ISSN 2083-0246 Dwumiesięcznik nr 1 (54) luty - marzec 2020 r.

Opolska Pielęgniarka i Położna

W numerze m.in.:

Koronawirus - informacje, postępowanie
Agresywny pacjent, agresywna rodzina
Agresja w ochronie zdrowia
Poprawa jakości świadczonych usług medycznych
Szkolenia

Szanowni Państwo.

Szanowni Państwo, bieżące wydanie Biuletynu jest szczególne, pierwszy raz zabraknie w numerze zdjęć, będzie natomiast duża dawka niezwykle ważnych informacji.

Z dnia na dzień, z tygodnia na tydzień mamy coraz więcej informacji na temat koronawirusa, pojawiających się zachorowań i zagrożeń. Media na bieżąco informują o kolejnych ogniskach zagrożeń, w tym także podejrzeń dotyczących Polski. Dzisiaj nie ma granic, które mogły by zatrzymać rozprzestrzenianie się tego patogenu, stąd w bieżącym numerze Biuletynu, nie mogło zabraknąć informacji Głównej Inspekcji Sanitarnej, dotyczących postępowania z osobami zakażonymi koronawirusem, zasad postępowania i zaleceń w szpitalnym ognisku epidemicznym norowirusów i rotawirusów. Prezentujemy również ważne informacje dotyczące koronawirusa przekazane przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych.

Ostatnie miesiące, to także zdynamizowanie przez środowisko pielęgniarek i położnych działań, mających na celu przeciwstawianie się narastającym aktom agresji i przemocy ze strony pacjentów i ich rodzin. W drugiej części Biuletynu, prezentujemy obszerne materiały poruszające te zagadnienia oraz związane z tym stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W końcowej części przekazujemy materiały dotyczące szkoleń z zakresu prowadzenia i wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz praktyczne informacje dotyczące postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych.

Zapraszam do lektury
Wiesław Duda

Informacja o opłatach i składkach:

Wysokość opłat w roku 2020 wynosi:

- Wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – 311,00 zł.
  „Przez wpis do rejestru rozumie się każdy wpis, mocą którego dochodzi do modyfikacji danych ujawnionych w rejestrze, zarówno wpis nowego podmiotu, jak i każdej zmiany jego dotyczącej.”
- Wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – 104,00 zł.
- Zmiana wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – 52,00 zł.

Wysokość składki członkowskiej w 2020 roku wynosi:

- **1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego**, dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego lub na podstawie umowy zlecenia;
- **40,26 zł miesięcznie dla pielęgniarek**, pielęgniarzy i położnych wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej lub grupowej praktyki zawodowej oraz dla innych członków samorządu zobowiązanych do płacenia składek, w tym wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Składki członkowskie należy wpłacać na numer konta bankowego:

Santander Bank Polska S.A. 33 1090 2138 0000 0005 5600 0581

Termin płatności do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Główny Inspektor Sanitarny wydał aktualizację wytycznych postępowania z osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem 2019-nCoV.*

I. Wstępna klasyfikacja przypadków 2019-nCoV dla celów dochodzenia Epidemiologicznego

Obecnie epidemiologia zakażeń 2019-nCoV i wywołanej nim niewydolności oddechowej nie jest jeszcze dobrze znana. Jednak opracowane zostały wstępne definicje oraz zasady postępowania, które z uwagi na dynamicznie rozwijającą się sytuację epidemiologiczną będą ulegać zmianom.

Przypadek podejrzany:

Za przypadki podejrzane o zakażenie lub zachorowanie wywołane 2019-nCoV należy uznać przypadki, które charakteryzują się:

1. Objawami infekcji dróg oddechowych, tj.:

- temperatura ciała obecnie lub w wywiadzie >38^{0}C
- występowanie jednego lub więcej objawów choroby układu oddechowego (np. kaszel, trudności w oddychaniu, duszność, radiologiczne cechy obustronnego zapalenia płuc i/lub zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ang. acute respiratory distress syndrome (ARDS)) bez innej znanej etiologii całkowicie wyjaśniającej wyżej wymienione objawy kliniczne choroby
- związkiem z odbytą podróżą lub zamieszkiwaniem **w mieście Wuhan, prowincja Hubei, Chiny**, w ciągu ostatnich **14 dni** przed wystąpieniem objawów klinicznych choroby.

2. Wystąpieniem objawów klinicznych choroby u pracowników medycznych, którzy sprawowali opiekę nad pacjentami zakażonymi 2019-nCoV.

3. Objawami ostrej infekcji dróg oddechowych, bez względu na ich zawansowanie, u osób które w ostatnich **14 dniach** przed wystąpieniem tych objawów były narażone na: bliski kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem 2019-nCoV

LUB

- sprawowały opiekę medyczną w ośrodkach, w których byli hospitalizowani pacjenci z potwierdzonym zakażeniem 2019-nCoV

LUB

- odwiedzały lub pracowały na targu w mieście Wuhan, prowincja Hubei, Chiny

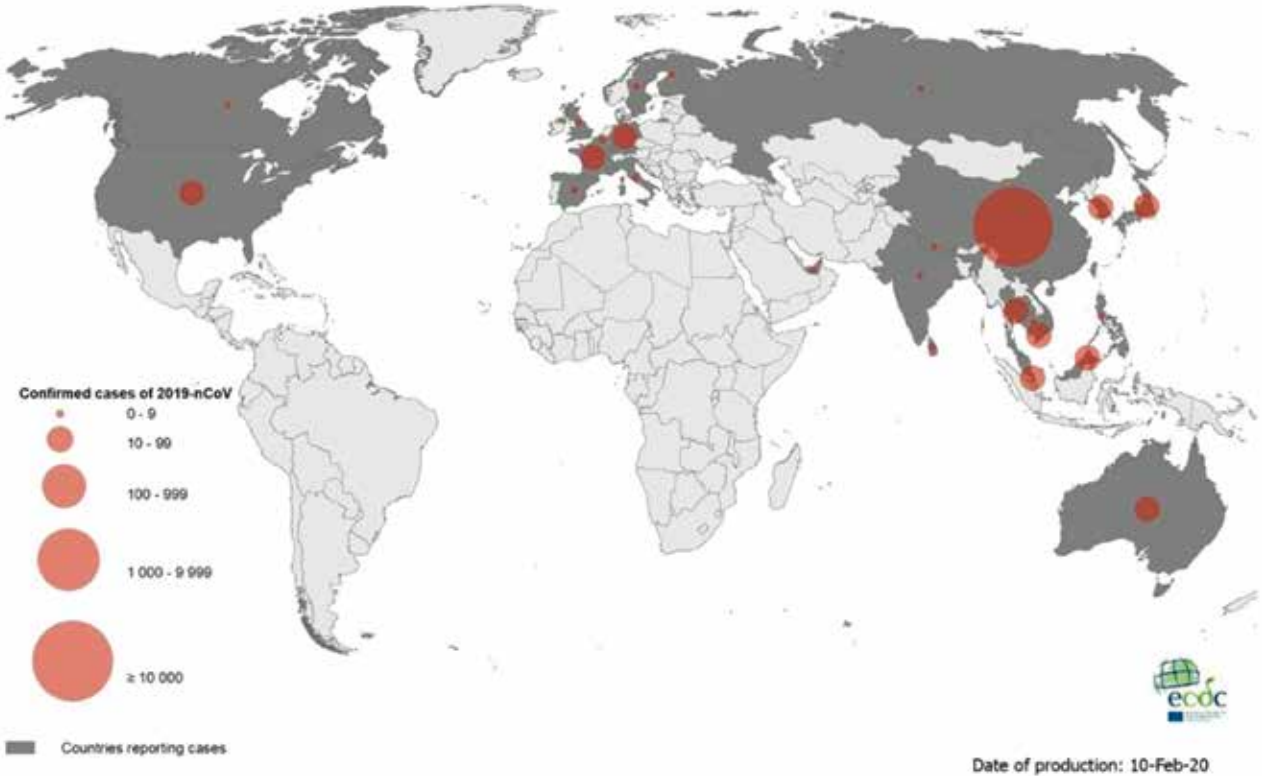
LUB

- miały bezpośredni kontakt ze zwierzętami w krajach, w których 2019-nCoV występuje wśród zwierząt lub doszło do przeniesienia zakażenia 2019-nCoV ze zwierzęcia na człowieka (w chwili obecnej zwierzęcy rezerwuar 2019-nCoV nie jest znany).

Bliski kontakt jest definiowany jako:

- ekspozycja pracowników medycznych sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentami z zakażeniem 2019-nCoV,
- przebywanie w bliskim otoczeniu pacjenta z zakażeniem 2019-nCoV.

Ryc.1. Geograficzna dystrybucja przypadków 2019-nCoV w okresie od 31 grudnia 2019 r. do 10 lutego 2020 r.



*Źródło: Główny Inspektorat Sanitarny

II. Ogólne zasady postępowania służb medycznych w przypadku podejrzenia 2019-nCoV

1. Pacjent manifestujący objawy powinien być hospitalizowany w oddziale zakaźnym (obserwacyjno-zakaźnym) z zapewnieniem warunków izolacji oddechowej i ścisłego reżimu sanitarnego.
2. Każdą informację o stwierdzonym przypadku, podejrzanym o zakażenie 2019-nCoV należy w trybie natychmiastowym zgłosić do właściwego, ze względu na miejsce podejrzenia, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego lub innego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
3. Personel medyczny mający bezpośrednią styczność z osobą podejrzaną, w tym lekarze konsultujący, powinni być zabezpieczeni w środki ochrony indywidualnej jednorazowego użycia.

Zasady postępowania w szpitalnym ognisku epidemicznym norowirusów i rota wirusów*

Zalecenia w szpitalnym ognisku epidemicznym norowirusów i rotawirusów

Ognisko choroby przenoszonej drogą pokarmową jest to wystąpienie w określonych warunkach dwóch lub więcej przypadków zachorowań ludzi na tę samą chorobę spowodowaną przez czynniki patogenne przenoszone drogą pokarmową i/lub zakażenia tym samym czynnikiem, lub wystąpienie sytuacji, w której obserwowana liczba przypadków zachorowań przekracza liczbę oczekiwaną i przypadki te są powiązane z jednym źródłem (pokarmu lub/i osobą chorą) lub istnieje prawdopodobieństwo takiego związku.

W szpitalnym ognisku epidemicznym norowirusów i rotawirusów zaleca się:

1. Natychmiastowe izolowanie lub kohortowanie pacjentów z objawami zakażenia w salach z odrębnym węzłem sanitarnym.
2. Wstrzymanie przyjęć do oddziału objętego zakażeniem (z wyjątkiem przypadków zagrożenia życia), zgodnie z regulaminem szpitala, do czasu wygaśnięcia ogniska epidemicznego.
3. Wstrzymanie odwiedzin do czasu wygaśnięcia ogniska epidemicznego.
4. Informowanie hospitalizowanych pacjentów o konieczności przestrzegania zasad higieny osobistej ze szczególnym uwzględnieniem mycia i dezynfekcji rąk.
5. Ograniczenie przemieszczenia się pacjentów w obrębie oddziału i szpitala.
6. Przestrzeganie zasad higieny żywienia:
   - ➲ mycie naczyń i sztućców w wysokich temperaturach lub stosowanie jednorazowych naczyń,
   - ➲ oddzielenie (szczególnie w lodówkach) produktów spożywczych zakażonych pacjentów od żywności pozostałych chorych.
7. Przestrzeganie przez personel medyczny zasad mycia i dezynfekcji rąk. Stosowanie preparatów o odpowiednim spektrum działania.
8. Natychmiastowe odsunięcie od pracy na okres nie krótszy niż 4-5 dni pracowników, którzy opiekują się pacjentami, w przypadku wystąpienia u nich nawet łagodnych dolegliwości jelitowych.
9. Wydzielenie personelu do opieki nad izolowanymi pacjentami.
10. Stosowanie środków ochrony indywidualnej:
    - ➲ przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjno-lekarskich u pacjentów,
    - ➲ przy kontakcie z przedmiotami skażonymi,
    - ➲ gdy zachodzi ryzyko powstania aerozoli spowodowanych np. przez wymiociny osoby chorej.
11. Przeprowadzanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, o ile to możliwe jedynie w pokoju pacjenta (drobny sprzęt medyczny tj. ciśnieniomierz, stetoskop, termometr, powinny być przeznaczone dla każdego zakażonego pacjenta lub pacjentów skohortowanych w jednej sali).
12. Rygorystyczne przestrzeganie zasad sprzątania i dezynfekcji powierzchni w ciągu dyżuru, w szczególności w otoczeniu zakażonych pacjentów (stoliki, łóżka, przestrzeń między łóżkami, klamki, sanitariaty, pokoje pielęgniarskie), preparatami o spektrum obejmującym wirusy bezotoczkowe o udowodnionym działaniu wobec wirusa polio.
13. Poinformowanie osób odpowiedzialnych za utrzymanie czystości w szpitalu o konieczności zwiększenia częstotliwości sprzątania obszarów skażonych (szczególnie łazienek i toalet oraz obszarów, które ze względu na częsty kontakt z rękami są bardziej narażone na ryzyko kontaminacji np. zaworów kranowych, poręczy, klamek, uchwytów).
14. Natychmiastowe usuwanie zanieczyszczeń tj. kał, wymiociny i dekontaminacja powierzchni skażonych.
15. Transportowanie bielizny pościelowej, odzieży zakażonych pacjentów do pralni w zamkniętych szczelnie workach oraz ich pranie z wykorzysta-

niem procesu dezynfekcji termicznej lub termiczno-chemicznej.

16. Stosowanie na materace pokrowców, które mogą być poddawane praniu i dezynfekcji.
17. Przeprowadzenie mycia i dezynfekcji całego oddziału preparatami działającymi na wirusy bezotoczkowe po wygaśnięciu ogniska epidemicznego.
18. Wznowienie przyjęć pacjentów po upływie 7 dni od ustąpienia objawów u ostatniego pacjenta lub 3 dni po wypisaniu ostatniego pacjenta z objawami zakażenia, o ile nie występują zakażenia u personelu, a oddział został poddany dezynfekcji.

W szpitalnym ognisku epidemicznym norowirusów i rotawirusów nie zaleca się:

Pobierania wymazów ze środowiska (zlewów, podłóg), ani na nosicielstwo u personelu.

Dyrektywa 2003/99/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie monitorowania chorób odzwierzęcych i odzwierzęcych czynników chorobotwórczych, zmieniająca decyzję Rady 90/424/EWG i uchylająca dyrektywę Rady 92/117/EWG.

**Źródło: Główny Inspektorat Sanitarny,*

Ważne informacje dotyczące koronawirusa – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

Wymagania dotyczące pobrania i transportu materiału do badań metodą RT-PCR w kierunku zakażeń układu oddechowego powodowanych przez koronawirusy (SARS; MERS; 2019nCoV – Wuhan Chiny).

Badania diagnostyczne technikami molekularnymi PCR i Real-Time RT-PCR w kierunku zakażeń układu oddechowego wirusami SARS; MERS; 2019nCoV – Wuhan Chiny wykonywane są w laboratorium Zakładu Wirusologii NIZP-PZH - zgodnie z rekomendacjami WHO, ECDC i wiodących ośrodków zajmujących się badaniem 2019nCoV.
Przed wysłaniem badania do NIZP-PZH należy wypełnić formularz zlecenia badania:
https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/03/Formularz-Zlecenia-Badania.pdf
Przesyłkę kierować do:
NIZP-PZH, ul Chocimska 24, 00-791 Warszawa z dopiskiem Zakład Wirusologii
Kontakt z Sekretariatem Zakładu Wirusologii NIZP-PZH
Tel. 22 54 21 230 Faks: 22 54 21 385

Materiałem do badań w kierunku wspomnianych koronawirusów są z wyboru:

1. próbki pobrane z dolnych dróg oddechowych takie jak aspiraty przeztchwicze (TTA), ewentualnie popłuczyny oskrzelikowo-pęcherzykowe (BAL),
2. plwocina nieindukowana,
3. wymazy z nosogardła *lub aspiraty z nosogardła*.

- Wskazane jest badanie materiału z dolnych dróg oddechowych ze względu na mniejsze prawdopodobieństwo uzyskania wyniku fałszywie ujemnego.*

Sposób pobrania, przechowywania i transportu materiału do badań

1. **Aspiraty przeztchawicze (TTA)** - Pobranie zgodnie z procedurami medycznymi. Do laboratorium należy dostarczyć w ilości 2 – 4 ml w jałowej próbówce - najszybciej jak to możliwe po pobraniu (badanie do 24 godzin), najlepiej w temperaturze chłodni (5 ± 3oC) Jeżeli próbka będzie przechowywana/transportowana dłużej niż 48 godziny, należy ją zamrozić i dostarczyć do laboratorium w warunkach uniemożliwiających rozmrożenie (transport na suchym lodzie).
2. **Popłuczyny oskrzelowo – pęcherzykowe (BAL)** – jak powyżej; możliwość niższego stężenia wirusa w próbce w stosunku do TTA stąd wskazana większa objętość próbki (min 15 ml), ale materiał nadal polecany;
3. **Plwocina nieindukowana** – przechowywanie i transport jak powyżej; konieczność upewnienia się, że jest to materiał z dolnych dróg oddechowych (badanie mikroskopowe). Nie zaleca się indukowania plwociny ze względu na ryzyko zakażenia personelu
4. **Aspiraty z nosogardła*** – transport i przechowywanie jak powyżej,
5. **Wymaz z gardła*** należy pobrać używając zestawów transportowych przewidzianych specjalnie do pobierania materiału klinicznego w kierunku zakażeń wirusowych (wymazówka + podłoże w próbówce). Jałowa wymazówka powinna być wykonana w całości ze sztucznego tworzywa, tzn. patyczek plastikowy oraz wacik wykonany z materiału innego niż wata (dakron, czysta wiskoza, poliester lub sztuczny jedwab), ponieważ stosowanie innych wymazówek powoduje inhibicję reakcji PCR. Jałowe podłoże (buforowany roztwór soli fizjologicznej – PBS lub płyn Hanks'a albo fizjologiczny roztwór soli) powinno być umieszczone w próbówce wolnej od DNA-az i RNA-az. Poziom płynu – zakrywający wacik.

- Jałową wymazówką należy pobrać głęboki wymaz z gardła i umieścić w probówce z podłożem (patrz opis powyżej). Próbówkę należy szczelnie zamknąć (w razie potrzeby uciąć patyczek wymazówki), jednoznacznie opisać (data pobrania, imię i nazwisko chorego) i przechowywać w temperaturze chłodni (5 ± 3oC).
- Próbkę należy przesłać do Laboratorium jak najszybciej, próbka powinna być umieszczona na lodzie w celu zapewnienia temperatury chłodni (5 ± 3oC). Jeżeli próbka będzie przechowywana/transportowana dłużej niż 24 godziny, należy ją zamrozić i dostarczyć do laboratorium w warunkach uniemożliwiających rozmrożenie (na suchym lodzie).

6. **Pełna krew** – po pobraniu do pojemnika z EDTA transportowana w temperaturze 5+/- 3 C (bez zamrożenia!!!) – maksymalnie do 24 godzin od pobrania. Zalecane jedynie w pierwszym tygodniu zachorowania.

Zalecenia dotyczące pakowania próbek materiału klinicznego do transportu do laboratorium NIZP-PZH

Ze względu na potencjalnie zakaźny charakter próbek materiału klinicznego obowiązują następujące zasady pakowania próbek (poziom BSL2): Pojemniki z ma-

teriałem do analizy powinny być zapakowane zgodnie z ogólną zasadą pakowania wymaganą dla czynników biologicznych wywołujących choroby ludzi.

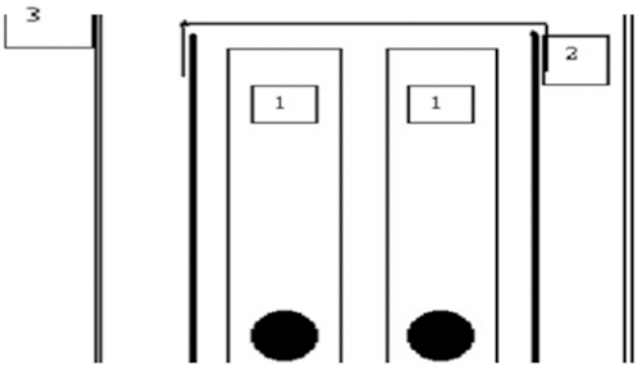
Obowiązuje zasada potrójnego opakowania -

1. **Naczynie zasadnicze** zawierające materiał kliniczny, Naczynie to powinno być:
- jednorazowe, z nietłukącego tworzywa sztucznego, odporne na zgniecenie;
- zamykane nakrętką z dodatkową uszczelką zapobiegającą wyciekowi materiału;
- otwierane i zamykane w nieskomplikowany sposób;

2. **Opakowanie wtórne**
- Wykonane z odpornych na zgniecenie materiałów i hermetycznie zamknięte. Dopuszcza się możliwość umieszczenia w jednym opakowaniu wtórnym kilku naczyń zasadniczych z materiałem klinicznym pod warunkiem ich jednoznacznego oznakowania.
- Opakowanie wtórne musi mieć wymiary umożliwiające otwarcie go w boksie laminarnym **(wysokość, szerokość, głębokość lub średnica do 50 cm)**. Przed umieszczeniem w opakowaniu transportowym powierzchnia opakowania wtórnego powinna być wyjałowiona.
  Dokumentacja dołączona do próbek nie może być umieszczana w opakowaniu wtórnym.

3. **Opakowanie zewnętrzne** - transportowe - w przypadku transportu materiałów w warunkach specjalnych (suchy lód, lód) powinno być odporne na dany czynnik. Musi być oznakowane i **opisane w sposób identyfikujący nadawcę i umożliwiający nawiązanie z nim szybkiego kontaktu w przypadkach uszkodzenia próbek czy innych zdarzeń losowych.**

Dokumentację dołączoną do badań należy umieścić oddzielnie w zamkniętych kopertach i przytwierdzonych do opakowania zewnętrznego, tak by był do niej dostęp bez konieczności otwierania opakowania zewnętrznego, co jest ważne w przypadku opakowań termoizolacyjnych i chroni dokumentację przez zawilgotnieniem lub zalaniem.



Ideogram opakowania potrójnego
1 – probówka z materiałem do badania; 2 – opakowanie zasadnicze, szczelne; 3 – opakowanie zewnętrzne- transportowe /termoizolacyjne

Jednoczeście zachęcamy do zapoznania się z:
Komunikatem krajowego konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych
Zaleceniem krajowego konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych
https://kidl.org.pl/news/view?id=677

Agresywny pacjent, agresywna rodzina

Przemoc zakorzeniona jest głęboko w świadomości człowieka i od początku istnienia gatunku ludzkiego stanowiła istotny element jego przetrwania.

We współczesnej literaturze istnieje wiele definicji agresji. Większość z nich podkreśla element umyślności oraz następstwa poniesionej szkody. Posiłkując się jedną z formuł możemy stwierdzić, iż agresją nazywamy każde zamierzone działanie w formie otwartej lub symbolicznej, mające na celu wyrządzenie komuś lub czemuś szkody, straty lub bólu. Agresja to także termin używany na określenie zachowań skierowanych na zrobienie komuś krzywdy, prowadzących do wyrządzenia zła, cierpienia, to także brak umiejętności kontrolowania reakcji, jak również odczuwaniem i przejawianiem wrogości wobec otoczenia.

Obecnie funkcjonuje wiele klasyfikacji form zachowań agresywnych i choć w zależności od ujęcia autora ulegają one przeobrażeniom, w każdej z nich można odnaleźć pewne stałe elementy. T. Tomaszewski (1976), mówi, że zachowania agresywne mogą przejawiać się w trzech zasadniczych formach:

1) w formie izolowania się – niepatrzenie na siebie nawzajem, unikania interakcji, nieodzywania się do siebie czy trwałego zerwania wszelkich stosunków.
2) w formie demonstrowania – czyli okazywania w sposób aktywny swojego niezadowolenia, używając do tego określonych gestów, min, a także formułowaniem wyrzutów, tworzeniem wymówek oraz stosowaniem mniej lub bardziej przejrzystych aluzji.
3) w formie ataku agresji, w ścisłym tego słowa znaczeniu; polegającym na wykonywaniu czynności zmierzających do zaszkodzenia, osłabienia bądź spowodowania bólu określonej osobie.

Może to być również forma „bezpośrednia", wówczas ma ona postać agresji fizycznej, werbalnej lub

ekspresyjnej oraz „pośrednia", która ma najczęściej postać werbalną.

Zjawisko agresji jest jednym z najpoważniejszych zagrożeń współczesnych czasów. Obserwując zachowania ludzi, jesteśmy świadkami narastającego od lat w różnych środowiskach zawodowych zjawisk przemocy, lub inaczej agresji. Zjawisko to nie jest obce w ochronie zdrowia, system opieki nad chorymi istnieje setki jeśli nie tysiące lat. Przez wieki występowały zdarzenia, w których poszkodowane były osoby zajmujące się chorymi lub rannymi. Były to najczęściej przypadki wynikające z rodzaju schorzeń i metod ówczesnego leczenia.

Proces zmian w społeczeństwie, w tym zachowań, w których coraz większą rolę zaczęła odgrywać przemoc czy agresja, rozpoczął się wraz ze zmianami gospodarczymi, zmianami w postrzeganiu rzeczywistości, zanikiem wartości autorytetów.

Przyjmując, iż każdy z nas jest pacjentem, znającym swoje prawa, natomiast nie wiemy, nie dostrzegamy, lub nie chcemy wiedzieć czy dostrzegać, iż nie zawsze jest tak jak byśmy chcieli. Funkcjonujący system ochrony zdrowia, będzie zawsze do poprawy, a osoby w nim pracujące z pacjentem i przy pacjencie, zawsze będą narażone na sytuacje konfliktowe z pacjentem lub jego rodziną.

Przemoc czy agresja zbyt często w ostatnich latach zaczęła uderzać w środowiska medyczne, lekarzy, pielęgniarki, położne czy ratowników medycznych, a więc osoby mające bezpośredni kontakt z pacjentem – osobą chorą, ofiarą wypadku oraz ich rodzinami.

Występujące formy agresji czy przemocy słownej lub fizycznej powodują, iż wzrasta w nich poczucie niepokoju, reakcje lękowe, zaburzenia snu, wypalenia zawodowego, a nawet depresja.

Na podstawie różnego rodzaju analiz, rozmów w środowisku, szacuje się, iż ok. 80-90% pielęgniarek może mieć styczność z agresją i przemocą ze strony pacjentów lub ich rodzin.

Istnieją pomocne metody, które ułatwiają radzenie sobie z agresywnym chorym, wyciszając go i obniżając zagrożenie z jego strony.

Każda pielęgniarka może znaleźć się w sytuacji złości, gniewu czy agresji ze strony pacjenta, zwłaszcza jeśli pracuje w przychodni, oddziałach ratunkowych czy karetkach. Agresja najczęściej przyjmuje formę słowną - krzyki, pretensje czy obrażanie. Mniej natomiast pielęgniarki stykają się z przemocą fizyczną: popychaniem, pluciem, szarpaniem, a nawet pobiciem czy duszeniem. Nawet pacjenci, którzy w życiu prywatnym są spokojni i łagodni, w nowych warunkach, kiedy dochodzi do choroby lub uszkodzenia ciała, mogą zachowywać się agresywnie. Osoby takie czują w stosunku do przeciwnika (tak traktowana jest pielęgniarka, lekarz), przede wszystkim złość. Kumulujące się w jej wnętrzu negatywne emocje uwolnione zostają wskutek najrozmaitszych sytuacji zapalnych, do których zaliczyć możemy np. długi czas oczekiwania, nieznane środowisko, brak prywatności, nieradzenie sobie z emocjami, nieudzielenie wystarczających informacji na temat stanu jego zdrowia, poczucie niezrozumienia, zmieszanie, dezorientację czy zmęczenie. Sytuacje agresywnego zachowania pacjenta zawsze osadzone są w pewnym kontekście oraz zależą od wielu czynników determinujących kumulację zdarzeń. Tylko umiejętność opanowania własnych emocji (co jest niestety trudne) oraz podejmowania działań zawczasu przemyślanych, pozwoli na wygaszenie konfliktu i nawiązanie satysfakcjonującej współpracy z pacjentem.

Poniżej prezentujemy sprawdzone najistotniejsze zasady postępowania w kontakcie z pacjentem agresywnym werbalnie.

- ⇨ Powinniśmy zachować spokój, nie dać się sprowokować – w kontaktach z osobą agresywną werbalnie nie należy reagować złością czy podniesionym tonem głosu. Nasze opanowanie i zachowanie spokoju pozwala na podejmowanie bardziej przemyślanych działań oraz umiejętny dobór słów.
- ⇨ Nie powinniśmy okazywać strachu – okazanie strachu może być odebrane przez „agresora" jako przyzwolenie na przejęcie kontroli nad sytuacją.
- ⇨ Powinniśmy dać „agresorowi" czas na uspokojenie się – niejednokrotnie konsekwentna nasza odmowa dalszej rozmowy i sformułowanie potrzeby opanowania emocji przez pacjenta pozwoli mu na ochłonięcie, wyciszenie konfliktu oraz jest formą dania pacjentowi szansy, aby wyszedł z twarzą z sytuacji, w której poniosły go złe emocje.
- ⇨ Nie powinniśmy polemizować ani przejawiać zachowań konfrontacyjnych – reakcja krzykiem na krzyk, emocjonalne formułowanie własnych argumentów czy próba nieprzejednanej obrony własnych racji, doprowadzi do eskalacji konfliktu.
- ⇨ Powinniśmy mówić głosem spokojnym, ciepłym, łagodnym i opanowanym – wykazując się opanowaniem, w ten sposób mamy możliwość tonowania zachowania pacjenta.
- ⇨ Niezwykle ważne jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego – brak kontaktu wzrokowego odbierany jest często jako przejaw słabości czy zagubienia, w sytuacji konfliktowej sygnał ten może dać „agresorowi" poczucie przewagi, dominacji. Powinniśmy również pamiętać, że zbytnie koncentrowanie się na twarzy czy oczach pacjenta agresywnego wyzwala w nim dodatkowe negatywne emocje.

- Nie należy używać sformułowań typu nakazowego – np. zwracanie się do pacjenta słowami Wejść! Usiąść! Nazwisko? zwiększa to anonimowość oraz stanowi próbę zmuszenia pacjenta do pewnych zachowań, lepiej zatem prosić chorego, stosując zwroty neutralne i grzecznościowe, np. Pani Tereso, czy mogłaby mi Pani powiedzieć, jak możemy Pani pomóc?
- Dobrze jest zaproponować, pacjentowi aby usiadł – stojąc nad pacjentem (w tej sytuacji proponuje się unikanie stawania zbyt blisko i od tyłu) pielęgniarka zdobywa nad „agresorem" pewną przewagę, a zatem łatwiej jej przejąć kontrolę nad rozmową i szybciej wdrażać techniki rozładowywania napięcia.
- Powinniśmy wycofać się ze strefy prywatnej – dystans osobisty to odległość pomiędzy rozmówcami w granicach 50-125 centymetrów. W przestrzeni tej dochodzi do kontaktów pomiędzy bliskimi sobie osobami lub takimi, które czują względem siebie sympatię i szacunek. W relacji z pacjentem agresywnym lepiej wycofać się poza granicę 2 metrów, co stanowi dystans bezpieczny i jest swoistym komunikatem o braku akceptacji dla zaistniałej sytuacji.
- Powinniśmy się przedstawić, gdyż anonimowość zwiększa poziom napięcia emocjonalnego, dlatego warto poprosić, aby także pacjent podał swoje personalia.
- Powinniśmy ustalić źródło pobudzenia i oddzielić emocje od problemu. W sytuacji stresowej istnieją tendencję do innego traktowania osób wykazujących swą dezaprobatę względem nich, niż gdy niezadowolenie zgłaszane jest względem zaistniałej sytuacji. Pielęgniarka/położna powinna jednoznacznie określić, czy osoba chora/rodzina zgłasza zastrzeżenia względem podejmowanych przez nią czynności, czy też nieodpowiednie zachowanie wynika z np. zbyt długiego oczekiwania w kolejce. „Atak" zawsze pozostaje doświadczeniem niemiłym, jednakże warto względem zarzucanych czynów zachować należyty dystans (zwłaszcza gdy nie ma się żadnego wpływu na zaistniałą sytuację). Jeśli pacjent się denerwuje, ponieważ czuje się bezradny, a np. gorączkujące od godziny dziecko płacze mu na rękach – wypowiadanych przez niego obelg nie należy traktować osobiście. Umiejętność racjonalnego rozdzielenia emocji od problemu pomaga nam zachować spokój i opanowanie własnych emocji.
- Warto przyznać pacjentowi rację – gdy celem jest powstrzymanie agresji pacjenta, warto, aby zwracając się do niego, wyrazić swoje zrozumienie dla zaistniałej sytuacji. Gdy w grę wchodzą duże negatywne emocje, nie powinniśmy upierać się przy własnych racjach.
- Niezwykle ważnym jest okazanie chęci pomocy i rozwiązania problemu – gdy tylko „agresor" zaczyna tracić na swojej pewności i emocje zaczynają lekko opadać, można okazać mu zrozumienie i chęć rozwiązania jego problemu. Powinniśmy skupić się na istocie sprawy, wykazując się wielkim spokojem i przesadną wręcz kulturą osobistą.
- Odwrócenie uwagi pacjenta – możemy postarać się skierować uwagi chorego na inne tory, przez zmianę tematu rozmowy (na np. luźną pogawędkę na temat kwestii całkowicie niezwiązanej z problemem pacjenta) lub zaproponować choremu np. szklankę wody.

Obecnie obowiązuje systemowe rozwiązanie przeciwdziałające agresji wobec pielęgniarek.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137, z późn. zm.).

W celu zapewnienia ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenia bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowego i niezakłóconego wykonywania przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta, na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zamieszczona została Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny.

Opracowanie
Wiesław Duda

W opracowaniu artykułu korzystano z doświadczeń własnych, rozmów z pielęgniarkami Szpitala Wojewódzkiego, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz publikacji „Komunikacja lekarz – pacjent teoria i praktyka", autorstwa Marii Nowiny Konopki, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytet Jagielloński Kraków 2016.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w sprawie agresji w ochronie zdrowia

17 Sty, 2020 | Komunikaty prasowe

W trosce o zapewnienie bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwróciła się do Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Obywatelskich, z apelem o podjęcie działań mających na celu zagwarantowanie pielęgniarkom i położnym bezpieczeństwa wykonywania zawodów oraz udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zawody pielęgniarki, położnej to zawody regulowane, samodzielne, wymagające ciągłego kształcenia i doskonalenia. Wyjątkowa specyfika tych zawodów polega między innymi na nieustannym, bezpośrednim kontakcie z pacjentem oraz jego bliskimi. Niepokój samorządu pielęgniarek i położnych wzbudzają coraz częstsze bezpośrednie ataki na osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej w trakcie realizacji i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W trosce o zdrowie i życie polskich pacjentów Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 14 stycznia 2020 r. Stanowiskiem Nr 32 zwróciło do Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Obywatelskich z apelem o podjęcie działań mających na celu realne zagwarantowanie personelowi medycznemu bezpieczeństwa podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2019.576 ze zm.; dalej zwana; u. z. p. p.): *Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9,* ***korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych*** *na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997r.* – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 i 2077).

Powyższy zapis, oprócz szczególnej ochrony prawnokarnej dla osób wykonujących zawody pielęgniarki lub położnej, nakłada również na władzę publiczną obowiązek stworzenia optymalnie bezpiecznych warunków pracy.

„W tym miejscu należy zaznaczyć, iż obecnie w większości podmiotów leczniczych w Polsce brak jest procedur regulujących postępowanie w sytuacji agresywnego zachowania pacjenta lub jego osób bliskich. Można tutaj wskazać: brak ciągłego monitoringu i innych urządzeń umożliwiających pielęgniarce, położnej natychmiastowe powiadomienie odpowiednich służb o grożącym im niebezpieczeństwie; jak również brak szkoleń dla personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych”. – mówi Prezes NRPiP Zofia Małas. *„Nasz apel podyktowany jest troską o bezpieczeństwo pacjentów. Pamiętajmy, że bezpieczna pielęgniarka, położna równa się bezpieczny pacjent”* – dodaje Prezes NRPiP.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o podjęcie prac legislacyjnych, które nakładałyby stosowne zobowiązania na podmioty zatrudniające personel medycznych, jak i podjęcie praktycznych działań, aby w każdym miejscu gdzie pielęgniarka lub położna udziela świadczeń zdrowotnych realizując zadania publiczne, miała zapewnione środki bezpieczeństwa, a ich zapewnienie było obowiązkiem ustawowym każdego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Pełna treść stanowiska:

Stanowisko nr 32 prezydium naczelnej rady pielęgniarek i położnych z dnia 14 stycznia 2020 roku w sprawie agresywnych zachowań pacjentów i osób im bliskich zagrażających zdrowiu i życiu osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej

15 Sty, 2020 | Aktualności, Stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 32

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 14 stycznia 2020 roku, w sprawie agresywnych zachowań pacjentów i osób im bliskich zagrażających zdrowiu i życiu osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej skierowane do Ministra Zdrowia prof. dr hab. Łukasza Szumowskiego, Rzecznika Praw Pacjenta - Bartłomieja Chmielowca, Rzecznika Praw Obywatelskich - dr hab. Adama Bodnara

Prezydium NRPiP działając na podstawie ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 916) wyraża ogromne zaniepokojenie coraz częstszymi bezpośrednimi atakami na osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej w trakcie realizacji

i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym zwracamy się z apelem do Ministra Zdrowia o pilne podjęcie działań mających na celu realne zagwarantowanie personelowi medycznemu bezpieczeństwa wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2019.576 ze zm.; dalej zwana; u.z.p.p.): *Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 i 2077).*

Pragniemy zwrócić uwagę, iż powyższy zapis oznacza nie tylko szczególną ochronę prawnokarną dla osób wykonujących zawody pielęgniarki lub położnej, ale nakłada także na władzę publiczną obowiązek stworzenia optymalnie bezpiecznych warunków pracy personelu medycznego.

Bez wątpienia, czynności pielęgniarskie i położnicze stanowiące udzielanie świadczeń zdrowotnych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, wykonywane w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do nich na podstawie odrębnych przepisów, mieszczą się w zakresie pełnienia funkcji publicznej w rozumieniu art. 228 kk. Z uwagi na to, że świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych mogą być także udzielane w niepublicznych podmiotach leczniczych, to również i w tym przypadku pielęgniarki i położne, zatrudniony w takim zakładzie, które wykonują czynności zawodowe wymienione w art. 4 i art. 5 u.z.p.p., w tym zakresie są osobą realizującą zadania publiczne, o jakiej mowa w art. 228 kk (wyrok SN z dnia 20 czerwca 2001 r. w sprawie o sygn. akt. I KZP 5/2001).

Pragniemy zauważyć, iż obecnie w większości podmiotów leczniczych w Polsce brak jest procedur regulujących postępowanie w sytuacji agresywnego zachowania pacjenta lub jego osób bliskich. Brak jest zarówno osób przeszkolonych, które rzeczywiście mogłyby zareagować w sytuacji agresywnych zachowań beneficjentów podmiotów leczniczych, brak jest ciągłego monitoringu i innych urządzeń umożliwiających pielęgniarce i położnej powiadomienie odpowiednich służb o grożącym im niebezpieczeństwie. Co więcej, nie szkoli się personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych w kierunku pożądanych reakcji w sytuacji zaistnienia niebezpieczeństwa dla ich zdrowia lub życia, które pozwoliłyby na minimalizowanie ewentualnie skutków tych zachowań.

Stanowczo podkreślamy, że z uwagi na narastający problem agresji wobec osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej za pilne uznajemy podjęcie zarówno prac legislacyjnych, które nakładałyby stosowne zobowiązania na podmioty zatrudniające personel medycznych, jak podjęcie praktycznych działań, aby w każdym miejscu gdzie pielęgniarka lub położna udziela świadczeń zdrowotnych realizując zadania publiczne, miała zapewnione środki bezpieczeństwa, a ich zapewnienie było obowiązkiem ustawowym każdego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Mając na uwadze powyższe Prezydium NRPiP apeluje o jak najszybsze podjęcie koniecznych prac.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Pani Przewodnicząca ORPiP
Szanowni Państwo

W związku z podjęciem przez NRPiP rozmów z Wiceministrem Zdrowia Januszem Cieszyńskim w/s organizacji bezpłatnych szkoleń dla pielęgniarek i położnych z **e-recept (EDM)** oraz wyposażenia w sprzęt umożliwiający realizacje zadania dla osób przeszkolonych w tym zakresie, przesyłamy w załączeniu i poniżej informacje na w/w temat. W połowie grudnia odbyło się w CSIOZ spotkanie gdzie ustalono najważniejsze informacje dotyczące realizowanego przez CSIOZ projektu szkoleniowego, który dedykowany jest pracownikom medycznym w tym pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w POZ-ach i szpitalach posiadających aktualny kontrakt z NFZ.

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o rozpropagowanie w środowisku pielęgniarek i położnych projektu z udziałem w organizowanych szkoleniach środowiska zawodowego wywodzącego się z Państwa Izby. Ponadto bardzo proszę o zamieszczenie informacji na Państwa stronie www wraz z przesłanym banerem, gdzie po kliknięciu w „Dowiedz się więcej" osoba zainteresowana zostanie przekierowana na stronę CSIOZ. Ponadto informujemy, że trwają rozmowy z CSIOZ w zakresie wyposażenia pielęgniarek, położnych, które będą ordynować leki i wypisywać recepty w sprzęt umożliwiający wykonanie tych czynności. O postępach rozmów i możliwościach

skorzystania z tego projektu przez nasze koleżanki i kolegów będziemy informować na bieżąco.

Wszystkie niezbędne informacje znajdują się na stronie: https://www.csioz.gov.pl/akademia-csioz/szkolenia-z-edm/

Link do rejestracji
https://akademiaedm.csioz.gov.pl/signin

W odniesieniu do szkoleń dla szpitali, a co za tym idzie pielęgniarek pracujących w tych szpitalach, to proces rekrutacji wygląda w taki sposób:

1. Dyrektor jednostki (bądź osoba przez niego upoważniona) rejestruje szpital,
2. CSIOZ kontaktuje się z zarejestrowanym szpitalem w celu ustalenia terminu szkolenia,
3. Po ustaleniu szkolenia osoba rejestrująca szpital otrzymuje informacje e-mailową z prośbą o załączenie w systemie rekrutacyjnym listy osób które wezmą udział w szkoleniu,
4. Kolejno każda ze zgłoszonych przez szpital osób będzie musiała zrejestrować się indywidualnie w systemie rekrutacji.
5. Po tych wszystkich krokach pracownicy CSIOZ przyjeżdżają w ustalonym terminie i przeprowadzają szkolenie.

Obecnie trwa II tura rekrutacji dla szpitali w okresie 2.01.2020 r. – 31.03.2020 r.
I tura rekrutacji szpitali (do dnia 30.11.2019) – zrekrutowało się 117 szpitali.

Mariola Łodzińska
Wiceprezes NRPiP
tel. 22-327-61-73 | m.lodzinska@nipip.pl

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa
tel. 22 327 61 61 | www.nipip.pl
Fax 22 327 61 60 | nipip@nipip.pl

O projekcie

Projekt ***„Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawianiem, prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”*** skierowany jest do:

Podmiotów leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – Szpitali, Podmiotów leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – POZ.

Zakres szkoleń obejmuje zapoznanie z gotowymi rozwiązaniami i narzędziami wdrażanymi w ramach zaawansowanego procesu informatyzacji systemu ochrony zdrowia w Polsce z uwzględnieniem rozwiązań projektu **„Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1)** takich jak: e–recepta, e–skierowanie, Elektroniczna Dokumentacja Medyczna oraz Internetowe Konto Pacjenta (IKP).

W ramach projektu zostanie przeszkolonych łącznie 21 120 osób i 3 300 podmiotów leczniczych, w tym 660 szpitali i 2 640 POZ-ów.

Głównym celem projektu jest poprawa jakości udzielanych przez podmioty lecznicze świadczeń, poprzez wzrost kompetencji oraz wiedzy pracowników podmiotów leczniczych w zakresie tworzenia e-recepty, e-skierowania, Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) oraz Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

Realizacja projektu przyczyni się do upowszechnienia wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz poprawy kompetencji cyfrowych świadczeniodawców na terenie całego kraju, stając się jednocześnie istotnym wkładem w budowanie społeczeństwa informacyjnego zgodnie z założeniami dokumentów strategicznych takich jak np. „Sprawne Państwo 2020”.
Okres realizacji projektu 01.05.2019 - 31.10.2021.

Szkolenia dla pracowników POZ – cały kraj, lokalizacje i terminy szkoleń są sukcesywnie dodawane do platformy rejestracyjnej. Rekrutacja trwa przez cały okres trwania projektu do momentu wyczerpania puli szkoleń.

Szkolenia dla pracowników Szpitali - Pierwsza tura rekrutacji trwała do 30.11.2019 r., kolejna II tura uruchomiona została 2 stycznia br., kolejne tury będą uruchamiane aż do momentu wyczerpania puli szkoleń.

Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) w ramach działania 5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Dyżur stacjonarny: pierwszy i trzeci czwartek każdego miesiąca w godzinach 15:00 – 17:00 w biurze Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych I piętro, ul. Budowlanych 44A, 45-123 Opole

Kontakt pod numerem telefonu:
tel. komórkowy 784 940 617; tel. stacjonarny 77 441 51 98
e-mail: rzecznik@oipip.opole.pl

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
- Pani Maria Grzeczna

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Pani Halina Ambrozik
- Pani Iwona Charyło
- Pani Anita Golec
- Pani Anna Makowiecka
- Pani Aurelia Prochota
- Pani Małgorzata Żyńczak

Plan dyżurów na 2020 r.
- 05 marzec 2020 r. – Anita Golec
- 19 marzec 2019 r. – Maria Grzeczna

Obowiązek aktualizacji danych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu przypomina o obowiązku aktualizacji danych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych.
Zgodnie z art. 19 ust. 2 i ust. 3 oraz art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, każda pielęgniarka/położna zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o zmianie danych określonych w art. 44. ust. 1, w terminie 14 dni od daty ich powstania.
Aktualizacji danych można dokonać poprzez wypełnienie odpowiednich części arkusza (należy wypełnić tylko te części, których dotyczą zamiany) i przesłaniu ich na adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
ul. Budowlanych 44A, 45-123 Opole

W szczególności aktualizacji podlegają informacje dotyczące:

- zmiany nazwiska,
- ukończenia kursów i specjalizacji,
- ukończenia studiów wyższych,
- miejsca zamieszkania,
- rozpoczęcia i ustania zatrudnienia,
- zmianie miejsca pracy,
- utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu.

W celu aktualizacji danych należy przedłożyć:

- w przypadku zmiany **nazwiska** – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska (oryginał do wglądu),
- w przypadku uzyskania **tytułu specjalisty** – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię dyplomu nadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie specjalizacji,
- w przypadku ukończenia **szkoły wyższej** (studia pomostowe) – odpis dyplomu szkoły wyższej – część „A" i „B" (suplement),
- w przypadku **uzyskania kwalifikacji** (kursy) – kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskane kwalifikacje,
- w przypadku **zmiany zatrudnienia** – pisemna informacja zawierająca nazwę i adres pracodawcy, stanowisko i okres zatrudnienia oraz datę zakończenia pracy w poprzednim zakładzie,
- w przypadku **zmiany danych adresowych** – pisemne oświadczenie lub kserokopię dowodu osobistego.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu prowadzi nabór na bezpłatne kursy specjalistyczne:

DATA	MIEJSCE REALIZACJI	NAZWA KURSU
10 luty	Nysa	Bezpłatny kurs specjalistyczny „Wywiad i badanie fizykalne" dla pielęgniarek i położnych
14 marzec	Nysa	Bezpłatny kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych" dla pielęgniarek i położnych
6 kwiecień	Opole	Bezpłatny kurs specjalistyczny „Wywiad i badanie fizykalne" dla pielęgniarek i położnych
25 maj	Nysa	Bezpłatny kurs specjalistyczny „Wywiad i badanie fizykalne" dla pielęgniarek i położnych

Bliższe informacje pod numerem telefonu:
77 441 51 91
lub w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Opolu, ul. Budowlanych 44A, 45-123 Opole.
Aktualna lista kursów dostępna na stronie: oipip.opole.pl/plan-szkolen

Praktyczne informacje dotyczące postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych*

➲ Odbiorca usługi

Z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego mogą wystąpić:

- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
- spadkobiercy pacjenta - w przypadku śmierci pacjenta.

Wniosek wnosi się w **terminie 1 roku od dnia**, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten **nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia**, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.

W przypadku śmierci pacjenta termin nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego.

➲ Opis usługi

Usługa skierowana jest do podmiotów, które zamierzają dochodzić roszczeń z tytułu błędów w procesach diagnostyczno-terapeutycznych w procesie leczenia szpitalnego, których następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa.

➲ Wymagane dokumenty

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego (złożony w 3 egzemplarzach) oraz:

- potwierdzenie zapoznania się z klauzulą informa-

cyjną o ochronie danych osobowych (klauzula do pobrania – zał. Nr 1 do Wniosku),
- dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku (dokumentacja medyczna w zamkniętej kopercie zawierającej imię i nazwisko osoby składającej wniosek oraz opatrzonej dopiskiem: „Dokumentacja medyczna nie otwierać w obiegu wewnętrznym”),
- potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 200 zł.,
- oświadczenie podmiotu składającego wniosek o toczących się lub zakończonych postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, karnych lub cywilnych w związku ze zdarzeniem będącym przedmiotem wniosku.

W przypadku śmierci pacjenta, do wniosku dołącza się dodatkowo:
- postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku,
- pełnomocnictwo do reprezentowania przed Wojewódzką Komisją Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Opolu pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.

➲ Miejsce składania wniosku

Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia - Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Opolu.

Dokumenty można przesłać na adres:
Wojewódzka Komisja ds. Orzekania
o Zdarzeniach Medycznych w Opolu
Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu
ul. Piastowska 14,
45-082 Opole

Informacje można uzyskać telefonicznie od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30-15:30 pod nr tel.: 77/4524139, 77/4524348, 77/4524563 lub osobiście pok. Nr 507 lub 522 bądź za pośrednictwem poczty elektronicznej: zdarzeniamedyczne(@)opole.uw.gov.pl

➲ Koszty postępowania przed wojewódzką komisją stanowią:
- opłata za złożenie wniosku 200 zł.,
- wynagrodzenie za sporządzenie opinii.

➲ Numer rachunku bankowego

Wojewoda Opolski NBP Oddział Okręgowy Opole
22 1010 1401 0006 9322 3100 0000

➲ Tytuł wpłaty

postępowanie przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Opolu

➲ Termin wniesienia opłaty

najpóźniej w dniu złożenia wniosku

➲ Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy

Prawo złożenia do Wojewódzkiej Komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przysługuje:
- podmiotowi składającemu wniosek,
- kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem.

Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy Wojewódzka Komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

* https://www.opole.uw.gov.pl/zdrowie
https://www.opole.uw.gov.pl/zdarzenia-medyczne-postepowanie

Opolska Pielęgniarka i Położna

Kontakt:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
ul. Budowlanych 44a, 45-123 Opole
tel.: 77 441 51 90, fax: 77 441 51 99
e-mail: biuro@oipip.opole.pl
www.oipip.opole.pl

NIP: 754-13-06-694
Konto: Bank Zachodni WBK I Oddział w Opolu, ul. Ozimska 6
33 1090 2138 0000 0005 5600 0581

Godziny pracy biura OIPiP w Opolu:

poniedziałek	8^{00} - 17^{00}
wtorek	8^{00} - 17^{00}
środa	8^{00} - 17^{00}
czwartek	8^{00} - 16^{00}
piątek	8^{00} - 16^{00}

Pracownicy biura OIPiP w Opolu:
Anna Kałuska – pracownik administracyjno-biurowy
Beata Gawlikowska – pracownik administracyjno-biurowy
Liliana Maciak – księgowa
Agnieszka Burzyńska – dział PWZ, Biuro Rzecznika
Dominika Rygiel – dział ewidencji składek

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
Redakcja biuletynu: Przewodnicząca: Sabina Wiatkowska, Członkowie: Aleksandra Tkaczuk, Urszula Kraszkiewicz
Redaktor Naczelny: Wiesław Duda, tel. 601 688 692, e-mail: wduda1@op.pl
druk i skład: Eurocent, 45-215 Opole, ul. Luboszycka 34, tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl
Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadesłanych tekstów i nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam.

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Polish Nurses Association

Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

XV Kongres Pielęgniarek Polskich

Wrocław | 21-23 maja 2020

kongrespielegniarek.pl

Zaawansowana praktyka pielęgniarska – polskie wyzwania, światowy dorobek

Partner organizacyjny: Grupa casus BTL