

Od: Maciej Gardas <m.gardas@duw.pl>
Wysłano: wtorek, 6 sierpnia 2019 15:49
Do: legislacja-pp
Temat: polityka wieloletnia na rzecz pielęgniarstwa
Załączniki: strategia -założenia ogólne.docx; startegia -cele i wskaźniki.docx; strategia rozwoju pielęgniarstwa od DM.xls; Dział Organizacji opieki nad pacjentem.doc; pr.piel- ulotka.doc; pr.piel.- skrót do prowadzenia dokumentacji.xls

Dzień dobry

W załączeniu przesyłam uwagi do Polityki wieloletniej na rzecz pielęgniarstwa opracowane i przekazane drogą mailową do DUW przez Panią Dorotę Milecką konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

Pozdrawiam

Maciej Gardas
Z-ca Dyrektora Wydziału Nadzoru i Kontroli
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu



Strategia w pielęgniarstwie

Założenia ogólne

1. Usystematyzowanie pojęć w pielęgniarstwie również w sensie prawnym: np. co to jest problem pielęgnacyjny, proces pielęgnowania, kto to jest np. Naczelna Pielęgniarka, piel. oddziałowa itd. (każda dziedzina powinna mieć swój język naukowy, przedmiot i metody badań)

2. Zdobywanie informacji na temat działalności zawodów pielęgniarki i położnej głównie na drodze sprawozdawczości publicznej w tym informacji na temat jakości opieki pielęgniarstwiej poprzez wskaźniki pielęgnowania. Określenie zawartości druków Ministra Zdrowia na ten temat.

3. Normy liczby etatów pielęgniarstwiej powinny sprowadzać się do osób świadczących pracę, a nie zatrudnionych oraz przyjęcia organizacji pracy uwzględniającej 20% absencję. Chodzi o rzeczywiste obsady pielęgniarstwiej na rzeczywistych dyżurach np. na oddziale chirurgicznym 40 łóżkowym powinno być świadczących pracę 28 pielęgniarek, co oznacza, że organizacja pracy pielęgniarstwiej mogłaby wyglądać (nie mniej niż) np.

2 piel. w godz. 7.00-14.35 w dni robocze oraz

5 pielęgniarek w godz. 7.00.-19.00 w każdy dzień miesiąca

5 pielęgniarek w godz. 19.00-7.00 w każdy dzień roboczy

4 pielęgniarki w godz. 19.00-7.00 w dni wolne od pracy

4. Powinny zostać ustalone wytyczne do norm zatrudniania dla pielęgniarstwiej kadry zarządzającej. Chodzi o stanowiska Naczelnych pielęgniarek/z-ców Dyrektora ds. pielęgniarstwa przełożone Pielęgniarek oraz piel./poł. Oddziałowe oraz koordynujące (ile stanowisk w danym szpitalu, ile na danym oddziale w zależności np. od liczby łóżek/ stanowisk opieki nad pacjentem czy też zatrudnionych pielęgniarek).

Powinny zostać ustalone wytyczne do norm zatrudniania innego personelu np. opiekunów medycznych na danym oddziale np. 1 na 15 pacjentów na zmianie

5. Normą powinno być powołanie w każdym szpitalu Działy organizacji opieki nad pacjentem (zwłaszcza przy dużych szpitalach). Naczelne Pielęgniarki/z-cy

Dyrektora ds. pielęgniarstwa , zarządzając dużymi grupami zawodowymi pielęgniarek i położnych powinni realizować swoje zadania w oparciu o planowanie, organizowanie, motywowanie, przewodzenie i kontrolowanie. Nie jest możliwe wykonywanie tej funkcji jednoosobowo bez wsparcia osób zatrudnionych w dziale . Przykładowe zadania działu w załączeniu.

6.Organizacja pielęgniarstkich stanowisk pracy umożliwiających sprawowanie opieki pielęgniarstkiej metodą procesu pielęgnowania. Stanowiska pracy powinny umożliwiać samodzielną pracę dla każdej pielęgniarki pełniącej dyżur. Czyli jeśli na danym oddziale od godz. 7.00 rozpoczyna pracę 5 pielęgniarek , na oddziale powinno być dostępnych co najmniej: 5 wózków pielęgnacyjnych (na pościel oraz asortyment pielęgnacyjny) , 5 wózków zabiegowych z możliwością umieszczenia tableta oraz wyposażonych w stetoskop, ciśnieniomierz, termometr (wózki wyposażone w sprzęt umożliwiający wykonywanie zabiegów pielęgniarstkich , iniekcji oraz podawania leków doustnych). Na oddziale powinno zostać wyznaczone także 4 pomieszczenia (co najmniej):

Jedno do przygotowania leków dożylnych , drugie leków doustnych , trzecie do dekontaminacji wózków, czwarte do przechowywania czystych wózków przygotowanych do pracy.

Pomieszczenia do przygotowywania leków powinny umożliwiać jednoczesowe podejście do blatów roboczych przez wszystkie pielęgniarki na danym dyżurze, po to żeby każda pielęgniarka przygotowała leki dla swojej grupy pacjentów i żeby wszyscy pacjenci otrzymali leki o wymaganej porze.

Brak organizacji pielęgniarstkich stanowisk pracy uniemożliwia organizację pracy metodą procesu pielęgnowania, który jest kluczowy w opiece nad pacjentem. Bez tego polski pacjent nigdy nie odczuje poprawy jakości opieki pielęgniarstkiej ,ponieważ pielęgniarki będą pracowały metodą tradycyjną czyli jedna pielęgniarka będzie podawała leki doustne , druga leki dożylne itd.

7. Obowiązkowe wprowadzenie metody opieki nad pacjentem opartej na procesie pielęgnowania . Dźwignią musi być triada w pielęgniarstwie : pr. Pielęgnowania, model opieki , primary nursing.

Jest to jedyna metoda pracy zapewniająca holistyczne i zindywidualizowane podejście do pacjenta , a także identyfikację i personalizację osób sprawujących opiekę nad pacjentem(co także ważne jest z uwagi na informatyzację szpitali i prowadzenie dokumentacji medycznej) . Pacjent musi wiedzieć kto w danym dniu sprawuje nad nim opiekę , oraz pielęgniarka musi wiedzieć za jaką grupę pacjentów odpowiada w zakresie rozpoznania problemów pielęgnacyjnych pacjentów , planowania , realizowania i oceniania opieki nad pacjentem i jego środowiskiem. Podział pielęgniarek na dane grupy pacjentów musi być dostępny dla pielęgniarek , lekarzy, pacjentów i ich bliskich i powinien być dokonywany na każdej zmianie pielęgniarskiej.

8. Wprowadzenie primary nursing- pielęgniarki prowadzącej w myśl zasady „mój pacjent-moja pielęgniarka ” , która realizując opiekę nad danym pacjentem , będzie współpracowała z lekarzem prowadzącym, fizjoterapeutą, psychologiem , pracownikiem socjalnym, duchownym w trakcie pobytu chorego w szpitalu i piel. środowiskową po zakończeniu hospitalizacji

9. Ustalenie wymogów kwalifikacyjnych dla personelu pielęgniarskiego w odniesieniu do specyfiki oddziału i specyfiki opieki nad pacjentem . Wymogi istotne w kontraktowaniu świadczeń przez NFZ . Odejście od błędnego założenia , że na oddziale chirurgicznym to pielęgniarki mogą kończyć jedynie specjalizacje w dz.piel. chirurgicznego.

10.Podniesienie rangi opieki pielęgnacyjnej – nie tylko czynności instrumentalnych .

11. Wyposażenie stanowisk pracy pielęgniarskiej w sprzęt umożliwiający opiekę nad pacjentem dostosowaną do stanu zdrowia chorego. Doposażenie oddziałów w wózki siedzące dla pacjentów , udogodnienia związane z profilaktyką przeciwoleżynową itp. Za wszelką cenę należy zmienić obraz „polskiego pacjenta leżącego w czystej pościeli w łóżku przez całą dobę”. W miarę możliwości pacjenta , pacjent powinien być uruchamiany , posiłki spożywać na siedząco, potrzeby fizjologiczne załatwiać w toalecie , a czynności higieniczne w łazience .Żeby tak mogło się stać oddziały muszą być doposażone w sprzęt a personel musi przyjąć punkt widzenia pacjenta – prawo do intymności i godności , a nie praktyczne podejście „łatwiej i szybciej”.

12. Wyposażenie stanowisk pracy pielęgniarskiej w sprzęt zapewniający pielęgniarkom i położnym bezpieczną pracę pod względem epidemiologicznym (sprzęt zabezpieczony przez zranieniami oraz sprzęt bezigłowy) , a także sprzęt znoszący dźwiganie -podnośniki, pionizatory itp.)

13.Pielęgniarstw jako kierunek studiów zamawiany

14.Współpraca z organizacjami pacjenckimi – słuchanie głosu pacjentów jakie są ich oczekiwania co do opieki pielęgniarskiej.

15. dla studentów medycyny i innych kierunków medycznych przedmiot np. podstawy opieki nad pacjentem , zawierający podstawowe informacje o zawodach pielęgniarki położnej oraz o procesie pielęgnowania . Obecnie istniejące stereotypy opóźniają rozwój pielęgniarstwa , co szczególnie negatywnie odbijają się na jakości opieki nad pacjentem . Głównym podmiotem opieki pielęgniarskiej jest pacjent , a nie inne grupy zawodowe i zastępowanie ich w czasie ich nieobecności oraz wyposażenie oddziałów

16. Poprawa wizerunku zewnętrznego pielęgniarek . Konieczna zmiana przepisów dotyczących odzieży roboczej (fartuchów, butów) powinno być 5 zmian odzieży roboczej /na pracownika; dodatkowo indywidualny zegarek z możliwością zawieszania na górnej kieszeni fartucha lub garsonki lub paska , indywidualny stetoskop itd.

Założenia ogólne

Cel Główny : poprawa opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wraz ze wzrostem satysfakcji pacjentów i ich bliskich oraz personelu pielęgniarskiego.

I. Cele strategiczne

1. Wzrost satysfakcji pacjentów i ich bliskich z poziomu opieki pielęgniarskiej.
2. Wzrost bezpieczeństwa fizycznego, psychicznego i społecznego pacjentów i ich bliskich
3. Wzrost bezpieczeństwa fizycznego, psychicznego i społecznego pielęgniarek i położnych w związku z wykonywaną pracą
4. Wzrost satysfakcji personelu pielęgniarskiego z wykonywanej pracy

II. Cele operacyjne dotyczące zabezpieczenia personelu pielęgniarskiego- liczba , kwalifikacje, umiejętności niezbędne na zajmowanych stanowiskach pracy oraz spełniające oczekiwania pacjentów i współpracowników.

1. Zmniejszenie niedoboru kadr pielęgniarskich wynikającego z luki pokoleniowej .
2. Zmniejszenie niedoboru innego personelu uczestniczącego w sprawowaniu opieki nad pacjentem np. opiekunów medycznych

Zadania :

1. Wprowadzenie kierunku pielęgniarstwa i położnictwa jako kierunku zamawianego

Wskaźniki :

1. Wskaźnik zatrudnienia nowego personelu do obecnie zatrudnionego – raz w roku
3. Wskaźnik zgodności posiadanych zasobów kadrowych z normami zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Raz w roku
4. Wskaźnik posiadanych kwalifikacji do wymaganych-raz w roku.

3. Utrzymanie posiadanych zasobów kadrowych i działania zapobiegające odejściom pielęgniarek i położnych .

Zadania:

1. Prowadzenie programu adaptacji społeczno- zawodowej nowozatrudnianych pracowników oraz pracowników , którzy zmieniają specyfikę pracy
2. Wspieranie pracowników w podnoszeniu kwalifikacji zgodnie z przyjętym wieloletnim programem wymaganych kwalifikacji w danej komórce medycznej.
3. Wspieranie w zakresie uczestnictwa w Stowarzyszeniach i Towarzystwach Zawodowych
4. Przewidywanie wypaleniu zawodowemu- system nagród, program motywujący rozwój zawodowy.

Wskaźniki:

- 1.Wskaźnik absencji chorobowej wśród personelu pielęgniarskiego
- 2.Wskaźnik fluktuacji kadry pielęgniarskiej, odrębnie w zakresie odejść na emeryturę , odrębnie w zakresie rozwiązań umowę o pracę z innych powodów
3. Wskaźnik stopnia zadowolenia nowozatrudnionych pielęgniarek z programu adaptacji społeczno- zawodowej
- 4.Ankieta satysfakcji personelu

III. Cele operacyjne dotyczące zapewnienia holistycznej i zindywidualizowanej opieki nad pacjentami

1. Poprawa jakości opieki nad pacjentem poprzez wprowadzenie w pełnym zakresie procesu pielęgnowania .
2. Poprawa jakości wykonywanych procedur pielęgniarskich
3. Zmniejszenie liczby powikłań oraz zdarzeń niepożądanych związanych z opieką pielęgniarską

Zadania:

1. Wprowadzenie podziału pielęgniarek na grupy pacjentów
2. Przestrzeganie w praktyce wszystkich 5 etapów procesu pielęgnowania w odniesieniu do pacjentów i ich bliskich
3. Wprowadzenie stanowiska pielęgniarki prowadzącej (primary nursing)

4. Odejście od zadaniowego podejścia do chorego na rzecz zindywidualizowanego i holistycznego
5. Wprowadzenie klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarских wg ICNP
6. Prowadzenie praktyki pielęgniarskiej w oparciu o EBN
7. Podnoszenie umiejętności badania fizykalnego pacjentów zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami

Wskaźniki:

1. Monitorownia procesu pielęgnowania – wskaźnik zgodności praktyki ze standardem
2. Monitorowanie procedur postępowania pielęgniarского – wskaźnik zgodności praktyki z procedurami
2. Ankieta satysfakcji pacjenta
4. Zwiększenie poczucia odpowiedzialności pielęgniarek i położnych za proces pielęgnowania.

Zadania:

1. Udział pielęgniarek i położnych w analizach dotyczących jakości opieki pielęgniarskiej
2. Udział pielęgniarek i położnych w planie inwestycyjnym w zakresie asortymentu mającego zastosowanie w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem.

Wskaźnik;

1. Wskaźnik zdarzeń niepożądanych

IV. Cele operacyjne dotyczące twórczej obecności chorych i ich bliskich w procesie pielęgnowania , zwiększenie aktywności/ samodzielności fizycznej , psychicznej oraz społecznej pacjentów w oparciu o dostępne modele pielęgnowania.

1. Zwiększenia stopnia samodzielności chorych w trakcie pobytu w szpitalu oraz po jego opuszczeniu

Zadania:

1. Edukacja chorego i jego bliskich w zakresie radzenia sobie z chorobą

2. Umożliwienie chorym korzystania ze sprzętu pomagającego poruszanie i zapobiegającego urazom i upadkom(balkoniki, chodziki,

3. Pozyskiwanie bliskich pacjenta do udziału w sprawowaniu opieki

Wskaźnik:

1. Ankieta satysfakcji pacjenta

2. Wskaźnik skuteczności edukacji

V. Cele operacyjne dotyczące zwiększenia bezpieczeństwa chorych – w aspekcie fizycznym, epidemiologicznym, emocjonalnym, społecznym.

1. Prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej ze wsparciem celowanych środków pielęgnacyjnych , materiałów opatrunkowych a także pozycjonerów.

2. Stosowanie zabezpieczeń przed upadkami z łóżka , w tym stosowanie przymusu bezpośredniego na zlecenie lekarza lub pielęgniarki w przypadku braku dostępu do lekarza.

3. Opracowanie procedury prowadzenia higieny ciała chorego z uwzględnieniem toalety jamy ustnej , toalety całego ciała , a także dostosowanie bielizny osobistej i pościelowej do stanu zdrowia chorego. Zwiększenie dostępu do pampersów, myjek jednorazowych, podkładów chłonnych jednorazowych .Takie działanie to poprawa jakości opieki nad pacjentem ale także obniżenie kosztów prania, przy relatywnie niskich kosztach zakupu wyżej wymienionego asortymentu.

4. Stworzenie alternatywnych sposobów postępowania w stosunku do chorych, którzy mają problem z oddawaniem moczu. Chorzy powinni mieć dostęp do pampersów, cewników zewnętrznych a cewnikowanie przerywane powinno być stosowane w większym zakresie (prewencja zakażeń układu moczowego) .

5. Zmniejszenie zjawiska niedożywienia chorych podczas hospitalizacji . Każdy chory powinien przyjmować posiłki w ilości pokrywającej zapotrzebowanie energetyczne . W przypadku

trudności należy w większym zakresie stosować karmienie przez sondę dopiero w dalszej kolejności żywienie pozajelitowe.

Szczególne uwagi należy zwrócić na estetykę posiłków , praktyczne możliwości chorych np. brak protez zębowych oraz dbałość o prawidłową temperaturę posiłków ciepłych .

6. Pacjenci muszą mieć zapewnione prawa pacjenta – prawo do intymności i godności. Należy zamienić podejście do chorych i przestrzegać zasadę : posiłki powinny być przyjmowane na siedząco poza łóżkiem(o ile to możliwe z uwagi na stan chorego) . Potrzeby fizjologiczne ,czynności higieniczne , jeśli to możliwe nie na Sali chorych .

7. Walka z bólem. Wprowadzenie skali ocen bólu oraz nowoczesne techniki leczenia bólu.

Wskaźniki:

1. Wskaźnik upadków
2. Wskaźnik powstania odleżyn
3. Wskaźnik skuteczności leczenia odleżyn
4. Wskaźnik spadku wagi ciała u pacjentów z grupy ryzyka
5. Ankieta satysfakcji pacjenta

VI. Cele operacyjne dotyczące organizowania bezpiecznych stanowisk pracy oraz kształtowania kultury organizacji z określeniem klienta wewnętrznego.

1. Wzrost bezpieczeństwa personelu
2. Zmniejszenie ryzyka ekspozycji zawodowej na krew i IPIM

Zadania :

1. Zwiększenie dostępności do bezpiecznego sprzętu
2. Odejście do mycia narzędzi chirurgicznych na Bloku operacyjnym wraz z układaniem ich w pakiety. Całość procesu powinna odbywać się w Dziale Sterylizacji, poprzedzone to jednak musi być wykonaniem katalogu wszystkich zestawów narzędziowych w wersji elektronicznej (spis + zdjęcie)
3. Zwiększenie dostępności do sprzętu służącego do przemieszczania pacjentów- rolki, maty, pionizatory, podnośniki,
4. Zwiększenie dostępu szkoleń związanych z prawidłowymi technikami przemieszczania pacjentów.

5. Zorganizowanie stanowisk pracy umożliwiających prowadzenie procesu pielęgnowania z zachowaniem holistycznej i zindywidualizowanej opieki. Liczba stanowisk pracy powinna odpowiadać liczbie pielęgniarek jednocześnie świadczących pracę. Takie podejście jest to nie tylko ekonomiczne, ergonomiczne ale także zmniejszające ryzyko przenoszenia zakażeń wewnątrzszpitalnych. Wzmacnia także wśród pracowników odpowiedzialność za środki pracy.
6. Opracowanie standardu wyposażenia wymaganego do udzielanych świadczeń czy zadań. Standard będzie wykorzystywany przy konstruowaniu planu inwestycyjnego, poprzez zwykłe porównanie.
7. Zakup ubrań roboczych umożliwiających stosowanie technik przemieszczania pacjentów: bluza +spodnie oraz buty (kryte palce i pięty) na 3-4 cm szerokim obcasie. Zakup zegarków

Wskaźniki:

1. Wskaźnik wykorzystania sprzętu medycznego
2. Wskaźnik ekspozycji zawodowej na krew i IPIM
3. Wskaźnik zachorowań na WZW typu B
4. Wskaźnik urazów i wypadków personelu związanych z wykonywaną pracą

Ogólne omówienie

Najważniejszy powinien być pacjent i jego bliscy. Zaraz po nich lekarze i pozostały personel medyczny (to jest klient wewnętrzny). Wszystkie inne Działy powinny stanowić wsparcie dla najważniejszych procesów w szpitalu – czyli procesu leczenia i procesu pielęgnowania. Personel medyczny powinien tworzyć zespół terapeutyczny, który ustala plan opieki, realizuje go i ocenia jego efekty (wspólnie z pacjentem). Pacjent powinien znać lekarza prowadzącego i pielęgniarkę prowadzącą- primary nursing (dziś takiej nie mamy). Cały zespół powinien zdawać sobie sprawę, że działają razem na rzecz pacjenta i jego bliskich w aspekcie bio-psycho – społecznym. Współpraca z

psychologiem, rehabilitantem czy pracownikiem socjalnym powinna być naturalnym standardem postępowania medycznego.

główne cele :

1. Osoby opiekujące się pacjentem muszą mieć dla Niego czas, wykazywać cierpliwość , informować, udzielać wyjaśnień, wspierać.
2. Opieka nad pacjentem musi być holistyczna i zindywidualizowana – dostosowana do indywidualnych potrzeb, uwarunkowań chorego.
3. Pacjent w szpitalu musi być bezpieczny pod każdym względem: emocjonalnym, fizycznym i społecznym (zapobieganie upadkom, odleżynom, zakażeniom, zdarzeniom niepożądanym, spadkom masy ciała itp.). Pacjenci powinni mieć dostęp do balkoników, chodzików, pionizatorów , kul, wózków . Chorzy , którzy mają problemy z oddawaniem moczu powinni mieć dostęp do pampersów, cewników zewnętrznych a cewnikowanie przerywane powinno być stosowane w większym zakresie . Podobnie rzecz ma się z karmieniem chorych , każdy chory powinien zjadać posiłki ciepłe i w ilości pokrywającej zapotrzebowanie energetyczne. Jeśli tak nie jest należy w większym zakresie stosować karmienie przez sondę dopiero w dalszej kolejności żywienie pozajelitowe. Walka z bólem, to kolejny temat. Zapobieganie zakażeniom to przestrzeganie zasady aseptyki i antyseptyki, stąd w szpitalu jest wiele procedur wpływających na ograniczanie zakażeń w tym duży nacisk położony jest na dekontaminację sprzętów wraz z dokumentowaniem tych czynności, o zgrozo takiej dbałości nie ma w odniesieniu do dekontaminacji chorych , którzy ostatecznie stanowią źródło zakażenia, a zatem procedury powinny koncentrować się przede wszystkim na dekontaminacji chorych , rąk chorych, rąk odwiedzających. Większą uwagę należy zwrócić na mycie chorych(techniki, akcesoria, myjki , środki myjące) , ich ręczniki, bieliznę pościelową i osobistą
4. Sposób sprawowania opieki nie może być anonimowy . Każdy kto spotyka się z pacjentem powinien się przedstawić, zachować kontakt wzrokowy i zdawać sobie sprawę z artefaktów i błędów jatrogennych . Każda czynność powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej przez osobę wykonującą.

5. Pacjenci muszą mieć zapewnione prawa pacjenta – prawo do intymności i godności. Należy zamienić podejście do chorych i przestrzegać zasadę : posiłki powinny być przyjmowane na siedząco poza łóżkiem(o ile to możliwe z uwagi na stan chorego) . Potrzeby fizjologiczne ,czynności higieniczne , jeśli to możliwe nie na Sali chorych .
6. Nacisk na edukację przed hospitalizacją w trakcie i przed wyjściem do domu. Należy podkreślić , że edukacja to proces nauczania –uczenia się , a nie rozmowa czy informacja. Poważne podejście do tematu to zakres szkolenia, metody i środki dydaktyczne , a także ewaluacja kształcenia- sprawdzanie efektów kształcenia .
7. Obowiązkowo kontakt lekarza prowadzącego i piel. prowadzącej z lekarzem i piel. Środowiskową POZ , przed wyjściem pacjenta do domu (jeśli jest taka potrzeba także telefoniczny,).
8. Pielęgniarskie stanowiska pracy powinny umożliwiać prowadzenie procesu pielęgnowania z zachowaniem holistycznej i zindywidualizowanej opieki . Jeśli na Oddział wchodzi 5 pielęgniarek, to powinno być dostępnych 5 kompletnych, odrębnych stanowisk pracy, Takie podejście jest to nie tylko ekonomiczne , ergonomiczne ale także zmniejszające ryzyko przenoszenia zakażeń wewnątrzszpitalnych . Wzmacnia także wśród pracowników odpowiedzialność za środki pracy.
9. W strategii szpitala powinny być opracowane standardy wyposażenia wymaganego do udzielanych świadczeń czy zadań . Wszystko po to żeby nie zastanawiać się przy każdym planie inwestycyjnym czy coś potrzeba czy nie . Standard będzie pozwalał na zwykłe porównanie , jest powinno być , wtedy do planu inwestycyjnego” idzie „ to czego jest brak lub niedobór . Odrębną kwestią będzie zakup nowości , a także coś co się pojawiło nowego jako wymóg.

Strategia Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego	
Nic innego tylko marzenia tworzą przyszłość . Dziś utopia . Jutro krew i ciało. Wiktor Hugo	
	nauka , edukacja , praktyka (zasoby ludzkie, sprzętowe, organizacyjne)
Cele strategiczne	
I	
II	
III	
I Cel strategiczny - nauka i legislacja	
Cele Operacyjne	
	zadania
1.	Ugruntowanie podstaw naukowych pielęgniarstwa w zakresie przedmiotu badań, narzędzi badawczych oraz terminologii/pojęć
	1. Usystematyzowanie pojęć/terminologii w pielęgniarstwie
	a) jednoznaczne określenie pojęć : Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa; Naczelna Pielęgniarka; Przełożona Pielęgniarek; pielęgniarka/położna oddziałowa'; pielęgniarka /położna koordynująca; z-ca pielęgniarki położnej oddziałowej(zakres podwładnych, liczba podwładnych, zadania)
	2. Określenie wskaźników pielęgnowania , narzędzi ich monitorowania oraz korelacji z innymi wskaźnikami /liczbami/danymi np.. Wskaźnik występowania odleżyn.
	3. Określenie kierunku badań oraz szczegółowej tematyki badań naukowych w pielęgniarstwie
	3. prowadzenie badań naukowych na poziomie praktyki zawodowej przez praktyków, uczelnie, ale także Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
2.	Ugruntowanie podstaw prawnych wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej
	1. Wprowadzenie do legislacji pojęć : Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa; Naczelna Pielęgniarka; Przełożona Pielęgniarek i Położnych, pielęgniarki i położne oddziałowe i koordynujące

		2. Opracowanie standardu wyposażenia stanowiska pracy pielęgniarki i położnej (np.. Wózek zabiegowy, wózek pielęgnacyjny, stetoskop, termometr, ciśnieniomierz itd.). Wyposażenie powinno umożliwiać opiekę nad pacjentem - metodą procesu pielęgnowania . Wymóg NFZ oraz Sanepidu
		Określenie wymaganych kwalifikacji odpowiednio dla specyfiki oddziału, opieki nad pacjentem (wprowadzenie jako wymóg NFZ) zxe szczególnym uwzględnieniem kursów np. RKO, EKG, przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych itp.
		wprowadzenie zmian w taryfikatorze kwalifikacyjnym . Mł. Asystent w dz. piel. powinien być już po licencjacie tak jak to ma miejsce w przypadku ratownika medycznego i innych zawodów medycznych
3.	Opieranie decyzji w pielęgniarstwie na podstawie danych uzyskanych na drodze sprawozdawczości publicznej	1. Opracowanie druków Ministra Zdrowia - niezbędnych do zbierania danych
		2. Wprowadzenie ścieżki prawnej zobowiązującej podmioty zatrudniające pielęgniarki i położne do sprawozdawania wg zaproponowanych druków
		3. Opracowanie przez Konsultantów krajowych i wojewódzkich druków dotyczących sprawozdawczości z uwzględnieniem specyfiki danego konsultanta
4.		
5.	Osiągnięcie suwerenności w zawodach pielęgniarki i położnej	1. Powołanie Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa
		Udział pielęgniarek i położnych reprezentujących Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w instytucjach certyfikujących jakość opieki zdrowotnej

		odejście od konkursów na stanowiska pielęgniarek oddziałowych lub wprowadzenie nowej formuły tych konkursów
	umocnienie pielęgniarki w procesie pielęgnowania jako osoby odpowiedzialnej za proces pielęgnowania w odniesieniu do konkretnego pacjenta	1. Wprowadzenie do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w Rozporządzeniu o dokumentacji medycznej, pielęgniarki prowadzącej (primary nursing) na tej samej zasadzie co lekarz prowadzący
	zapewnienie zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarską w powiązaniu ze specyfiką oddziału	zgodnie w obowiązującymi wskaźnikami zatrudniania na poszczególnych oddziałach
	wprowadzenie zawodu opiekuna medycznego	ustalenie proporcji czynności pielęgnacyjnych do pielęgniarskich w celu ustalenia liczby etatów opiekunów medycznych do liczby pielęgniarek np.. 1 opiekun na 3/4 pielęgniarki (włączenie powinny stanowić oddziały pediatryczne i neonatologiczne)
	dokumentacja medyczna	wprowadzenie do Rozporządzenia Ministra Zdrowia - uszczegółowienia zawartości dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki i położne np.. Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej
	Określenie priorytetów w zatrudnianiu pielęgniarek	wartościowanie stanowisk pracy
EDUKACJA		
1.	Zwiększenie liczby osób podejmujących kształcenie w zawodach pielęgniarki i położnej	Wprowadzenie pielęgniarstwa jako kierunku zamawianego na studiach licencjackich i magisterskich
	promowanie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej na poziomie studiowania	konkursy dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa
2.	Utrzymanie jakości wykształcenia pielęgniarek i położnych	Wprowadzenie monitorowania podnoszenia kwalifikacji jako wymogu utrzymania czynnego prawa wykonywania zawodu przez pielęgniarkę czy położną(tzw. Punkty edukacyjne)

		wprowadzenie obowiązku zatrudniania nauczycieli akademickich w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa na część etatu w dziedzinie , która jest treścią wykładów , czy ćwiczeń. Zatrudniania z wynagradzaniem
	polepszenie komunikacji i współpracy lekarzy i pielęgniarek ale już na etapie studiowania przez studentów medycyny	wprowadzenie obowiązkowego przedmiotu dla studentów medycyny - podstawy opieki nad pacjentem oraz podstawy prawne wykonywania zawodu lekarza oraz innych zawodów medycznych (ze szczególnym uwzględnieniem zawodów pielęgniarstwa i położnej)
		wprowadzenie do praktycznej nauki zawodu studentów medycyny - zajęć praktycznych i praktyk zawodowych po przedmiocie nauczania " podstawy opieki nad pacjentem", nazywając tą praktykę " opieka nad pacjentem ". Główny nacisk należy położyć na zagadnienia udziału lekarza w procesie pielęgnowania , prowadzonego przez pielęgniarkę.
	PRAKTYKA	
1.	Zapewnienie w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich kwalifikacjach kadry pielęgniarskiej odpowiadającej zapotrzebowaniu na opiekę pielęgniarską przez pacjentów i ich bliskich. Wymogi NFZ lub innego płatnika	1. Opracowanie norm zatrudniania pielęgniarek i położnych , przyjmując daną organizację pracy z uwzględnieniem 20% absencji urlopowej i chorobowej , a nie liczbę pielęgniarek
		2.Opracowanie proporcji specjalistek w dziedzinach pielęgniarstwa do pielęgniarek bez specjalizacji w zależności od specyfiki danego oddziału.Wymóg NFZ
		2. Opracowanie ramowych zakresów obowiązków
		3. Opracowanie wzorcowej struktury organizacyjnej w pionie pielęgniarstwa
	Zapewnienie w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich kwalifikacjach pielęgniarskiej kadry zarządzającej odpowiadającej potrzebom organizacyjnym. Wymogi NFZ lub innego płatnika.	1. Opracowanie norm zatrudniania pielęgniarek i położnych naczelnych, przełożonych, koordynujących , przyjmując wskaźniki np. 1 Pielęgniarka przełożona na 300 pielęgniarek; 1 pielęgniarka oddziałowa na 30 pielęgniarek; 1 pielęgniarka koordynująca na 15 pielęgniarek. Przyjęcie założenia , że każda pielęgniarka funkcyjna posiada zastępcę(osobę uprawnioną do zastępowania - ukończony kurs BHP oraz kurs organizowany przez Inspekcję Pracy)
		2. Opracowanie ramowych zakresów obowiązków

		promowanie stanowiska pielęgniarki oddziałowej - jako mistrza w zawodzie , a nie zaopatrzeniowca oddziału
		3. Opracowanie wzorcowej struktury organizacyjnej w pionie pielęgniarskim
		4. Obligatoryjne wprowadzanie w podmiotach leczniczych powyżej 200 pielęgniarek - Działów Organizacji pracy pielęgniarskiej lub Działów organizacji opieki nad pacjentem
	zapewnienie całościowej opieki nad pacjentami przez wszystkie grupy zawodowe	ustalenie proporcji wszystkich zawodowców medycznych na grupy pacjentów, np.1 opiekun medyczny na 20 chorych , 1 fizjoterapeuta na 20 chorych , 1 psycholog na 100 chorych , 1 dietetyk na 50 chorych itd.
	zapewnienie zindywidualizowanej i holistycznej opieki pacjentom i ich bliskim	promowanie opieki nad pacjentem metodą procesu pielęgnowania w myśl zasady" mój pacjent-moja pielęgniarka)
		Promowanie modeli pielęgnowania w praktyce V.Henderson i D.Orem, Roy. Zakładanie szkół dla pacjentów
		Triada w pielęgniarstwie: proces pielęgnowania + modele opieki+ primary nursing
	Poprawa jakości opieki nad pacjentem poprzez wprowadzenie w pełnym zakresie procesu pielęgnowania .	Wprowadzenie podziału pielęgniarek na grupy pacjentów
		Przestrzeganie w praktyce wszystkich 5 etapów procesu pielęgnowania w odniesieniu do pacjentów i ich bliskich
		Wprowadzenie klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarskich wg ICNP(ale po spełnieniu założeń legislacyjnych i organizacyjnych)

		opracowanie standardu wyposażenia pacjenta obłożnie chorego (urządzenia stałe i asortyment wymienny taki jak: pieluchomajtki, cewniki zewnętrzne, środki pielęgnacyjne itd..
	podniesienie rangi opieki pielęgnacyjnej	
	wprowadzanie innowacji do praktyki pielęgniarstwa , opartych na badaniach naukowych	opracowanie standardu opieki nad pacjentem z problemami z oddawaniem moczu (stosowanie cewników moczowych po wyczerpaniu wszystkich innych możliwości)
	przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu	programy motywujące
	pozyskanie zaufania pacjentów	określenie wizerunku służbowego (ubiór roboczy, środki ochrony indywidualnej) co do rodzaju i liczby. Standardowe wyposażenie powinno obejmować także zegarek przytwierdzany do fartucha , stetoskop i pieczęć z danymi identyfikującymi pielęgniarkę.
		unikanie artefaktów
	Zwiększenie wydolności pielęgniarki i położnej	
	Szukanie sprzymierzeńców dla działań pielęgniarstwa	współpraca w organizacjach pacjenckimi
		ustalenie kto jest w szpitalu klientem wew. i zew.
		ustanowienie wyróżnienia dla osób z poza branży wspierających pielęgniarstwo
	poprawa warunków pracy	wprowadzenie obowiązkowego podziału gabinetów na inwazyjne i nieinwazyjne tzn. nie można przygotowywać leków doustnych w gabinetach w których pobierana jest krew do badania .

		obowiązkowe wprowadzenie pomieszczeń do przechowywania pielęgniarskich narzędzi pracy po dekontaminacji i odrębnych do przeprowadzenia dekontaminacji
		wprowadzenie obowiązku przygotowywania leków przez aptekę lub obowiązku przygotowywania leków w odrębnych pomieszczeniach, do których nie ma dostępu inna osoba w trakcie procesu przygotowywania leków. Zakaz wchodzenia do pomieszczenia. Zamki elektroniczne .
		wprowadzenie na stanowiska pracy , w gabinetach administracyjnych - foteli z podnóżkami oraz zwiększenia przerwy na zmianie nocnej z 15 min. na 1 godzinę .
	promowanie zawodu	ustanowienie najwyższego wyróżnienia dla pielęgniarek i położnych na poziomie krajowym

wskaźniki	omówienie	
	możliwość porównywania praktyki pielęgniarstwa w odniesieniu do podmiotów udzielających świadczeń medycznych w Polsce i na świecie	

	jeżeli na oddział wchodzi 5 pielęgniarek, to do ich dyspozycji powinno być 5 w pełni wyposażonych stanowisk pracy w tym komputer, lapto, skaner . Takie podejście zapewnia także dbałość o środki pracy ale także zmniejsza liczbę zakażeń szpitalnych	
	należy przyjąć np.. Na oddziale chirurgicznym 30% obsady pielęgniarskiej powinna stanowić pielęgniarka specjalistka w dziedzinie piel. chirurgicznego	
	Jak to się stało , że mł. Asysten w dz. piel. musi mieć ukończone studia i specjalizację, podczas gdy tar. Medyczny wystarczy , że ukończy licencjat?	
mam propozycje druków (już opracowane)	Dane na temat pielęgniarstwa muszą być zbierane ścieżką prawną i metodą naukową	
	Metodologia pozyskiwania danych musi opierać się na wymogach badania naukowego. Jakość danych musi być poważna , tak aby proces analizy danych oraz wyciągania wniosków też był poważny	
	Ocenianie jakości opieki pielęgniarskiej nie może być przeprowadzane przez osoby nie przygotowane na poziomie naukowym np.. Kwestionowanie procesu pielęgnowania lub nie zrozumienie zasad dokumentowania .	

	żenujące jest przepytywanie pielęgniarek z wiedzy zarządczej lub merytorycznej . Przecież posiadają dyplomy i prawo wykonywania zawodu. Pytania powinny dotyczyć jedynie CV kandydatki. Kandydatka powinna przedstawić się na konkursie, swój dorobek, plany co do dalszego rozwoju .	
	Takie podejście spowoduje zwiększenie odpowiedzialności pielęgniarek i położnych za jakość opieki pielęgniarskiej , ale także zwiększy poczucie bezpieczeństwa wśród pacjentów oraz poprawi zasady współpracy lekarzy prowadzących z pielęgniarkami prowadzącymi	
	wprowadzenie opiekuna medycznego, nie może jednak spowodować oczekiwanie przez pacjentów na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Myślenie, że opiekun medyczny zapewni wszystkie potrzeby pielęgnacyjne pacjentów jest błędne. Pielęgniarki w dalszym ciągu powinny zapewniać pełną opiekę holistyczną. Opiekun powinien " dostawać zadania "pielęgnacji całościowej 4-5 pacjentów np. pełna toaleta całego ciała a nie np. doraźna zmiana pieluchamajtek	
	Dziś nie wiadomo co powinno się w niej znajdować. Skandalem jest , że są audytorzy, którzy uważają , że w szpitalu nie ma procesu pielęgnowania , a pielęgniarki wykonują jedynie czynności w ramach procesu leczenia.	
	istnieje wiele stereotypów na temat ciężkości pracy na danych oddziałach, stąd są konflikty wewnątrz samej grupy zawodowej pielęgniarek jak i poza nią . Stereotyp dotyczy głównie oddziałów intensywnej terapii , bloków operacyjnych itp..	
	obecnie jest konkurs dla studentów położnictwa " Położna przyszłości" , brakuje konkursu dla studentów pielęgniarstwa (kedyś była propozycja" Słowiki Pielęgniarstwa "	
	Takie podejście zmusi pracodawców do ponoszenia kosztów podnoszenia kwalifikacji. Ostatecznie IzbY pielęgniarek i położnych będą mogły w większym stopniu wygospodarować śr. Finansowe na badania naukowe w pielęgniarstwie na poziomie samorządu zawodowego jak i na działania legislacyjne-wynagrodzenia prawników	

	Nauczyciele w pielęgniarstwie nie mogą być jedynie teoretykami, muszą być mistrzami w w zawodzie.	
	należy odejść definitywnie od nazwy " praktyka pielęgniarska" oraz należy przyjąć jako zasadę , że praktyka może odbywać się jedynie po przedmiocie teoretycznym " podstawy opieki nad pacjentami", które powinny uczyć pielęgniarki(nslezy napisac program dla tego przedmiotu).	
	np. na oddziale 20 łózkowym powinno być zatrudnionych 11 pielęgniarek zmianowych w organizacji 2D,2N , a każda nieobecność powyżej miesiąca powinna zostać uzupełniona nowym zatrudnieniem na czas nieobecności danej pielęgniarki. Należy odjść od tzw. pielęgniarek zabiegowych , opatrunkowych itd.	
	np.	

	Oddziałowa powinna uczestniczyć w procesie pielęgnowania , fizycznie przebywać na oddziale, rozwiązywać problemy organizacyjne personelu, organizować pracę. Piel. oddziałowe muszą wrócić na oddziały , a nie rozwiązywać wszystkie problemy wszystkich innych grup zawodowych	
	Zarządzanie dużą grupą pielęgniarek oddziałowych oraz działania na rzecz jakości wymagają podejścia zgodnego z wymogami jakościowymi(standardy, procedury, projekty poprawy, badania naukowe na poziomie praktyki , analizy itd.). Nie jest możliwe realizowanie wszystkich wszystkich funkcji kierowania przez 1 przełożoną pielęgniarek lub Naczelną Pielęgniarkę . Planowanie , organizowanie, motywowanie, przewodzenie i kontrolowanie musi być osadzone w Dziale .	
	Takie podejście spowoduje, że pielęgniarki nie będą rekompensowały braków innych grup zawodowych zobligowanych do opieki nad pacjentami. Np.fizjoterapeuci powinni zajmować się profilaktyką odleżyn oraz upadków w tym doбором sprzętu w zakresie uruchamiania pacjentów jak i profilaktyki upadków	
	Bardzo ważne wcielenie w praktykę	

	brak standardu w tym zakresie powoduje ciągłe niedostaki w tym zakresie . Pielęgniarki ciągle " poszukują " potrzebnych pacjentom środków do zapewnienia higieny.	
	Nie można promować jedynie nauki o pielęgniarstwie , zarządzania w pielęgniarstwie , a samą pielęgniarstwo pozostawić " osamotnione". Należy promować pielęgnację, czynności opiekuńcze, kontakt bezpośredni i rozmowę z drugim człowiekiem. Promowanie jedynie funkcji naukowych, edukacyjnych, zarządczych i instrumentalnych doprowadzi pielęgniarstwo do zguby. Kto jak nie pielęgniarka ma pielęgnować?. Deprecjonowanie funkcji pielęgnacyjnych, opiekuńczych moim zdaniem poza przyczynami złych wynagrodzeń, jest przyczyną braku zainteresowania młodych ludzi zawodem pielęgniarki. Kto chce wykonywać czynności mało ważne ? . Musimy mówić, że mycie, karmienie chorego jest bardzo ważne , bo tak naprawdę jest. Jedynym ratunkiem dla pielęgniarstwa jest holistyczna opieka.	
	zdecydowany sprzeciw wobec stereotypów i starych nawyków. Cewnikowanie jest dobrym przykładem , fatalnych błędów popełnianych przez pielęgniarki. Bilans płynów można prowadzić jeśli nie jest możliwa zbiórka moczu bezpośrednia) ważąc chorego, lub ważąc pieluchomajtki , bez użycia cewnika moczowego.	
	W praktyce pielęgniarka /położna powinna oddawać do pralni odzież po każdym dniu pracy , zatem powinna mieć do dyspozycji 4 komplety	
	filozofowie, naukowcy, pisarze, aktorzy. Musi zostać powołana kapituła przyznająca takie wyróżnienie raz w roku	

	obecnie nie ma takich pomieszczeń , wszystko odbywa się w jednym pomieszczeniu w którym udziela się świadczeń zdrowotnych	
	Powinien zostać opracowany standard przygotowywania leków . Należy podjąć działania minimalizujące możliwość pomyłki: nie ten lek, nie ta dawka, nie ten pacjent, nie ta droga podania .	
	powołanie kapituły . Ustanowienie medalu/odznaczenia.	

Dział Organizacji Opieki nad pacjentem

Dział odpowiada za :

1. Projektowanie bezpiecznego otoczenia dla pacjentów poprzez standaryzację wyposażenia oddziałów w sprzęt wykorzystywany w opiece nad pacjentami obłożnie chorymi, pacjentami zagrożonymi upadkiem oraz mającymi problem z poruszaniem i samoopieką.
2. Opracowywanie wdrażanie oraz monitorowanie kluczowych w opiece nad pacjentem standardów i procedur ze szczególnym uwzględnieniem procedur związanych z postępowaniem w stanach zagrożenia życia ; profilaktyką i leczeniem odleżyn ; profilaktyką upadków pacjentów
3. Doskonalenie opieki nad pacjentami poprzez promowanie metody procesu pielęgnowania na etapie pracownika przyjmowanego do pracy w ramach szkolenia stanowiskowego oraz na etapie monitorowania procesu pielęgnowania na oddziałach szpitalnych.
4. Udział w prowadzeniu Szkoły Radzenia Sobie dla pacjentów i ich bliskich będących w trudnych sytuacjach zdrowotnych i społecznych po zakończonej hospitalizacji oraz prowadzenie zajęć dydaktycznych dla pacjentów i ich bliskich zgodnie z przyjętym programem
5. Poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań w opiece nad pacjentem przy jednoczesnym dbaniu o optymalizację kosztów opieki pielęgniarstwiej np. planowanie wdrożenia jednorazowych pakietów do drobnych procedur zabiegowych i pielęgnacyjnych
6. Projektowanie bezpiecznych warunków pracy personelu pielęgniarstwiej poprzez standaryzację wyposażenia stanowisk pracy pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych. Stanowiska pracy umożliwiające sprawowanie opieki metodą procesu pielęgnowania
7. Udział w obliczaniu wymaganej liczby zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z obowiązującymi przepisami
8. Udział w kształtowaniu rozwoju zawodowego personelu pielęgniarstwiej poprzez organizację Szkoleń, Konferencji oraz Programów Motywujących Rozwój Zawodowy
9. Promowanie osiągnięć pielęgniarek i położnych w opiece na pacjentami w publikacjach medycznych oraz innych środkach przekazu
10. Prowadzenie katalogu procedur , standardów wytworzonych przez pracowników w Pionie Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa; dbanie o ich aktualizację oraz monitorowanie.

11. Udział w audytach wewnętrznych prowadzonych przez różne Komórki Organizacyjne np. Aplekę , a także udział w postępowaniach wyjaśniających zdarzenia niepożądane
12. Udział w pracach Komisji do spraw opisu przedmiotu zamówienia oraz Komisji przetargowych na sprzęt medyczny w oparciu o obowiązujące przepisy i aktualną wiedzę medyczną.
13. Dostarczanie personelowi pielęgniarskiemu aktualnej wiedzy medycznej, zaczerpniętej z dostępnych periodyków naukowych w postaci streszczeń doniesień naukowych oraz narzędzia EBN
14. Udział w tworzeniu wzorów i standardów dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki, położne , ratowników medycznych oraz opiekunów medycznych. Udział w tworzeniu katalogów problemów pielęgnacyjnych , wzorów raportów pielęgniarstwa itp. oraz przeprowadzanie kontroli formalnej i merytorycznej prowadzonej przez wyżej wymieniony personel dokumentacji medycznej
15. Aktualizowanie we współpracy z pielęgniarkami i położnymi wieloletniego zakładowego planu szkoleń wymaganych i zalecanych na stanowiskach pracy w danych komórkach organizacyjnych i przekazanie go raz w roku do Działu Personalnego.
16. Gromadzenie informacji na temat ryzyk zdarzeń niepożądanych oraz zagrożeń zawodowych zgłaszanych przez pielęgniarki i położne oddziałowe i przekazywanie ich raz na kwartał do Działu Jakości i Bezpieczeństwa Procesów Medycznych
17. W sprawach kluczowych procedur w opiece nad pacjentem , monitorowanie powiązane z przedstawieniem problemu w formie doniesienia naukowego oraz z opracowanym programem poprawy w oparciu o narzędzia jakościowe.
18. Kształtowanie postaw zawodowych w tym wizerunku służbowego pielęgniarek ,położnych , ratowników medycznych i opiekunów medycznych poprzez organizowanie szkoleń z Rzecznikiem Odpowiedzialności zawodowej oraz autorytetami w dziedzinie pielęgniarstwa ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki zawodowej,
19. Zachęcanie pielęgniarek i położnych do udziału w Konkursach promujących zawody pielęgniarki i położnej np. Konkurs Pielęgniarka Roku oraz do udziału w organizacjach, stowarzyszeniach działających na rzecz rozwoju pielęgniarstwa,

20. Podejmowanie inicjatyw związanych z profilaktyką wypalenia zawodowego :
organizowanie szkoleń, promowanie aktywności fizycznej , promowanie zasad utrzymania równowagi pomiędzy życiem zawodowym i osobistym
21. Prowadzenie strony intranetowej w części dotyczącej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami,
22. Udział w czynnościach administracyjnych związanych z zarządzaniem personelem pielęgniarskim :
- a) zapewnienie dokumentów związanych z przyjmowaniem nowych pracowników oraz w przypadku zmiany stanowisk pracy, pracowników już zatrudnionych (drukowanie zakresów obowiązków i kart opisu stanowisk pracy)
 - b) udział w obiegu dokumentów pracowniczych w pionie Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa (rozwiązania umów o pracę, przedłużenia umów, urlopy itd.)
 - c) Prowadzenie sprawozdań z odpraw pielęgniarek i położnych
 - d) sporządzanie raz w roku sprawozdań z kontroli wewnątrzoddziałowych oraz podnoszenia kwalifikacji w tym sprawozdań o udziale pracodawcy w wspieraniu pracowników w podnoszeniu kwalifikacji(urlopy szkoleniowe, zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy itp.
23. Organizacja opieki społecznej i socjalnej pacjentom, którzy w tym zakresie posiadają deficyt , poprzez działalność pracowników socjalnych

Pracownik socjalny zapewnia łączność pomiędzy chorym znajdującym się w Szpitalu a środowiskiem, w którym pacjent normalnie przebywa, innymi podmiotami leczniczymi, z których chory korzystał poprzednio lub będzie korzystać po opuszczeniu Szpitala, zakładami pracy, zakładami pomocy społecznej, opiekunami społecznymi oraz innymi podmiotami udzielającymi pomocy socjalnej.

Do zadań **Pracownika Socjalnego** należy w szczególności:

- a) występowanie w imieniu chorego, na zlecenie Kierownika komórki medycznej, lekarza prowadzącego, pielęgniarki/położnej oddziałowej do wszelkich osób instytucji w sprawach związanych z problemami socjalnymi chorego,
- b) podejmowanie starań o umieszczenie pacjenta w zakładach/instytucjach ze względu na jego warunki bytowe i zdrowotne,
- c) staranie się o zapewnienie miejsca odbycia porodu matkom samotnym po wypisaniu ich z oddziału ginekologiczno-położniczego,

d)staranie się o umieszczenie dzieci pozbawionych opieki domowej, u których zakończono leczenie szpitalne, w placówkach opiekuńczych

e)na podstawie planu leczenia i wywiadu opracowanie wstępnego programu rehabilitacji społecznej pacjentom,

f)prowadzenie instruktażu pacjenta i jego rodziny pomagającego w adaptacji społecznej,

g)udzielanie informacji o sposobie załatwiania spraw bytowych związanych z uzyskaniem renty, różnego typu zasiłków i zapomóg, korzystania z pomocy Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

h)prowadzenie spraw związanych z adopcją dzieci porzuconych w Szpitalu,

i)Wnioskowanie od właściwych rzeczowo i miejscowo podmiotów o objęcie pacjenta prawem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

j)załatwienie formalności związanych z pogrzebem osób samotnych pozostających bez opieki oraz wnioskowanie do odpowiednich organów o objęcie pacjentów ubezpieczeniem zdrowotnym

k) badanie środowiska chorego, jego warunków rodzinnych, mieszkaniowych i warunków pracy,

l)występowanie do właściwych zakładów opieki zdrowotnej w sprawie zapewnienia dalszej opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej choremu opuszczającemu szpital,

ł)zapoznanie rodziny chorego lub jego opiekunów z możliwościami w zakresie pozaszpitalnej opieki nad pacjentem,

m)współpraca z organami ścigania .

Proces pielęgnowania w myśli zasady „mój pacjent – moja pielęgniarka”

1. Rozpoczynając dyżur zapoznaję się podziałem pracy sporządzonym przez pielęgniarkę oddziałową w zakresie „przydzielonych” pacjentów oraz ewentualnie dodatkowej funkcji „pielęgniarki odpowiedzialnej za dyżur”

Podział pielęgniarek na grupy pacjentów powinien być widoczny dla pacjentów i ich bliskich oraz dla lekarzy.

2. Przyjmuję „ustny” raport pielęgniarski na spotkaniu z pielęgniarkami na przełomie zmiany .

3. Przeprowadzam wizytę pielęgniarską w obecności pielęgniarki zdającej dyżur na salach chorych w zakresie „przydzielonych pacjentów”. W miarę możliwości przedstawiam się pacjentom , mówiąc że dziś będę się nimi opiekować (jestem pielęgniarką prowadzącą).

4. Zapoznaję się z wpisami w dokumentacji medycznej w Księżce Raportów oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w KS- Medis , składając adnotację „ raport przyjęłam”

5. Zapoznaję się ze zaleceniami lekarskimi oraz planem opieki pielęgniarskiej przydzielonych pacjentów

6. Planuję pracę , w razie potrzeby pozyskuję potrzebne informacje od innych pielęgniarek i lekarza prowadzącego ,

a także w razie potrzeby modyfikuję plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Organizuję stanowisko pracy: wózek

zabiegowy i wózek pielęgnacyjny (dbam o wyposażenie, dekontaminację używanego sprzętu oraz jego stan techniczny).

7. Przygotowuję pacjentów do badań, zabiegów oraz pobieram materiał do badań diagnostycznych

8. Przeprowadzam czynności higieniczne u pacjentów lub asystuję chorym przy ich wykonywaniu, dbam żeby wszelkie czynności wykonane zostały z wykorzystaniem parawanów, przy zamkniętych drzwiach , a także zawsze jeśli to tylko możliwe staram się żeby czynności te wykonywane były w łazience.

9. Przygotowuję pacjentów do przyjęcia posiłków, pomagam pacjentom tak żeby posiłki były zjedzone o czasie z zachowaniem prawidłowej temperatury , oraz żeby posiłki były przyjmowane przez pacjentów jeśli to tylko możliwe w pozycji siedzącej (większe wykorzystanie wózków siedzących , pionizatorów).

10. Przygotowuję i podaję leki chorym we wszystkich postaciach , dokumentuję ich podanie w Karcie zleceń lekarskich.

11. Realizuję zlecenia lekarskie oraz plan opieki pielęgniarskiej. obserwując przy tym pacjenta .

12. Wszelkie działania dokumentuję w Karcie zleceń lekarskich oraz Karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej . Wyniki obserwacji, pomiarów wpisuje w karty obserwacji i pomiarów, a także w indywidualne sprawozdanie o stanie chorego. Najlepszą metodą dokumentowania to wpisy do dokumentacji sporządzane na bieżąco , a nie tylko na zakończenie dyżuru.

13. Wszelkie dane o pacjencie służą mi do rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych chorego, planowania i realizowania opieki nad pacjentem i jego środowiskiem.

14. Wśród problemów pielęgnacyjnych pacjenta , najwięcej uwagi poświęcam na rozwiązanie wiodących problemów pielęgnacyjnych w kontekście problemów bio-psycho-społecznych. Poza problemami pielęgnacyjnymi wiodącymi szczególną uwagę kieruję na pacjentów z cukrzycą , zagrożonych wystąpieniem odleżyny i zagrożonych upadkiem. Dla celów szybkiej orientacji mogę posługiwać się skrótami D- pacjent z cukrzycą, O-pacjent zagrożony odleżyną, U- pacjent zagrożony upadkiem.

15. Opiekę pielęgniarską sprawuję holistycznie i w sposób zindywidualizowany, współpracując przy tym z innymi pielęgniarkami , lekarzem prowadzącym, rodziną / bliskimi pacjenta, rehabilitantem, psychologiem, pracownikiem socjalnym itp.

16. Pamiętam, że istotą mojej pracy jest opieka pielęgniarska nad pacjentem i jego środowiskiem z zastosowaniem różnych modeli pielęgnowania. Jednym z oczekiwanych modeli pielęgnowania jest m.in. Model V. Henderson, który mówi , że rolą pielęgniarki jest asystowanie pacjentowi, a zatem pole do angażowania pacjenta i jego bliskich do dbania o własne zdrowie , oczywiście w miarę możliwości chorego (rola edukacji, wsparcia) .

17. Dokumentując stan zdrowia chorego oraz wykonane czynności analizuję w jaki sposób wykonane czynności wpłynęły na stan zdrowia chorego i odwrotnie jak stan zdrowia chorego wpłynął na wykonywane czynności. Taka analiza musi być wpisana do dokumentacji medycznej np. pacjent przestał gorączkować zatem , nieaktualne jest podanie leku przeciwgorączkowego . Patrz tabela na odwrocie strony.

18. W dniu przyjęcia pacjenta zapoznaję się z Nim, zbieram dane o pacjencie (wywiad, pomiar, obserwacja oraz analiza dokumentacji), wyciągam wnioski z uzyskanych danych czyli stawiam diagnozę pielęgniarską , planuję opiekę pielęgniarską , realizuję ją i oceniam jej skutki. Wszelkie dane wpisuję w arkusz Historii Pielęgnowania , a wiodące problemy pielęgnacyjne do Karty Indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

19. Tak samo postępuję na każdym kolejnym dyżurze , ale dane o pacjencie wpisuje bezpośrednio do indywidualnego sprawozdania o stanie chorego oraz kart obserwacji i pomiarów. Wszelkie wpisy muszą być autoryzowane (data, godzina, minuta , podpis, dane osobowe itd.)
20. W dniu wypisu chorego ze szpitala, upewniam się , że pacjent gotowy jest do wyjścia do domu, udzielam wskazówek pielęgnacyjnych do dalszego postępowania. W razie potrzeby nawiązuję kontakt z pracownikiem socjalnym jeszcze przed wypisem chorego i razem z lekarzem prowadzącym szukam najlepszego rozwiązania dla chorego jeśli chodzi o jego dalszy pobyt po zakończonym leczeniu szpitalnym.
21. Dokumentując pamiętam , że problemy pielęgnacyjne to : stan zdrowia, sytuacja zdrowotna np. **ból** brzucha spowodowany urazem; cel opieki to np. **złagodzenie bólu** w ciągu 2 godzin; a czynności pielęgniarские/procedury to np. **obserwacja** bólu brzucha wg skali VAS co 2 godziny.
22. Podział pracy na grupy pacjentów nie zwalania mnie z natychmiastowego reagowania w sytuacji zagrożenia życia każdego pacjenta , a także ze wzajemnej pomocy zwłaszcza w procedurach wymagających obecności dwóch pielęgniarek oraz związanych z przemieszczaniem pacjentów.
23. Podział pielęgniarek na grupy pacjentów w zależności od stanu zdrowia i zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarскую może być zmieniony przez pielęgniarkę oddziałową lub pielęgniarkę odpowiedzialną za dyżur.

SPRAWOZDANIE O STANIE CHOREGO, A PLAN OPIEKI

Problemy pielęgnacyjne pacjenta opisane w **sprawozdaniu o stanie chorego** powinny mieć odzwierciedlenie w **Karcie Indywidualnej opieki pielęgniarskiej**, oczywiście należy wybrać wiodące problemy oraz możliwe do rozwiązania przez pielęgniarkę(choćby w grę wchodziła jedynie lub aż- obserwacja stanu pacjenta)

Podobnie, zakończenie czynności pielęgnarskich powinno mieć odzwierciedlenie w sprawozdaniu o stanie chorego, ponieważ albo zmienił się stan zdrowia pacjenta , albo działania były nieskuteczne.

KARTA INDYWIDUALNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PLAN OPIEKI	
Realizacja	
3.09	4.09
3.09.2016 r.duszność z powodu..	czynność....
	(zakończenie czynności i krótka ocena)
4.09.2016 r.zaczerwienienie skóry z powodu...	czynność(inaczej procedura) np.obserwacja2 razy dz.
	wynik obserwacji powinien być wpisany do karty obserwacji lub do sprawozdania o stanie chorego

SPRAWOZDANIE O STANIE CHOREGO
Imię i nazwisko pacjenta.
3.09.2016 r.Pacjent skarży się na duszność
4.09.Duszność ustąpiła....Wystąpiło zaczerwienienie skóry 5.09.stan skóry

Karta Obserwacji	nazwisko i imię pacjenta
przedmiot obserwacji	wynik obserwacji
obserwacja skóry 2xdz.	9.00..... 20.00.....

I etap pr.pielęgnowania :rozpoznawanie stanu pacjenta i jego środowiska(rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych inaczej postawienie diagnozy pielęgniarskiej)
Dokumentowanie :w dniu przyjęcia do szpitala wpisy 1 i 2 strona **Historii Pielęgnowania i w Sprawozdaniu o stanie chorego** ; kolejne dni w **sprawozdaniu o stanie chorego** . Oczywiście rozpoznanie musi być poprzedzone zebraniem danych o pacjencie i po przeprowadzeniu analizy tych danych i wyciągnięciu wniosków.

II etap pr.pielęgnowania : planowanie opieki nad pacjentem i jego środowiskiem

Dokumentowanie : wpisy w **karcie indywidualnej opieki piel.** : kolumna **stan/problem i plan opieki**

III etap pr.pielęgnowania :realizowanie planu opieki nad pacjentem i jego środowiskiem

Dokumentowanie : wpisy w **karcie indywidualnej opieki piel.** : kolumna **realizacja**

IV etap pr.pielęgnowania : ocenianie wyników opieki nad pacjentem i jego środowiskiem

Dokumentowanie : wpisy w **karcie indywidualnej opieki piel.** : kolumna **realizacja** po zakończeniu wykonywania danej czynności oraz w **sprawozdaniu o stanie chorego** , a także wpisy w ostatnim dniu pobytu chorego na 4 stronie **Historii Pielęgnowania**- ocena całościowa

