reakcja na nagłe zdarzenie stanowi element umiejętności prawidłowego udzielenia pierwszej pomocy i tego też uczymy się w trakcie kursów, czyli nie tylko udzielać pierwszej pomocy, ale także jak zorganizować sobie pomoc wśród świadków zdarzenia.

Dużym powodzeniem cieszą się kursy RKO? Jak dużo czasu poświęca się na praktykę? Jak już Pani wspomniała ta część jest najważniejsza.

Kursy specjalistyczne z resuscytacji krążeniowo-oddechowej cieszą się dużym zainteresowaniem. W trakcie zajęć uczestnicy mają możliwość korzystania z nowoczesnych metod nauczania pierwszej pomocy, między innymi są to symulacje medyczne. Symulacja to metoda aktywnego uczenia się, która polega na naśladowaniu rzeczywistości, niezwykle ważne jest uczenie się na błędach w bezpiecznych warunkach. Rolę poszkodowanego pacjenta przejmuje tutaj fantom, na którym można przeprowadzać wszystkie zabiegi, jakie prowadzi się na żywym człowieku i to właśnie te zajęcia praktyczne są najistotniejsze. Program kursu przewiduje ćwiczenia w małych grupach, co jest bardzo korzystne dla uczestników.



Komu poleciłaby Pani ten kurs?

Uczestnictwo w kursie polecam każdej osobie, ale w szczególności osobom wykonującym zawód pielęgniarki i położnej, które ze względu na wykonywany zawód, mają kontakt z pacjentem w stanie zagrożenia życia. Warto przypomnieć że, każdy człowiek jest zobowiązany przepisami prawa do udzielania pierwszej pomocy osobom, które tego potrzebują. Nigdy przecież nie wiadomo, kiedy i komu będziemy musieli ratować życie,

a nabycie wiedzy teoretycznej oraz praktycznych umiejętności z zakresu resuscytacji, w znaczny sposób zwiększa szanse na uratowanie innych osób. Po zakończonym kursie uczestnicy potrafią: zadbać o bezpieczeństwo własne, ocenić stan poszkodowanego, prawidło wezwać pomoc, wykonać prawidłowo pozycję boczną, ocenić podstawowe parametry życiowe, wykonać resuscytację krążeniowo-oddechową, użyć defibrylatora AED oraz postępować w wybranych stanach nagłych. Dzięki wiedzy i umiejętnościom zdobytym podczas szkoleń każdy uczestnik będzie mógł powiedzieć o sobie z dumą – wiem jak ratować ludzkie życie i zdrowie!

Naszą rozmówczynią jest również Olga Popkowska, pielęgniarka pracująca w Oddziale Klinicznym Patologii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, która była uczestniczką kursu „Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka".

Dlaczego zdecydowała się Pani na odbycie kursu? Jak się Pani o nim dowiedziała?

Odbyciem kursu byłam zainteresowana już od dawna. Rok temu taki kurs miał się odbyć w Warszawie, jednak został odwołany z powodu niedostatecznej liczby chętnych. O kursie organizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie dowiedziałam się od mojej pielęgniarki oddziałowej.

Jak opisałaby Pani jego znaczenie dla Pani stanu wiedzy – poszerzył ją? Uporządkował?

W swojej pracy chcę jak najlepiej, jak najszybciej i zgodnie z najnowszymi wytycznymi pomagać w kryzysowych momentach naszym pacjentom. Większość ludzi teoretycznie wie jak udzielić pierwszej pomocy. W stresującej sytuacji często zamiast działać, zastanawiamy się co właściwie mamy robić, błądzimy. Kurs pozwala utrwalać schemat postępowania, systematyzuje naszą wiedzę.

Może Pani opowiedzieć o swojej pracy codziennej?

Od początku studiów licencjackich czułam, że praca z noworodkami to moje powołanie. Po obronie i pierwszej rozmowie z oddziałową zostałam zatrudniona na Klinicznym Oddziale Patologii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt w Olsztynie. Leczymy i opiekujemy się dziećmi z przeróżnymi problemami zdrowotnymi. Są to problemy związane z wcześniactwem, wadami wrodzonymi, rozwojowymi, infekcjami, diagnostyką. Otaczamy opieką noworodka, a także jego mamę i tatę.

Czy jakieś trudne przypadki, z którymi Pani miała styczność w pracy, zainspirowały Panią do wzięcia udziału w kursie? Z jakim najtrudniejszym przypadkiem związanym z resuscytacją noworodka się Pani spotkała?

Nasi pacjenci intensywnego nadzoru są podłączani do monitorów sygnalizujących odchylenia parametrów od normy. Dzięki temu możemy szybko reagować. Najczęściej dzieci nie wymagają resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Oczywiście zdarzają się takie sytuacje gdzie nasze podstawowe działania nie przynoszą spodziewanego rezultatu i musimy podążać przez kolejne etapy RKO. Zawsze jest to stresujące zarówno dla nas, jak i dla rodziców dziecka. Doszkalając się i uczęszczając na kurs myślę szczególnie o małych pacjentach i ich rodzicach. Jestem mamą dwójki dzieci i chciałabym, żeby każdy potrzebujący pomocy pacjent otrzymał ją w najlepszy, profesjonalny i zgodnie z aktualnymi procedurami sposób.

Co nowego, znaczącego się Pani dowiedziała na kursie? Co Panią zaskoczyło?

Dowiedziałam się, że w sytuacji zagrożenia życia świeżorodka z trudnościami w uzyskaniu dojścia dożylnego mamy do dyspozycji alternatywę w postaci założenia cewnika do żyły pępowinowej. Wcześniej o tym nie słyszałam. Procedurę mogliśmy obejrzeć na filmie, a także ćwiczyć zakładanie na fantomie, to był ciekawy punkt programu.

Czy zdecydowała się Pani wprowadzić do swojej codziennej pracy jakiś nowy element, o którym się Pani dowiedziała na kursie?

Jeszcze nie miałam okazji i mam nadzieję, myśląc o zdrowiu małych chorych, że długo nie będę musiała. Jednak w trakcie ćwiczeń zdałam sobie sprawę, jak ważne jest głośne odliczanie schematu „jeden i dwa i trzy i oddech". Każda z osób podejmujących RKO wie, kiedy wykonać swoje poszczególne zadanie. Uciskanie, oddech, pomiar parametrów, odliczanie czasu. Pozwala to w tym chaosie „wejść" w rytm i optymalnie pomóc dziecku.

W takim razie życzę żeby sytuacji, w których niezbędnym staje się wykorzystanie wiedzy zdobytej na kursie, było w Pani pracy jak najmniej. Dziękuję za rozmowę i życzę dużo motywacji do ciągłego aktualizowania swojej wiedzy.

Rozmawiała ***Patrycja Wyczółkowska***

Projekt „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych"

Kurs: Komunikacja interpersonalna jako kluczowy element w pracy pielęgniarek

Komunikacja interpersonalna jest niezwykle ważna w procesie pielęgnowania i opieki nad pacjentami, relacji z ich rodzinami, a także z współpracownikami. Dlatego w ramach realizowanego projektu „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych" znalazł się wśród wielu innych kurs „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie". Oto co o problemach z komunikacją oraz ich rozwiązywaniu opowiedziały dwie uczestniczki kursu.

Alina Juraszek-Basa, 33 lata pracy w zawodzie pielęgniarki, od 18 lat pełni funkcję pielęgniarki oddziałowej, od ponad 2 lat Przełożonej Pielęgniarek, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Traktuję swój zawód jako powołanie, od ponad 30 lat pracuję jako pielęgniarka i nie planuję tego zmieniać. Jednym z najtrudniejszych zadań w mojej pracy jest rozmowa z chorymi. Do realizowania tego zadania nie byliśmy odpowiednio przygotowywani, ponieważ komunikacja interpersonalna nie była uwzględniona w programach kształcenia. Nie miałam więc wątpliwości, czy zapisać się na bezpłatny kurs poruszający zagadnienia komunikacji interpersonalnej. Mam poczucie, że jest ona w pielęgniarstwie kluczowym elementem – w procesie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, zdrowienia, ale też umierania. Z doświadczenia zawodowego wiem, jak ważna dla pacjenta jest każda chwila, którą mu poświęcamy. Każdy uśmiech, nawet krótka rozmowa, odpowiedni ton głosu są bezcenne. Pamiętam pacjenta, który w dniu wypi-



su z oddziału bardzo dziękował mi za to, że w pierwszym dniu pobytu w oddziale przywitałam go podając mu rękę i przedstawiłam się. Nie zdawałam sobie sprawy, że może być to dla niego, aż tak ważne. Warto podkreślić również znaczenie komunikacji niewerbalnej, to co mówimy to jedno, a drugie – to, co przekazujemy mową ciała. Spójność tych komunikatów jest bardzo istotna.

Pacjent, który z powodu choroby jest w ogromnym stresie, czuje się zagubiony i cały jego pobyt w szpitalu łączy się z negatywnymi emocjami, ze strachem, lękiem, niekiedy gniewem i agresją. Kiedy nie odczuwa wsparcia, czuje się nierozumiany, nie zna i nie rozumie planu leczenie, automatycznie nie mobilizuje sił do walki z chorobą. Przeciwnie – poddaje się, rezygnuje, zmniejsza się jego chęć do życia i powrotu do zdrowia. Jestem pewna, że każdy z nas spotkał na swojej drodze zawodowej pacjenta, który nic nie mówi, nic nie chce, nie patrzy w naszą stronę, a z jego oczu bije smutek albo złość. Jednak kiedy okazujemy zainteresowanie, chęć rozmowy, troskę, empatię – pojawia się zaufanie i wola współpracy w procesie leczenia. Właśnie na tym kursie miałam szansę nauczyć się trafnie nazywać własne emocje, ale i odczytywać emocje pacjenta.

Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie to nie tylko komunikacja na poziomie pielęgniarka-pacjent, ale komunikacja pomiędzy wszystkimi członkami zespołu interdyscyplinarnego. Żebyśmy mogli odnosić sukcesy w opiece nad pacjentami, cały zespół musi działać sprawnie, a podstawą takiego działania jest komunikacja oparta na wzajemnym szacunku, zaufaniu, życzliwości, tolerancji. Kiedy nie działa jeden element, ma to wpływ na resztę i może spowodować efekt domina, niezadowolenie pacjenta i frustrację kadry, która straci poczucie sensu swojej pracy i sprawczości. Warto inwestować w zespół, wówczas częściej odczuwamy satysfakcję z tego, co razem robimy.

Kurs „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie” w którym uczestniczyłam to 100 godzin zajęć, w tym 15 godzin wykładów, a 85 to warsztaty i treningi. Uważam, że to świetne proporcje, które wymuszają na nas ciągłą aktywność i mobilizują do działania w czasie zajęć. Teoria jest ważnym elementem, ale najlepiej, kiedy dopełniają ją ćwiczenia, tak więc sposoby dotyczące komunikacji ćwiczymy pod okiem profesjonalisty, czyli wykładowczyni, którą jest psycholog.

Informacja, która mnie zaskoczyła to znaczenie komunikacji niewerbalnej. Wiedziałam, że stanowi dużą część w całym procesie komunikacji, ale zapomniałam, że to aż ponad 90 procent! I rzeczywiście tak jest, podczas ćwiczeń i warsztatów było to widoczne. Na co dzień często nie zwracamy na to uwagi, ale warto się nad tym pochylić. Miłym zaskoczeniem dla mnie jest duże zainteresowanie pielęgniarek właśnie tą tematyką.

Chciałabym podkreślić jeszcze jedną ważną rzecz – odpowiedzialność za słowo. Pamiętajmy, że słowa mają moc, można nimi ranić, można sprawić, że ktoś poczuje się wykluczony, niezaopiekowany, nieważny. W dobrej komunikacji ważne jest przede wszystkim słuchanie, i taka rozmowa, w której nasz rozmówca czuje, że rozumiemy jego potrzeby i że chcemy mu pomóc.

W mojej codziennej pracy staram się dbać o dobrą atmosferę, o dobre relacje międzyludzkie. Jedną z technik dobrej komunikacji jest docenianie. Jedno zdanie potrafi tak wiele zmienić –„Bardzo doceniam to, co dzisiaj zrobiłaś dla koleżanki, dziękuję, że jej pomogłaś”. To są cudownie wspierające słowa, których każdy z nas pragnie. Jesteśmy połączeni, działamy razem i takie gesty mają ogromną moc. Wszyscy potrzebujemy być zauważeni, docenieni, to nas mobilizuje do kolejnych działań, motywuje, aby całym sobą angażować się w pracę i pokonywa przeszkody. Warto pamiętać, że dobra komunikacja interpersonalna jest oparta na prawdzie i autentyczności. Dla mnie to wartości, dzięki którym można przenosić góry.

Barbara Wykręt, 34 lata pracy w zawodzie pielęgniarki, w tym 10 lat jako pielęgniarka oddziałowa, od 6 lat dyr. ds. pielęgniarstwa, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Komunikacja interpersonalna jest jedną z podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Każde zachowanie człowieka, w tym również milczenie, jest komunikatem. W pracy z ludźmi, do jakiej należy zaliczyć pracę pielęgniarki/położnej, umiejętność komunikowania powinna być wciąż

doskonalona. Jednym z podstawowych elementów sformułowania diagnozy pielęgniarskiej, położniczej jest przeprowadzenie wywiadu. Dobrze przeprowadzony wywiad to w 80% dobre poznanie pacjenta, pozostałe 20% informacji o stanie zdrowia dostarcza badanie fizykalne. W naszych zawodach, które zaliczane są do zawodów zaufania publicznego, poprawna komunikacja stanowi podstawę rzetelnie wykonywanych obowiązków. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów, ale i przełożonych, współpracowników i podwładnych. Z tego właśnie powodu zdecydowałam się na udział w kursie.

Od pielęgniarek wymagana jest także umiejętności postrzegania pacjenta nie tylko przez pryzmat jego problemów zdrowotnych, lecz także potrzeb duchowych związanych z wyznawaną religią i pochodzeniem etniczno-kulturowym. Z tego powodu w kształceniu pielęgniarek pojawiło się „Pielęgniarstwo transkulturowe", które przybliża tę tematykę. Jest to ważny element, który powinien być uwzględniany w komunikacji interpersonalnej z pacjentem, ale również ze współpracownikami. W trakcie spotkania pielęgniarki/położnej z pacjentem każdy z nich wnosi własne wartości, uprzedzenia. Powinniśmy starać się zrozumieć, jak nasze oczekiwania i reakcje wpłyną na to czy i w jaki sposób pacjent będzie współpracował w czasie badania. Autorefleksja jest ważnym narzędziem samodoskonalenia. Ocena siebie i własnych czynów pozwala spojrzeć z dystansem na nasze zachowania oraz poszukiwać odpowiedzi na pytania: „Co mogę w sobie zmienić?", „Jakie są moje mocne, a jakie słabe strony?". W relacji pielęgniarka/położna–pacjent komunikacja terapeutyczna (psychoterapia elementarna) stanowi wspomagającą formę pielęgnacji, powinna zmierzać do łagodzenia emocjonalnych skutków choroby, wspierania psychicznych sił pacjenta w walce z chorobą, nawiązania dobrej współpracy. Kluczowym jej elementem jest aktywne słuchanie, etyka i profesjonalizm. Opiera się na akceptacji rozmówcy, pełnej tolerancji dla jego emocji, szanowaniu drugiej osoby.

Istnieje wiele czynników, które zakłócają poprawną komunikację interpersonalną. Są to: różnice językowe, odmienne postrzeganie rzeczywistości, niespójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, nadmiar emocji, nadmiar informacji, krytyka, moralizowanie, brak zaufania. Problematyczne może być również to, że komunikujemy się z osobami w różnych stanach chorobowych oraz z różnymi dysfunkcjami. Ważne, aby pielęgniarka/położna w relacjach interpersonalnych stosowała znane techniki poprawnej komunikacji oraz skutecznie wykorzystywała zdobytą wiedzę w pokonywaniu barier zakłócających porozumiewanie się. Również w sprawowaniu funkcji kierowniczej, jaką mam zaszczyt pełnić od 6 lat, poprawna komunikacja stanowi kluczowy element zarzadzania zasobami ludzkimi, które stanowią najważniejsze ogniwo każdej organizacji. Techniki wskazane powyżej powinny być również wykorzystywane w relacjach służbowych. Osobiście dla mnie najważniejsza jest autorefleksja oraz aktywne słuchanie. W relacjach z ludźmi powinniśmy kierować się zasadą traktowania innych w taki sposób jak chcielibyśmy aby inni traktowali nas. To stanowi podstawę sukcesu w relacjach interpersonalnych

Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej






Dzień dobry,

jako uczestnik kursu specjalistycznego „Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie" PDMW/3/Warszawa chciałabym serdecznie podziękować i wyrazić wdzięczność i uznanie dla wykładowczyni Pani Agaty Pajdy-Jureczko za umiejętność przekazania części swojej wiedzy popartej niesamowitym doświadczeniem. Jest to niezwykle ważne, aby osoba wykładająca czynnie pracowała i pracowała z pasją. Pani Agata posiada cechy wzorowego medyka, a mianowicie jest mądra, doświadczona, pewna siebie, ambitna i znająca swoją wartość. Jest to szalenie ważne w dzisiejszych czasach, gdzie wciąż nasz zawód jest niedoceniany.

Jednocześnie chciałabym podziękować za staż Pani Ewie Adamczyk w Szpitalu Grochowskim. Odpowiednia osoba na odpowiednim miejscu. W bardzo miły i jasny sposób przekazała mi podstawową wiedzę z zakresu wentylacji mechanicznej jakiej potrzebowałam i oprowadziła po swoim oddziale i pacjentach.

Kurs został bardzo dobrze zorganizowany merytorycznie. Wpierw duża dawka teorii, którą można była zastosować w późniejszym czasie na stażach.

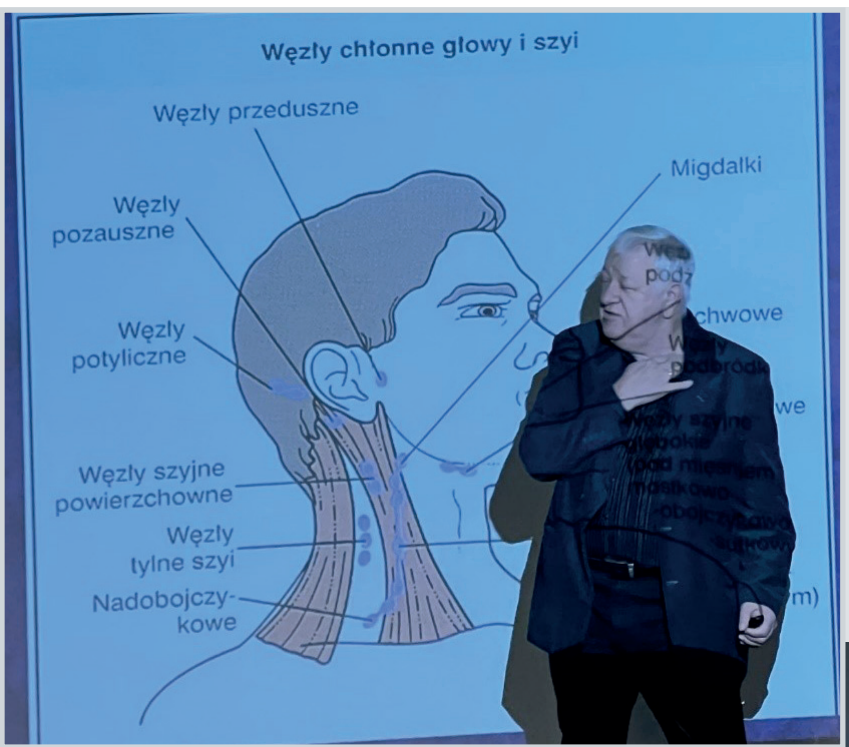
Serdecznie dziękuję za możliwość uczestnictwa w tym kursie i poznania tak wspaniałej kadry.

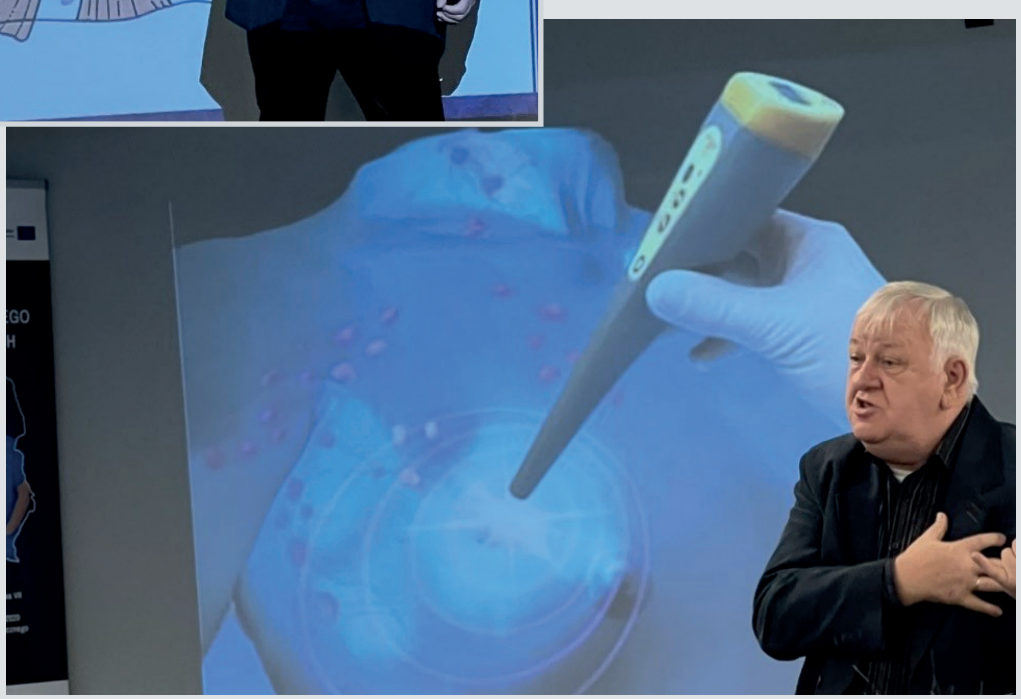
PS. Chciałabym, aby ta opinia dotarła również do wyżej wymienionych Pań, aby zostały docenione i miały poczucie, że dalej warto robić to co robią! Dziękuję!

Pozdrawiam, Emilia Radzikowska

Podziękowania za uczestnictwo w szkoleniach unijnych

W imieniu własnym i koleżanek, uczestników kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne”, prowadzonego przez mgr Jana Kochaniuka w siedzibie Ośrodka Kształcenia Podyplomowego WOIPiP przy ul. Reymonta 8 w Warszawie, pragniemy serdecznie podziękować za umożliwienie wzięcia udziału w tym kursie. Jesteśmy pełne uznania dla wykładowcy, za profesjonalizm, umiejętność przekazania wiedzy i wspaniałą atmosferę w trakcie wykładów i ćwiczeń. Wyniesione z wykładów treści, z pewnością przyczynią się do podniesienia praktycznych umiejętności i przede wszystkim jakości wykonywanych przez nas świadczeń pielęgniarskich.





KONFERENCJA w Hotelu Hilton



12 stycznia 2023 r. w hotelu Hilton w Warszawie odbyła się konferencja „Kwalifikacje Pielęgniarek i Położnych, a bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów", w której udział wzięli przedstawiciele wszystkich okręgowych Izb pielęgniarek i położnych działających na obszarze Mazowsza oraz zaproszeni goście.

Organizatorami konferencji były Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych województwa mazowieckiego reprezentowane przez przewodniczące:

1. Annę Dudzińską – Przewodniczącą Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych →





2. Małgorzatę Sokulską – Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu ←

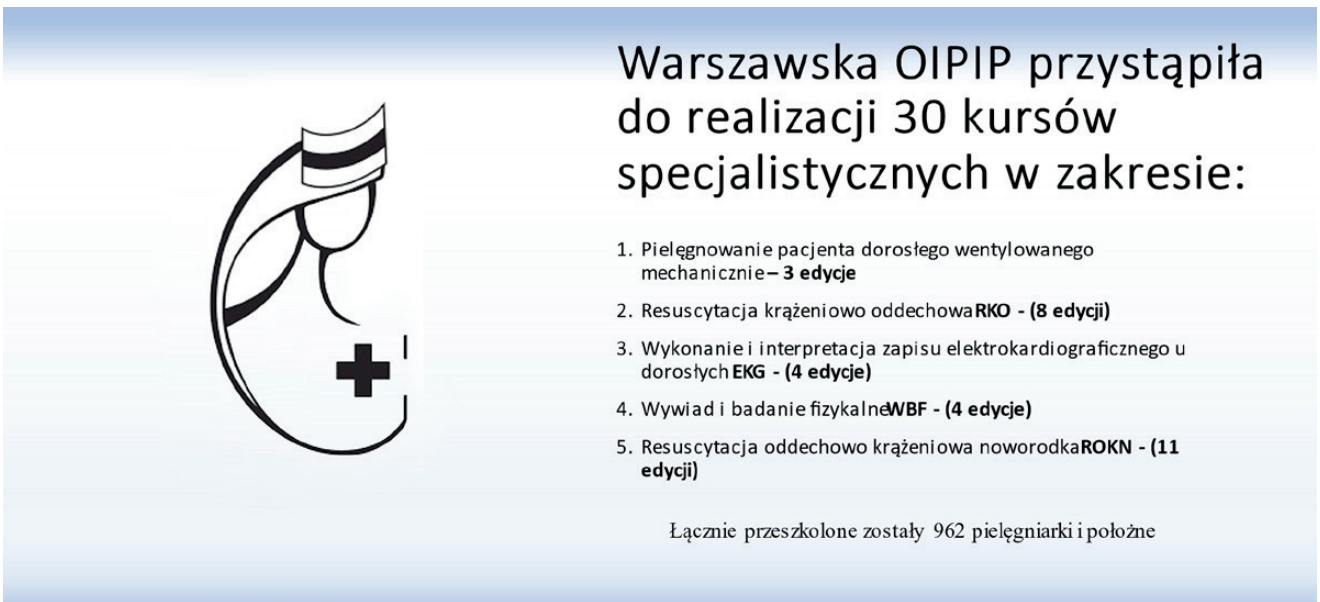
3. Elżbietę Pleczyńskę – Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Płocku

4. Hannę Sposób – Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach

5. Małgorzatę Tokarską – Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Ciechanowie.



W imieniu organizatorów, zebranych przywitała Przewodnicząca Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Pani Anna Dudzińska po czym wygłosiła referat „Samodzielny profesjonalista medyczny". Następnie przedstawiła realizację szkoleń Unijnych na dzień 12 stycznia br.:



Dane dotyczące liczby uczestników szkoleń unijnych w swoich Izbach przedstawiły pozostałe Przewodniczące Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych na Mazowszu"

– **Zofia Małas** – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, podkreśliła ogromny wkład Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w realizacji szkoleń Unijnych. Uznała również znaczną rolę Ministerstwa Zdrowia w przekazaniu dużych środków finansowych na ten cel.



– **Beata Guzak** – Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
– **dr n. med. Grażyna Bączek** – Dyrektor ds. Położnych i Pielęgniarek w Centrum Medycznym Żelazna, p.o. Kierownika Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego
– **dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski** – Prodziekan kierunku Pielęgniarstwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa



Pani dr n. med. Grażyna Bączek zapoznała uczestników konferencji z kompetencjami i wpływem na postawy zawodowe położnych w odniesieniu do zatrudnionych w Centrum Medycznym Żelazna Podczas konferencji pt.: „Kwalifikacje pielęgniarek i położnych, a bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów" organizowanej przez wszystkie okręgowe Izby z terenu działania Mazowsza w dniu 12 stycznia 2023 zaprezentowano wykład pt.: „Podnoszenie kwalifikacji – większe kompetencje i ich wpływ na postawy zawodowe położnych". Wykład przedstawiła dr n. med. Grażyna Bączek, Dyrektor ds. Położnych i Pielęgniarek w Centrum Medycznym Żelazna, p.o. Kierownik Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WUM. Tematem wykładu był projekt realizowany w Szpitalu św. Zofii, dotyczący poszerzenia samodzielności położnych i wykorzystania ich ustawowych kompetencji. Wykład rozpoczęto od zdefiniowania podstawowych pojęć, tj. kwalifikacji zawodowych, kompetencji i postaw. Następnie przedstawiono wybrane kompetencje położnych uzyskane w toku studiów I i II stopnia – niezbędne do realizacji projektu. W dalszej kolejności zaprezentowano istotę projektu „Położna koordynatorem pobytu pacjenta" i przebieg procesu wdrażania, ewaluacji i doskonalenia. Główne założenia projektu to:

- Otwarcie personelu na szerokie wykorzystanie kompetencji zawodowych położnych, nabytych w toku kształcenia, w tym zwiększenia jej samodzielności.
- Przygotowanie położnych do przejęcia samodzielnej opieki nad pacjentką od izby przyjęć po wypis ze szpitala.
- Poprawa efektywności współpracy na linii położna – lekarz.
- Wprowadzenie systemu konsultacji – lekarz proszony jest do pacjentki tylko w przypadku stwierdzenia/ podejrzenia przez położną nieprawidłowości.
- Współpraca z międzynarodowym środowiskiem położnych, wymiana doświadczeń, czerpanie nowych rozwiązań na podstawie doświadczeń innych szpitali.

Ze szczegółowych rozwiązań pokazano charakterystykę pacjentek pozostających pod wyłączną opieką położnych oraz pacjentek pozostających pod opieką „łączoną" położnej i lekarza (system konsultacji). Wskazano na istotną rolę starszych położnych, specjalistek, magistrów w realizacji projektu, których doświadczenie stanowi niezbędny element realizacji projektu.

Kluczowe etapy w realizacji projektu zwiększające szanse na jego powodzenie to:

- jasna wizja projektu i nazwanie konkretnych celów,
- ustalanie precyzyjnych dat, od których wprowadzane są kolejne etapy,
- świadomość, że początkowo zmiany zawsze budzą sprzeciw, natomiast faktem jest, że medycyna bez zmian nie istnieje,
- spotkania ewaluacyjne, które pozwalają ustalić aktualny stan realizacji projektu, nazwać pojawiające się w trakcie problemy / wyzwania i wspólnie szukać ich rozwiązania,

• systematyczne podkreślanie dotychczasowych sukcesów, podziękowania za sprawną współpracę, określanie i weryfikowanie celów, które udało się zrealizować.

Wykład zakończył się informacją o bieżącej i planowanej współpracy międzynarodowej (European Midwives Association oraz ośrodki w Belgii, Francji, Wielkiej Brytanii).

Podsumowaniem wystąpienia było wymienienie konkretnych kompetencji położnych wykorzystanych w projekcie (przyjęcie położnicy i noworodka, diagnozowanie, monitorowanie, ocenianie, planowanie pobytu, zlecanie konsultacji, zlecanie leków, wystawianie recept, zlecanie badań, edukowanie, podejmowanie decyzji, przygotowanie pacjentki do pobytu w domu) oraz elementów postawy zawodowej niezbędnych i rozwijanych w projekcie (odwaga, odpowiedzialność, roztropność, uważność, komunikatywność, szacunek, otwartość na współpracę, refleksyjność, umiejętność przyznania się do błędu, umiejętność przyznania się do braku wiedzy, decyzyjność, zaufanie do przełożonych / brak lęku).

Ostatnim elementem wystąpienia było wyrażenie pewności, że samodzielność położnych będzie w najbliższej przyszłości faktem, a ich kompetencje zostaną dostrzeżone, uwzględnione i docenione przez system opieki zdrowotnej.



Dr hab. n. med. Łukasz Czyżewski Prodziekan kierunku Pielęgniarstwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa wygłosił referat pt.: „Podnoszenie kwalifikacji – większe kompetencje i wpływ na postawy zawodowe pielęgniarek". Opisał związek wykonywania pracy z osobowością, zdolnościami oraz motywacją, której źródłem powinna być pasja do zawodu pielęgniarki. Stwierdził, że nawet najlepszy talent i wykształcenie nie przydadzą się jeśli zabraknie empatii, uśmiechu i poświęconego czasu dla pacjenta, ale sama empatia też nie wystarczy aby pacjent był dobrze zaopiekowany bo kwalifikacje trzeba podnosić!

Doc. Czyżewski przyznał, że w jego opinii kształcenie podyplomowe jest niepowtarzalną możliwością do wymiany doświadczeń i dobrych praktyk, a także nawiązywania kontaktów i budowaniu partnerstw edukacyjno-rynkowych. Podkreślił, że póki co w Polsce mamy rynek pracownika a nie pracodawcy i w służbie zdrowia raczej szybko to się nie zmieni.

Prelegent odniósł się również do siatki wynagrodzeń w ochronie zdrowia. W jego opinii to nie różnice płacowe są częstym powodem konfliktów, a raczej idee i abstrakcyjne kwestie takie jak uznanie i szacunek, które wypaczają relacje tworząc atmosferę nieustannej toksycznej rywalizacji. Przyznał, że opacznie pojmowana walka o prestiż zawodu może prowadzić do sytuacji konfliktowych, gdzie pielęgniarka ze stopniem magistra nie wykona czynności opiekuńczych/pielęgnacyjnych! Dodał, że tam, gdzie jest brak rozwiązań systemowych codzienność sama wkracza ze swoimi rozwiązaniami. Brak różnic w opisie stanowisk pracy sprawia, że oddolnie i nieformalnie są one definiowane, niestety często błędnie.

Doc. Czyżewski zobrazował tempo i ograniczenia w podnoszeniu kwalifikacji za pomocą drabiny. Przyznał, że aktualnie panuje system przystępny dla każdego kto tylko chce się uczyć. Powiedział, że liczy na to, że wobec wprowadzanych zmian w kształceniu podyplomowym nie dojdzie ponownie do sytuacji z lat 90, gdzie były spore ograniczenia, których symboliką mogą być zbyt odległe stopnie szczebli w drabinie. Odnosząc się do uprawnień uzyskiwanych po specjalizacjach porównał je do planu pracy zaplanowanego na dekady, a nie miesiące lub lata.

Na zakończenie wystąpienia opisał kompetencje przyszłości: poznawcze, społeczne i techniczne, a także nawiązał do praktyki pielęgniarskiej opartej na faktach.

O planach Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych mówiła dyrektor Centrum Pani Beata Guzak, wskazując iż w drugiej edycji programów unijnych włączone zostaną prócz nowych kursów specjalistycznych kursy kwalifikacyjne.

Z powodu braku możliwości uczestniczenia w konferencji Marszałka Województwa Mazowieckiego Pana Adama Struzika odczytane zostało jego pismo kierowane do uczestników.



Marszałek
Województwa Mazowieckiego
ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa

Warszawa, 12 stycznia 2023 r.

Pani
Anna Dudzińska
Przewodnicząca
Warszawskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo,

serdecznie dziękuję za zaproszenie na konferencję pn. „Kwalifikacje pielęgniarek i położnych a bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów".

Adam Mickiewicz napisał kiedyś, że „ten jest większy między ludźmi, kto umie służyć i kto poświęca siebie dla dobra innych". Słowa naszego wieszcza narodowego z powodzeniem można odnieść do pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, których niezwykle trudna, odpowiedzialna i ofiarna praca budzi najwyższe uznanie i wdzięczność nas wszystkich. Codziennie służą Państwo z pełnym oddaniem osobom chorym i cierpiącym, udzielają im fachowej pomocy medycznej, troskliwie opiekują się nimi oraz wspierają w powrocie do pełni sił. Widać to było szczególnie w dobie pandemii groźnego koronawirusa, gdy niejednokrotnie narażali Państwo swoje życie i zdrowie, pracując ponad ludzkie siły dniem i nocą dla dobra swoich pacjentów. Zawód, który Państwo wybrali, to rodzaj niezwykle ważnej misji, do pełnienia której potrzebne jest nie tylko prawdziwe powołanie, lecz także stałe podnoszenie kwalifikacji, doskonalenie umiejętności oraz poszerzanie specjalistycznej wiedzy. Od nich bowiem w dużej mierze zależy bezpieczeństwo zdrowotne nas wszystkich.

Dzisiejsza konferencja to ważne wydarzenie zorganizowane w ramach projektu pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych" współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego jako reakcji Unii Europejskiej na pandemię COVID-19. Jego głównym celem jest podniesienie kwalifikacji zawodowych Państwa niezwykle cenionego i zasłużonego środowiska, którego działania stanowią jeden z fundamentów współczesnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Spotkanie jest okazją do pogłębienia fachowej wiedzy, wymiany opinii i doświadczeń oraz integracji dla pielęgniarek i pielęgniarzy oraz położnych z naszego regionu. Bogaty i interesujący program, a także udział uznanych ekspertów w roli prelegentów gwarantują wysoki poziom merytoryczny przedsięwzięcia.

Serdecznie gratuluję Państwu zorganizowania dzisiejszej konferencji szkoleniowej. Wierzę, że będzie ona bardzo udana, spełni oczekiwania wszystkich uczestniczek i uczestników, jak również sprzyjać będzie ciekawym dyskusjom o przyszłości pielęgniarstwa i położnictwa oraz kierunkach ich dalszego rozwoju. Życzę Państwu owocnych rozmów oraz płynących z nich wielu konstruktywnych wniosków.

Z wyrazami szacunku

Następnie odbyła się debata z udziałem uczestników odbytych kursów i zaproszonych gości, na której uczestnicy wskazali zalety i konieczność realizacji takich szkoleń zapewniających podniesienie kwalifikacji pielęgniarek i położnych oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.



Międzynarodowa wymiana stypendialna doktorantów i kadry akademickiej

W dniach 15–19 stycznia 2023 roku, w związku z wizytą studyjną, realizowaną w ramach projektu Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej pn. „Międzynarodowa wymiana stypendialna doktorantów i kadry akademickiej" mieliśmy możliwość goszczenia p. Joeriego Vermeulen, położnego z Brukseli (Belgia).

Joeri Vermeulen jest Kierownikiem Katedry Położnictwa na Erasmus Brussels University of Applied Sciences and Arts, doktorantem Vrije Universiteit Brussel (VUB) na wydziale Zdrowia Publicznego oraz członkiem zarządu Belgijskiego Stowarzyszenia Położnych i Flamandzkiego Stowarzyszenia Zawodowego Położnych.

Jednym z pierwszych spotkań była wizyta w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WUM, gdzie p. Vermeulen miał możliwość poprowadzenia wykładu zatytułowanego „Midwifery professionalisation in Belgium", w którym opisywał aktualną sytuację położnych i studentów położnictwa w Belgii. Podczas prezentacji nasz gość wskazał na ciekawe różnice dotyczące charakterystyki pracy belgijskich położnych (w zależności od regionu), przedstawił aktualne wyniki okołoporodowe (m.in. odsetek cięć cesarskich, czy nacięć krocza), jak również opisał proces kształcenia belgijskich położnych. Spotkanie cieszyło się dużym zainteresowaniem studentów i stworzyło możliwość obustronnej wymiany doświadczeń w zakresie kompetencji i samodzielności zawodu położnej.





Kolejnym punktem była wizyta w Szpitalu św. Zofii (Warszawa), gdzie nasz gość spotkał się z kierownictwem szpitala oraz miał możliwość przyjrzenia się systemowi pracy położnych, charakteryzującym się dużą autonomią. Zwiedzanie oddziałów szpitalnych, łącznie z Domem Narodzin, było ciekawą okazją do rozmowy na temat różnic w opiece okołoporodowej między obydwoma krajami i korzyści płynących z zastosowanych w nich rozwiązań.

Ważnym wydarzeniem w trakcie wizyty studyjnej w Polsce było również spotkanie z Panią Przewodniczącą Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych mgr Anną Dudzińską w siedzibie WOIPiP przy ul. Żelaznej 59. W trakcie spotkania Joeri Vermeulen miał możliwość przyjrzenia się ogólnemu funkcjonowaniu OIPiP w Polsce, jak również poszczególnych działów. Istotnym wydaje się fakt, że rozwiązania prawne dotyczące przynależności zawodowej polskich i belgijskich położnych różnią się znacząco między sobą, m.in. brakiem naczelnej izby zawodowej dla belgijskich położnych. Była to więc kolejna, a zarazem jedna z wielu okazji, do rozmowy na temat samodzielności zawodowej, różnego rodzaju rozwiązań prawnych w tym zakresie oraz kryjącej się za tymi rozwiązaniami przyszłości zawodu położnej w obu krajach. W trakcie spotkania P. Vermeulen miał możliwość zwiedzania dwóch historycznych sal związanych z zawodami pielęgniarki i położnej. Jak przyznał, w trakcie zwiedzania, niezwykle imponująca okazała się ilość zgromadzonych materiałów (m.in. sprzętów medycznych, literatury zawodowej oraz zdjęć), ponieważ w niewielu krajach przywiązuje się do historii tak dużą wagę. Również postać polskiej położnej, Stanisławy Leszczyńskiej, wzbudziła duży podziw i skłoniła do refleksji w temacie odpowiedzialności, którą jako położne ponosimy w rożnych momentach historii – zarówno tej minionej jak i współcześnie przez nas tworzonej.

Jednym z wielu celów międzynarodowej wymiany stypendialnej doktorantów i kadry akademickiej jest tworzenie nowych, inspirujących połączeń dotyczących badań naukowych i wspólnego rozwoju projektów w zakresie współczesnych wyzwań ginekologii i położnictwa. Nowo powstałe pomysły i zapoczątkowana w trakcie wizyty wymiana kontaktów, pozwoliły utworzyć przestrzeń do rozmów na temat dalszych kroków we współpracy między obydwoma krajami.



W dyskusji na ten temat wzięły udział obok Pani Przewodniczącej, dr Grażyna Bączek, dr Urszula Tataj-Puzyna oraz mgr Julia Klimanek.

Wizyta odbyła się na zaproszenie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej. Organizatorem wizyty była dr n. med. Grażyna Bączek, p.o. kierownika Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WUM oraz Dyrektor ds. Położnych i Pielęgniarek w Szpitalu św. Zofii w Warszawie.



SkillsPoland

Największe w Polsce zawody szkolnictwa branżowego. Prawie 200 osób zaprezentowało swoje umiejętności zawodowe w 22 konkurencjach. Odbyły się już eliminacje. Pierwsze miejsce w tych eliminacjach zajęła nasza przyszła koleżanka – studentka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo Pani Magdalena Szymańska. Należy zaznaczyć, że konkurencja pielęgniarstwa włączona została do udziału w tym przedsięwzięciu po raz pierwszy. Rywalizować będą pielęgniarki z 32 krajów. Trzymajmy kciuki za naszych reprezentantów.

Odwiedziny studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Cyklicznie na podstawie umowy pomiędzy Warszawską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych, a Warszawskim Uniwersytetem Medycznym odwiedzać będą Izbę studenci pierwszego roku WUM na kierunkach Pielęgniarstwo i Położnictwo. Na spotkaniach przedstawiona zostanie studentom struktura organizacyjna Izby, zasady korzystania z dofinansowania kształcenia podyplomowego, udziału w poszczególnych konferencjach, zjazdach naukowych, sympozjach. Zapoznają się też z kierunkami działania Izby oraz z pakietem socjalnym przysługującym członkom samorządu pielęgniarek i położnych. Studenci będą mogli obejrzeć sale Muzeum historii pielęgniarstwa i położnictwa mieszczące się w siedzibie Izby, w których znajdują się unikalne eksponaty dotyczące obu zawodów.



Jedna z pierwszych grup studentów goszczących u nas

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2

Izabella Uchmanowicz[1], Iwona Bonikowska[2], Katarzyna Szwamel[3]

[1] Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa, Uniwersytet Zielonogórski
[3] Wydział Nauk o Zdrowiu, Zespół Pielęgniarstwa i Zaawansowanej Praktyki Klinicznej, Uniwersytet Opolski

Istota i epidemiologia cukrzycy

Cukrzyca to powszechnie występująca grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. W naturalnym przebiegu cukrzycy dochodzi do zaniku wczesnej fazy wydzielania insuliny, kolejno pojawia się tzw. stan przedcukrzycowy i/lub nieprawidłowa tolerancja glukozy, a w efekcie rozwija się jawna cukrzyca. Typowymi objawami cukrzycy są zazwyczaj: wielomocz, wzmożone pragnienie, odwodnienie, osłabienie i senność, chudnięcie, skłonność do ropnych zakażeń skóry i zakażeń układu moczowo-płciowego, a także kwasica i śpiączka ketonowa. U ponad 50% pacjentów nie obserwuje się objawów klinicznych, a choroba jest wykrywana podczas, np. badań przesiewowych[1]. Fakt ten w połączeniu z postępującym charakterem cukrzycy oraz pewnymi mechanizmami biologicznymi związanymi z DM (Diabetes Mellitus) sprawiają, że ci chorzy są szczególnie podatni na takie choroby jak udar mózgu, choroby serca, retinopatia, nefropatia i neuropatia[2,3].

Globalne rozpowszechnienie cukrzycy w 2019 roku wyniosło około 9,3% (463 mln osób) populacji na świecie i według prognoz w 2030 roku ma wzrosnąć do 10,2% (578 mln), a w 2045 roku nawet do 10,9% (700 mln). Szacuje się, że zdecydowaną większość, bo około 90% wszystkich osób z cukrzycą na świecie, stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2 (T2DM)[4]. Za szybki globalny wzrost liczby osób z T2DM w ostatnich dziesięcioleciach odpowiadają zmiany środowiskowe, styl życia oraz starzenie się populacji[5]. Obecnie największa liczba osób w wieku podeszłym z cukrzycą zamieszkuje takie kraje jak Chiny (35,5 mln), USA (14,6 mln), Indie (12,1 mln) i Niemcy (6,3 mln)[6].

W Polsce w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln dorosłych osób (9,1%), a 84% z nich stanowiły osoby w wieku 55 lat i więcej[7]. Z danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w populacji osób dorosłych w Polsce w latach 2013-2018 zachorowalność na cukrzycę wzrosła o 13,7%, a najwięcej osób chorych zamieszkuje województwo śląskie i łódzkie[8].

Cukrzyca a problem wielochorobowości i CVD

Jednym z głównych problemów w zarządzaniu opieką nad pacjentami z cukrzycą jest zjawisko wielochorobowości (ang. multimorbidity). Jest ono definiowane jako występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych u tego samego pacjenta[9]. Z badań Pouplier et al. (2018) wynika, że w ciągu 16 lat od rozpoznania cukrzycy typu 2 u ponad 80% osób rozwiną się dodatkowe choroby przewlekłe, a odsetek żyjących z dwiema lub większą liczbą chorób przewlekłych wynosi 47,6%[10]. Z cukrzycą najczęściej współistnieją choroby sercowo-naczyniowe (CVD), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, nadwaga/otyłość i niewydolność nerek[11,12]. Wielochorobowość u osób z cukrzycą typu 2 wiąże się z gorszą jakością życia, utratą sprawności fizycznej, przedwczesnymi zgonami, wysokimi kosztami leczenia, nadmiernym obciążaniem systemów opieki zdrowotnej, problemami ze zdrowiem psychicznym, zjawiskiem polipragmazji i doświadczaniem przez tych chorych fragmentarycznej opieki[13].

Choroby sercowo-naczyniowe (CVD), w tym choroba wieńcowa i udar mózgu, są głównymi przyczynami zgonów osób żyjących z cukrzycą, powodując 2/3 zgonów u osób z cukrzycą typu 2. Co więcej, osoby z cukrzycą są dwukrotnie bardziej narażone na choroby serca lub udar niż osoby bez cukrzycy[14]. Jest to związane z faktem, że czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak otyłość, nadciśnienie i dyslipidemia są powszechne u pacjentów z cukrzycą, narażając ich na zwiększone ryzyko incydentów sercowych[15]. W wielu badaniach odkryto także mechanizmy biologiczne związane z DM, które niezależnie zwiększają ryzyko CVD u pacjentów z cukrzycą. Przegląd systematyczny 53 badań pokazał, że spośród 4 289 140 chorych z T2DM najwięcej, bo 29,1% miało miażdżycę naczyń, 21,2% – chorobę wieńcową, 14,9% – niewydolność serca, 14,6% – dusznicę bolesną, 10,0% – zawał serca a 7,6% – przebyło udar[16]. Względne ryzyko zachorowalności i śmiertelności z powodu CVD u dorosłych chorych na cukrzycę w porównaniu do tych bez cukrzycy wynosi od 1 do 3 u mężczyzn i od 2 do 5 u kobiet[17]. Dostępne statystyki z Polski pokazują, że w roku 2018 prawie co trzeci pacjent, któremu udzielono pomocy z powodu choroby niedokrwiennej serca lub udaru, miał cukrzycę[8]. Dlatego ukierunkowanie na czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów z cukrzycą ma kluczowe znaczenie dla zminimalizowania odległych powikłań sercowo-naczyniowych[15].

Należy zwrócić uwagę na fakt, że leczenie T2DM (cukrzyca typu 2) obejmuje złożony schemat terapeutyczny (doustne leki hipoglikemizujące i insulinoterapia), kontrolowanie poziomu glukozy we krwi, zdrową dietę, aktywność fizyczną oraz zarządzanie

czynnikami ryzyka, które mogą przyczyniać się do uszkodzenia naczyń krwionośnych[18]. Jednakże dowiedziono, że w krajach rozwiniętych około 50% chorych na cukrzycę nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Postępujące rozpowszechnienie cukrzycy, współistnienie dodatkowych chorób przewlekłych u pacjentów z T2DM, w tym głównie chorób sercowo-naczyniowych[19] oraz problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych - z jednej strony wskazują na konieczność objęcia tych chorych opieką zindywidualizowaną przez personel medyczny, a z drugiej powinny skłaniać samych pacjentów do podejmowania działań samoopiekuńczych. Właściwe prowadzenie samokontroli glikemii wymaga jednak systematycznej edukacji pacjenta, w szczególności w zakresie stosowania glukometru, umiejętności interpretacji uzyskanych wyników pomiarów oraz wykorzystywania tych wyników do modyfikacji diety, wysiłku fizycznego oraz dawek leków. Na tle powyższych zagadnień wyłania się istotna rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w utrzymaniu normoglikemii oraz w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Programy profilaktyczne w Polsce i na świecie

Z ekonomicznego oraz społecznego punktu widzenia profilaktyka należy do najskuteczniejszych i najbardziej korzystnych metod zwalczania chorób oraz ich powikłań. Rola i ranga profilaktyki są powszechnie znane, jednak za tą wiedzą nie podąża odpowiednia praktyka. Największy sukces profilaktyczny można odnieść, gdy postępowanie profilaktyczne jest skierowane do osób o wysokim poziomie ryzyka choroby wieńcowej, zawału serca oraz udaru mózgu. Tak więc pierwszym krokiem w prawidłowo prowadzonej profilaktyce powinno być wyszukanie osób o wysokim ryzyku.

W Polsce pierwszy Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy przyjęto w maju 2006 i był on realizowany w zakresie pilotażowych działań do 2008[20]. W 2012 roku został wprowadzony ogólnokrajowy Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, którego celem było obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia wśród populacji objętej programem. Założeniem programu było wczesne wykrycie, redukcja występowania i natężenia czynników ryzyka, zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia oraz promocja zdrowego stylu życia. Program był realizowany w jednostkach POZ przez zespół składający się z lekarza i pielęgniarki. Do zadań pielęgniarki należały: rekrutacja uczestników, przeprowadzenie wywiadu dotyczącego stylu życia, wykonanie badań (pomiar RR, HR, BMI, obwody ramion, pasa, bioder) oraz wydanie skierowania na badania biochemiczne (stężenie glukozy w surowicy krwi, lipidogram). Następnie po zebraniu kompletu badań wraz z wywiadem, zadaniem pielęgniarki było określenie czynników ryzyka i skierowanie pacjenta na badanie lekarskie. Niezależnie od stopnia ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych pielęgniarka przeprowadzała jednorazową edukację na temat elementów modyfikowalnych stylu życia (palenie tytoniu, niezdrowe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej, otyłość i stres)[21].

Najważniejsze aspekty opieki na poziomie POZ, a rola i kompetencje pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia. Większość potrzeb diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych populacji powinna być zaspokajana na poziomie POZ[22]. Koncepcja POZ jako fundamentu systemu zakłada: dostępność opieki (bliskość lokowania ośrodków opieki zdrowotnej i braku opłat za świadczenia), ciągłość opieki, powszechność (dostęp wszystkich pacjentów do opieki na równych prawach), uwzględnienie zasad etyki oraz kompleksowość opieki (współpraca lekarza z pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej)[23]. Aby wypełnić powyższe pryncypia medycyny rodzinnej ustawodawca nałożył szereg zadań nie tylko na lekarza, ale również na pielęgniarkę POZ. Zadaniem pielęgniarki POZ jest między innymi podejmowanie działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym również chorób układu krążenia (CHUK). Chodzi tu między innymi o rozpoznawanie potrzeb i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców, realizację programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej i profilaktyki chorób, prowadzenie edukacji zdrowotnej i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, a także prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego[24]. Taką właśnie grupą ryzyka będą pacjenci z cukrzycą, ponieważ są oni szczególnie narażeni na CHUK.

Świadczenia lekarza/pielęgniarki POZ mogą być realizowane w gabinecie, jak również w domu pacjenta. W Polsce w ostatnich latach nastąpiły istotne zmiany w odniesieniu do zawodu pielęgniarki zatrudnionej w POZ. W efekcie tych zmian zwiększyła się samodzielność i niezależność tego zawodu. Ustawodawca określił świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarki i położne mogą wykonywać bez zlecenia lekarskiego. Umożliwiono także pielęgniarce samodzielne ordynowanie niektórych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Warunkiem wystawienia recepty lub kontynuacji leczenia przez pielęgniarkę jest zebranie wywiadu z pacjentem, zlecenie bądź analiza badań biochemicznych i w związku z tymi działaniami wykrywanie czynników ryzyka wystąpienia powikłań[25].

Obecnie najważniejszym wyzwaniem jest wzmocnienie POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia oraz zwiększenie udziału POZ w tym zakresie[4]. Celem tych działań jest opóźnienie leczenia specjalistycznego i poprawa jakości życia. Pacjenci z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej odnoszą korzyści z wczesnego rozpoznania i leczenia chorób towarzyszących oraz czynników zwiększających ryzyko CVD[26]. W populacji ogólnej schorzenia przewlekłe są przyczyną 50-55% zgłoszeń. Pacjenci z cukrzycą typu 2 i po przebytym incydencie sercowo-naczyniowym najczęściej zgłaszają się z powodu konieczności wypisania powtórnej recepty. Wizyty związane z profilaktyką chorób i promocją zdrowia to zaledwie 10-15%[27]. Świadczy to o konieczności położenia

szczególnego nacisku na te działania pielęgniarki POZ, które są związane z promocją zdrowia i profilaktyką chorób u tych pacjentów. Aby realizować powyższe zadania pielęgniarka powinna dysponować odpowiednią wiedzą w tym zakresie.

Czołową światową instytucją zajmującą się formułowaniem oportunistycznych zaleceń z zakresu profilaktyki, w szczególności dla POZ, jest Amerykańska Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych (United States Preventive Services Task Force – USPSTF). Formułując zalecenia, wzięto pod uwagę wiek pacjenta w chwili rozpoczęcia i zakończenia interwencji profilaktycznej oraz odstępy czasowe jej kontroli. Poprzez klasy określono siłę i pewność potwierdzonych danych uzasadniających interwencję profilaktyczną, zaczynając od klas A i B (uznawanych za priorytetowe), klasę C (z niższym priorytetem), klasę D z zaleceniem zniechęcania do stosowania interwencji, aż do klasy I obejmujące świadczenia wymagające rozmowy z pacjentem (z uwagi na słabo potwierdzone dane dotyczące interwencji). Aktualne zalecenia profilaktyczne zawarte są w Przewodniku Klinicznych Świadczeń Profilaktycznych USPSTF z 2021 roku[28]. Najistotniejsza różnica pomiędzy wytycznymi polskimi a USPSTF dotyczy cukrzycy. USPSTF zaleca skrining u wszystkich niemających objawów dorosłych z BP>135/80 mmHg niezależnie od wieku. Znajomość zaleceń dotyczących prewencji umożliwia pielęgniarce opracowanie indywidualnego planu interwencji wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 z dużym ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych (tabela 1, tabela 2).

Tabela 1. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę lub osób ze stanem przedcukrzycowym

ZALECENIA	Klasa a	Poziom b
Zaprzestanie palenia tytoniu przy wsparciu zaplanowanego poradnictwa zaleca się u wszystkich chorych na DM oraz osób z pre-DM	I	A
Interwencje w zakresie stylu życia zaleca się w celu opóźnienia lub niedopuszczenia do progresji pre-DM (takich jak IGT) do T2DM	I	A
Zmniejszone spożycie kalorii zaleca się w celu zmniejszenia nadmiernej masy ciała u chorych z pre-DM i chorych na DMc	I	A
Umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny, szczególnie połączenie ćwiczeń aerobowych i oporowych, przez ≥ 150 min. tygodniowo zaleca się w ramach prewencji i kontroli DM, chyba że występują przeciwwskazania, np. ciężkie choroby współistniejące lub ograniczony przewidywany czas przeżycia[d]	I	A
Należy rozważyć stosowanie diety śródziemnomorskiej, bogatej w wielo- i jednonienasycone kwasy tłuszczowe, w celu zmniejszenia ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych	IIa	B
Nie zaleca się suplementacji witamin ani mikroelementów w celu zmniejszenia ryzyka DM lub ryzyka CVD u chorych na DM	III	B

a - klasa zaleceń, b - poziom wiarygodności danych, c - powszechnie uznaje się, że u otyłych chorych celem jest redukcja 5% wyjściowej masy ciała, d - zaleca się, by wszyscy pacjenci ograniczali czas spędzany w pozycji siedzącej poprzez stosowanie ≥ 10 min. przerw przeznaczonych na umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny (równoważnik ok. 1000 kroków). Skróty: CV – sercowo-naczyniowy, CVD – choroba sercowo-naczyniowa, DM – cukrzyca, IGT – nieprawidłowa tolerancja glukozy, pre-DM – stan przedcukrzycowy, T2DM – cukrzyca typu 2

Źródło: Wytyczne ESC dotyczące cukrzycy, stanu przedcukrzycowego i chorób układu sercowo-naczyniowego opracowane we współpracy z EASD 2019[29]

Tabela 2. Kategorie ryzyka sercowo-naczyniowego

Ryzyko	Kryteria	Stężenia docelowe lipidów i apoB
Bardzo duże[a]	• ChSN udokumentowana klinicznie[b] lub udokumentowana jednoznacznie na podstawie badań obrazowych[c] • cukrzyca z uszkodzeniem narządowym[d] lub ≥3 głównymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (palenie tytoniu, dyslipidemia lub nadciśnienie tętnicze) lub cukrzyca typu 1 o wczesnym początku (trwająca >20 lat) • hipercholesterolemia rodzinna z ChSN na podłożu miażdżycy lub z innym głównym czynnikiem ryzyka • ciężka PChN (GFR <30 ml/min./1,73 m^2) • SCORE ≥10%	• LDL-C <1,4 mmol/l (<55 mg/dl)[e] i zmniejszenie stężenia wyjściowego[f] o ≥50% • nie-HDL-C <2,2 mmol/l (<85 mg/dl) • apoB <65 mg/dl
Duże	• znacznie nasilony pojedynczy czynnik ryzyka: szczególnie stężenie cholesterolu całkowitego >8 mmol/l (310 mg/dl) lub LDL-C >4,9 mmol/l (190 mg/dl), lub ciśnienie tętnicze ≥180/110 mm Hg • chorzy na cukrzycę bez uszkodzenia narządowego[d], z cukrzycą od ≥10 lat lub z dodatkowym czynnikiem ryzyka • hipercholesterolemia rodzinna bez innych głównych czynników ryzyka • umiarkowana PChN (GFR 30-59 ml/min./1,73 m^2) • SCORE ≥5% i <10%	• LDL-C <1,8 mmol/l (<70 mg/dl) i zmniejszenie stężenia wyjściowego[f] o ≥50% • nie-HDL-C <2,6 mmol/l (<100 mg/dl) • apoB <80 mg/dl
Umiarkowane	• SCORE ≥1% i <5% • młodzi chorzy na cukrzycę (<35 r.ż. z cukrzycą typu 1 i <50 r.ż. z cukrzycą typu 2) od <10 lat, bez innych czynników ryzyka	• LDL-C <2,6 mmol/l (<100 mg/dl) • nieHDLC <3,4 mmol/l (<130 mg/dl) • apoB <100 mg/dl
Małe	• SCORE <1%	• LDL-C <3,0 mmol/l (<115 mg/dl)

[a] Dotyczy prewencji pierwotnej i wtórnej.

[b] Przebyty ostry zespół wieńcowy (zawał serca lub niestabilna dławica piersiowa), przewlekły zespół wieńcowy, rewaskularyzacja wieńcowa lub zabieg rewaskularyzacji innych tętnic, udar mózgu lub napad przemijającego niedokrwienia mózgu, choroba tętnic obwodowych.

[c] Istotne blaszki miażdżycowe w koronarografii lub angio-TK (wielonaczyniowa ChW ze zwężeniem >50% w 2 głównych tętnicach nasierdziowych) lub w USG tętnic szyjnych.

[d] Mikroalbuminuria, retinopatia lub neuropatia.

[e] U chorych na ChSN na podłożu miażdżycy, u których w ciągu ostatnich 2 lat wystąpił drugi incydent sercowo-naczyniowy (niekoniecznie tego samego rodzaju, co pierwszy) podczas leczenia statyną w maksymalnej tolerowanej dawce (uznanych za obciążonych ekstremalnym ryzykiem), można rozważyć dążenie do stężenia docelowego LDL-C <1,0 mmol/l (<40 mg/dl).

[f] Wartość wyjściowa odnosi się do stężenia LDL-C u osoby nieprzyjmującej żadnych leków zmniejszających stężenie LDL-C; u osób, które przyjmują takie leki, należy oszacować, jakie było wyjściowe stężenie LDL-C (bez leczenia) na podstawie średniej skuteczności danego leku lub skojarzenia leków zmniejszających stężenie LDL-C; kalkulator na stronie https://www.mp.pl/kalkulatory/show.html?id=224679.

Uwaga: przykłady czynników modyfikujących ryzyko, których obecność lub nieprawidłowości mogą wpłynąć na zmianę wysokości ryzyka (szczególnie umiarkowanego) wg SCORE: 1) wykluczenie społeczne lub brak wsparcia społecznego, stres psychospołeczny; 2) przedwczesna ChSN w wywiadzie rodzinnym (<55 r.ż. u mężczyzn, <60 r.ż. u kobiet); 3) otyłość i otyłość brzuszna; 4) brak aktywności fizycznej; 5) przewlekłe choroby zapalne o podłożu autoimmunologicznym; 6) poważne choroby psychiczne; 7) leczenie z powodu zakażenia HIV; 8) migotanie przedsionków; 9) przerost lewej komory serca; 10) PChN; 11) obturacyjny bezdech senny; 12) niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby.

Badania obrazowe, których nieprawidłowe wyniki mogą modyfikować ryzyko u osób obciążonych ryzykiem małym lub umiarkowanym: 1) wskaźnik uwapnienia tętnic wieńcowych w TK; 2) blaszki miażdżycowe stwierdzone w USG tętnic szyjnych lub udowych.

angio-TK – angiografia metodą tomografii komputerowej, apoB – apolipoproteina B, ChSN – choroba sercowo-naczyniowa, ChW – choroba wieńcowa, GFR – przesączanie kłębuszkowe, HDL-C – cholesterol frakcji lipoprotein o dużej gęstości, HIV – ludzki wirus niedoboru odporności, LDL-C – cholesterol frakcji lipoprotein o małej gęstości, PChN – przewlekła choroba nerek, TK – tomografia komputerowa, USG – ultrasonografia

Źródło: Wytyczne ESC i EAS 2019, zmodyfikowane[30]

Edukacja diabetologiczna jest uznaną częścią opieki diabetologicznej. Dwie organizacje, Association of Diabetes Care & Education Specialists (ADCES) i American Diabetes Association (ADA) akredytują programy edukacji diabetologicznej. Opracowany zestaw narzędzi edukacyjnych i wsparcia w zakresie samodzielnego leczenia cukrzycy (DSMES) jest wszechstronnym źródłem umożliwiającym osiągnięcie sukcesu w edukacji i wsparciu w zakresie samodzielnego zarządzania cukrzycą (tabela 3). Wyniki badań potwierdzają interdyscyplinarne podejście zespołowe do opieki, edukacji i wsparcia diabetologicznego[31].

Tabela 3. Lista kontrolna dostarczania i modyfikowania DSMES w czterech krytycznych momentach[32]

Cztery krytyczne momenty	Rola specjalisty/pielęgniarki POZ
W diagnozie (seria wizyt)	• Ocenianie wpływów kulturowych, społecznych determinantów zdrowia, przekonań zdrowotnych, aktualnej wiedzy, ograniczeń fizycznych, wsparcia rodziny, statusu finansowego i zawodowego, historii medycznej, preferencji i barier w nauce, umiejętności czytania i pisania oraz liczenia, aby określić, jakie treści podać i w jaki sposób • Leki – wybory, dostęp, działanie, miareczkowanie, skutki uboczne • Monitorowanie stężenia glukozy we krwi – kiedy sprawdzać, interpretować i wykorzystywać zarządzanie wzorcami stężenia glukozy w celu uzyskania informacji zwrotnej • Aktywność fizyczna – bezpieczeństwo, cele/rekomendacje krótkoterminowe vs. długoterminowe • Zapobieganie, wykrywanie i leczenie ostrych i przewlekłych powikłań • Odżywianie – plan żywieniowy, planowanie posiłków, kupowanie jedzenia, przygotowywanie posiłków, porcjowanie jedzenia • Zmniejszenie ryzyka – zaprzestanie palenia, pielęgnacja stóp, ryzyko kardiologiczne • Opracowywanie osobistych strategii rozwiązywania problemówi obaw psychospołecznych; przystosowanie się do życia z cukrzycą • Opracowywanie osobistych strategii promujących zmianę zdrowia i zachowania • Identyfikowanie problemów i rozwiązań • Identyfikowanie zasobów i dostępu do nich
Rocznie i/lub, gdy pacjenci nie osiągają celów leczenia	• Przejrzyj i wzmocnij cele leczenia i potrzeby w zakresie samoleczenia • Dokonaj przeglądu barier dla skuteczności leczenia • Połóż nacisk na zmniejszenie ryzyka powikłań i promowanie jakości życia • Omów, jak dostosować leczenie cukrzycy i samoleczenie do sytuacji życiowych i konkurencyjnych wymagań • Wspieraj wysiłki na rzecz utrzymania początkowych zmian zachowania i radzenia sobie z ciągłym obciążeniem cukrzycą
Kiedy rozwijają się czynniki komplikujące	• Zapewnij wsparcie w zakresie umiejętności samodzielnego radzenia sobie w celu opóźnienia progresji choroby i zapobiegania nowym powikłaniom • Zapewnij/skieruj wsparcie emocjonalne w przypadku cierpienia i depresji związanej z cukrzycą • Opracuj i wspieraj osobiste strategie zmiany zachowania i zdrowego radzenia sobie • Opracuj osobiste strategie, aby dostosować się do ograniczeń sensorycznych lub fizycznych, dostosować się do nowych wymagań dotyczących samozarządzania oraz promować zmiany w zakresie zdrowia i zachowania

Tabela 3, ciąg dalszy – Lista kontrolna dostarczania i modyfikowania DSMES w czterech krytycznych momentach[32]

Cztery krytyczne momenty	Rola specjalisty/pielęgniarki POZ
Kiedy następują zmiany w życiu i opiece	• W razie potrzeby dostosuj plan samodzielnego leczenia cukrzycy • Zapewnij wsparcie w zakresie umiejętności samodzielnego samozarządzania i poczucia własnej skuteczności • Określ poziom znaczącego zaangażowania innych osób oraz ułatw edukację i wsparcie • Zapewnij pomoc w stawianiu czoła wyzwaniom wpływającym na zwykły poziom aktywności, zdolność do funkcjonowania, korzyści zdrowotne i dobre samopoczucie • Podejmij działania w celu maksymalizacji jakości życia i wsparcia emocjonalnego dla osoby z cukrzycą (i członków rodziny) • Zapewnij edukację innym zaangażowanym w opiekę • Ustal plany komunikacji i dalszych działań z dostawcą, rodziną i innymi osobami • Opracuj cele i osobiste strategie w celu promowania zdrowia i zmiany zachowań oraz poprawy jakości życia

Przegląd efektywności interwencji z udziałem pielęgniarki podejmowanych na świecie na poziomie POZ wobec pacjentów z cukrzycą

Opublikowany w sierpniu 2014 przegląd systematyczny obejmujący 71 badań, jednoznacznie potwierdził skuteczność interwencji dotyczących modyfikacji stylu życia w redukcji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych[33]. W badaniu szwedzkim, prowadzonym w grupie mężczyzn wysokiego ryzyka (z cukrzycą i rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową), odnotowano redukcję o 23% incydentów sercowo-naczyniowych w ciągu ok. 6-letniej obserwacji na skutek intensywnie prowadzonych działań edukacyjnych równolegle z terapią farmakologiczną zgodnie z zaleceniami terapeutycznymi[34].

Badanie retrospektywne McLendon i wsp., które przeprowadzono w POZ na celowo wybranej próbie pacjentów dorosłych (n=59 osób w wieku 21-76 lat ze stężeniem hemoglobiny glikowanej powyżej 8%), pokazało efektywność wprowadzonych interwencji. Interwencje te obejmowały zarządzanie opieką pielęgniarską, konsultacje w zakresie telemedycyny w zakresie endokrynologii, a także edukację w zakresie samodzielnego leczenia cukrzycy (DSME), w celu poprawy zarządzania chorobą i zapobiegania powikłaniom. Wykazano istotne zmniejszenie HbA1c poprawę wyniku testu DSME, zmniejszenie liczby hospitalizacji w oddziale ratunkowym oraz zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala. Pacjenci i świadczeniodawcy wykazali duże zadowolenie z elementów programu. Mniejsze wykorzystanie szpitala zmniejszyło koszty oddziałów ratunkowych o 51,4%, a koszty hospitalizacji o 96%[35].

Badanie Gabbay i wsp., którym objęto 545 pacjentów z cukrzycą typu 2, także pokazało, że zaangażowanie pielęgniarek przeszkolonych w zakresie prowadzenia interwencji motywacyjnych może być bardzo efektywne. W tym badaniu grupa interwencyjna spotykała się indywidualnie w swojej przychodni podstawowej opieki zdrowotnej z pielęgniarkami prowadzącymi: na początku badania i kolejno po 2 i 6 tygodniach, 3, 6 oraz 12 miesiącach. Wizyty trwały około godziny. Grupa interwencyjna uczestników mogła również kontaktować się ze swoją pielęgniarką telefonicznie lub e-mailem między wizytami. W efekcie prowadzonych interwencji okazało się, że skurczowe RR było lepsze w grupie interwencyjnej. Z kolei HbA1c, LDL i ciśnienie rozkurczowe uległy poprawie zarówno w grupie interwencyjnej, jak i w grupie kontrolnej (HbA1c - grupa kontrolna 9,1 do 8,0%, grupa interwencyjna 8,8 do 7,8%), LDL (grupa kontrolna 127 do 100 mg/dl, grupa interwencyjna 128 do 102 mg/dl), ciśnienie rozkurczowe (grupa kontrolna 78 do 74 mm Hg, grupa interwencyjna 80 do 74 mm Hg). Ponadto wyniki dotyczące objawów depresji były lepsze w grupie interwencyjnej, a zmniejszenie stresu związanego z cukrzycą zbliżyło się do istotności statystycznej[36].

Ishani i wsp. także pokazali, że pielęgniarki prowadzące określone przypadki pacjentów z cukrzycą stosując zalecany algorytm leczenia mogą skutecznie wpłynąć na kontrolę czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w ciągu 1 roku. Badacze przeprowadzili randomizowane badanie kontrolne u pacjentów z cukrzycą, u których ciśnienie krwi (BP) wynosiło >140/90 mm Hg, hemoglobina A(1c) (HbA(1c)) >9,0% lub LDL >100 mg/dl. Pacjenci we współpracy z pielęgniarkami ustalili cele modyfikacji stylu życia i opracowali osobiste plany działania. Spotkania pielęgniarek z pacjentami początkowo odbywały się co 2 tygodnie. Częstotliwość tych kontaktów zmniejszała się w miarę osiągania przez pacjenta celów BP i glikemii w domu. Czas trwania badania wynosił 12 miesięcy i odbywało się ono w domu pacjenta. Grupa interwencyjna w porównaniu z grupą kontrolną osiągnęła indywidualne cele leczenia w zakresie HbA(1c) <8,0% (73,7 vs. 65,8%, p = 0,04) oraz BP <130/80 mmHg (45,0 vs. 25,4%)[37].

Z kolei Krein i wsp. poddali badaniu 246 weteranów z cukrzycą i wyjściowym stężeniem hemoglobiny A(1C) (HbA(1C)) >lub = 7,5%. W grupie interwencyjnej dwie pielęgniarki pracowały z pacjentami i ich świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, monitorując i koordynując opiekę nad grupą interwencyjną przez 18 miesięcy za pośrednictwem kontaktów telefonicznych. Zadaniem pielęgniarek było zachęcanie pacjentów do samozarządzania, w tym do utrzymania diety i ćwiczeń; dostarczanie przypomnień o zalecanych badaniach, udzielanie pomocy w umawianiu wizyt kontrolnych, a także w zakresie monitorowania poziomu glukozy i ciśnienia krwi w domu oraz identyfikowanie i inicjowanie zmiany leków i dawek w razie potrzeby (zarządzanie przypadkiem ambulatoryjnym). Grupa kontrolna otrzymywała materiały edukacyjne i zwykłą opiekę od swoich świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Badacze pokazali, że na zakończenie badania pacjenci z obu badanych grup pozostawali pod słabą kontrolą glikemii i nie było różnicy między grupami w średnim wyjściowym poziomie HbA 1C (9,3% vs. 9,2%; różnica = 0,1%). Nie było również dowodów na to, że interwencja spowodowała poprawę poziomu cholesterolu, kontrolę ciśnienia krwi lub większą intensyfikację

leczenia farmakologicznego. Jednak pacjenci interwencyjni byli znacznie bardziej zadowoleni ze swojej opieki diabetologicznej, przy czym 82% oceniało swoich świadczeniodawców jako lepszych niż przeciętnie w porównaniu z 64% pacjentów w grupie kontrolnej[38].

Podsumowanie

U wszystkich pacjentów z cukrzycą typu 2 wskazane jest ukierunkowanie działań na zachęcanie pacjentów do samozarządzania chorobą, w tym do utrzymania diety i ćwiczeń, dostarczanie przypomnień o zalecanych badaniach, udzielanie pomocy w umawianiu wizyt kontrolnych, a także w zakresie monitorowania poziomu glukozy i ciśnienia krwi w domu oraz identyfikowanie i inicjowanie zmiany leków i dawek w razie potrzeby (zarządzanie przypadkiem ambulatoryjnym). Zapobieganie występowaniu powikłań sercowo-naczyniowych w przebiegu cukrzycy poprzez wczesne wykrycie czynników ryzyka i skuteczne ich eliminowanie staje się wyzwaniem współczesnej pielęgniarki POZ. W związku z tym, że duży odsetek chorych na cukrzycę nie przestrzega zaleceń terapeutycznych, co bezpośrednio przyczynia się do rozwoju późnych powikłań, leczenie zaplanowane we współpracy z pacjentem oznacza większą akceptację i realizację postępowania terapeutycznego. Interwencje z udziałem pielęgniarki POZ mające na celu redukcję czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w odniesieniu do indywidualnego pacjenta z cukrzycą mogą przynosić wymierne korzyści pod warunkiem, że prowadzone działania odwołują się do jego sfery poznawczej, jak i behawioralnej.

Piśmiennictwo:

1. Jacek Sieradzki, Ewa Płaczkiewicz-Jankowska. Cukrzyca [w:]. Interna - mały podręcznik. Dostęp: 14.10.2021: https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.13.1
2. Huang, E.S., Laiteerapong, N., Liu, J.Y., John, P.M., Moffet, H.H., Karter, A.J. Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: The diabetes and aging study. JAMA Intern. Med. 2014, 174, 251-258
3. Corriere, M., Rooparinesingh, N., Kalyani, R.R. Epidemiology of diabetes and diabetes complications in the elderly: An emerging public health burden. Curr. Diab. Rep. 2013, 13, 805-813
4. Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P.; Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A.A., Ogurtsova,K., et al. IDF Diabetes Atlas Committee. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res. Clin. Pract. 2019, 157,107843
5. Kolb, H., Martin, S. Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. BMC Med. 2017,15,131
6. Sinclair A., Saeedi, P., Kaundal, A., Karuranga, S.; Malanda, B.; Williams, R. Diabetes and global ageing among 65-99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res. Clin. Pract. 2020, 162, 108078
7. National Health Fund. Department of Analysis and Strategy. NHF about Health. Diabetes. Warsaw 2019. Available online:https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=45/ (dostęp 19.01.2020)
8. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia Cukrzyca w liczbach. Dostęp: 14.12.2021. Dostępny na URL: https://pacjent.gov.pl/artykul/cukrzyca-w-liczbach
9. Britt H, Harrison C, Miller G, Knox S. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia Med J Aust 2008;189(2):72-77
10. Pouplier S, Olsen M, Willadsen T, et al. The development of multimorbidity during 16 years after diagnosis of type 2 diabetes. J Comorb 2018;8(1):2235042X18801658
11. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al.; for the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics – 2016 Update: A report from the American Heart Association. Circulation 2016;133:e38-e360
12. Lin PJ, Kent DM, Winn A, et al. Multiple chronic conditions in type 2 diabetes mellitus: Prevalence and consequences. Am J Manag Care 2015;21:e23-34
13. The Royal Australian College of General Practitioners. Management of type 2 diabetes: A handbook for general practice. East Melbourne, Vic: RACGP, 2020. Dostępny na: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/diabetes/managing-multimorbidity-in-people-with-type-2-diab; dostęp 14.12.2021
14. American Diabetes Association. Diabetes Complications. Cardiovascular Disease. Dostępny na: https://www.diabetes.org/diabetes/complications/cardiovascular-disease; dostęp 14.12.2021
15. Leon BM, Maddox TM. Diabetes and cardiovascular disease: Epidemiology, biological mechanisms, treatment recommendations and future research. World J Diabetes. 2015;6(13):1246-1258. doi:10.4239/wjd.v6.i13.1246
16. Einarson, T.R., Acs, A., Ludwig, C. et al. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. Cardiovasc Diabetol 17, 83 (2018). https://doi.org/10.1186/s12933-018-0728-6
17. Rivellese AA, Riccardi G, Vaccaro O. Cardiovascular risk in women with diabetes. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2010;20:474-480
18. American Diabetes Association. 4. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care 2018, 41,38-50
19. Iglay, K., Hannachi, H., Joseph Howie, P., Xu, J., Li, X., Engel, S. S., Moore, L. M., & Rajpathak, S. (2016). Prevalence and co-prevalence of comorbidities among patients with type 2 diabetes mellitus. Current medical research and opinion, 32(7), 1243-1252. https://doi.org/10.1185/03007995.2016.1168291

20. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Program zwalczania chorób cywilizacyjnych. Moduł II – Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010-2011. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_10062010.pdf
21. https://www.nfzzielonagora.pl/PL/491/91/Program_profilaktyki_chorob_ukladu_krazenia/dostęp 12.2021
22. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. Dz. U. Min. Zdr. 2021.69
23. Kurpas D. Zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2014; 12 (4): 301-308
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 poz. 2335)
25. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, z późn. zm)
26. Ng AC, Delgado V, Djaberi R, Schuijf JD, Boogers MJ, Auger D, Bertini M, de Roos A, van der Meer RW, Lamb HJ, Bax JJ. Multimodality imaging in diabetic heart disease. Curr Probl Cardiol. 2011; 36: 9-47
27. Kurpas D. Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2013 (Rozprawy Habilitacyjne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6/2013)
28. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/dostęp 15.12.2021
29. Zeszyty edukacyjne. Kardiologia Polska 3/2019.https://ptkardio.pl/wytyczne/34-wytyczne_esc_dotyczace_cukrzycy_i_stanu_przedcukrzycowego_wspolistniejacych_z_chorobami_sercowonaczyniowymi_opracowane_we_wspolpracy_z_easd; dostęp 15.12.2021
30. Cybulska B., Kłosiewicz-Latoszek L.: Komentarz. W: Leśniak W.: Postępowanie w dyslipidemiach. Podsumowanie wytycznych European Society of Cardiology i European Atherosclerosis Society 2019. Med. Prakt., 2020; 2: 33-37
31. Terry, K. EHR data extraction to improve quality. Med ek. 2015. http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/mining-ehr-data-quality-improvement?page=full. dostęp 23.05.2017
32. https://www.cdc.gov./dostęp 15.12.2021
33. Johnson H.M., Olson A.G., LaMantia J.N. et al. Documented Lifestyle Education Among Young Adults with Incident Hypertension.Journal of General Internal Medicine volume 30, pages556-564;2015
34. Lin JS, O'Connor E, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2014 Oct 21;161(8):568-78. doi: 10.7326/M14-0130. PMID: 25155549
35. McLendon, S. F., Wood, F. G., & Stanley, N. (2019). Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program. Public health nursing (Boston, Mass.), 36(3), 310–320. https://doi.org/10.1111/phn.12601
36. Gabbay RA, Añel-Tiangco RM, Dellasega C, Mauger DT, Adelman A, Van Horn DHA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. J Diabetes. 2013 Sep; 5(3):349±57. doi: 10.1111/1753-0407.12030PMID: 23368423
37. Ishani A, Greer N, Taylor BC, Kubes L, Cole P, Atwood M, et al. Effect of nurse case management compared with usual care on controlling cardiovascular risk factors in patients with diabetes: a randomized controlled trial. Diabetes Care. 2011 Aug; 34(8):1689±94
38. Krein SL, Klamerus ML, Vijan S, Lee JL, Fitzgerald JT, Pawlow A, et al. Case management for patients with poorly controlled diabetes: a randomized trial. Am J Med. 2004 Jun 1; 116(11):732±9

KOMPETENCJE PRZYSZŁOŚCI W PIELĘGNIARSTWIE

Na przestrzeni ostatnich lat jesteśmy świadkami znacznego wzrostu tempa oraz zasięgu zmian w zakresie techniki i cyfryzacji. Zmiany te w dużej mierze warunkują rzeczywistość w jakiej żyjemy, gdzie sztuczna inteligencja zastępuje wiele aktywności do tej pory wykonywanych przez człowieka. Ma to bezpośrednie oraz istotne oddziaływanie także na rynek pracy. Prognozy odnośnie do zawodów, które zostaną zautomatyzowane w przyszłości są korzystne dla pielęgniarek. Według U.S. Career Institiute najmniej zagrożonym zastąpieniem sztuczną inteligencją zawodem jest właśnie zawód pielęgniarki/pielęgniarza. W ostatnich latach obserwujemy istotnie zwiększającą się liczbę procedur i zabiegów medycznych wykonywanych przez roboty. Warto jednak podkreślić, że opieka nad drugim człowiekiem w dużej mierze ugruntowana na tzw. kompetencjach miękkich, zostanie póki co domeną ludzi. Opieka i towarzyszenie drugiemu człowiekowi oparte na empatii oraz bliskości nie są zastępowalne w algorytmiczny, zautomatyzowany sposób.

Praktyka pielęgniarska stale zmienia się pod wpływem zmiany profilu pacjentów, ich potrzeb oraz poziomu wiedzy na temat zdrowia i choroby. Zmiany demograficzne jakie zachodzą w społeczeństwach większości rozwiniętych krajów powodują, że coraz częściej świadczeniobiorcami naszej opieki są pacjenci w wieku geriatrycznym, często z wielochorobowością oraz niepełnosprawnością. Dodatkowo, rozwój nauki w zakresie psychosomatyki oraz ryzyka jakie dla zdrowia populacji niosą zaburzenia psychiczne podkreśla szczególny profil tej grupy pacjentów. WHO szacuje, że do 2030 roku depresja będzie najczęściej występującą chorobą na świecie. Dlatego też, realizowanie opieki w oparciu zarówno o dowody (ang. EBP – Evidence Based Parctice), jak i modele ugruntowane na opiece zorientowanej na pacjenta (ang. Patient Centerd Care), np. Primary Nursing stają się podstawą do zapewniania wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej.

Biorąc pod uwagę powyższe, w ostatnich latach wiele instytucji i organizacji podjęło trud zidentyfikowania kompetencji przyszłości, które będą pożądane przez pracodawców. W jednym z raportów opracowanym przez DELab UW na zlecenie PFR i Google określono grupy kompetencji, na które będzie największe zapotrzebowanie na rynku pracy w nadchodzących latach, które jednocześnie bardzo dobrze prezentują kompetencje potrzebne pielęgniarkom do świadczenia efektywnej i wysokiej jakości opieki. Na ilustracji zaprezentowano kluczowe kompetencje przyszłości, które poniżej zostały scharakteryzowane w odniesieniu do pracy pielęgniarek.

Elastyczność poznawcza – w pielęgniarstwie odnosi się do zdolności pielęgniarek do dostosowywania się do zmieniających się warunków pracy, sytuacji oraz potrzeb pacjentów. Jest to ważna cecha, ponieważ praca pielęgniarska wymaga szybkiego reagowania na zmieniające się okoliczności oraz podejmowania decyzji w czasie rzeczywistym. Elastyczność poznawcza w pielęgniarstwie wymaga również umiejętności uczenia się na błędach oraz otwartości na nowe pomysły i modele opieki, aby zapewnić najlepszą opiekę pacjentom.

Krytyczne myślenie – jest bardzo ważne w praktyce pielęgniarskiej, ponieważ umożliwia pielęgniarkom podejmowanie trafnych decyzji, podejmowanie działań opartych na dowodach oraz dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta. Brak umiejętności krytycznego myślenia w obszarze klinicznym może przyczynić się do opóźnienia lub zaniechania postawienia diagnozy, błędów poznawczych oraz prowadzić do pogorszenia jakości opieki. Umiejętność krytycznego myślenia jest bezpośrednio związana z identyfikacją pogarszającego się stanu pacjenta, jak również z osiągnięciem bezpieczeństwa pacjenta.

Rozwiązywanie złożonych problemów – jest dobrze znanym pielęgniarkom wyzwaniem codziennej pracy zawodowej. Pielęgniarki muszą często radzić sobie z trudnymi sytuacjami klinicznymi,

w których konieczne jest podejmowanie szybkich i trafnych decyzji. Rozwiązywanie złożonych problemów wymaga zastosowania wielu umiejętności i strategii. Ważnym aspektem rozwiązywania złożonych problemów jest dokładne zrozumienie sytuacji i zebranie wszelkich informacji dotyczących pacjenta, jego choroby i historii medycznej oraz sytuacji psycho-społecznej, ich przeanalizowanie i zaplanowanie działań. Pielęgniarka powinna podejmować decyzje na podstawie swojego doświadczenia, wiedzy medycznej opartej na dowodach naukowych, a także uwzględnieniu preferencji i potrzeb pacjenta. W przypadku rozwiązywania złożonych problemów, nie zawsze jest możliwe znalezienie jednoznacznej odpowiedzi. Dlatego ważne jest, aby pielęgniarka była elastyczna i otwarta na różne podejścia i strategie. Mogą one obejmować wdrażanie zmian w planie opieki, konsultowanie się z innymi specjalistami lub wykorzystanie nowych technologii i modeli opieki.

Współpraca z innymi – jest kluczowa dla zapewnienia wysokiej jakości opieki pacjentowi. Każdy członek zespołu ma swoje zadania, ale musi również działać w harmonii ze współpracownikami. Wspólnie opracowują oni plan opieki, monitorują stan pacjenta i podejmują decyzje kliniczne. Pielęgniarki często pracują w zespole, w którym każdy członek ma swoje unikalne role i odpowiedzialności. Efektywna praca zespołowa wymaga od każdej osoby umiejętności komunikacji, współpracy i zaangażowania. Współpraca z innymi członkami zespołu oraz innymi specjalistami medycznymi pozwala pielęgniarkom na bardziej skuteczne i efektywne rozwiązywanie problemów klinicznych oraz zapewnienie wysokiej jakości opieki pacjentowi.

Przywództwo – odgrywa ważną rolę w zapewnieniu skutecznej i efektywnej opieki nad pacjentami oraz w organizowaniu pracy pielęgniarskiej. Przywództwo w pielęgniarstwie powinno opierać się na umiejętnościach komunikacji, zarządzania konfliktami, kreatywności i podejmowania decyzji. Liderzy powinni dbać nie tylko o swój rozwój, ale również o rozwój swoich współpracowników i motywować ich do dalszej nauki i doskonalenia swoich umiejętności. Powinni być rezylientni, odpowiedzialni i zdeterminowani, aby osiągać cele i wdrażać zmiany/innowacje w opiece. W pielęgniarstwie, przywódcy powinni być także zorientowani na pacjenta, czyli powinni skupiać się na zapewnieniu pacjentowi jak najlepszej opieki. Coraz częściej wskazuje się również na potrzebę rozwijania kompetencji samoprzywództwa, czyli motywowania siebie do działania, odwagi oraz umiejętnego planowania rozwoju w odpowiednim środowisku.

Inteligencja emocjonalna – definiowana jako zdolność do rozumienia i kontrolowania własnych emocji oraz rozumienia i reagowania na emocje innych ludzi, jest kluczową umiejętnością w pielęgniarstwie, ponieważ praca ta wymaga stałego kontaktu z ludźmi, w tym z pacjentami, rodzinami pacjentów i innymi pracownikami ochrony zdrowia. W kontekście pielęgniarstwa, inteligencja emocjonalna pozwala pielęgniarkom na efektywne zarządzanie stresem i emocjami związanymi z pracą, jak również na budowanie pozytywnych relacji z pacjentami, ich rodzinami i innymi członkami zespołu. Pielęgniarki z wysokim poziomem inteligencji emocjonalnej są w stanie zrozumieć potrzeby pacjentów, okazywać empatię oraz zrozumienie, co przekłada się na lepszą jakość opieki.

Kompetencje cyfrowe – są coraz bardziej pożądane w pielęgniarstwie, ponieważ pozwalają na skuteczniejsze zarządzanie opieką nad pacjentami, lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów i usprawnienie procesów opieki nad pacjentami. Kompetencje cyfrowe to umiejętności związane z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych, w tym umiejętności komunikacyjne, poszukiwanie, przetwarzanie i wykorzystywanie informacji, a także umiejętności techniczne związane z obsługą urządzeń i aplikacji. W praktyce ma to przełożenie nie tylko na prawidłową obsługę aparatury medycznej, ale również na prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej.

Wykorzystywanie wyżej wymienionych kompetencji przekłada się na podnoszenie jakości opieki. Jednocześnie rozwijanie kompetencji przyszłości stanowi ogromne wsparcie dla praktyki zorientowanej na pacjenta, która jest obecnie powszechnie promowana w środowisku medycznym. Wyraźnie widoczne

jest również powiązanie pomiędzy poszczególnymi kompetencjami oraz istotny wpływ rozwijania poszczególnych z nich na wzmacnianie innych. W wielu placówkach sektora ochrony zdrowia w krajach wysoko rozwiniętych pracodawcy rekrutują pracowników w oparciu o modele kompetencyjne, które uwzględniają kluczowe kompetencje dla danych profesji. Takie podejście jest szczególnie widoczne na szwajcarskim rynku opieki zdrowotnej, który mocno premiuje wiodącą rolę pielęgniarki w efektywnym modelu opieki nad pacjentem. Carenea, polsko-szwajcarski rekruter medyczny silnie podkreśla, że pracodawcy oczekują od pielęgniarek nie tylko wyżej wspomnianych kompetencji, ale i gotowości do ich wzmacniania.

W minionym roku po raz pierwszy na wybranych kierunkach pielęgniarskich w Polsce ruszył falkutet wspierający rozwój kompetencji przyszłości w pielęgniarstwie. Jest realizowany w ramach partnerstwa merytorycznego z Carenea Polska i wybranymi klinikami z sektora szwajcarskiego. To inicjatywa służąca transferowi wiedzy, ale i przygotowaniu przyszłych kadr pod kątem realnych potrzeb medycznego rynku pracy.

dr n. o zdr. Lena Serafin
Pielęgniarka z doświadczeniem w organizacji pracy i zarządzania,
wieloletni dydaktyk i doradca zawodowy,
wspiera Carenea Polska w odpowiedzialnych i bezpiecznych rekrutacjach medycznych

Bibliografia u autorki: lena.serafin@carenea.pl

Dla Czytelniczek i Czytelników Biuletynu mamy specjalne zaproszenie do udziału w webinarze poświęconemu rozwojowi kompetencji przyszłości w pielęgniarstwie pod hasłem

FUTURE SKILLS w Pielęgniarstwie

Termin: **9 maja (wtorek) godz. 15:00**

Zapisy: wydarzenia@carenea.pl lub bezpośrednio pod linkiem dostępnym w kodzie QR.

Zapraszamy! Dołącz do webinaru i sprawdź jak możesz nieodpłatnie wzmocnić najbardziej pożądane kompetencje na rynkach ochrony zdrowia!



Jak zorganizować opiekę koordynowaną?

Przewodnik dla placówek POZ planujących wdrożenie lub już wdrażających Opiekę Koordynowaną. Dowiedz się, jak stawiać pierwsze kroki w OK, zaplanować obsługę pacjenta i logistykę świadczeń dzięki systemom IT.

Pacjenci potrzebują wsparcia

Opieka koordynowana to jedna z największych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej w ostatnich latach. Pacjenci z chorobami przewlekłymi mogą liczyć na pomoc w poruszaniu się po systemie zdrowia: koordynator zaplanuje wizyty u specjalistów, zleci konieczne badania, a lekarz raz w roku dokona dokładnego przeglądu zdrowia i przygotuje Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM).

Opieka koordynowana wprowadza jeszcze jedną ważną zmianę: zwrot w kierunku zapowiadanego płacenia za jakość i efekty leczenia. To kolejny argument, który przekonuje POZ-ty – w styczniu 2023 r. już ok. 10% z nich wprowadzało opiekę koordynowaną.



Systemy IT w centrum koordynacji

– Ścieżka leczenia jest profesjonalnie moderowana przez jedną osobę, a lekarz staje się dla pacjenta podstawowym opiekunem. W naszej placówce medycznej spadła o połowę liczba skierowań do poradni specjalistycznych dla pacjentów mających wskazania kliniczne. Jednocześnie obserwujemy wzrost satysfakcji pacjentów – mówi w wywiadzie dla OSOZ Andrzej Zapaśnik, Prezes Zarządu Przychodni BaltiMed.

Jednak aby OK zadziałała tak jak powinna, trzeba poradzić sobie z kilkom wyzwaniami, w tym z planowaniem budżetu, poszerzoną sprawozdawczością, monitorowaniem opieki i postępów, nową logistyką opieki nad pacjentem. Podpowiemy, jak to zrobić m.in. sięgając do zintegrowanych systemów IT.

Z raportu dowiecie się Państwo:

- Jak wygląda proces od podjęcia decyzji do wdrożenia OK;
- W jaki sposób przygotować się do koordynacji;
- Jak zorganizować OK w systemie informatycznym;
- Co radzą menedżerowie placówek, gdzie OK już została wdrożona;
- Które rozwiązania e-zdrowia mogą pomóc pacjentowi na ścieżce opieki.

Zachęcamy do zapoznania się ze szczegółami w kwestii organizowania opieki koordynowanej po wejściu na poniższy link: https://blog.osoz.pl/opieka_koordynowana,

ROZBUDOWA SZPITALA
MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY
W WOŁOMINIE



Na zaproszenie Panów Adama Lubiaka – Starosty powiatu Wołomińskiego i Grzegorza Kryckiego Dyrektora Szpitala, 3 stycznia 2023 r. Przewodnicząca Okręgowej Rady WOIPiP Pani Anna Dudzińska uczestniczyła w uroczystości otwarcia nowego budynku Szpitala. Listy okolicznościowe do uczestników uroczystości skierowali: Marszałek Sejmu Elżbieta Witek, Premier RP Mateusz Morawiecki, Wicepremier Minister Obrony Narodowej Mariusz Błaszczak oraz Minister Zdrowia Adam Niedzielski.

Po wielu przemówieniach, pełnych podsumowań i podziękowań Dyrektor Szpitala Grzegorz Krycki otrzymał symboliczny klucz do budynku, a statuetki za swój wkład w rozbudowę Szpitala otrzymali: Katarzyna Kamińska Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Mariusz Poneta Zastępca Dyrektora ds. Technicznych, Katarzyna Król Kierownik Przychodni Specjalistycznej i POZ Dorota Sandałowicz Naczelna Pielęgniarka.

Na koniec, dziękując za okazane wsparcie Dyrektor wręczył kryształową statuetkę Staroście Wołomińskiemu. Poświęcenia budynku dokonał JE Biskup Romuald Kamiński.





Kompetencje pielęgniarek w zakresie kwalifikowania i szczepienia dzieci przeciw grypie – pismo Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego do Prezes NRPiP

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A
e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl tel. 089 5393 455, 605 055 411

L.dz. KKwDPP/5/2023 Data: 7 lutego 2023 r.

Pani Zofia Małas
Prezes NRPiP Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 6 lutego 2023 r, znak: NIPiP-NRPiP-DM0025.25.2023.JP, w sprawie poszerzenia zakresu kompetencji pielęgniarek w zakresie kwalifikowania i szczepienia dzieci przeciw grypie, pragnę na wstępie serdecznie podziękować zarówno inicjatorom, jak i Pani Prezes za podjęcie się inicjatywy poszerzenia zakresu kompetencji pielęgniarek w obszarze szczepień ochronnych. Głęboko wierzę że wspólnym wysiłkiem merytorycznym wypracujemy zmiany legislacyjne, które to umożliwią.

Popieram poszerzenie zakresu uprawnień do ordynowania i wypisywania recept na produkty lecznicze o szczepionki przeciw grypie, w tym również dla dzieci.

Również popieram wprowadzenie uprawnień dla pielęgniarek specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego do kwalifikowania dzieci do szczepień przeciw grypie.

Proces kwalifikacji dziecka do szczepień jest bardziej skomplikowany niż osób dorosłych, gdyż wymaga nie tylko znajomości badania przedmiotowego i podmiotowego (które to umiejętności posiadają pielęgniarki absolwenci studiów licencjackich), ale również dobrej znajomości kalendarza szczepień w populacji wieku rozwojowego, charakterystyk szczepionek, zasady ich podawania, łączenia, przerw pomiędzy szczepieniami itp. Każde szczepienia dziecka to ingerencja w indywidualny kalendarz szczepień.

Pielęgniarka po ukończeniu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego – w zakresie wiedzy posiada specjalistyczną wiedzę w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego do sprawowania m.in. opieki nad dzieckiem zdrowym, zaś w zakresie szczegółowym jednym z wielu posiadanych kompetencji z zakresu wiedzy jest: „…W22. omawia szczepienia ochronne wykonywane w populacji wieku rozwojowego, charakteryzuje szczepionki, zasady ich podawania, przechowywania i transportu…”

Również w wykazie świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego jest m.in. „…Wykonywanie szczepień ochronnych u dzieci w ramach kalendarza szczepień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń…”

Zatem podsumowując: Do pełnego wykonywania procesu szczepień ochronnych przeciw grypie u dzieci wraz z kwalifikacją, przygotowuje pielęgniarki w obecnym kształcie kurs specjalizacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, jednakże w dotychczas potencjał specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego nie był w systemie w pełni wykorzystany.

Z poważaniem
Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

W związku z licznymi sygnałami z kraju o nieprawidłowym zaszeregowaniu pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r poz. 1801 ze zm.) Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wysłała do wszystkich wojewodów w kraju pismo przedstawiające zaszeregowanie pielęgniarek, położnych w grupach niezgodnych z posiadanymi kwalifikacjami.

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.4.7.2023.MK

Warszawa, dnia 4 stycznia 2023 r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Wojewoda mazowiecki

Szanowny Panie Wojewodo

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie określonych działań celem zaszeregowania pielęgniarek systemu posiadających specjalizację zgodnie z kwalifikacjami wymaganymi w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 ze zm.), do właściwej grupy zawodowej wskazanej w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* (Dz. U. z 2021 r., poz. 1801 ze zm.).

W związku z wpływającymi sygnalizowanymi problemami do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zgłaszają się członkowie samorządu, wg których kierownicy podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne w zespołach ratownictwa medycznego niekorzystnie interpretują przepisy ww. ustawy kwalifikując pielęgniarki systemu do grupy 6 określonej w załączniku do ww. ustawy, niezależnie od posiadanych kwalifikacji, czyli jako pielęgniarkę ze średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Powyższe działania argumentują przepisami, w których ratownik medyczny, który nie posiada tytułu specjalisty lub tytułu magistra może być zakwalifikowany wyłącznie do grupy 6 z współczynnikiem pracy – 0,94.

Ponadto, kierownicy podmiotów leczniczych zmieniają tytuły stanowisk pracy: starsza pielęgniarka – specjalista na tytuły: starsza pielęgniarka systemu, co jest niezgodne z przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. *w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896 ze zm.).

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

Zgodnie z art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 ze zm.) pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

Pielęgniarka ze specjalizacją w wymaganych ustawowo dziedzinach pielęgniarstwa, o których mowa powyżej, a która została zatrudniona w jednostkach PRM zostaje pielęgniarką systemu i zgodnie z przepisami ustawy przy określaniu współczynnika wynagrodzenia powinna zostać zakwalifikowana do grupy 5, czyli zgodnie z kwalifikacjami na wymaganym zajmowanym stanowisku – ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub do grupy 2, jeżeli posiada tytuł magistra pielęgniarstwa i tytuł specjalisty.

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niedopuszczalne i niezasadne jest interpretowanie przez kierowników podmiotów leczniczych przepisów przedmiotowych ustaw i stosowanie praktyk uznających najniższe kwalifikacje jako wymagane na danym stanowisku, czyli określonych w grupie lp. 6 z współczynnikiem pracy 0,94 - w grupie osób, które nie posiadają ustawowego tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, pomimo iż przed dniem wejścia w życie aktualnej ustawy uznawali posiadane kwalifikacje jako wymagane.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o interwencję w przedmiotowej sprawie i wskazanie podległym jednostkom właściwej interpretacji przepisów ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych,* tj. objęcia pielęgniarek systemu, które posiadają tytuł specjalisty w określonej ustawowo dziedzinie pielęgniarstwa, współczynnikiem pracy 1,02 lub 1,29 zgodnie z nowelizacją ww. ustawy.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

Do wiadomości:
- Pan Adam Niedzielski – Minister Zdrowia.

Podziękowania

Pani **Iwonie Figurskiej** – Pielęgniarce Kliniki Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Wątroby W związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami, zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarki Oddziałowe oraz Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK, ul. Banacha 1a w Warszawie.

Pani **Elżbiecie Deliś** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za pełną zaangażowania, długoletnią pracę zawodową, oddanie pacjentom oraz wkład w przygotowanie do zawodu nowych kadr, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, radości życia oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym składa Naczelna Pielęgniarka wraz z Pielęgniarkami i Położnymi Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny ul. Madalińskiego 25 w Warszawie.

Serdeczne podziękowania Pani Pielęgniarce **Jolancie Brzeg** za pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia i radości w życiu osobistym składają: koordynator ds. Pielęgniarstwa SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście oraz koleżankami z innych placówek.

Drogiej Koleżance **Małgorzacie Skłodowskiej,** pielęgniarce koordynującej Oddziału Neurologicznego, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie, godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki oraz za życzliwość i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz spełnienia marzeń, składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Pielęgniarka Naczelna wraz z całym zespołem Pielęgniarek i Położnych Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.

Dla Pań Pielęgniarek; **Urszuli Herbrich**, **Krystyny Nerło** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, oddanie i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za wspólne przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, radości w życiu osobistym składają: Dyrekcja oraz Pielęgniarki i Położne z SZPZLO Warszawa Praga-Północ ul. Jagiellońska 34.

Pani **Barbarze Kociszewskiej** – pielęgniarce oddziałowej Kliniki Ortopedii, Traumatologii i Medycyny Sportowej w związku z przejściem na emeryturę, składamy serdeczne podziękowania za wspólne spędzone lata, za pełną zaangażowania i profesjonalizmu pracę zawodową, za wszystkie rady, wsparcie oraz życzliwość i koleżeńskość. Życzymy, aby nowy rozdział życia był pełen dobrych chwil. Najlepsze życzenia zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składa Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą oraz Pielęgniarki i Położne Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Paniom Pielęgniarkom: **Krystynie Puźniewskiej**, **Danucie Stasiakiewicz**, **Annie Kondej,** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą oraz Pielęgniarki i Położne Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Paniom Pielęgniarkom: **Małgorzacie Leśniak, Ewie Hałgas, Elżbiecie Bojenko, Marii Adamskiej** serdeczne podziękowania w związku z przejściem na emeryturę za wieloletnią pełną zaangażowania pracę zawodową, za wytrwałość i życzliwość wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą oraz Pielęgniarki i Położne Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Serdeczne życzenia dla Pań Pielęgniarek przechodzących na emeryturę: **Barbary Rępalskiej, Izabeli Piotrowskiej, Barbary Jarzęckiej, Iwonie Pisarczyk.** Dziękujemy Wam za lata przepracowane dla zdrowia i dobra pacjentów. Dziękujemy też za czas spędzony razem w zespołach pielęgniarskich. Życzymy aby w Waszym życiu nastał teraz czas spokoju, radości, beztroski i spełniania marzeń. Koleżanki Pielęgniarki z NIGRiR.

Pani Pielęgniarce Kliniki Kardiologii **Danucie Kostaniak**, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami, zdrowia pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna Pielęgniarka Oddziałowa oraz Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK, ul. Banacha 1a w Warszawie.

Z okazji przejścia na zasłużoną emeryturę składamy Pani Starszej Pielęgniarce **Agnieszce Fijołek** serdeczne podziękowanie za pełną oddania pracę w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej ul. Karowa 2 Warszawa. Zaangażowanie Pani oraz poświęcony czas i wysiłek wpłynęły pozytywnie na podniesienie jakości świadczonych usług medycznych w naszym szpitalu. Jednocześnie życzymy zdrowia, pogody ducha na dalsze lata życia. Niech każdy następny dzień przynosi radość i satysfakcję z dobrze wypełnionego zadania i będzie okazją do odkrywania nowych uroków życia. Dyrekcja Szpitala oraz Koleżanki i Koledzy.

Koleżankom Położnym: Barbarze Aleksandrowicz – Szustak, **Zofii Chądzyńskiej, Małgorzacie Chędożko, Irmie Głowackiej Ewie Jakubowskiej -Sikorskiej, Grażynie Świderskiej**, z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Bielańskiego im.ks.Jerzego Popiełuszki w Warszawie, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają: Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Położna Oddziałowa oraz Koleżanki Położne i Pielęgniarki ze Szpitala Bielańskiego.

Pani Pielęgniarce **Wiesławie Słabosz** – Pielęgniarce, w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają: Naczelny Specjalista ds. Pielęgniarstwa wraz z Pielęgniarkami i Położnymi Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Paniom Pielęgniarkom: **Joannie Maciejowskiej** i **Janinie Winogrodzkiej** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą oraz Pielęgniarki i Położne Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Paniom Pielęgniarkom: **Józefie Szwed, Elżbiecie Ptaszyńskiej i Bożenie Błaszczak** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą oraz Pielęgniarki i Położne Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Serdeczne podziękowania za wspólną wieloletnią pracę zawodową dla Koleżanek Położnych: **Elżbiety Gąsiorek, Doroty Filich, Renaty Skóry**. Drogie Panie! Życzymy Wam realizacji marzeń oraz zdrowia i wszelkiej pomyślności. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarek, Położnych i Personelu Pomocniczego oraz Pielęgniarki i Położne SPSK CMKP im. prof. Witolda Orłowskiego.

Pani **Barbarze Cebula**, serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym, składają: Naczelna Pielęgniarka oraz Pielęgniarki i Położne CZMZ Sp. z o.o. w Żyrardowie.

Pani Pielęgniarce **Annie Leśniewskiej**, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za długoletnią wykonywaną z ogromnym zaangażowaniem i empatią, za profesjonalizm i życzliwość, za koleżeńskość oraz za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna wraz z zespołem pielęgniarsko-położniczym i całym personelem Oddziału Pediatrii oraz Dyrekcją PCZ Sp. z o.o. w Otwocku.

Pani **Teresie Trzecieckiej**, w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią pracę zawodową w Oddziale Chirurgii Dzieci, a następnie w Oddziale Pediatrycznym, za wspólnie przepracowane lata, profesjonalizm, życzliwość i koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z zespołem Pielęgniarskim Klinicznego Oddziału Pediatrycznego Szpitala Bielańskiego w Warszawie.

Pani **Melanii Butrym** Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Wawelskiej 15, w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają: Naczelny Specjalista ds. Pielęgniarstwa wraz z Pielęgniarkami i Położnymi Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Koleżance Położnej **Krystynie Kocik** oraz Koleżankom Pielęgniarkom: **Marioli Paciorek, Zofii Potockiej, Alicji Kunikowskiej, Grażynie Fornal, Elżbiecie Ostrzyżek, Marii Wójcik, Katarzynie Malińskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wzorową, długoletnią pracę, życzliwość wraz z życzeniami zdrowia, radości, pomyślności w życiu osobistym w trudnych czasach składają: Anna Sadkowska Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Dyrekcja wraz z zespołem Koleżanek i Kolegów SZPZLO Warszawa-Ochota Szczęśliwicka 36.

Starszej położnej **Elżbiecie Berezie-Ludwiniak** oraz starszej położnej **Annie Bielińskiej,** serdeczne podziękowanie za pełną oddania pracę w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej ul. Karowa 2 Warszawa. Najlepsze życzenia, marzeń spełnienia. Bo cóż piękniejszego niż właśnie marzenia? Wiek emerytalny po to jest nam dany, by realizować niespełnione plany. Dziękujemy za Wasze dobre serce, profesjonalizm, wiedzę i uśmiech. Dyrekcja Szpitala i Koleżanki z Bloku Operacyjnego.

Pani Pielęgniarce **Ewie Szymańskiej** z okazji 40 – lecia pracy zawodowej i przejścia na zasłużoną emeryturę składamy serdeczne podziękowania za wspólną pracę, życzliwość, zaangażowanie wraz z życzeniami wszelkiej pomyślności, zdrowia, czasu dla siebie, spełnienia osobistych celów. Wszystkiego dobrego życzą: Dyrekcja PCZ w Otwocku wraz z Pielęgniarką Naczelną, Położną Oddziałową, Koleżankami Położnymi z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Personelem Szpitala Powiatowego przy Batorego 44 w Otwocku.

Pani **Urszuli Bartoszewicz** Starszej Pielęgniarce II Oddziału Chorób Wewnętrznych**,** Pani **Marii Oświecińskiej** Starszej Pielęgniarce II Oddziału Chorób Wewnętrznych, w związku z przejściem na emeryturę składamy bardzo serdeczne podziękowanie za długoletnią pracę zawodową, za zaangażowanie, fachowość, odpowiedzialność, wytrwałość i życzliwość. Życzymy zdrowia, pomyślności i realizacji planów osobistych. Dyrektor ds. Pielęgniarstwa oraz Pielęgniarki i Pielęgniarze ze Szpitala Grochowskiego im. dr. med. Rafała Masztaka Sp. z o.o. w Warszawie.

Koleżance Pielęgniarce Oddziałowej **Jadwidze Skolmowskiej** przechodzącej na emeryturę, słowa uznania i szacunku za profesjonalizm, odpowiedzialność, rzetelność zawodową, kulturę osobistą i zwykłą ludzką życzliwość oraz dobroć, którą czyniła podczas długoletniej pracy zawodowej. Wyrazy uznania, podziękowania wraz z życzeniami pomyślności, zdrowia i radości w życiu osobistym składa Personel Oddziału V.

Serdeczne podziękowania za wspólną wieloletnią pracę zawodową dla Koleżanek Pielęgniarek: **Marzeny Wilemskiej, Marii Kozerskiej, Ewy Mińskiej i Krystyny Kobierskiej**. Drogie Panie! Życzymy Wam realizacji marzeń oraz zdrowia i wszelkiej pomyślności. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarek, Położnych i Personelu Pomocniczego oraz Pielęgniarki i Położne SPSK CMKP im. prof. Witolda Orłowskiego.

Pani Pielęgniarce **Urszuli Seroczyńskiej** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają: Naczelny Specjalista ds. Pielęgniarstwa wraz z Pielęgniarkami i Położnymi Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Pielęgniarkom: **Iwonie Orzeszko** – Klinika Chorób Wewnętrznych Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii i **Bogusławie Zarychta-Komola** – Oddział Kliniczny Kardiologii Inwazyjnej, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami, zdrowia pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarki Oddziałowe oraz Zespół Pielęgniarek Klinik UCK WUM CSK ul. Banacha 1a w Warszawie.

Pielęgniarce POZ pracującej w Przychodni Lekarskiej ul. Malczewskiego 47A Pani **Beacie Płatek** w związku z nabyciem praw emerytalnych serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm, życzliwość i koleżeńskość wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia i pomyślności składają: Dyrekcja oraz Pielęgniarki i Położne SZPZLO Warszawa-Mokotów ul. Madalińskiego 13.

Pani **Inezji Laskowskiej** Starszej Pielęgniarce w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają: Naczelny Specjalista ds. Pielęgniarstwa wraz z Pielęgniarkami i Położnymi Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Paniom Pielęgniarkom: **Krystynie Góreckiej i Jolancie Antoniewskiej** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą oraz Pielęgniarki i Położne Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie.

Pani **Ewie Wolnej, Henryce Marchlik oraz Jolancie Mackiewicz**, pielęgniarkom Szpitala Praskiego, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za przepracowane lata, zaangażowanie, serdeczność oraz życzliwość, z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym, składają: p. Dyrektor do spraw Pielęgniarstwa Ewa Wasilewska oraz Pielęgniarki i Położne Szpitala Praskiego.

Z okazji przejścia na zasłużoną emeryturę składamy Koleżance **Izabeli Falacińskiej** Pielęgniarce Oddziału Anestezjologii serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę, życzliwość, profesjonalizm, wyrozumiałość, z życzeniami zdrowia, pomyślności w życiu osobistym życzy Dyrekcja Szpitala im. ks. Anny Mazowieckiej oraz koleżanki i koledzy.

Pożegnania



Z wielkim żalem i smutkiem żegnamy zmarłego Kolegę Pielęgniarza

Śp. Stanisława Krakówko, lat 52

Pracował przez wiele lat w II oddziale psychiatrycznym
Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Spółka z o.o.
Był osobą pogodną, serdeczną, oddaną pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi.
Odszedł nagle, zbyt wcześnie, pozostanie w naszej pamięci na zawsze.
Rodzinie składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Koleżanki i koledzy wraz z Dyrektor ds. Pielęgniarstwa
Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica



Na tamten świat nikt się nie spóźnia, a niektórzy są tam nawet przed czasem

Z głębokim bólem przyjęliśmy wiadomość, że odeszła od nas

Śp. Katarzyna Lewandowska

nasza Koleżanka Pielęgniarka, wieloletni pracownik
Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii
– Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

Trudno żegnać na zawsze Kogoś, kto jeszcze mógł być z nami

Kasiu spoczywaj w spokoju.



Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w ramach projektu nr POWR.07.01.00-00-0004/22 pn. Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego planuje w 2023 r. przeprowadzić następujące formy kursów:

Lp.	Rodzaj kształcenia	Liczba edycji	Liczba osób
Kursy specjalistyczne w zakresie:			
	Opieka nad pacjentem w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebyciu (np. terapie w trakcie przebiegu COVID-19, rehabilitacja po COVID-19)	3	96
	Opieki nad pacjentem z chorobami zakaźnymi (szczególnie nie niebezpiecznymi w wysoce zakaźnymi)	3	96
	Opieki nad pacjentem wymagającym wysokoprzepływowej terapii tlenem	4	128
	Pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	4	128
	Komunikowania interpersonalnego w pielęgniarstwie	2	64
	Wywiad i badanie fizykalne	12	384
	Resuscytacji oddechowo-krążeniowej noworodka	5	160
	Resuscytacji Krążeniowo-oddechowej	7	224
	Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych	6	192
	Wsparcia psychologicznego dla pacjentów i ich rodzin	4	128
	Pielęgniarstwa pulmonologicznego	5	160
	Edukacji w chorobach układu krążenia	6	192
	Monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu (z poszerzonym modułem wykonywania i interpretacji USG)	4	128
Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:			
	Pielęgniarstwa kardiologicznego (z poszerzonym modułem opieki nad pacjentem z chorobą COVID-19)	2	64
	Pielęgniarstwa neurologicznego (z poszerzonym modułem opieki nad pacjentem z chorobą COVID-19)	1	32
	Pielęgniarstwa psychiatrycznego (z poszerzonym modułem opieki nad pacjentem z chorobą COVID-19)	2	64
RAZEM		70	2 240



WIZYTA uczniów klasy III w siedzibie Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych



Z inicjatywy Komisji Historycznej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, w ramach promocji zawodów pielęgniarki i położnej tradycją się stały cykliczne spotkania dzieci warszawskich szkół podstawowych z przedstawicielami Komisji historycznej i samorządu w siedzibie Izby. Dzieci w trakcie spotkania zapoznawane są z wykonywaniem obu zawodów, zwiedzają sale muzealne zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz przechodzą pierwszą lekcję zasad postępowania z człowiekiem z utrata przytomności. Spotkania te cieszą się dużym zainteresowaniem. Rośnie nam młoda kadra pielęgniarek i położnych. Dziękujemy Paniom: Krystynie Wolskiej-Lipiec, Małgorzacie Marcysiak – Przedstawicielkom Komisji Historycznej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Annie Dudzińskiej – Przewodniczącej Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych za inicjatywę i przeprowadzanie tych spotkań.

Gorąco wierzymy w to, że zainteresowanie naszymi zawodami po takich odwiedzinach wzrośnie.