

Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

Rocznik Opiekunów Medycznych 2016 (1)



*Wykonuje to czego nikt inny nie wykona,
W sposób w jaki nikt inny nie potrafi,
Pomimo tego wszystkiego, co przechodzi w życiu.
To właśnie jest Opiekun Medyczny!*

W numerze m.in.:

*Informator o zawodzie opiekuna
medycznego

*Opiekun Medyczny w służbie zdrowia w
Polsce. Raport za 2015 rok

*Dietoprofilaktyka i żywienie - wybrane
zagadnienia

*Etyka zawodu opiekuna medycznego

*Prawo pracy w środowisku opiekuna
medycznego

 **Opiekun**.com.pl
medyczny

ROCZNIK OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH 2016, TOM I

REDAKCJA

Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl, Dzbenin 85, 07-410 Ostrołęka
e-mail: kontakt@opiekunmedyczny.com.pl

mgr Bartosz Mikołajczyk – red. naczelny

©Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

Spis treści

1. Słowo wstępu.....	4
2. Dzień Opiekuna Medycznego?.....	5
3. Informator o zawodzie.....	6
4. Stereotyp? Czy to w ogóle ma sens?.....	17
5. Dlaczego powstają organizacje pozarządowe?.....	18
6. Opiekun Medyczny w służbie zdrowia w Polsce. Raport za 2015 rok.....	19
7. Dietoprofilaktyka i żywienie – wybrane zagadnienia.....	34
8. Komunikacja z pacjentami i współpracownikami.....	39
9. Etyka zawodu opiekuna medycznego - przyczynek do dyskusji.....	42
10. Prawo pracy w środowisku opiekuna medycznego.....	44
11. Rola aktywizacji Osób Starszych i treningu pamięci.....	50
12. Jaka przyszłość czeka opiekunów medycznych?.....	54

Z przyjemnością prezentujemy państwu publikację przygotowaną w ramach organizacji Konferencji Opiekun Medyczny 2016. Konferencja ta została przygotowana przez Fundację OpiekunMedyczny.com.pl i w zamierzeniu ma być coroczną inicjatywą – miejscem dla opiekunów medycznych, gdzie nie tylko będą mogli dowiedzieć się czegoś nowego, przydatnego w pracy, utrwalić wiedzę ale i również poznać nowe osoby i wymieniać się z nimi doświadczeniami.

Pierwsi opiekunowie medyczni zdobyli swój dyplom w 2008 roku. Od tego czasu minęło sporo czasu ale i sporo się zmieniło. Mimo to nadal pozostaje wiele kwestii, które mogłyby zostać usprawnione. Z naszym zawodem związani jesteśmy od 2011 – w tamtym roku rozpoczęliśmy naukę na tym kierunku. Wtedy też nie istniało żadne miejsce dedykowane specjalnie dla opiekunów medycznych. Powstała zatem spontaniczna inicjatywa by utworzyć stronę na jednym z portali społecznościowych. Niestety po jakimś czasie ciężko było odnaleźć jakiegokolwiek informację, zatem postanowiliśmy stworzyć nowe miejsce – portal dedykowany specjalnie do opiekunów medycznych – www.OpiekunMedyczny.com.pl

Przez te kilka lat uważnie obserwowaliśmy to co się dzieje wokół naszego zawodu. Strona bardzo szybko zyskała ilość odwiedzin o której nawet nie marzyliśmy, zwłaszcza, że wszystko finansowane było całkowicie ze środków własnych i w ramach wolnego czasu, którego nie było aż tak dużo. Wiele osób zadawało nam jednak pytania w jaki sposób możemy bardziej bezpośrednio wpłynąć na sytuację opiekunów medycznych, zwracając uwagę na rzeczy których im brakuje, a także na to w jaki sposób moglibyśmy im pomóc.

Chociaż nigdy nie planowaliśmy wychodzić poza „cyberprzestrzeń” ostatecznie zdecydowaliśmy się zarejestrować formalną organizację by móc robić więcej, głównie dlatego, że ponownie „czegoś takiego nie było jeszcze i ktoś to musi zacząć robić”. Tak oto w grudniu 2015 roku została zarejestrowana Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl. Organizacja ta ma na celu przede wszystkim promocje i wspieranie zawodu opiekuna medycznego. Jedną z pierwszych działań jest organizacja Konferencji Opiekun Medyczny 2016. W planach mamy jeszcze dużo innych działań, które będziemy sukcesywnie realizować.

Dziękuję zatem wszystkim tym którzy mieli wpływ na to, że dzisiejsze wydarzenie mogło się odbyć – prelegentom, uczestnikom ale także wszystkim tym którzy kiedykolwiek odwiedzili stronę www.OpiekunMedyczny.com.pl motywując nas w ten sposób do działania. Do zobaczenia przy okazji kolejnych działań!

Bartosz Mikołajczyk

Prezes Zarządu
Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

Dzień Opiekuna Medycznego?

Krzysztof Tłoczek

14 maja. Z czym kojarzy ci się ta data? Trzy lata temu obchodzony był kolejny dzień pracowników służby zdrowia. Opiekun medyczny nie ma specjalnego dnia, stąd też wyszliśmy z inicjatywą by taki dzień powstał. Tak oto 14 maja 2013 roku na naszej stronie pojawił się pierwszy wpis w związku z Dniem Opiekuna Medycznego.

Wybór daty nie był przypadkowy - jest to dzień śmierci Mary Seacole, oddanej opiekunki rannych żołnierzy w Wojnie Krymskiej, która ze względu na kolor skóry nie mogła dołączyć do Florencji Nightingale, jednakże nie poddała się i założyła własne miejsce, w którym udzielała niezbędnej pomocy. Krótko o niej wspomina także polska wikipedia, jednakże jej historia życiowa jest znacznie ciekawsza niż ten krótki wpis. Wszystkich zainteresowanych odsyłam do anglojęzycznych stron, gdzie znajduje się znacznie więcej informacji o niej.

Ale to nie jedyny powód dla którego została wybrana ta data. Kolejnym czynnikiem była bliskość innego ważnego dnia – Dnia Pielęgniarki i Położnej (12 maja), w wymiarze symbolicznym wskazuje na bliskość obu zawodów. Bo tak właśnie jest, te dwa zawody – opiekun medyczny i pielęgniarka są ze sobą niezwykle związane i niezwykle sobie bliskie, chociaż tak różne.

Każdego roku staraliśmy się zorganizować coś w ramach tego dnia. Za pierwszym razem był to konkurs na plakat Dnia Opiekuna Medycznego, w kolejnym informator o zawodzie. Rok temu rozpoczęliśmy badanie ankietowe „Opiekun Medyczny w służbie zdrowia w Polsce”, którego wyniki zostały zaprezentowane 14 maja. W tym roku postanowiliśmy zrobić coś więcej, stąd też pomysł organizacji konferencji – miejsca dla opiekunów medycznych, gdzie będą oni mogli się spotkać, dowiedzieć czegoś nowego a także wymienić poglądami.

Od samego początku staraliśmy się zainteresować inicjatywą jak największą grupę osób. Wysłaliśmy również pismo do Ministerstwa Zdrowia w którym poinformowaliśmy o utworzonej inicjatywie i poprosiliśmy o poparcie. W odpowiedzi otrzymaliśmy informację, że utworzenie takiego dnia wymagają szerszych konsultacji. Możliwe, że pomysł zostanie w przyszłości sformalizowany.

Dlatego pamiętajmy o tym dniu bo to od nas zależy na ile ta inicjatywa się utrzyma i jak będzie wyglądała w przyszłości. To będzie ten dzień w którym będziemy starali się organizować coroczną konferencję, ale nie tylko. Obchodzić go można w dowolny sposób. Wpis na Facebooku czy Twitterze? Ciasto dla współpracowników? Wieczorna kawa? Pomysły można mnożyć. Wybierz ten, który najbardziej pasuje do ciebie!

Zawód opiekuna medycznego jest stosunkowo nowym zawodem. Powstał z inicjatywy Ministra Zdrowia w 2007 roku i od tego roku rozpoczęły się pierwsze nabory do szkół kształcących w tym zawodzie. Rok później odbyły się pierwsze egzaminy i pod koniec roku było już 130 absolwentów, kolejny rok zwiększył ilość opiekunów do ok. 1600 a obecnie absolwentów jest ponad 15 tysięcy.

Zawód opiekuna medycznego był odpowiedzią na zmniejszającą się ilość pielęgniarek oraz starzejące się społeczeństwo, które wymaga więcej opieki. Wcześniej bardzo często salowe i pozostały personel szpitala pomagał pielęgniarce w czynnościach opiekuńczych. Sformalizowanie zawodu i ujednoczenie standardów nauczania jest ważne by wprowadzić lepszą jakość opieki, ale również pozwala dostosować wymagania, jak również wygląd hierarchii zawodowej w szpitalu do wyglądu zespołu terapeutycznego w innych krajach.

Kształcenie w zawodzie może odbyć się na dwa sposoby. Pierwszym jest kształcenie w szkole policealnej, które trwa rok lub poprzez kwalifikacyjny kurs zawodowy. Niezależnie kształcenie kończy się egzaminem zawodowym i otrzymaniem dyplomu potwierdzającego otrzymanie kwalifikacji zawodowych. Dyplom zawodowy pozwala na wykonywanie zawodów na terenie całej Unii Europejskiej. Certyfikat zawodowy wydawany jest również w języku angielskim. Wielokrotnie podnoszone były obawy pielęgniarek, że zawód ten ma zastąpić pielęgniarki, stanowić ich tańszą alternatywę. Kwalifikacje zawodowe nie pozwalają na wykonywanie czynności pielęgniarskich. Opiekun medyczny ma na celu odciążenie pielęgniarki, pomóc w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych i zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych pacjenta. Opiekun medyczny działa na zlecenie pielęgniarki, jednak część czynności może wykonywać bez zlecenia.

Podstawy prawne

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z dnia 17 maja 2010 r.) sklasyfikowało zawód w tzw. wielkiej grupie Nr 5:

Nr 5 – pracownicy usług osobistych i sprzedawcy

53 – pracownicy opieki osobistej i pokrewni

532 - pracownicy opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewni

5321 – medyczny personel pomocniczy

532102 – opiekun medyczny s (Symbol s oznacza, że kwalifikacje opiekuna medycznego zdobywa się w kształceniu szkolnym)

Podstawowym dokumentem dotyczącym kwalifikacji opiekuna medycznego jest **Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych**. Którego załącznik określa jakie kompetencje powinien nabyć opiekun medyczny. Zawód ten zdobył w tym rozporządzeniu symbol cyfrowy **532102**, oznaczeniem kwalifikacji jest **Z.4 (świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej)**, a efekty kształcenia wspólne dla zawodów w ramach obszaru kształcenia stanowiące podbudowę do kształcenia w zawodzie lub grupie zawodów z uwzględnieniem bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP), podejmowania i prowadzenia działalności gospodarczej (PDG), języka obcego ukierunkowanego zawodowo (JOZ), kompetencji personalnych i społecznych (KPS), a w przypadku zawodów nauczanych na poziomie technika, również organizacji pracy małych zespołów (OMZ) zostały opisane skrótem **PKZ(Z.a)**

Opis zawodu zgodnie z załącznikiem do powyższego rozporządzenia:

OPIEKUN MEDYCZNY 532102

1. CELE KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE

Absolwent szkoły kształcącej w zawodzie opiekun medyczny powinien być przygotowany do wykonywania następujących zadań zawodowych:

- 1) rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 2) pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspakajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych;
- 3) asystowania pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- 4) konserwacji, dezynfekcji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów;
- 5) podejmowania współpracy z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną.

2. EFEKTY KSZTAŁCENIA

Do wykonywania wyżej wymienionych zadań zawodowych niezbędne jest osiągnięcie zakładanych efektów kształcenia, na które składają się:

- 1) efekty kształcenia wspólne dla wszystkich zawodów;
- 2) efekty kształcenia wspólne dla zawodów w ramach obszaru medyczno-społecznego, stanowiące podbudowę do kształcenia w zawodzie lub grupie zawodów PKZ(Z.a);
- 3) efekty kształcenia właściwe dla kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie opiekun medyczny opisane w części II:

Z.4. Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej:

1. Rozpoznawanie problemów i potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej

Uczeń:

- 1) charakteryzuje rozwój psychofizyczny człowieka w poszczególnych fazach życia;
- 2) określa wpływ choroby na stan psychiczny, sytuację społeczną jednostki i jej rodziny;
- 3) wykorzystuje metody i źródła zbierania danych do rozpoznawania problemów i potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej;
- 4) uczestniczy w rozpoznawaniu problemów i potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej;
- 5) reaguje na zmieniające się problemy i potrzeby osoby chorej i niesamodzielnej;
- 6) rozpoznaje poziom wiedzy, umiejętności, motywacji i możliwości w zakresie samoopieki osoby chorej i niesamodzielnej.

2. Planowanie, organizowanie i wykonywanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych u osoby chorej i niesamodzielnej

Uczeń:

- 1) określa cele czynności higienicznych i pielęgnacyjnych;
- 2) określa wskazania, przeciwwskazania i niebezpieczeństwa związane z wykonywaniem czynności higienicznych i pielęgnacyjnych wobec osoby chorej i niesamodzielnej;
- 3) planuje i organizuje czynności higieniczne i pielęgnacyjne z uwzględnieniem stanu osoby chorej i niesamodzielnej;
- 4) przestrzega zasad wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych wobec osoby chorej i niesamodzielnej;
- 5) dobiera metody i techniki wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych wobec osoby chorej i niesamodzielnej; 6) stosuje algorytmy czynności higienicznych i pielęgnacyjnych wobec osoby chorej i niesamodzielnej;
- 7) przestrzega zasad postępowania w sytuacjach trudnych wobec osoby chorej i niesamodzielnej;
- 8) ocenia stan higieniczny chorego;
- 9) wykonuje sianie łóżka pustego oraz z osobą chorą i niesamodzielną;
- 10) wykonuje toaletę całego ciała osoby chorej i niesamodzielnej z uwzględnieniem toalety i zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej;
- 11) wykonuje mycie głowy osoby chorej i niesamodzielnej leżącej w łóżku i zakłada czepiec przeciwwszawiczny;
- 12) wykonuje zmianę bielizny osobistej i pościelowej;
- 13) wykonuje zmianę pieluchomajtek i innych środków absorpcyjnych oraz pomaga w czynnościach fizjologicznych osobie chorej i niesamodzielnej;
- 14) wykonuje wymianę cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz osobie chorej i niesamodzielnej;
- 15) wykonuje zabiegi przeciwwzapalne i kąpiele lecznicze osobie chorej i niesamodzielnej na zlecenie lekarza lub pielęgniarki;
- 16) pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza;
- 17) stosuje profilaktykę i pielęgnację przeciwoodleżynową u osoby chorej i niesamodzielnej;

- 18) zapewnia osobie chorej i niesamodzielnej wygodne i bezpieczne ułożenie w łóżku;
- 19) pomaga przy zmianie pozycji, wstawaniu i przemieszczaniu się osoby chorej i niesamodzielnej;
- 20) wykonuje czynności usprawniające ruchowo osobę chorą i niesamodzielną;
- 21) karmi osobę chorą i niesamodzielną lub pomaga podczas jej karmienia;
- 22) zapewnia bezpieczeństwo i intymność podczas wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych osobie chorej i niesamodzielnej;
- 23) przekazuje pielęgniarce informacje o zaobserwowanych zmianach w stanie zdrowia osoby chorej i niesamodzielnej;
- 24) przestrzega procedur postępowania z brudną bielizną i użytym sprzętem;
- 25) stosuje przepisy prawa dotyczące praw pacjenta;
- 26) przeprowadza edukację w zakresie higieny osobistej i zabiegów pielęgnacyjnych;
- 27) posługuje się sprzętem, przyborami, materiałami i środkami zgodnie z ich przeznaczeniem.

3. Planowanie, organizowanie i wykonywanie czynności opiekuńczych nad osobą chorą i niesamodzielną

Uczeń:

- 1) przestrzega zasad, określa cele, wskazania i przeciwwskazania do wykonywania czynności opiekuńczych;
- 2) planuje i organizuje czynności opiekuńcze nad osobą chorą i niesamodzielną z uwzględnieniem jej stanu zdrowia;
- 3) zapewnia higienę i estetyczny wygląd otoczenia osoby chorej i niesamodzielnej;
- 4) pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w wykonywaniu czynności życia codziennego;
- 5) pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego;
- 6) aktywizuje osobę chorą i niesamodzielną i organizuje jej czas wolny;
- 7) współpracuje z zespołem terapeutycznym i opiekuńczym na rzecz osoby chorej i niesamodzielnej;
- 8) zapewnia bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne osobie chorej i niesamodzielnej podczas wykonywania czynności opiekuńczych;
- 9) pomaga w adaptacji osoby chorej i niesamodzielnej do warunków życia w placówkach ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej;
- 10) pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością;
- 11) udziela wsparcia osobie chorej i niesamodzielnej w sytuacjach trudnych;
- 12) pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności ruchowej;
- 13) przekazuje pielęgniarce informacje o zmianach w stanie zdrowia osoby chorej i niesamodzielnej zaobserwowanych podczas wykonywania czynności opiekuńczych;
- 14) przestrzega procedur postępowania ze sprzętem i materiałem podczas wykonywania czynności opiekuńczych nad osobą chorą i niesamodzielną;

15) dezynfekuje oraz myje przybory i sprzęt używane podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych u osoby chorej i niesamodzielnej.

Dodatkowo uczeń powinien nabyć umiejętności dla obszaru medyczno-społecznego:

PKZ(Z.a) Umiejętności stanowiące podbudowę do kształcenia w zawodach: **opiekun medyczny**, terapeuta zajęciowy, ortoptystka, opiekunka dziecięca, ratownik medyczny, technik masażysta, higienistka stomatologiczna, asystentka stomatologiczna, dietetyk, technik ortopeda, technik dentystyczny, protetyk słuchu, technik farmaceutyczny, technik sterylizacji medycznej, technik elektroradiolog, technik elektroniki i informatyki medycznej

Uczeń:

- 1) wyjaśnia ogólną budowę i funkcje organizmu człowieka;
- 2) charakteryzuje podstawowe pojęcia z zakresu zdrowia oraz promocji i profilaktyki zdrowia;
- 3) przestrzega zasad promocji zdrowia i zdrowego stylu życia;
- 4) wyjaśnia pojęcia z zakresu patologii, charakteryzuje objawy i przyczyny zaburzeń oraz zmian chorobowych;
- 5) przestrzega zasad postępowania w przypadku podejrzenia występowania przemocy;
- 6) charakteryzuje stany nagłego zagrożenia życia;
- 7) dokonuje oceny parametrów podstawowych funkcji życiowych;
- 8) udziela, zgodnie z kompetencjami zawodowymi, pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia;
- 9) rozróżnia sposoby postępowania w razie bezpośredniego kontaktu z materiałem biologicznie skażonym;
- 10) przestrzega zasad bezpieczeństwa związanych z materiałami biologicznie skażonymi;
- 11) przestrzega zasad aseptyki i antyseptyki;
- 12) komunikuje się z pacjentem, jego rodziną i grupą społeczną;
- 13) charakteryzuje prawne i etyczne uwarunkowania zawodu;
- 14) identyfikuje miejsce i rolę zawodu w ramach organizacji systemu ochrony zdrowia na poziomie krajowym i europejskim;
- 15) sporządza, prowadzi i archiwizuje dokumentację medyczną zgodnie z przepisami prawa;
- 16) stosuje przepisy prawa dotyczące realizacji zadań zawodowych;
- 17) współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem;
- 18) charakteryzuje organizację ochrony zdrowia w Polsce;
- 19) wyjaśnia zasady funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce;
- 20) określa źródła i sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych;
- 21) wyjaśnia specyfikę rynku usług medycznych;
- 22) przestrzega zasad etycznego postępowania w stosunku do pacjentów oraz współpracowników;

23) posługuje się językiem migowym (nie dotyczy zawodu technik masażysta nauczanego w technikum);

24) stosuje programy komputerowe wspomagające wykonywanie zadań.

Zakres kompetencji opiekuna medycznego jest zgodny z podstawą programową. Jednak do tej pory nie została uchwalona Uchwała o niektórych zawodach medycznych, która wprowadziła by w zakresie formalnym zasady uzyskiwania tytułu i zakres obowiązków. Jednak warto zaznaczyć, że ustawa ta jako zakres obowiązków określa cele kształcenia z podstawy programowej, nie wprowadza poza tym nic dodatkowego, jeśli chodzi o kwalifikacje, czego nie było by w tej podstawie.

Z powodu istnienia rozbieżności w interpretacji zakresu kompetencji wystąpiliśmy z wnioskiem do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia o uściślenie kilku kwestii związanych z zakresem kompetencji opiekuna. W liście poprosiliśmy między innymi o uściślenie zapisu: „pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza.”. W piśmie o sygnaturze **MZ-NS-ZM-0213-39010-2/BD/13** otrzymaliśmy odpowiedź:

W opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych opiekun medyczny może w ramach czynności opiekuńczych pomóc pacjentowi w przyjmowaniu leków, np. poprzez dopilnowanie godzin ich przyjmowania, wyjęcie tabletki z opakowania i włożenie do ust w przypadku niesprawnych rąk, czy podaniu wody do popicia. Ponadto w opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych w celu zapewnienia pełnego bezpieczeństwa pacjentom opiekun medyczny powinien nabyć wiedzę z zasad pomocy przy przyjmowaniu leków, w tym zasad pomocy przy przechowywaniu leków pacjenta i przestrzegania zaleceń lekarskich, co do warunków przyjmowania leków (np. pory dnia, przed czy po posiłku). Istotne jest także, by opiekun medyczny był świadomy działania niektórych leków np. przeciwbólowych czy nasennych.

W dalszej części opinii, która przytoczona zostanie w dalszej części, otrzymujemy informację, że podawanie leków drogą inną niż doustna (czyli np. heparyny czy insuliny) nie należy do obowiązków opiekuna medycznego (co już wcześniej było potwierdzone opinią Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu wykonanej na prośbę DPSu w Strzelcach Opolskich). Zgodnie z tą opinią pomoc opiekuna medycznego w przyjęciu leków polega raczej na ułatwieniu przyjęcia leków i ewentualnie w przypadku niesprawnych rąk na włożeniu leku do ust. Jednak ważne jest by przed tym zdobył wiedzę na temat niektórych leków i miał możliwość odnotowania, że podał lek (by uniknąć sytuacji podania dwukrotnie tego samego leku lub pominięcia leku). Takie szkolenie może przeprowadzić pracodawca. Co ważne należy też unikać sytuacji w której jedna osoba wyjmuje leki z pudełka i rozkłada dla pacjentów a inna pomaga przyjąć. Zawsze osoba która rozkłada leki powinna być też osobą, która pomaga w przyjęciu.

Wielokrotnie spotkaliśmy się z informacjami, jakoby opiekun medyczny miał kompetencje do **podawania** leków w warunkach domowych (na prośbę rodziny) lub w DPS-ach (na zlecenie pielęgniarki). Jest to jednak nieporozumienie. **Opiekun medyczny w trakcie szkolenia nie zdobywa kompetencji do podawania leków** - takie ma m.in. lekarz, pielęgniarka, opiekun osoby starszej czy opiekunka środowiskowa (kompetencje te potwierdza dyplom zawodowy). W opinii prawnej NRPiP (w odpowiedzi na pytanie czy opiekun w DPS może podawać leki) jednoznacznie zostaje stwierdzone:

Podawanie leków różnymi drogami zgodnie z obowiązującymi przepisami należy do kompetencji pielęgniarki. W przypadku naruszenia prawa, zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) „*Kto, nie będąc uprawnionym, udziela zawodowo świadczeń, o których mowa w art. 4 lub art. 5, podlega karze grzywny*”.

Należy jednak zauważyć, że wspomniana w opinii podstawa prawna została znowelizowana obecnie jest to **Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039**, jednak rozdział tej ustawy zawierający przepisy karne dalej opisuje takie same kary – dodatkowo opiekun medyczny, który wprowadza w błąd co do posiadania prawa możliwości świadczenia usług zdrowotnych w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może również ponieść konsekwencje karne.

Odnosząc się natomiast do możliwości wykonywania przez opiekuna medycznego czynności karmienia chorych przez zgłębnik należy zauważyć, iż czynność ta należy do pielęgnacji specjalistycznej i powinna być wykonywana przez pielęgniarkę.

Opinia ta niestety nie pokrywa się z programem nauczania. Pytania o karmienie przez zgłębnik pojawiały się na egzaminach, informator CKE o zawodzie opiekuna medycznego również sugeruje, że jest to w kompetencjach opiekuna medycznego. Podstawa programowa nie zagłębia się aż tak dokładnie w to zagadnienie opisując kompetencje jako:

21) karmi osobę chorą i niesamodzielną lub pomaga podczas jej karmienia; Dodatkowo w opinii Konsultanta Krajowego sporządzonej dla portalu **opiekundlaseniora.pl** możemy wyczytać, że chociaż należy to do pielęgnacji specjalistycznej i powinno być wykonywane przez pielęgniarkę to **w wyjątkowych sytuacjach w opiece instytucjonalnej, gdy pielęgniarka sprawdzi, że zgłębnik jest prawidłowo usytuowany w żołądku, opiekun medyczny może podać pokarm.** Zalecane jest także, by opiekun medyczny odbył odpowiednie przeszkolenie, potwierdzone na piśmie, obejmujące prawidłową procedurę wykonania tej czynności oraz związane z nią ryzyko i zasady zapobiegania powikłaniom zdrowotnym.

Biorąc pod uwagę wprowadzony przez **Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, w pierwszej wersji (Uchwała Nr 136/VI/2013 NRPiP)** karmienie przez zgłębnik i

gastrostomię jest wymienione jako jedna z czynności, które opiekun medyczny może wykonywać. W kolejnej wersji katalogu (**Uchwała Nr 176/VI/2014 NRPiP**) pozycja 23. karmienie przez zgłębnik i gastrostomię została usunięta. Należy jednak zauważyć, że z powodu braku wyszczególnienia kilku kompetencji w wspomnianym katalogu czynności nie jest on pełnym katalogiem kompetencji zawodowych. Na podstawie obecnych regulacji prawnych ta kwestia nie jest wystarczająco wyjaśniona.

Ponadto w opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych dokonywanie pomiaru glukozy we krwi pacjenta przez opiekuna medycznego wymagało by przeszkolenia w zakresie procedury użycia glukometru i odczytywania oraz interpretacji wyniku.

Szkolenie takie powinno być potwierdzone na piśmie, jako że pomiar glukozy (i w podobnej formie ciał ketonowych) nie jest wymienione w podstawie programowej. Jednak podobnie jak z większością, czynności co do których pacjent został wyedukowany (jak mierzenie ciśnienia, wagi itp.), opiekun medyczny ma kompetencje do ich wykonywania, ale jak już zostało to opisane nie dotyczy to podawania leków w formie iniekcji (pacjenci przyjmujący insulinę mogą samodzielnie przyjmować zastrzyki, w sytuacji osoby niesprawnej zgodnie z interpretacjami opiekun medyczny nie może pomóc – powinna to zrobić pielęgniarka). W naszej opinii, leki które pacjent może samodzielnie przyjmować w formie iniekcji (zwłaszcza heparyna i insulina), powinien też móc podawać opiekun medyczny (oczywiście pod warunkiem, że jest to określona dawka lub do podania dawki są potrzebne wyliczenia, które wykonuje też pacjent), jednak obecny stan rzeczy mówi inaczej. Mamy nadzieję, że w dalszej perspektywie czasu zostanie to zmienione na korzyść opiekuna medycznego, nieznacznie zwiększając jego kompetencje. Oczywiście możliwość podawania takich leków powinna być poprzedzona szkoleniem w formie pisemnej.

Po pytaniu jednej z czytelniczek wystąpiliśmy również o interpretację do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o wyjaśnieniem czy zawód opiekuna medycznego daje uprawnienia do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z zapisem **Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. Nr 189 poz. 1598 z późn. zm)**. Zgodnie z pismem DPS—V-053-16-1282/WW/14 z nieukrywaną radością możemy poinformować, że opiekun medyczny może świadczyć specjalistyczne usługi opiekuńcze w rozumieniu tej ustawy. Dodatkowo w przypadku świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi powinny one dodatkowo posiadać półroczny staż w jednej z placówek wymienionych w ustawie. Po więcej informacji na temat zakresu specjalistycznych usług opiekuńczych i warunków świadczenia odsyłamy do wspomnianego wcześniej rozporządzenia jak również do **rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 lipca 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. 2006 nr 134 poz. 943)**.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej dopuszcza możliwość realizacji świadczeń w tym zakresie przez opiekuna medycznego.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami reguluje jakie kwalifikacje musi zdobyć osoba pracująca na stanowisku opiekuna medycznego (ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarstwa lub ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny) lub **starszego opiekuna medycznego** (jak wyżej, dodatkowo 3 lata pracy w zawodzie).

W grudniu 2013 Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wprowadziła **katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki**. Jest to dodatkowy dokument, który określa jakie czynności może wykonywać opiekun medyczny pod nadzorem i na zlecenie pielęgniarki. W katalogu znajdują się poniższe czynności:

1. sianie łóżka z chorym
2. toaleta jamy ustnej
3. mycie głowy w łóżku
4. toaleta całego ciała w łóżku
5. toaleta całego ciała pod natryskiem
6. toaleta całego ciała w wannie
7. higiena intymna
8. ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej
9. zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku
10. toaleta przeciwoleżynowa
11. zastosowanie udogodnień w łóżku
12. zastosowanie materaca p/odleżynowego
13. pomiar ciśnienia tętniczego krwi
14. pomiar tętna
15. pomiar temperatury
16. pomiar oddechów
17. pomiar masy ciała
18. pomiar wzrostu
19. przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego
20. przygotowanie i założenie okładu zimnego wilgotnego
21. przygotowanie i założenie okładu ciepłego suchy
22. przygotowanie i założenie okładu ciepłego wilgotny
23. karmienie przez zgłębnik i gastrostomię
24. wymiana worka stomijnego

25. założenie i zmiana cewnika zewnętrznego (nakładki na pracę wykonanej z miękkiego silikonu, przez którą mocz spływa do worka na mocz)
26. wymiana worka na mocz
27. wymiana worka zewnętrznego na stolec
28. stawianie baniek próżniowych
29. prowadzenie dobowej zbiórki moczu
30. kontrola oddawania moczu i stolca
31. wykonanie ćwiczeń biernych w łóżku
32. pomoc w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego
33. pomoc w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę
34. asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich
35. asystowanie pielęgniarce w zastosowaniu przymusu bezpośredniego

W dniu 19 marca 2014 NRPiP wprowadziła uchwałę zmieniającą ten katalog – usuwając karmienie przez zgłębnik i gastrostomię. Dodatkowo skierowała prośbę do Ministerstwa Zdrowia o **podjęcie działań zmierzających do wydania przedmiotowego katalogu w formie rozporządzenia do Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039**. Ministerstwo Zdrowia uznało jednak, że **brak jest podstaw merytorycznych do tego**. W uzasadnieniu (sygnatura pisma MZ-PP-0762-10366-1/BW/14) możemy przeczytać, że **katalog ten nie zawiera czynności związanych z konserwacją i dezynfekcją przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów, karmienia pacjentów oraz pomocy w przyjmowaniu leków. Katalog ten zatem nie zawiera wszystkich kompetencji zawodowych, jak również w świetle innych przepisów nie ma mocy prawnej. Może stanowić jedynie sugestię, co do czynności które wykonuje opiekun medycznych.**

W codziennej pracy opiekun medyczny może być postawiony w sytuacji, kiedy zlecone jest mu zadanie, które wykracza poza jego kompetencje zawodowe (jak wspomniane wcześniej podanie leków w DPS). W takiej sytuacji można powołać się na zapisy **Kodeksu Pracy**, o czym również wspomina informacja NRPiP w sprawie podawania leków przez opiekuna w domach pomocy społecznej:

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w przypadku wydania przez przełożonego - pracodawcę polecenia służbowego, dotyczącego rozkładania i podawania leków przez osoby nie posiadające odpowiednich uprawnień obowiązuje przepis art. 100 Kodeksu pracy, zgodnie z którym „Pracownik jest obowiązany wykonywać prace sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę”.

Niekiedy polecenia przełożonych prowadzą do naruszania przepisów prawa. W takich sytuacjach pracownik ma nie tylko prawo, ale i obowiązek odmowy wykonania polecenia. Przepisy nie określają procedury, której zastosowanie pozwoliłoby na weryfikację zgodności z prawem poleceń wydawanych przez przełożonych. W przypadku, gdy pracownik ma co do tego wątpliwości, może poprosić swojego bezpośredniego zwierzchnika o wydanie takiej decyzji na piśmie,

bądź powtórzenie swoich dyspozycji przy świadkach. Jeżeli mimo to pracownik ma nadal wątpliwości, co do legalności otrzymanego polecenia, powinien sporządzić pisemną notatkę, w której znajdą się motywy, jakimi się kierował przy podejmowaniu decyzji odmawiającej wykonania polecenia wydanego przez przełożonego.

Na obecną chwilę to najważniejsze podstawy prawne dotyczące zawodu opiekuna medycznego. Obecnie z tego co nam jest wiadomo nie planowane są żadne zmiany w zawodzie opiekuna medycznego. Całkiem niedawno pojawiła się informacja o konieczności utworzenia zawodu „pomiędzy pielęgniarką a opiekunem medycznym – polski odpowiednik assistant nurse”, jednak jak nas zapewniło Ministerstwo Zdrowia nie prowadzone są żadne prace w celu powołania zawodu pośredniego pomiędzy OM a pielęgniarką. MZ nie widzi też potrzeby tworzenia dodatkowych zawodów, które już istnieją ale pod inną nazwą (dlatego też negatywnie opiniowało opracowanie i wdrożenie planu nauczania technika asystenta medycznego, będącego powieleniem kwalifikacji i opisu OM).

Stereotyp? Czy to w ogóle ma sens?

mgr Bartosz Mikołajczyk

Pewnie każdy z nas słyszał o pojęciu *stereotyp*, tak samo pewnie większość z nas potrafi przytoczyć też jakiś przykład. Czy zawsze są one negatywne? Jak i po co tworzymy stereotypy? Te pytania przez długi czas ciekawiły psychologów. Pojawiło się wiele definicji, teorii wyjaśniających źródła czy modeli zmian, które pomogły zrozumieć ten złożony mechanizm.

Czym jest zatem stereotyp? To uproszczony schemat myślenia – swojego rodzaju „łatka” przypięta określonej grupie społecznej, która nacechowana jest emocjonalnie a także wartościuje daną grupę na tle innych - stworzony przez określoną grupę ludzi, przekazywany z pokolenia na pokolenie, przez co są głęboko zakorzenione w świadomości społecznej, często są też nieuświadomione.

Jak wspominałem jest to uproszczony schemat myślenia. W każdej sekundzie dociera do nas ogromna ilość informacji, które przetwarza nasz mózg. Zatrzymaj się na chwilę. Co teraz widzisz? Co słyszysz? Czy czujesz jakiś zapach lub smak? Czy odczuwasz jakiś ból dotyk albo inne wrażenia z ciała? Większości z tych bodźców choć dociera do nas jest ignorowana. Nasz mózg filtruje większość bodźców i skupia się tylko na tych istotnych, albo na takich które są zagrażające.

W ten sposób nie musimy analizować ogromu nieistotnych informacji. Dzięki temu możemy wykorzystać wolne zasoby na robienie zupełnie innych rzeczy. Wyobraźmy sobie też sytuację w której musielibyśmy za każdym razem zastanawiać się czy otwarty ogień stanowi dla nas zagrożenie. Czasem nie było by czasu na takie zastanawianie się, w wielu sytuacjach potrzebne jest raczej szybkie działanie. Dzięki utworzeniu prostego schematu „ogień to zagrożenie” za każdym razem widząc ogień nie staramy się go dotknąć ale ugasić.

Uproszczenie myślenia nie jest zatem złe, jest wręcz niezbędne do prawidłowego funkcjonowania. Dzięki temu jesteśmy też w stanie znacznie szybciej wykorzystać posiadaną wiedzę w nowej i nieoczekiwanej sytuacji. Wszystko komplikuje się jednak jeśli tworzymy fałszywy obraz fragmentu rzeczywistości. To jakie mamy przekonania o świecie i innych, doświadczenia, stany emocjonalne, jak pamiętamy i inne czynniki wpływają na to jakie informacje są przez nas dostrzeżone, analizowane czy zapamiętane. Inaczej też odbieramy osoby, które nie są „stereotypowym” przedstawicielem zawodu. Często jeśli stereotypy nie są prawdziwe to wpływają na negatywne podejście do danej osoby, a funkcjonują w celu znalezienia „kozła ofiarnego” czy pokazania wyższości naszej grupy nad innymi.

Stereotypy nie są jednak czymś czego nie da się zmienić. Przede wszystkim warto poddać je analizie i postarać się wyjaśnić jak powstały i jaka jest ich rola. Kolejną istotną formą łamania stereotypów jest współpraca z przedstawicielami stereotypowej grupy, dzięki której można zauważyć różnice i podobieństwa między nimi samymi a także między „nimi” a „nami”. W końcu od dawna wiadomo jest, że najbardziej boimy się tego co nieznanne. Podobnie jest ze stereotypami – tak jak i w przypadku różnego rodzaju lęków tak i tu osvajanie się z nimi należy rozpocząć od ich zrozumienia.

Dlaczego powstają organizacje pozarządowe?

Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

Prawie trzy temu powstało Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych, na początku 2016 powstała Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl będąca przedłużeniem działalności portalu o tej samej nazwie, który istnieje od prawie 4 lat, obecnie tworzą się związki zawodowe i kolejne stowarzyszenie.

Z jednej strony cieszy pojawianie się nowych organizacji, pokazujące zwiększające się zainteresowanie naszym zawodem, z drugiej strony często spotykamy się z pytaniem „po co to?”. Organizacje pozarządowe (NGO) mają wiele możliwości działania w zgodzie z ich statutem, który dla każdej organizacji może być zupełnie inny. W przeciwieństwie do firm prywatnych nie są nastawione na dochód, co oznacza, że mogą oferować swoje usługi znacznie taniej. Tworzone są głównie w jednym celu – by coś zmienić, by doprowadzić do chociaż małej zmiany, która nie była by możliwa bez zarejestrowanej organizacji. Zarejestrowana organizacja wygląda poważniej niż kilkusobowa inicjatywa ale i jest w stanie więcej zrobić, gdy ustalone są oficjalne struktury.

Organizacje pozarządowe mogą wnioskować o dofinansowania projektów w ramach projektów rządowych czy unijnych. Dzięki temu skala działania może być znacznie większa. A te działania mogą być zróżnicowane – od lobbowania na rzecz zmian w zawodzie, poprzez działalność edukacyjną, wspieranie opiekunów medycznych i ich podopiecznych. Tu możliwości są praktycznie nieograniczone.

To jednak czego organizacje pozarządowe potrzebują najbardziej to wsparcie. Często potrzebni są wolontariusze do działań, pomoc materialna czy rzeczowa. Jeśli chcesz i możesz wesprzeć organizacje działające na rzecz opiekunów w Polsce nie czekaj. Przekaż darowiznę na cele statutowe lub skontaktuj się jeśli chcesz w inny sposób pomóc. Razem możemy zrobić więcej i wspólnie wpłynąć na poprawę sytuacji opiekunów medycznych w Polsce.

Zarejestrowane organizacje działające na rzecz opiekunów medycznych w Polsce:

Nazwa: Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

Numer KRS: 0000593754

Strona internetowa: www.OpiekunMedyczny.com.pl/fundacja

e-mail: kontakt@opiekunmedyczny.com.pl

Numer konta: 49 1020 3802 0000 1102 0196 3925

Nazwa: Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych

Numer KRS: 0000454486

Strona internetowa: www.medyczni.manifo.com

e-mail: wielkopolska.medyczni@gmail.com

Numer konta: 59 2030 0045 1110 0000 0381 7750

Wstęp

Zawód opiekuna medycznego jest stosunkowo nowym zawodem. Powstał z inicjatywy Ministra Zdrowia w 2007 roku i od tego roku rozpoczęły się pierwsze nabory do szkół kształcących w tym zawodzie. Rok później odbyły się pierwsze egzaminy i pod koniec roku było już 130 absolwentów, kolejny rok zwiększył ilość opiekunów do ok. 1600 a obecnie absolwentów jest ponad 30 tysięcy.

Zawód opiekuna medycznego był odpowiedzią na zmniejszającą się ilość pielęgniarek oraz starzejące się społeczeństwo, które wymaga więcej opieki. Wcześniej bardzo często salowe i pozostały personel szpitala pomagał pielęgniarce w czynnościach opiekuńczych. Sformalizowanie zawodu i ujednolicenie standardów nauczania jest ważne by wprowadzić lepszą jakość opieki, ale również pozwala dostosować wymagania, jak również wygląd hierarchii zawodowej w szpitalu do wyglądu zespołu terapeutycznego w innych krajach.

Kształcenie w zawodzie może odbyć się na dwa sposoby. Pierwszym jest kształcenie w szkole policealnej, które trwa rok lub poprzez kwalifikacyjny kurs zawodowy. Niezależnie kształcenie kończy się egzaminem zawodowym i otrzymaniem dyplomu potwierdzającego otrzymanie kwalifikacji zawodowych. Dyplom zawodowy pozwala na wykonywanie zawodów na terenie całej Unii Europejskiej. Certyfikat zawodowy wydawany jest również w języku angielskim. Wielokrotnie podnoszone były obawy pielęgniarek, że zawód ten ma zastąpić pielęgniarki, stanowić ich tańszą alternatywę. Kwalifikacje zawodowe nie pozwalają na wykonywanie czynności pielęgniarskich. Opiekun medyczny ma na celu odciążenie pielęgniarki, pomóc w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych i zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych pacjenta. Opiekun medyczny działa na zlecenie pielęgniarki, jednak część czynności może wykonywać bez zlecenia.

Raport miał na celu sprawdzenie sytuacji zawodowej opiekunów medycznych w Polsce. W tym celu przeprowadziliśmy badanie ankietowe za pośrednictwem stworzonej przez nas ankiety. Ankieta dostępna była od 01.02.2016 do 31.03.2016. W tym czasie przesłany został newsletter z informacją o badaniu do ponad 600 osób, oraz została zamieszczona informacja na stronie na portalu Facebook. Ankieta składała się z kilkunastu pytań, które miały na celu nie tylko nakreślenie obrazu opiekuna medycznego w Polsce, ale też wskazanie możliwości zmian. W założeniu raport jest cykliczną inicjatywą fundacji, mającą na celu integrację i pomoc opiekunom medycznym w naszym kraju.

W następnym rozdziale zostaną przedstawione wyniki badania wraz z komentarzem, a kolejny rozdział poświęcony będzie dyskusji wyników i propozycji zmian w samym raporcie jak i również w środowisku.

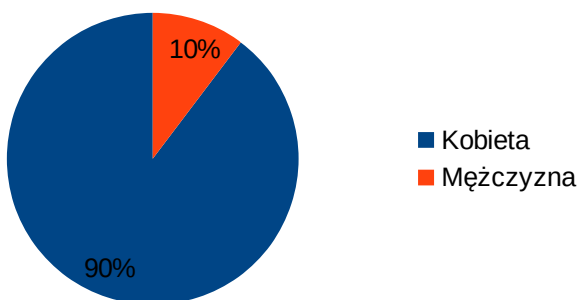
Dziękujemy wszystkim uczestnikom za podzielenie się swoimi doświadczeniami.

Prezentacja wyników

Do badania zostały zaproszonych wielu opiekunów medycznych, którzy korzystają z Internetu oraz mieli kontakt z portalem www.OpiekunMedyczny.com.pl lub jego stroną na Facebooku. Ostatecznie wypełnionych w całości zostało 184 ankiety i to one będą w dalszej części stanowiły podstawę do analizy. Przed rozpoczęciem badania każda osoba mogła zapoznać się z krótką informacją o celu ankiety, o jej anonimowości o tym, że tylko w pełni wypełnione ankiety będą brane pod uwagę.

Dane statystyczne

Pierwsza grupa pytań dotyczyła danych statystycznych. Pierwsze pytanie dotyczyło płci. Jak widać na poniższym wykresie większość ankietowanych stanowiły kobiety (165 osób).



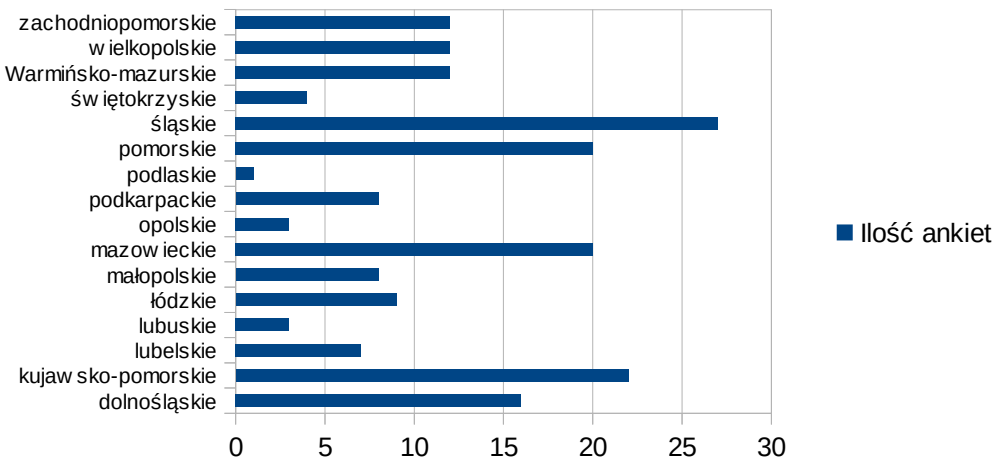
Wykres 1. Rozkład płci, n=184

Jeśli chodzi o wiek średnia wieku ankietowanych wynosiła 39,5. Najmłodsza osoba miała 21 lat, a najstarsza 60. Największą grupą uczestników (11) były osoby w wieku 46 lat.

Zakres wiekowy	Średnia	Mediana	Dominanta
21-60	39,5	40	46

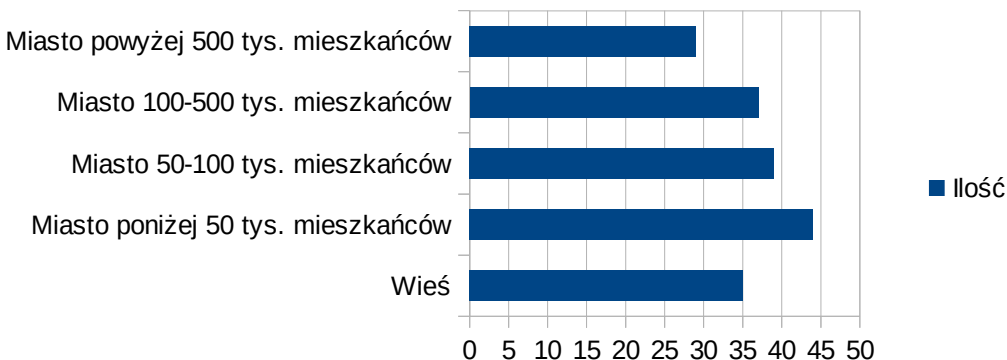
Tabela 1. Wiek ankietowanych, n=184

Kolejnym pytaniem statystycznym było pytanie o miejsce zamieszkania. Najwięcej ankietowanych pochodziło z województwa pomorskiego (22). Najmniej uczestników (jedna osoba) pochodziło z województw podlaskiego.



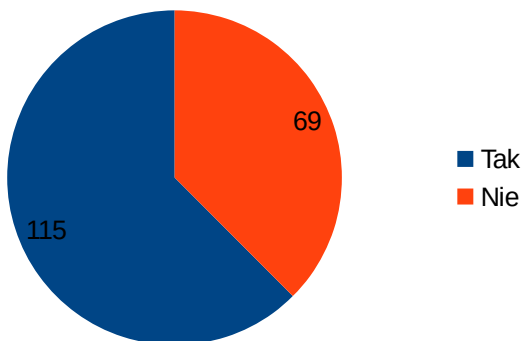
Wykres 2. Województwo zamieszkania, n=184

W przypadku miejsca zamieszkania, to większość ankietowanych (28%) pochodzi z miejscowości poniżej 50 tysięcy mieszkańców.



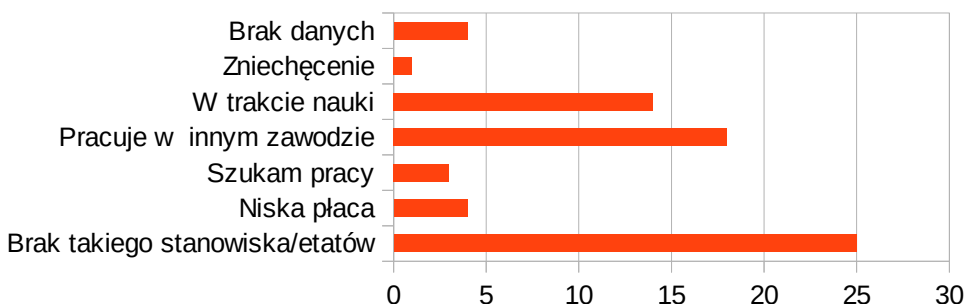
Wykres 3. Miejscowość zamieszkania, n=184

W kolejnym pytaniu zapytaliśmy o to ile z uczestników pracuje jako opiekun medyczny. To pytanie miało na celu rozdzielenie ankiet, które będą najbardziej przydatne do tego raportu. Uczestnicy, którzy nie pracują jeszcze jako opiekun medyczny nie zostali włączeni do dalszej analizy. Z pośród uczestników znacząca większość (115 osób) określiła się jako pracująca w zawodzie opiekuna medycznego. Wśród tych 60 zdobyło już dyplom, 21 jest w trakcie nauki a 3 mają dyplom innego zawodu opiekuńczego. Wyniki ilustruje poniższy wykres. Należy jednak zauważyć, że 3 osoby choć wskazały, że pracują jako OM w dalszych pytaniach informowały, że nie pracują.



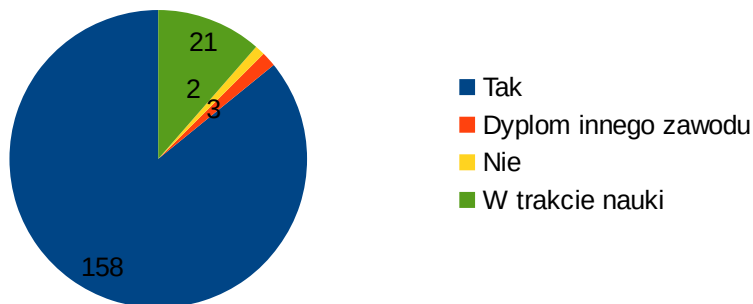
Wykres 4. Czy pracujesz jako opiekun medyczny? n=184

Interesowały nas też powody, dla których część z osób nie pracuje w wyuczonym zawodzie. Większość osób jako powód wskazała brak takiego stanowiska lub brak wolnych etatów w danej miejscowości (25 osób), 18 osób pracuje w innym zawodzie a 14 wciąż się uczy i nie może jeszcze podjąć pracy w zawodzie. Ankieterzy wskazywali jeszcze niskie zarobki (4 osoby), aktualne poszukiwanie pracy (3 osoby), jedna osoba zrezygnowała z pracy w zawodzie z powodu zniechęcenia po doświadczeniach z podopieczną. 4 osoby nie podały powodu.



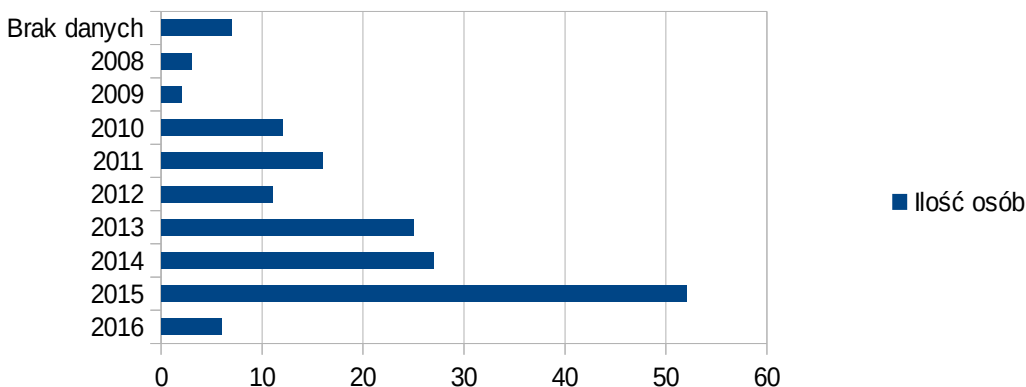
Wykres 5. Dlaczego nie pracujesz jako opiekun medyczny? n=34

W kolejnym pytaniu chcieliśmy sprawdzić ile z uczestników posiada już dyplom opiekuna medycznego. Znacząca większość (158 osób) ma już dyplom opiekuna medycznego lub jest w trakcie nauki (28). 2 osoby z 3, które mają dyplom innego zawodu poinformowały, że pracują jako opiekun medyczny.



Wykres 6. Czy posiadasz dyplom opiekuna medycznego? n=184

Najwięcej ankietowanych (52 osoby) otrzymało dyplom w ubiegłym roku. 7 osób nie podało tej informacji.

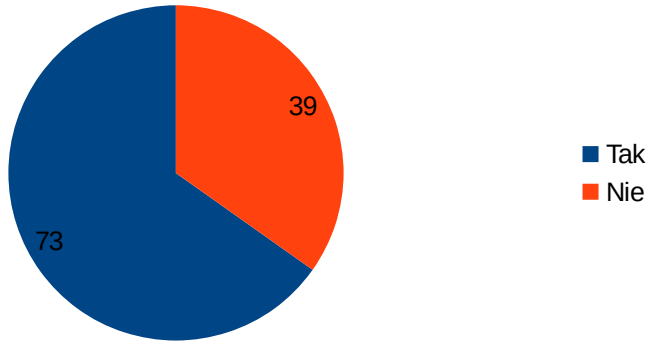


Wykres 7. Rok otrzymania dyplomu opiekuna medycznego. n=158

Powyższe pytania pozwalają lepiej nakreślić statystyczny obraz opiekuna medycznego w Polsce. Kolejnych 11 pytań dotyczyło obecnej sytuacji ankietowanych. Do dalszej analizy włączonych zostało 112 osób, które określiły się jako pracujące w zawodzie i które otrzymały już dyplom opiekuna medycznego.

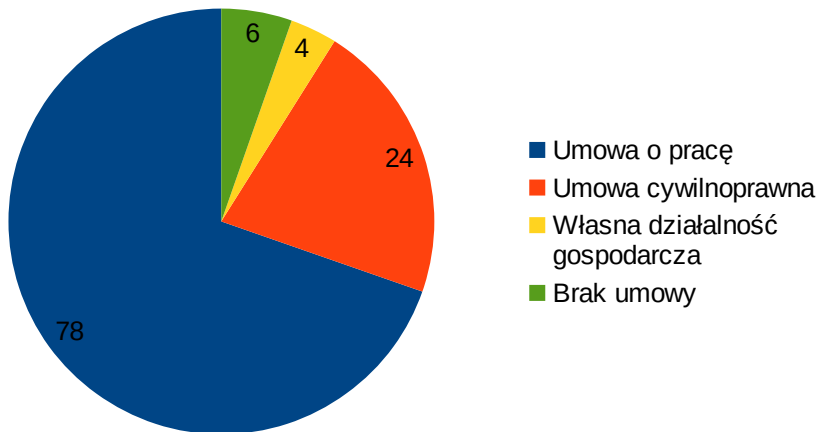
Sytuacja na rynku pracy i dalsza przyszłość

Pierwszym pytaniem, które było zadane w kolejnej grupie pytań było pytanie o to, czy ankietowani pracują w tej samej miejscowości, w której pracują. Większość osób pracuje w tej samej miejscowości (38 osób), chociaż nieznacznie mniej pracuje w innym mieście.



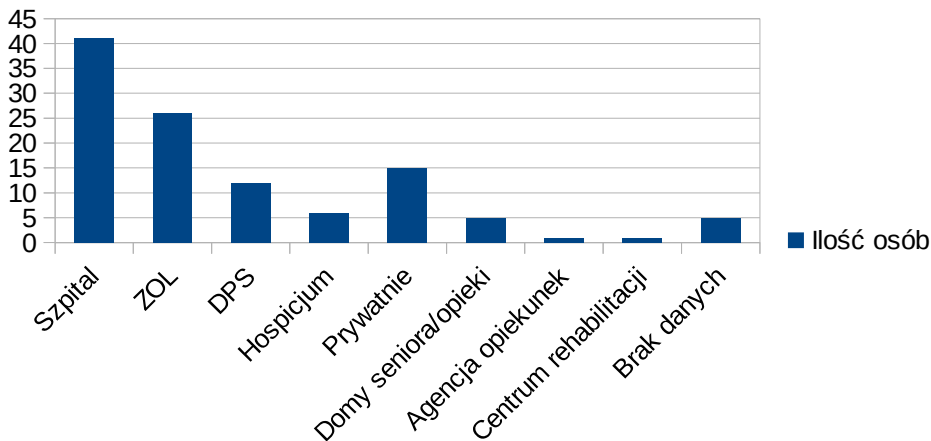
Wykres 8. Czy pracujesz w tej samej miejscowości w której mieszkasz? n=112

Kolejną kwestią, którą chcieliśmy sprawdzić w tej grupie pytań to warunki zatrudnienia. Na pytanie o rodzaj formy zatrudnienia większość osób odpowiedziała, że zawarta została z nimi umowa o pracę (78 osób). Tylko 6 osób nie miały żadnej formalnie zawartej umowy, jednak należy zauważyć, że 4 osoby pracowały w prywatnych domach, jedna nie podała placówki, a kolejna jest wolontariuszem. Co ciekawe 4 osoby prowadzą własną działalność gospodarczą, z czego 3 pracują w szpitalu a jedna w domu opieki. Umowy cywilnoprawne lub brak umowy przeważają w przypadku pracy w domach pacjenta. 5 osób (z 41) zatrudnionych jest w szpitalu na umowę cywilnoprawną a 4 (z 26) w ZOL. Wszystkie osoby zatrudnione w DPS pracują na podstawie umowy o pracę.



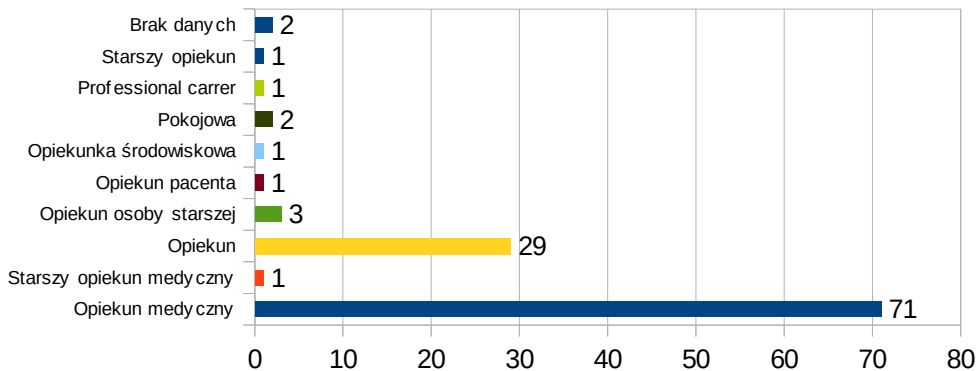
Wykres 9. Forma zatrudnienia. n=112

Istotnym pytaniem było również pytanie o miejsce pracy. Głównym miejscem pracy opiekuna medycznego miał być w założeniu szpital i placówki lecznicze. Wśród badanych ponad 1/3 pracuje w szpitalu (41 osób), a kolejne 26 osób pracuje w ZOL. Dokładne wyniki ilustruje poniższy wykres.



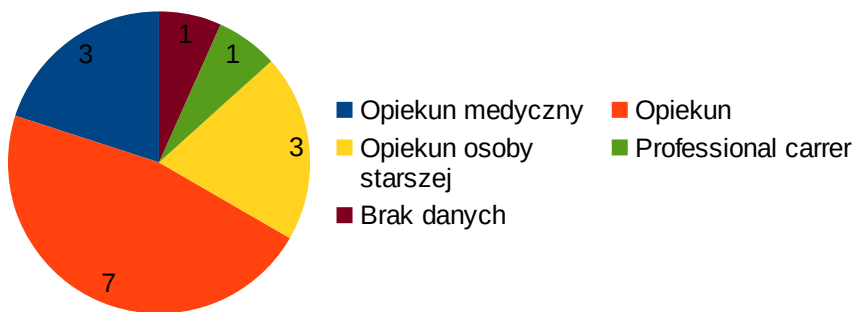
Wykres 10. Miejsce zatrudnienia. n=112

Pomimo, że wszystkie 112 osób wskazało, że pracuje jako opiekun medyczny chcieliśmy sprawdzić ile z nich faktycznie ma taki zawód wpisany na umowie. Miało to na celu określenie ilości osób, które pomimo wykonywania czynności typowych dla opiekuna medycznego, rzeczywiście pracują jako opiekun medyczny. Poniższy wykres przedstawia odpowiedzi ankietowanych.

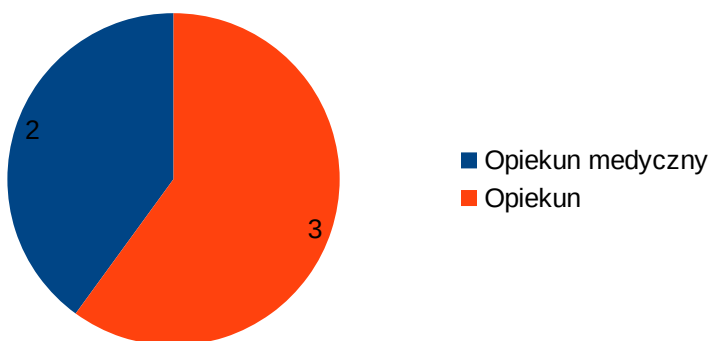


Wykres 11. Stanowisko zapisane w umowie. n=112

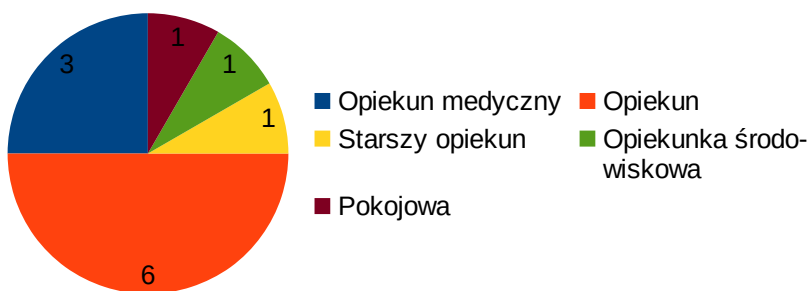
Jak widać znacząca większość (łącznie 72 osoby) podała, że w umowie jako stanowisko ma wpisane „opiekun medyczny” (w tym jedna osoba jako starszy OM), pozostałe osoby miały wpisane. Pokazuje to, że znacząca większość osób posiadających kwalifikacje OM jest zatrudniona na tym stanowisku, jednak nie wszyscy. Poniższe wykresy pokazują tytuły stanowisk na których pracują ankietowani w zależności od rodzaju placówki. Osoby (po jednej) zatrudnione w agencji opiekunek i centrum rehabilitacji pracują na stanowisku OM.



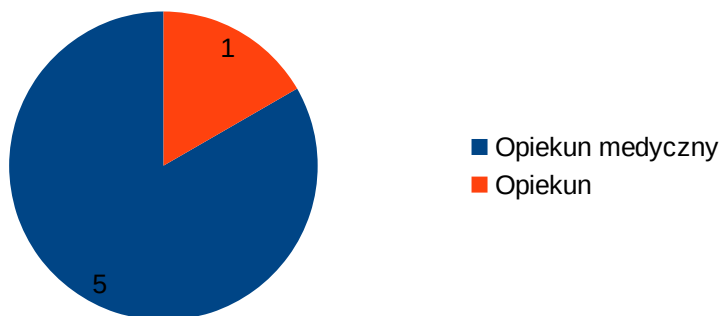
Wykres 12a. Stanowiska na jakich zatrudnione są osoby pracujące w prywatnych domach, n=15



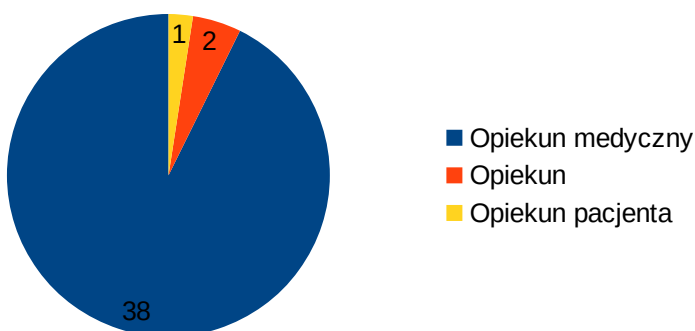
Wykres 12b. Stanowiska na jakich zatrudnione są osoby pracujące w domach seniora lub domach opieki, n=5



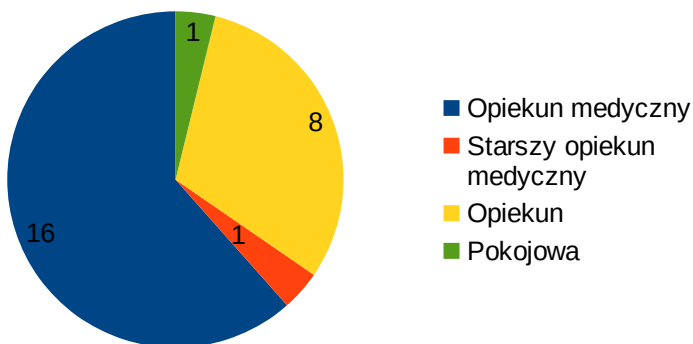
Wykres 12c. Stanowiska na jakich zatrudnione są osoby pracujące w DPS, n=12



Wykres 12d. Stanowiska na jakich zatrudnione są osoby pracujące w hospicjum, n=6

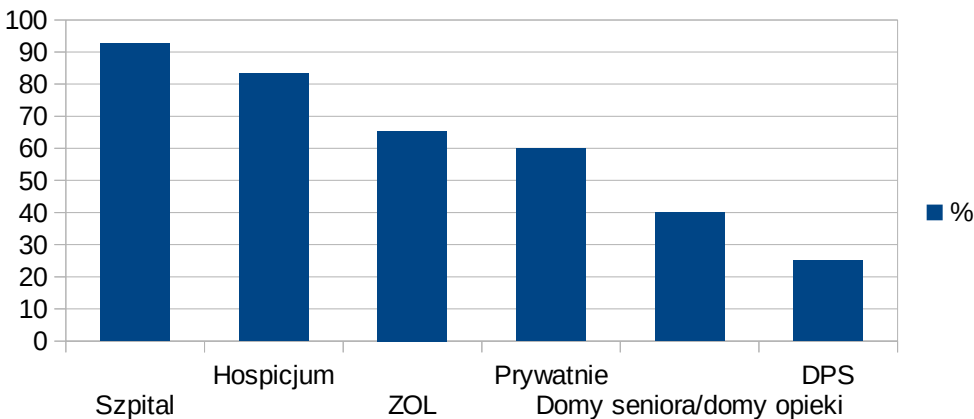


Wykres 12e. Stanowiska na jakich zatrudnione są osoby pracujące w szpitalach n=41



Wykres 12a. Stanowiska na jakich zatrudnione są osoby pracujące w ZOL, n=26

Jeśli chodzi o osoby, które zatrudnione były na stanowisku opiekuna medycznego, to ponownie większość stanowiły osoby zatrudnione w szpitalu (38 osób – ponad połowa wszystkich osób zatrudnionych na stanowisku OM).



Wykres 13. Odsetek ankietowanych, którzy na umowie mają wpisane stanowisko opiekuna medycznego w porównaniu do ankietowanych, którzy określili, że pracują jako opiekun medyczny. n=68

Kolejne dwa pytania dotyczyły zakresu obowiązków zapisanych w umowie i faktycznie wykonywanych. Ankietowani mogli opisać dowolnie jakie zadania należą do ich zakresu obowiązków zgodnie z umową, chociaż 2 osoby nie mają wpisanego zakresu obowiązków w umowie. Jak pokazała dalsza analiza zakres obowiązków wpisany w umowie jest praktycznie taki sam jak podstawa programowa i zakres obowiązków opiekuna medycznego. Istnieją jednak niewielkie różnice pomiędzy szpitalami a DPS, hospicjum czy ZOL.

W przypadku szpitali zakres obowiązków zapisanych jest raczej zgodny z zakresem obowiązków które powinien wykonywać opiekun medyczny, jednak jedna osoba opisała, że dodatkowo podaje tlen i wykonuje wlewy co powinno być wykonywane tylko przez pielęgniarkę, kolejna 4 osoby odłączają i podłączają kroplówki (w tym jedna wykonuje też lewatywy, kolejna zlewa redon i dreny), co pokazuje że zdarza się wykonywanie czynności wykraczających poza zakres kompetencji OM. Tylko jedna osoba podaje, że dodatkowo w zakresie jej obowiązków jest dodatkowo sprzątanie.

Jeśli chodzi o ZOL-e i hospicjum to nie zdarzały się przypadki czynności wykraczających poza zakres kompetencji OM, jednak 4 osoby pracujące w ZOL-ach poinformowały, że mają dodatkowo w zakresie czynności sprzątanie (jedna z tych osób była zatrudniona jako pokojowa i dodatkowo poza sprzątaniem pomaga pielęgniarce), także jedna osoba pracująca w hospicjum w razie braku salowej przejmuje jej obowiązki.

Większość osób zatrudnionych (9 z 12) w DPS ma dodatkowo w zakresie obowiązków sprzątanie oddziału (wśród 3 osób zatrudnionych na etacie OM tylko jedna nie musiała tego robić). W przypadku pracy prywatnie w domach podopiecznych zakres jest bardzo zróżnicowany i zależy od tego, na co dana osoba umówiła się z podopiecznym lub jego rodziną.

Zapytaliśmy również o pracę netto („na rękę”) za pełen etat. Ankietowani zostali poproszeni o wpisanie kwoty netto, którą otrzymują miesięcznie za pełen etat lub jeśli są zatrudnieni w innym wymiarze to w przeliczeniu na pełen etat. Część osób podała kwoty brutto, które zostały przeliczone na kwotę netto, część wpisała stawkę godzinową, która została przeliczona do kwoty, którą otrzymali by na pełen etat (średnio jest to 168 godzin miesięcznie). Odpowiedzi przedstawia poniższa tabela.

Rodzaj placówki	Średnia zarobków	Minimalna kwota	Maksymalna
Szpital	1459	1036	2362
ZOL	1490	1057	2362
Hospicjum	1610	1300	1800
DPS	1562	1200	1900
Dom seniora/dom opieki	1668	725	2900
Centrum rehabilitacji	1525 -	-	
Agencja opiekunek	1822 -	-	
Prywatnie	3285	1176	5600
Ogólnie	1759	725	5600

Tabela 2a. Zarobki ankietowanych.

Należy jednak zauważyć, że aż 11 osób pracujących na umowę o pracę podało jako zarobki kwotę poniżej pensji minimalnej (ok. 1280 zł netto w 2015 roku). W związku z tym ponownie przeliczyliśmy zarobki podnosząc tych 11 wskazań, tak by uwzględnić zarobki, które są zgodne z prawem. Należy również zauważyć, że zarobki prywatne w ponad połowie (9 z 15) dotyczyły zarobków za granicą i w poniższej tabeli uwzględnione są tylko zarobki w Polsce.

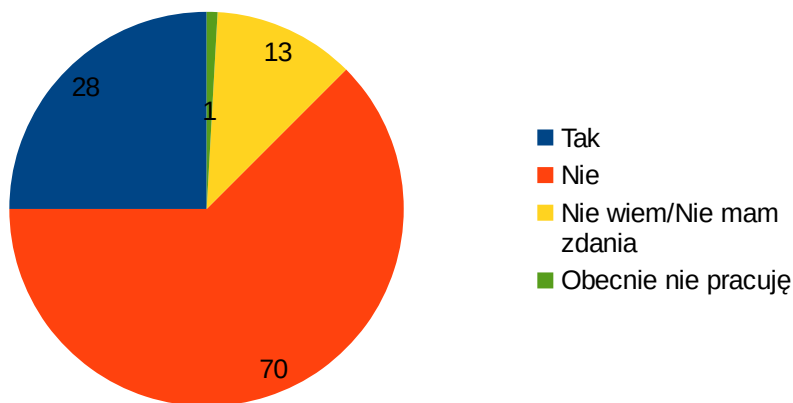
Rodzaj placówki	Średnia zarobków	Minimalna kwota	Maksymalna
Szpital	1470	1280	2362
ZOL	1509	1057	2362
Hospicjum	1610	1300	1800
DPS	1568	1280	1900
Dom seniora/dom opieki	1668	725	2900
Centrum rehabilitacji	1525 -	-	
Agencja opiekunek	1822 -	-	
Prywatnie	1531	1176	1850
Ogólnie	1520	725	2900

Tabela 2b. Zarobki ankietowanych po przeliczeniu kwot poniżej pensji minimalnej do minimalnej.

Rodzaj placówki	Umowa o pracę	Umowa cywilnoprawna	Własna działalność
Szpital	1463	1470	1801
ZOL	1455	1509	2362
Hospicjum	1619	-	-
DPS	1568	-	-
Dom seniora/dom opieki	1517	1202	2900
Centrum rehabilitacji	-	1525	-
Agencja opiekunek	-	1822	-
Prywatnie	1300	1508	-

Tabela 2c. Średnie zarobki ankietowanych w zależności od rodzaju umowy.

Większość osób nie czuje się docenionych jako pracownik (70 osób), tylko 28 osób czuje się docenionych przez pracodawcę.



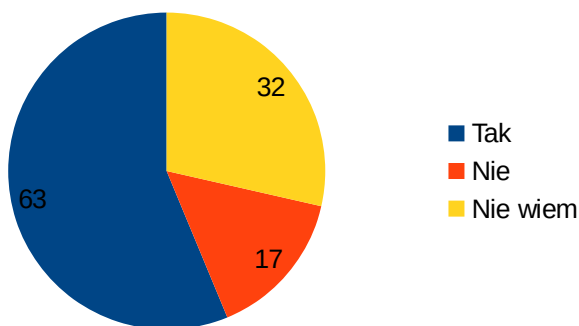
Wykres 14. Czy czujesz się doceniony przez pracodawcę? n=12

Większość pracodawców nie wprowadziła systemu motywacyjnego dla swoich pracowników. Tylko 13 osób korzysta z jakiegokolwiek systemu motywacyjnego a u 10 osób jest to tworzone, w porównaniu z 86 osobami, które takiej możliwości nie mają.

Większość ankietowanych podało, że pracodawca nie umożliwiał im dalszego kształcenia (67 odpowiedziało, że nie zostało im to umożliwione przez pracodawcę). Znacznie mniej osób stwierdziło, że pracodawca daje taką możliwość, ale nie mieli takiej potrzeby (13 osób). W przypadku 31 osób pracodawca umożliwiał dalsze kształcenie. Umożliwianie dalszego kształcenia polegało najczęściej na dostosowaniu grafiku by umożliwić pracownikowi kształcenie (15 osób), 9 pracodawców organizuje szkolenia we własnym zakresie, a jeden pracodawca dofinansował kursy. 6 osób nie podało żadnej informacji. Jedna osoba wybrała opcję „obecnie nie pracuję”.

Jeśli chodzi o uczestnictwo w szkoleniu to 86 osób nie uczestniczyło w 2015 roku w szkoleniach dla opiekunów medycznych. Większość uważa, że nie ma takich szkoleń (55 osób), 4 osoby nie czuły takiej potrzeby, 2 osoby nie miały czasu na dokończanie się, 3 osoby dopiero rozpoczęły pracę, jedna rozpoczęła szkołę OM. 21 osób nie podało powodu. 25 osób brało udział w szkoleniach w ostatnim roku, najczęściej były to szkolenia z zakresu pierwszej pomocy (8 osób), BHP (4 osoby), szkolenia wewnętrzne (4 osoby), a także profilaktyki przeciwoleżynowej (4). Szkolenia dotyczyły także pielęgnacji (3), pracy z wymagającym pacjentem (2), żywienia (2), opieki długoterminowej (1), mycia rąk (1) a także ochrony danych osobowych (1).

Większość ankietowanych (63 osoby) zamierza uczestniczyć w szkoleniach poszerzających wiedzę w przyszłym roku, chociaż duża grupa nie jest jeszcze zdecydowana (32). Tylko 17 osób nie planuje tego.



Wykres 15. Czy planujesz w najbliższym roku uczestniczenie w szkoleniu dodatkowym? n=112

Większość ankietowanych (95 ze 112 osób) nie jest członkiem żadnego stowarzyszenia lub grupy nieformalnej zrzeszającej opiekunów medycznych (17 osób jest członkiem takiej organizacji, wskazując głównie grupy na portalach społecznościowych). Co interesujące aż 8 osób nie była by zainteresowana włączeniem się w struktury takiej grupy (nawet jeśli było by to bierne członkostwo), głównie z powodu braku zainteresowania i czasu na to.

Zapytaliśmy również jakiego rodzaju wsparcie ze strony organizacji pozarządowych było by najważniejsze i z jakich ankietowani by najchętniej skorzystali. W tym pytaniu każdy mógł pozostawić dowolny komentarz, opisując to, co dla niego jest najważniejsze. Dla większości (35) osób najważniejszą kwestią w jakiej powinna wspierać je organizacja pozarządowa jest kwestia warunków pracy – zwiększenie wynagrodzenia, stabilna sytuacja zatrudnienia i umowa o pracę. Kolejną kwestią są szkolenia dla opiekunów medycznych (24) jak również promocja zawodu OM (18). Wśród wskazanych inicjatyw była też pomoc prawna (4 osoby) i specjalistów (1), zatrudnianie OM (4) a także zrzeszanie OM (8) i wpieranie ich w różny sposób (2 osoby). Po 8 osób nie wie w jaki sposób organizacje pozarządowe mogły by ich wspierać i nie wskazało odpowiedzi.

Rodzaj inicjatyw	Ilość osób
Poprawa warunków zatrudnienia	35
Szkolenia	24
Promocja zawodu OM	18
Pomoc prawna	4
Pomoc specjalistów	1
Zatrudnianie OM	4
Zrzeszanie OM	8
Wspieranie OM	2
Nie wiem	8
Brak danych	8

Tabela 3. Rodzaj inicjatyw z których chcieli by korzystać opiekunowie medyczni. n=112

Dyskusja wyników

Na wstępie chcielibyśmy zastrzec, że z powodu niewielkiej ilości ankietowanych grupa ankietowana nie może zostać uznana za reprezentatywną. Dalsza interpretacja będzie dotyczyła tylko i wyłącznie ankietowanej grupy. Wyniki raportu mogą być przydatne dla organizacji pozarządowych, które kierują swoją ofertą dla opiekunów medycznych. Raport z założenia ma być cykliczną inicjatywą, która pozwoli określić kierunek zmian. Zastanawiające jest, że spośród dużej grupy do której dotarliśmy z informacją o ankiecie, tylko niewielka część zdecydowała się wypełnić ankietę. Niektórzy jako powód wskazywali brak wiary w to, czy to coś zmieni. Ankieta sama w sobie nie ma zmieniać nic, a nakreślić obraz opiekunów medycznych w Polsce, jak również sprawdzić co się z nimi dzieje po zakończeniu edukacji i stanowić punkt zaczepienia w ewentualnych dyskusjach i próbach zmiany, jednak bez uczestnictwa większej grupy nie można nakreślić pełnego obrazu sytuacji opiekunów medycznych.

Większość osób (63%) określiło się jako pracujących jako opiekun medyczny, z czego taki sam odsetek miał rzeczywiście wpisane w umowie stanowisko opiekuna medycznego. Jest to o tyle ciekawe, że część osób utożsamia stanowiska takie jak opiekun czy opiekunka osoby starszej z opiekunem medycznym, chociaż nie są to takie same zawody i różnią się. Stanowisko opiekuna medycznego najczęstsze było w szpitalach, ZOL-ach i hospicjach, co nie dziwi, gdyż to te placówki powinny być głównym miejscem zatrudnienia i prawie 2/3 ankietowanych pracują w tych placówkach. To pokazuje również, że szpitale które zatrudniają absolwentów są bardziej świadome istnienia takiego zawodu i jego przeznaczenia.

Jeśli chodzi o powody dla których ankietowani nie pracują w zawodzie opiekuna medycznego to głównym powodem był brak takiego stanowiska, praca w innym zawodzie lub też trwająca nauka która zakończy się zdobyciem dyplomu opiekuna medycznego.

Jak pokazały wyniki część z uprawnieniami opiekuna medycznego pracuje w innym miejscu niż szpital. Zgodnie z założeniami programowymi opiekun medyczny to zupełnie inny zawód niż opiekun w DPS czy asystent osoby niepełnosprawnej i z tego powodu miejsce pracy i zakres obowiązków powinny być różne. Jak opisali ankietowani tylko w przypadku jednej osoby pracującej w szpitalu zakres obowiązków zwiększony był o obowiązki salowej, chociaż aż 5 osób wykonuje czynności, które wykraczają poza zakres kompetencji OM i powinny być wykonywane tylko przez pielęgniarkę. W pozostałych placówkach znacznie więcej osób miało zwiększony zakres obowiązków o aktywizację podopiecznego w ramach terapii zajęciowej (co powinno być wykonywane przez terapeutę zajęciowego lub opiekuna w DPS) lub sprzątanie różnych pomieszczeń w placówce.

Co cieszy najbardziej to fakt, że większość osób zatrudniona jest na umowę o pracę. Brak jakiegokolwiek umowy był tylko w przypadku osób pracujących prywatnie i podyktowany był prawdopodobnie względami czysto ekonomicznymi. Jeśli chodzi o zarobki to zgodnie z odpowiedziami średni dochód netto ankietowanych wynosi 1520 zł, po wyłączeniu osób pracujących za granicą i podniesieniu i mieszczą się w zakresie od 725 złotych do 2900 złotych.

Około 60% osób nie czuje się doceniona jako pracownik, co ma też związek z tym, że tylko 10% osób korzysta z jakiegokolwiek systemu uznaniowego/motywacyjnego. Znacząca większość (77%) w ubiegłym roku nie uczestniczyła w szkoleniach prowadzonych przez pracodawcę, ale ponad połowa planuje uczestnictwo w szkoleniach w tym roku. Jako, że jest to jeden z zawodów szczególnie narażony na wypalenie zawodowe, to dalsze zdobywanie wiedzy może znacząco wpłynąć na przeciwdziałanie wypaleniu. Głównym powodem dla którego osoby nie uczestniczą w szkoleniach jest brak szkoleń w najbliższej okolicy lub brak informacji o takich szkoleniach. Jak pokazuje nasza dotychczasowa działalność portalu dotarcie do informacji o szkoleniach dla opiekunów jest bardzo czasochłonne i niezwykle trudne.

Bardzo ciekawiła nas chęć zjednoczenia się opiekunów medycznych w ramach stowarzyszeń/fundacji/grup nieformalnych. Chociaż większość osób w tym momencie nie jest członkiem NGO lub grupy nieformalnej to większość (63%) wyraża zainteresowanie włączeniem się w struktury takiej organizacji, nawet jeśli było by to tylko bierne członkostwo, a 22% ankietowanych zastanawia się nad tym, tylko 7% (8 osób) nie jest tym zainteresowana. Jeśli chodzi o inicjatywy, którymi ankietowani byli by najbardziej zainteresowani to przede wszystkim były to: poprawa warunków zatrudnienia (finanse, normy zatrudnienia itp.), szkolenia dla OM oraz promocja zawodu. Pojawiły się też propozycje tworzenia miejsc pracy dla OM, zrzeszania OM (stowarzyszenia, izby itp.), pomoc prawna i pomoc innych specjalistów, a także wspieranie OM w różnych sytuacjach.

Wyniki ankiety pokazują, że chociaż zwiększa się świadomość istnienia zawodu opiekuna medycznego to jeszcze daleka droga do tego, by przyjął on kształt zgodny z pierwotnymi założeniami. Jak zauważają ankietowani wielu pracuje w innym miejscu niż szpital, niektórzy z nich przejmują obowiązki innych zawodów. Większość opiekunów medycznych jest zainteresowana pomocą organizacji pozarządowych, jednak obecnie mają do nich ograniczony dostęp.

Dietoprofilaktyka i prawidłowe żywienie

– wybrane zagadnienia

mgr inż. Renata Cichocka

Czym jest żywność? W prawie Unii Europejskiej definicja żywności została podana w Rozporządzeniu Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r.

*Żywność oznacza jakiegokolwiek **substancje** lub **produkty, przetworzone, częściowo przetworzone** lub **nieprzetworzone**, przeznaczone do spożycia przez ludzi, lub których spożycia przez ludzi można się spodziewać.*

Żywność można podzielić na:

- **żywność nieprzetworzoną** – przeznaczona do bezpośredniego spożycia w postaci naturalnej, np. [warzywa](#), [owoce](#), [zioła](#) itp.
- **żywność przetworzoną** – najczęściej [konserwowana](#) i w postaci nienaturalnej, np. konserwy, [dżemy](#), przetwory itd.

Co zawiera żywność?

- Składniki odżywcze - węglowodany, białka, tłuszcze
- Składniki mineralne- makro- i mikroelementy, witaminy

10 zasad zdrowego żywienia

1. Spożywanie regularne posiłków (4-5 posiłków co 3-4 h)
2. Warzywa i owoce spożywać jak najczęściej w jak największych ilościach. Właściwe proporcje 3/4 warzyw i 1/4 owoców.
3. Spożywanie produktów zbożowych zwłaszcza pełnoziarnistych.
4. Codziennie spożywać 2 szklanki mleka. Można je zastąpić jogurtem, kefirem.
5. Spożywanie mięsa w ograniczonych ilościach. Zastąpić je można rybami, jajami, nasionami roślin strączkowych.
6. Ograniczenie tłuszczów zwierzęcych na koszt tłuszczów roślinnych
7. Ograniczenie spożycia cukru i słodczy zastępując je owocami i orzechami.
8. Unikanie słonych potraw. Potrawy należy dosalać jak najmniej, zalecane przyprawianie ziołami.
9. Spożywaj min. 2l wody dziennie.
10. Unikaj spożycia alkoholu.

Dietoprolaktyka nadwagi i otyłości

Dietoprofilaktyka ma na celu dbałość o właściwie zbilansowaną dietę, która jest istotnym czynnikiem w profilaktyce wielu chorób.

Nadwaga i otyłość jest jedną z chorób cywilizacyjnych. Polega na gromadzeniu nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej niż faktyczne zapotrzebowanie organizmu.

Przyczyn otyłości jest wiele m.in.: czynniki genetyczne, pozagenetyczne, farmakologiczne (niektóre leki), środowiskowe (mała aktywność fizyczna), psychologiczne, ale najważniejszą przyczyną jest nadmierna podaż energii z pożywienia.

Otyłość i nadwagę określa się za pomocą pomiaru masy ciała oraz wyliczeniu współczynnika **BMI** i **WHR** (stosunek obwodu talii do obwodu bioder). Wartość współczynnika BMI odzwierciedla zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie: nadwaga zaczyna się przy współczynniku BMI od 25 do 30, a otyłość powyżej wartości 30.

BMI:

- wartość prawidłowa 19-25
- nadwaga 25-30
- otyłość >30
- skrajna otyłość >40

Wskaźnik **WHR** pozwala na określenie typu otyłości; czy mamy do czynienia z otyłością brzuszną (andrioidalną) czy pośladkowo-udową (gynoidalną).

WHR:

- wartość prawidłowa dla mężczyzn – 0,9
- wartość prawidłowa dla kobiet – 0,7

Leczenie otyłości niekiedy jest bardzo złożonym procesem mającym na celu nie tylko zredukowanie nadmiernej masy tkanki tłuszczowej, ale również nauczeniu prawidłowych nawyków żywieniowych. Bardzo często z leczeniem otyłości wiąże się całkowita zmiana stylu życia.

Dieta jako najważniejsze narzędzie w walce z otyłością i nadwagą ma na celu zmniejszenie wartości energetycznej spożywanych produktów w ciągu doby, poprzez ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych, produktów bogatych w cukry proste oraz zwiększenie podaży błonnika pokarmowego.

Ustalając dietę ubogoenergetyczną należy brać pod uwagę indywidualnie stan każdego pacjenta tzn. stopień otyłości lub nadwagi, towarzyszące jednostki chorobowe, dotychczasową wartość energetyczną diety osoby oraz aktywność fizyczną.

Z reguły wykorzystuje się dietę o wartości 1500-1000 kcal. Instytut Żywności i Żywienia nie zaleca diety poniżej 1000 kcal, ze względu na duże prawdopodobieństwo niedoborów składników odżywczych.

Dieta powinna składać się z **5 posiłków dziennie, o stałych porach.**

Węglowodany w takiej diecie powinny stanowić **55-65%** dziennej racji pokarmowej, **tłuszcze** nie więcej niż **30%**, **białka 10-15%** oraz min. **35 g błonnika** pokarmowego.

W diecie o zredukowanej energetyczności ważny jest również sposób przygotowania potraw tzn. zalecane jest gotowanie w tym gotowanie na parze, grillowanie oraz pieczenie. Techniki te pozwalają na ograniczenie dodatku tłuszczu do potraw oraz zachowaniu ich wartości odżywczych. W profilaktyce i leczeniu nadwagi i otyłości niezbędna jest aktywność fizyczna min. 30 min dziennie.

Składnik pokarmowe, a reakcja z lekami

Niektóre składniki pokarmowe mogą wpływać na to, jak lek jest wchłaniany do organizmu. Przed zastosowaniem każdego leku należy zapoznać się z ulotką, która zawiera informacje na temat możliwych interakcji ze składnikami pokarmowymi jak i innymi lekami.

Składnik żywności	Lek
Błonnik pokarmowy	Leki antydepresyjne (np. Amitryptylina)
Wapń (Mleko, produkty mleczne)	Tetracyklina, fluorochinolony

Tabela 1. Wpływ składników pokarmowych na zmniejszenie wchłaniania niektórych leków

Składnik żywności	Lek
Tłuszcz pokarmowy	Preparaty teofiliny (np. Euphyllin)

Tabela 2. Wpływ składników pokarmowych na zwiększenie wchłaniania niektórych leków

Zalecenia przy przyjmowaniu leków:

- **Zawsze czytaj ulotkę dołączoną do leku.** Jeśli czegoś nie rozumiesz, zapytaj lekarza lub farmaceutę,
- **Popijaj leki wodą** (pełną szklanką). Herbata, kawa, mleko mogą zmniejszać wchłanianie leku. Sok grejpfrutowy zaburza metabolizm leku w organizmie,
- **Nie mieszaj leku z posiłkiem ani nie zażywaj go tuż przed, w trakcie lub tuż po jedzeniu** (chyba że zaleci to lekarz), ponieważ może to zmienić działanie leku,
- **Nie mieszaj w gorącym napoju leku**, gdyż wysoka temperatura może zmniejszyć jego skuteczność,
- **Jeśli posiłek zaburza działanie leku**, najlepiej jest go zażyć 1-2 godz. przed lub 2 godz. po posiłku,
- **Nie zażywaj preparatów witaminowo-mineralnych w tym samym czasie co leki**, ponieważ mogą one zaburzać ich wchłanianie,
- **Nigdy nie zażywaj leków razem z napojami alkoholowymi.**

Bibliografia:

Górecka D., Otyłość i nadwaga. Cz. I. Problem współczesnej cywilizacji. Przemysł Spożywczy 2012 | T. 66, nr 12 | 16-20

Jaros, M. (red). 2008. *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia

<http://www.izz.waw.pl/pl/choroby-zywieniowozalezne>

<http://www.izz.waw.pl/pl/interakcje-lekow-z-ywnoci>

Rozporządzenie Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r.

Komunikacja z pacjentami i współpracownikami

mgr Bartosz Mikołajczyk

Komunikacja to złożony proces podczas którego przekazujemy innym osobom różnego rodzaju komunikaty. W związku z tym, że przekazywane są informacje musi być zarówno nadawca (osoba, która przekazuje te informacje) jak również odbiorca (osoba, do której kierowane są komunikaty), podczas procesu soby te mogą zarówno zmieniać swoje role, tak by każda osoba była jednocześnie nadawcą i odbiorcą lub też każda ma przypisana rolę i nie zmienia jej w procesie komunikacji.

Komunikację możemy podzielić na:

- **werbalną** – czyli wszystko to, czego źródłem jest język mówiony. Komunikacja werbalna obejmuje nie tylko to co mówimy (treść wypowiedzi) ale również w jaki sposób (akcentowanie, ton głosu, płynność itd.) wypowiadamy ten komunikat. W przypadku sprzecznych sygnałów (np. pozytywna treść wypowiedziana przez zdenerwowaną osobę) może być to źródłem trudności w komunikacji.
- **niewerbalną** – czyli to w jaki sposób możemy okazywać swój stan czy emocje w sposób inny niż słowem. Może to obejmować postawę ciała, mimikę, odległość od rozmówcy, ubiór, komunikaty pisane itd.

Najczęściej w przypadku komunikacji interpersonalnej obie formy komunikacji są ze sobą połączone. Rozmówca nie tylko słyszy co i jak mówimy ale również może obserwować nasze zachowanie. Oczywiście zdarzają się sytuację w których wykorzystujemy tylko jeden rodzaj komunikacji, chociażby podczas rozmowy telefonicznej (dlatego warto zwrócić w jaki sposób mówimy) czy podczas rozmowy e-mailowej (ponownie świadomość tego, że sama treść nie jest jedyną formą przekazywania informacji może ułatwić przekazanie informacji we właściwy sposób).

Jak już wspomniałem zdarza się, że tylko jedna osoba jest nadawcą a druga odbiorcą. W przypadku rozmowy z drugą osobą najczęściej rozmowa jest dwustronna (dwukierunkowa) – obie osoby wypowiadają komunikat i czekają (lub nie) na odpowiedź drugiej osoby. Zdarza się jednak, że musimy wykorzystać komunikację jednostronną (jednokierunkową) i tylko nadać komunikat. Takimi sytuacjami mogą być chociażby przekazywanie zadań do wykonania, przekazywanie pielęgniarce lub lekarzowi informacji na temat stanu zdrowia pacjenta czy instruktaz pacjenta odnośnie zaspokajania podstawowych potrzeb bio-psycho-społecznych.

Komunikacja jednostronna często ułatwia przekazanie informacji – redukuje długość trwania procesu komunikacji. Taki rodzaj komunikacji nie pozwala jednak na otrzymanie informacji zwrotnej od drugiej osoby (w końcu ona tylko odbiera komunikaty, sama nie nadaje żadnego). Często więc chociaż korzystamy z formy jednostronnej komunikacji to warto pod koniec procesu komunikowania zwrócić uwagę, czy odbiorca odebrał i zrozumiał komunikat w odpowiedni sposób.

Proces komunikacji zachodzi wtedy gdy jedna osoba nadaje komunikat, a druga go odbiera (i odwrotnie). Nie zawsze jednak jest tak, że osoba odebrała komunikat w taki sposób, jak oczekiwał tego nadawca. Gdy chcemy się porozumieć najpierw pojawia się myśl, która jest podstawą utworzenia komunikatu. Następnie komunikat ten musi zostać zakodowany (odpowiednio sformułowany werbalnie lub w inny sposób przekazany drugiej osobie). Następnie druga osoba musi odebrać komunikat i odpowiednio go odkodować i przetworzyć.

Podczas tego procesu mogą się pojawić różnego rodzaju zakłócenia (szумы), które spowodują, że nadany komunikat odebrany zostanie inaczej niż tego oczekiwał nadawca. W przypadku komunikacji dwustronnej można to dość szybko zweryfikować, bo druga osoba jest aktywnie włączona w proces komunikacji i można szybko wyjaśnić niejasności. Komunikacja jednostronna nie zostawia możliwości weryfikacji jak został odebrany komunikat. Wśród zakłóceń, szumów i barier można wymienić:

- zakłócenia zewnętrzne – np. zbyt duże natężenie hałasu uniemożliwiające właściwą komunikację,
- różnice kulturowe, powodujące możliwość nadania innego znaczenia komunikatowi,
- stereotypy, które mogą wpłynąć na nastawienie odbiorcy/nadawcy,
- prowadzenie jednocześnie innej rozmowy – zbyt duża ilość jednoczesnych wątków może utrudnić prowadzenie rozmowy,
- niespójność komunikatów – gdy komunikat werbalny jest zupełnie inny niż komunikaty niewerbalne,
- kontekst sytuacji – dodatkowe znaczenie zostaje nadane komunikatowi również to, w jakich okolicznościach został nadany,
- niedopasowanie wypowiedzi do odbiorcy – np. poprzez używanie specjalistycznego słownictwa w rozmowie z osobą, która nie jest biegła w temacie,
- nastawienie odbiorcy lub nadawcy – które może powodować, że nadajemy dodatkowe znaczenie komunikatowi,
- różnego rodzaju choroby/zaburzenia – powodujące nie tylko problemy chociażby ze słuchem, ale również zaburzenia osobowości.

Barier komunikacyjnych jest znacznie więcej i często nie uświadamiamy sobie, że istnieją w komunikacji i wpływają na to w jaki sposób nadajemy lub odbieramy komunikaty. Warto podczas rozmowy z drugą osobą zwrócić większą uwagę na to co się dzieje wokół, co może się kryć za tym dlaczego w taki sposób mówimy, dlaczego druga osoba nie odebrała komunikatu w taki sposób w jaki chcieliśmy czy na pewno to jest odpowiedni moment na komunikację.

W rozmowie z współpracownikami i pacjentami świadomość tego jak wpłynąć na poprawę komunikacji i co wpływa na nią jest szczególnie ważne, jako że bardzo często pacjenci to osoby starsze lub niepełnosprawne u których choroba może dodatkowo utrudniać komunikację, jak również sprawna komunikacja w zespole ułatwia współpracę.

Opiekun medyczny jest częścią zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Z jednej strony ma pewną niezależność w wykonywaniu działań, z drugiej strony powinien współpracować z pielęgniarką i lekarzem i na ich zlecenie wykonywać niektóre czynności. Jako zespół każda osoba powinna współpracować i starać się efektywnie rozwiązywać konflikty. Jednak czasem tak się nie dzieje. Przyczyn może być wiele, jedną z nich może być brak efektywnej komunikacji w zespole.

Efektywna komunikacja z jednej strony skraca czas wykonania zadania – komunikaty powinny być zrozumiałe dla odbiorcy, należy upewnić się, że komunikat został odebrany w odpowiedni sposób – dzięki czemu zmniejsza się ryzyko, że z powodu zakłóceń w procesie komunikacji doszło do błędnego wykonania zadania (co w przypadku pracy z pacjentami ma szczególne znaczenie, gdyż może decydować o ich stanie zdrowia i długości leczenia). Z drugiej strony ułatwia współpracę – gdy wiadomo jakie są oczekiwania i jak mamy to wykonać, łatwiej jest podjąć się zadania. Określanie konkretnych celów i metod ich osiągnięcia, a także kto jest za nie odpowiedzialny jest kolejnym krokiem, który może ułatwić komunikację.

Zespołem opiekunów medycznych zarządza najczęściej pielęgniarka lub starszy opiekun medyczny (choć to może być rzadziej stosowane z powodów organizacyjnych). To tym osobom należy raportować różnego rodzaju problemy w zespole, niewykonane zadania, te osoby są również od tego, by odpowiednio kierować zespołem, aby uniknąć sytuacji konfliktowych. W przypadku starszego opiekuna medycznego, który jest odpowiedzialny za zarządzanie zespołem poza efektywną komunikacją warto zwrócić uwagę na inne kwestie takie jak motywacja, współpraca, rywalizacja, indywidualizm i różnice indywidualne, rozwiązywanie konfliktów, zaufanie, tożsamość grupowa, cele grupy czy radzenie sobie ze stresem. Dzięki temu można znacznie łatwiej zbudować zespół, w którym każdy czuje się dobrze a jednocześnie praca wykonywana w odpowiedni sposób.

Bibliografia:

Strelau, J. (red.). (2007). *Psychologia podręcznik akademicki. Tom 2*, Gdańsk: GWP;

Argyle, M. (2002). *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa: PWN;

Sterwrt, J. (red.). (2006). *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, Warszawa: PWN

Etyka zawodu opiekuna medycznego

– przyczynek do dyskusji

Krzysztof Tłoczek

Zanim rozpocznie się dyskusję nad tym, czym jest etyka zawodu opiekuna medycznego, warto przypomnieć, czym etyka jest a czym nie jest, a przede wszystkim wskazać różnicę między etyką a moralnością.

Etyka (zwana niekiedy filozofią moralną) z definicji, to dział filozofii, który bada moralność i tworzy określone systemy myślowe, z których można wyprowadzać zasady moralne. A zatem w odróżnieniu od moralności, etyka to nie zbiór zasad w formie nakazów lub zakazów, a raczej określone teorie, z których można takie zasady wywieść.

Bardziej szczegółową dziedziną etyki jest etyka zawodowa, która bada normy postępowania poszczególnych grup zawodowych, pełniąc funkcję normatywną wskazując drogi postępowania, formułując kryteria oceny i uzasadnienie dla konkretnych działań zawodowych.

W przypadku zawodu opiekuna medycznego etyka zawodowa w dużej mierze pokrywać będzie się z pokrewnymi mu zawodami opiekuńczymi (np. Opiekunka środowiskowa) czy medycznymi (np. Pielęgniarka) a w niektórych aspektach łączyć obie te grupy.

W większości zawodów odnaleźć możemy mniej lub bardziej złożony kodeks etyczny. Rolą jego jest nie tylko zwrócenie uwagi wykonujących dany zawód na zagadnienia etyczne, ale także stanowienie swoistego źródła, do którego można odwołać się w przypadku powstających dylematów etycznych. Zagadnienia poruszane w takim kodeksie w kontekście zawodu opiekuna medycznego będą zagadnieniami:

1. Zawodowymi – m.in. warunki pracy, relacje ze współpracownikami, cele zawodowe, kształcenie po dyplomie.
2. Dot. Pacjenta –przede wszystkim prawa pacjenta
3. Społecznymi – np. rola w promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej

W określaniu tych norm nie może również zabraknąć spojrzenia na cechy osobowościowe oraz intelektualne opiekuna medycznego. Z uwagi na szczególne miejsce pracy, jakim jest szpital czy zakład opiekuńczo-leczniczy lub w innym wypadku mieszkanie chorego, a także szczególną sytuację odbiorcy usług opiekuna medycznego takich jak choroba czy niepełnosprawność, opiekun medyczny musi posiadać nie tylko ściśle określone kompetencje zawodowe, ale również społeczne, ludzkie. To wszystko ma na celu zagwarantowanie nie tylko wysokiej jakości opieki i uniknięcia błędów w sztuce ale przede wszystkim tak ważnego budowania profesjonalnej a zarazem pełnej życzliwości i zrozumienia relacji z pacjentem.

Bardziej szczegółowo etyka zawodu opiekuna medycznego opisywać będzie zasady postępowania podczas wykonywania poszczególnych czynności higienicznych i pielęgnacyjnych, uwzględniając przede wszystkim zachowanie godności i prawa do podejmowania decyzji przez pacjenta.

W rozważaniach etycznych napotkamy także nie mniej istotny aspekt roli w zespole terapeutycznym, relacji z innymi jego członkami (pielęgniarkami, lekarzami) oraz zależności z nich wynikające.

Podsumowując, etyka w zawodzie opiekuna medycznego jest bardzo ważnym elementem, który nie powinien być pomijany zarówno w trakcie nauki zawodu jak i w codziennej praktyce. Pozwala na rozwiązywanie nie tylko dylematów etycznych, mogących w każdej chwili powstać w trakcie z wymagającym pacjentem, ale także przede wszystkim zapewnić, że wszystkie społeczne i zawodowe oczekiwania od osoby opiekuna medycznego będą zaspokojone z korzyścią dla obu stron, w sposób obiektywny i wolny od uprzedzeń lub niedomówień. Warto zadbać o spisany kodeks etyczny także dla tego zawodu, który powinien znaleźć się w biblioteczkę każdego opiekuna medycznego.

Bibliografia:

Fry S.T., Etyka w praktyce pielęgniarskiej, PTP, Warszawa 1997.

Szwałkiewicz E., Opiekun medyczny w praktyce, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.

Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwałkiewicz E., Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 2010, 2011.

<http://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/etyka.html>

<http://czasopisma.viamedica.pl/pp/article/view/23372>

http://biblioteka.cyfrowaszkoła.waw.pl/biblioteka/opiekun_medyczny/pdf/17.pdf

Kodeks pracy to dokument prawny zawierający między innymi informację, w jaki sposób zawierana jest umowa o pracę, jakie są obowiązki pracownika i pracodawcy, reguluje czas pracy i urlopy i reguluje kwestię BHP w pracy. Kodeks ten obowiązuje wszystkich pracodawców zatrudniających na umowę o pracę i wszystkie osoby zatrudnione na umowę o pracę.

Najważniejsze kwestie dotyczące prawa pracy:

Stosunek pracy (art.22):

§ 1. Przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem.

§ 11. Zatrudnienie w warunkach określonych w § 1 jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartą przez strony umowy.

§ 12. Nie jest dopuszczalne zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy, określonych w § 1.

Oznacza to, że jeśli umowa zawiera elementy wskazane w § 1 jest umową o pracę, nawet jeśli na umowie zawarta jest informacja o zawarciu umowy cywilnoprawnej. W takim przypadku można skierować sprawę do Sądu Pracy, który stwierdzi, czy zawarta umowa jest rzeczywiście umową o pracę (nawet jeśli umowa uległa rozwiązaniu).

Umowa o pracę może być zawarta na okres próbny (nie dłuższy niż 3 miesiące), **na czas nieokreślony lub określony** (trzecia umowa o pracę na czas określony jest uznana za umowę na czas nieokreślony – nie dotyczy to umów na zastępstwo oraz w celu wykonywania pracy o charakterze dorywczym lub sezonowym albo zadań realizowanych cyklicznie.). Łączny czas trwania umów na czas określony nie może przekroczyć 36 miesięcy (wliczając w to 3 miesięczny okres próbny). Art. 25

Co określa umowa o pracę? (Art. 29) Umowa o pracę określa mowa o pracę określa strony umowy, rodzaj umowy, datę jej zawarcia oraz warunki pracy i płacy, w szczególności: rodzaj pracy; miejsce wykonywania pracy; wynagrodzenie za pracę odpowiadające rodzajowi pracy, ze wskazaniem składników wynagrodzenia; wymiar czasu pracy; termin rozpoczęcia pracy.

Jak powinna być zawarta umowa o pracę? Pisemnie najpóźniej w dniu rozpoczęcia pracy. (Art. 29 § 3)

Rozwiązanie umowy. (Art. 30) Umowa może być rozwiązana pisemnie, na mocy porozumienia stron lub przez jedną ze stron na mocy wypowiedzenia z zachowaniem okresu wypowiedzenia lub też ulega rozwiązaniu wraz z upływem czasu, na który została zawarta. Pracodawca nie może wypowiedzieć umowy w trakcie urlopu pracownika lub innej usprawiedliwionej obecności pracownika (Art. 41). Pracownikowi przysługuje odwołanie do sądu pracy w przypadku wypowiedzenia umowy przez pracodawcę (Art.44).

Okres wypowiedzenia. (Art. 34-36) Okres wypowiedzenia zależy od tego na jaki okres została zawarta umowa, i tak w przypadku:

Umowa na okres próbny:

- 1) 3 dni robocze, jeżeli okres próbny nie przekracza 2 tygodni;
- 2) 1 tydzień, jeżeli okres próbny jest dłuższy niż 2 tygodnie;
- 3) 2 tygodnie, jeżeli okres próbny wynosi 3 miesiące.

Umowa na czas określony i nieokreślony:

- 1) 2 tygodnie, jeżeli pracownik był zatrudniony krócej niż 6 miesięcy;
- 2) 1 miesiąc, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 6 miesięcy;
- 3) 3 miesiące, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 3 lata.

Obie strony mogą ustalić krótszy okres wypowiedzenia w przypadku jednostronnego wypowiedzenia. (Art. 36 § 6)

Pracodawca nie może wypowiedzieć umowy o pracę pracownikowi, któremu brakuje nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli okres zatrudnienia umożliwia mu uzyskanie prawa do emerytury z osiągnięciem tego wieku, chyba że utracił zdolność do wykonywania pracy (stwierdzonej orzeczeniem lekarskim) lub wprowadzone zostały nowe zasady wynagradzania ogółu pracowników. (Art. 39 i 43)

W przypadku 2 tygodniowego i dłuższego okresu wypowiedzenia, gdy umowa została rozwiązana przez pracodawcę, pracownikowi przysługuje zwolnienie na poszukiwanie pracy w wymiarze 2 dni roboczych (okres wypowiedzenia 2 tygodnie lub 1 miesiąc) lub 3 dni roboczych (3 miesiące wypowiedzenia). (Art. 37)

Pracodawca może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika w razie:

- 1) ciężkiego naruszenia przez pracownika podstawowych obowiązków pracowniczych;
- 2) popełnienia przez pracownika w czasie trwania umowy o pracę przestępstwa, które uniemożliwia dalsze zatrudnianie go na zajmowanym stanowisku, jeżeli przestępstwo jest oczywiste lub zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem;
- 3) zawinionej przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku.

Rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika nie może nastąpić po upływie 1 miesiąca od uzyskania przez pracodawcę wiadomości o okoliczności uzasadniającej rozwiązanie umowy. (Art. 52)

Pracodawca może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia:

1) jeżeli niezdolność pracownika do pracy wskutek choroby trwa:

- a) dłużej niż 3 miesiące – gdy pracownik był zatrudniony u danego pracodawcy krócej niż 6 miesięcy,
- b) dłużej niż łączny okres pobierania z tego tytułu wynagrodzenia i zasiłku oraz pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przez pierwsze 3 miesiące – gdy pracownik był zatrudniony u danego pracodawcy co najmniej 6 miesięcy lub jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy albo chorobą zawodową;

2) w razie usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy z innych przyczyn niż wymienione w pkt 1, trwającej dłużej niż 1 miesiąc.

Rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia nie może nastąpić w razie nieobecności pracownika w pracy z powodu sprawowania opieki nad dzieckiem – w okresie pobierania z tego tytułu zasiłku, a w przypadku odosobnienia pracownika ze względu na chorobę zakaźną – w okresie pobierania z tego tytułu wynagrodzenia i zasiłku. Rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia nie może nastąpić po stawieniu się pracownika do pracy w związku z ustaniem przyczyny nieobecności. (Art. 53)

Pracownik może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia, jeżeli zostanie wydane orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika, a pracodawca nie przeniesie go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe. Pracownik może rozwiązać umowę o pracę także wtedy, gdy pracodawca dopuścił się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika. Pracownikowi przysługuje w takiej sytuacji odszkodowanie w wysokości wynagrodzenia za okres wypowiedzenia. W takiej sytuacji należy sporządzić oświadczenie pracownika o rozwiązaniu umowy bez wypowiedzenia z podaniem przyczyny. (Art. 55)

Pensja minimalna. (Rozporządzenie Rady Ministrów z 11 września 2015 r.) Od 1 stycznia 2016 pensja minimalna za pełny wymiar pracy (pełen etat) 1850 brutto czyli ok. 1355 netto („na rękę”). W przypadku etatu częściowego wynagrodzenie jest proporcjonalne do wymiaru etatu. Do pensji minimalnej nie wliczane jest wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych, odprawy, nagrody jubileuszowe, ekwiwalent za pranie odzieży i używanie do pracy własnej odzieży, wynagrodzenia z umów cywilnoprawnych, świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz zasiłki chorobowe. Do kwoty minimalnej mogą być wliczane dodatki (np. za staż pracy), nagrody i premie regulaminowe a także wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy. Wypłata realizowana jest co najmniej raz w miesiącu.

Obowiązki pracodawcy. (Art. 94) Pracodawca jest obowiązany w szczególności:

1) zaznajamiać pracowników podejmujących pracę z zakresem ich obowiązków, sposobem wykonywania pracy na wyznaczonych stanowiskach oraz ich

podstawowymi uprawnieniami;

2) organizować pracę w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiągnięcie przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy;

2a) organizować pracę w sposób zapewniający zmniejszenie uciążliwości pracy, zwłaszcza pracy monotonnej i pracy w ustalonym z góry tempie;

2b) przeciwdziałać dyskryminacji w zatrudnieniu, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy;

3) zapewniać bezpieczne i higieniczne warunki pracy oraz prowadzić systematyczne szkolenie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;

4) terminowo i prawidłowo wypłacać wynagrodzenie;

5) ułatwiać pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych;

6) stwarzać pracownikom podejmującym zatrudnienie po ukończeniu szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe lub szkoły wyższej warunki sprzyjające przystosowaniu się do należytego wykonywania pracy;

7) zaspokajać w miarę posiadanych środków socjalne potrzeby pracowników;

8) stosować obiektywne i sprawiedliwe kryteria oceny pracowników oraz wyników ich pracy;

9a) prowadzić dokumentację w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracowników;

9b) przechowywać dokumentację w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracowników w warunkach niegrozących uszkodzeniem lub zniszczeniem;

10) wpływać na kształtowanie w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego.

Obowiązki pracownika. (Art. 100) Pracownik jest obowiązany w szczególności:

1) przestrzegać czasu pracy ustalonego w zakładzie pracy;

2) przestrzegać regulaminu pracy i ustalonego w zakładzie pracy porządku;

3) przestrzegać przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych;

4) dbać o dobro zakładu pracy, chronić jego mienie oraz zachować w tajemnicy informacje, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę;

5) przestrzegać tajemnicy określonej w odrębnych przepisach;

6) przestrzegać w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego.

Regulamin pracy określa prawa i obowiązki pracodawcy i pracownika związane z porządkiem pracy w zakładzie pracy. Nie wprowadza się go jeśli w zakładzie pracy obowiązują postanowienia układu zbiorowego lub zatrudnionych jest mniej niż 20 osób. (Art. 104)

Czas pracy nie może przekraczać 8 godzin i przeciętnie 40 godzin w tygodniu, w maksymalnie 4 miesięcznych okresach rozliczeniowych. Rozkład czasu pracownika może być sporządzony na okres obejmujący co najmniej 1 miesiąc i przekazany co

najmniej 1 tydzień przed rozpoczęciem pracy w okresie, na który został sporządzony. (Art 129).

Godziny nadliczbowe. Łączna ich ilość nie może przekroczyć przeciętnie 8 godzin tygodniowo w danym okresie rozliczeniowym, dodatkowo nie może przekroczyć 150 godzin w roku kalendarzowym. Za pracę nadliczbową przysługuje, poza normalnym wynagrodzeniem, dodatek 50% wynagrodzenia lub 100% w przypadku pracy w nocy (21.00 – 7.00), niedziele i święta i po przekroczeniu przeciętnej tygodniowej normy, jeśli nie nastąpiła w wyniku pracy w nocy, niedziele i święta. Wynagrodzenie na pisemny wniosek pracownika może być zamienione na czas wolny od pracy w takim samym wymiarze czasu, w takim wypadku traci prawo do dodatku za pracę w godzinach nadliczbowych. (Art. 131 i 151)

Okresy odpoczynku. W każdej dobie pracownikowi przysługuje prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a także w każdym tygodniu co najmniej 35 (lub 24 jeśli przechodzi na inną zmianę) godzin nieprzerwanego odpoczynku, który powinien wypadać w niedzielę lub inny ustalony przez pracodawcę dzień. W przypadku pracy powyżej 6 godzin pracownik ma prawo do co najmniej 15 minutowej przerwy wliczanej do czasu pracy. Czas pracy może być wydłużony do maksymalnie 12 godzin, jednocześnie zmniejsza się dobowy wymiar czasu pracy w niektóre dni lub zwiększa się ilość dni wolnych. (Art. 132 – 135)

Urlopy. Pracownikowi przysługuje prawo do corocznego, nieprzerwanego, płatnego urlopu w wymiarze 20 dni (jeśli jest zatrudniony krócej niż 10 lat) lub 26 dni (dłużej niż 10 lat). Jeden dzień urlopu równy jest 8 godzinom pracy. Przynajmniej jedna część wypoczynku powinna trwać nie mniej niż 14 dni kalendarzowych. (Art. 154 – 163) Poza urlopem wypoczynkowym istnieje jeszcze kilka rodzajów urlopów. Każdy pracownik ma w danym roku prawo do 4 dni urlopu na żądanie, może też skorzystać z urlopu bezpłatnego, rodzicielskiego, wychowawczego, okolicznościowego itd. na zasadach określonych w Kodeksie Pracy. (Art. 167 – 189)

Dźwiganie ciężarów i osób. Jak wiadomo większość opiekunów medycznych to kobiety. Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz. U. Nr 114, poz. 545 z późn. zm.) kobieta może ręcznie przenosić ciężary o maksymalnej wadze 12 kg w przypadku pracy stałej (dotyczy to też transportu osób np. z łóżka na wózek), a mężczyzna do 35 kg. (rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych - Dz. U. Nr 26, poz. 313 z późn. zm.). Oznacza to, że pracodawca powinien zapewnić odpowiednie narzędzia ułatwiające transport pacjenta (np. podnośniki).

Odmowa wykonania polecenia. Pracownik ma możliwość prawo odmówić wykonania zleconego zadania, jeśli jest to sprzeczne z obowiązującym prawem lub umową o pracę. (Art. 100) Oznacza to, że pracownik, któremu zostało powierzone wykonanie zadanie takie jak chociażby podanie leków (np. iniekcje czy wymiana

kroplówek) powinien odmówić powołując się nie tylko na zapis umowy (który nie może określać czynności, które wykraczają poza zakres kompetencji opiekuna medycznego), Kodeks Pracy (wspomniany artykuł 100: „Pracownik jest obowiązany wykonywać prace sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę”) ale i inne zapisy prawa, które mogą obowiązywać, jeśli opiekun medyczny zdecyduje się wykonać daną czynność (Art. 32 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej: „Kto, nie będąc uprawnionym, udziela zawodowo świadczeń, o których mowa w art. 4 lub art. 5, podlega karze grzywny”). Wykonanie czynności wykraczającej poza zakres kompetencji może być dodatkowo podstawą do wypowiedzenia umowy bez okresu wypowiedzenia z winy pracownika. Odmowa wykonania czynności powinna być potwierdzona stosowną notatką służbową.

Każdy przypadek łamania prawa pracy warto zgłaszać w pierwszej kolejności pracodawcy, gdyż to on powinien zmienić warunki pracy, jeśli nie są zgodne z obowiązującym prawem. Nie zawsze jest to jednak skuteczne. Jeśli przypadki łamania prawa pracy zdarzają się nagminnie należy zgłosić sprawę do Państwowej Izby Pracy. Zgłoszenie takie wymaga podania danych osobowych, jednak pracownik PIP nie ma prawa by podać tę informację pracodawcy. Skargę można złożyć chociażby poprzez stronę internetową PIP, co znacznie ułatwia cały proces. Na swojej stronie PIP zamieszcza wiele przydatnych informacji dotyczących prawa pracy. W przypadku, gdy umowa została rozwiązana, chęci odwołania się od niesłusznego rozwiązania umowy, niewypłacenie wynagrodzenia, uzyskania odszkodowania lub ustalenia czy umowa jest umową o pracę czy cywilnoprawną można skierować sprawę do Sądu Pracy. Prawie każdemu pracownikowi towarzyszy obawa o to, co się z nim stanie po zgłoszeniu skargi lub jeśli będzie starał się walczyć o swoje prawa. Nie warto jednak pozostawać w środowisku w którym pracodawca nie szanuje podstawowych praw pracownika. W takiej sytuacji zawsze warto zebrać więcej osób i działać w grupie, co ułatwi walkę w przypadku łamania prawa pracy. Poniżej prezentujemy dane kontaktowe do PIP.

Państwowa Inspekcja Pracy
Główny Inspektorat Pracy

ul. Barska 28/30
02-315 Warszawa

tel. 22 391 82 15
fax. 22 391 82 14
e-mail: kancelaria@gip.pip.gov.pl
www.pip.gov.pl

Rola aktywizacji Osób Starszych i treningu pamięci

mgr Karolina Jurga - psycholog, Care Expert

Funkcjonowanie pamięci

Ludzka pamięć to zbiór doświadczeń, wiedzy o świecie i umiejętności. To właśnie tu, niczym na twardym dysku komputera, gromadzona jest wiedza, o tym jak użyć danego przedmiotu, żelazka, maszyny do golenia albo jak poprowadzić samochód. Często nie zastanawiamy się nad tym, jak wykonać daną czynność, tylko po prostu automatycznie ją wykonujemy – jest to tzw. pamięć proceduralna, czyli pamięć praktyk, które kolejno muszą po sobie nastąpić, by ukończyć zamierzoną czynność. Użycie odpowiednich przedmiotów do wykonania konkretnego zadania wiąże się z uruchomieniem naszej pamięci semantycznej, czyli wiedzy o nazwach przedmiotów. Wszystkie nasze doświadczenia życiowe gromadzimy w pamięci autobiograficznej, a pozostałe wydarzenia w pamięci epizodycznej.

Jak dbać o swoją pamięć

Badania dowodzą, że już 20 min regularnego treningu dziennie wspomaga pamięć! Ćwiczenia te są relatywnie proste i nie wymagają wielkiego wysiłku.

Propozycja ćwiczeń

- Wypisz na kartce różne sylaby, np. Li-, Por-, Ter-, Se-, etc. i staraj się napisać jak najwięcej wyrazów rozpoczynających się od nich. Każdego dnia możesz zanotować inne sylaby.
- Wypisz na kartce długie słowo, np. KONTRABAS, i staraj się ułożyć jak najwięcej nowych wyrazów, z liter w nim występujących (proponujemy innych długich słów: temperatura, matematyka, ukontentowany).
- Wymyśl sobie jakieś słowo i spróbuj przeliterować je w pamięci od końca do początku (wspak, nie patrząc na kartkę), np. SKRZAT, czyli TARZKS, SAMOLOT – TOLOMAS.
- Wszystkie zadania polegające na „Znajdź 10 różnic” usprawniające pamięć poprzez zdolność przeszukiwania pola – dostępne są w kioskach.
- Rzucanie kostkami – wyrzuć kilkoma kostkami liczbowymi (3-4) i przez chwilę patrz na liczbę ich oczek. Zakryj kostki ręką i policz w pamięci sumę oczek, które wypadły. Powtórz ćwiczenie kilka razy. Możesz również zwiększać trudność zadania poprzez dodawanie kolejnych kostek.
- Warto wykonywać zadania typu „Znajdź w rozsypanych literach ukryte słowa” – tzw. „wykreślanki” – są one również dostępne w kiosku.
- Odejmowanie w pamięci, np. od 428 odjąć 7 i idąc w dół od każdego wyniku odejmować po 6 (im wyższa cyfra, tym trudniej, np. 39).
- Przyjrzyj się dowolnemu obrazkowi przez 10 sekund, zakryj go i wymień elementy, które się na nim znajdują.
- Wypisz jak najwięcej słów w podanej kategorii: ostre i podłużne, błyszczące i miękkie, czerwone i twarde, etc.

Ćwiczenia psychoruchowe

Mózg zbudowany jest z lewej i prawej półkuli nieustannie ze sobą współpracujących i wymieniających poprzez wymianę informacji. Warto zatem ćwiczyć rozwijać działanie obydwu, ponieważ zapewnia to lepszą koordynację ruchową, koncentrację uwagi, pamięć.

Propozycja treningu

- Wykonuj prawą stopą przejście z pięty na palce i z powrotem oraz w tym samym czasie lewą stopą – z palców na piętę.
- Do wcześniejszego ćwiczenia dodaj wykonywanie pionowej kreski prawą ręką w powietrzu – prawą ręką pionową kreskę, a lewą – poziomą.
- Jako kolejne ćwiczenie jedną ręką rysuj okrąg w powietrzu, a drugą trójkąt.
- Inne ćwiczenie – jedną ręką rysuj trójkąt (wierzchołkiem do góry), a drugą – trójkąt odwrócony (wierzchołkiem do dołu) i dołącz śpiewanie piosenki.
- Dotykaj kciukiem prawej ręki do opuszki każdego palca prawej ręki (zaczynając od palca wskazującego) i jednocześnie dotykaj kciukiem lewej ręki do opuszki każdego palca lewej ręki (zaczynając od palca małego).

Zasady organizacji zajęć dla chorych z zaburzeniami pamięci

Proste – przyjemne, ale pozostające możliwie jak najdłużej na poziomie człowieka dorosłego.

Krótkie – najlepsze efekty przynoszą zajęcia 20-30 min, ponieważ pacjenci mają trudności ze skupieniem uwagi przez dłuższy czas.

Różnorodne – jeśli pacjent staje się sfrustrowany lub zdenerwowany, warto zakończyć albo zmienić ćwiczenie, zachęcając do samodzielności i inicjatywy.

Istotne jest, aby dostosowywać zadania do zainteresowań chorego. Łatwiej będzie nam zmotywować go do działania, kiedy czynność będzie przypominać wykonywaną niegdyś pracę zawodową chorego. Jeden z moich pacjentów, lekarz chirurg, bardzo lubił wycinać z papieru różne motywy. Wyciszała go ta czynność. Czuł, że robi coś ważnego, co jest przydatne dla innych. Pan Jan nie zdawał sobie sprawy ze swojej choroby, był zadowolony, kiedy wykonywał czynność, która była mu doskonale znana sprzed lat – precyzyjne cięcie. Nie próbuj wymyślać czegoś skomplikowanego. Szukaj raczej zajęć sprawiających choremu przyjemność, związanych z dawnymi albo aktualnymi zainteresowaniami, czymś co doskonale pamięta, co „wychodzi”, co jest znane.

Czynności dnia codziennego

- Obieranie ziemniaków, marchewki, etc.
- Ścieranie kurzy
- Zamiatanie
- Przykręcanie śrubek w starym meblu
- Składanie skarpetek – łączenie ich w pary

- Składanie ubrań po praniu
- Wspólne gotowanie
- Pobudzanie wspomnień
- Wspominaj z chorym dawne czasy. Co lubił robić będąc nastolatkiem, pierwszą naukę jazdy na rowerze. Możesz wykorzystać stare przedmioty (narzędzia z gospodarstwa domowego, kuchenne, stare pieniądze, fotografie, albumy rodzinne)
- Spróbuj włączyć stare filmy, np. „Ada, to nie wypada” lub filmy z Eugeniuszem Bodo, Brigitte Bardot
- Ćwiczenia psychoruchowe
- Sięganie prawą ręką do lewego kolana, sięganie lewą ręką do prawego ucha, etc.
- Pisanie lub rysowanie figur obiema rękami jednocześnie
- Używanie lewej ręki (dla praworęcznych) do innych czynności, np. mieszanie, włączanie światła, przełączanie guzików na pilocie do telewizora, etc.

Może się okazać, że przedstawione ćwiczenia będą wymagały nieznacznej modyfikacji, dostosowanej stopniem trudności do zaawansowania choroby. Istotne jest, aby trening sprawiał choremu przyjemność, był formą codziennej aktywności, a nie przykrym obowiązkiem. Staraj się doceniać wykonane przez podopiecznego zadania. Nie poprawiaj, nie krytykuj, bo lęk przed popełnieniem błędu może spowodować wycofanie się chorego z aktywności i niechęć do pracy umysłowej.

Niedoceniana na co dzień muzyka ma właściwości niezwykle terapeutyczne. Dzięki muzykoterapii aktywizowana jest komunikacja międzypółkulowa. Melodia uaktywnia słuchowe obszary prawej półkuli, a tekst w muzyce przetwarzany jest przez językowo wyspecjalizowane obszary lewej półkuli. Radosna muzyka wpływa na pobudzenie ośrodków związanych z odbiorem doznań emocjonalnych, ich kontrolą oraz integracją.

Dobroczynny wpływ muzyki

- Wspólne słuchanie muzyki – włączaj stare szlagiery. Melodie, które mogą kojarzyć się z przyjemnymi latami dla chorego albo muzykę klasyczną, której powolny rytm wycisza, relaksuje, a dynamiczny pobudza i energetyzuje.
- Śpiewaj razem z chorym. Jeśli trudno jest mu przypomnieć sobie słowa piosenki, nućcie wspólnie melodie, np. Czerwone jabłuszko, Stokrotka, Zielony mosteczek, Serce w plecaku, etc.
- Poszukaj dostępnych filmów muzycznych ,np. z Eugeniuszem Bodo, Brigitte Bardot.

Gry wspierające precyzyjne ruchów

- Memory – określona liczba par obrazków. W klasycznej postaci memory często bywa zbyt trudne dla podopiecznego, jednak można zmodyfikować tę grę. Ułóż na stole kartoniki obrazkami do góry, tak żeby chory je widział. Zadaniem podopiecznego jest połączyć je w pary, dobierając jeden obrazek do drugiego takiego samego.
- Usprawnia to funkcje uwagi i postrzegania

- Lego – w zależności od zaawansowania choroby jest znakomitym zadaniem wzmacniającym koordynację wzrokowo-ruchową, rozwija logiczne myślenie
- Puzzle – najlepiej, aby puzzle były większe niż te, do których jesteśmy przyzwyczajeni i aby zestaw zawierał 12-36 elementów. Więcej może zniechęcić chorego ze względu na czas trwania zadania i odroczone w czasie poczucie sukcesu
- Domino
- Warcaby
- Bierki, pchełki

Wsparcie dla rodzin

Nieodłącznym elementem terapii podopiecznych jest objęcie wsparciem, również rodziny chorego, poprzez indywidualne spotkania konsultacyjne, psychoedukację grupową. Rodzina jest swego rodzaju systemem naczyń połączonych i, pomimo że choruje jedna osoba, to terapii i wsparcia wymagają wszyscy domownicy. Opiekun stanowi swoisty pomost pomiędzy Rodziną Seniora a samym Podopiecznym. Właściwe przygotowanie, świadomość i zaangażowanie są konieczne do zapewnienia prawidłowej opieki.



Care Experts to doświadczony zespół osób, których pasją jest praca z osobami starszymi i dziećmi. Jesteśmy częścią grupy Medicover. Posiadamy wieloletnie doświadczenie w organizacji najwyższej jakości opieki domowej i stacjonarnej. Specjalizujemy się również w terapii zajęciowej i rehabilitacji osób starszych prowadzonej w Ośrodku Rehabilitacji Diennej.

Jednym z filarów jakości oferowanych przez nas usług jest nasz personel. To osoby o wielkiej wiedzy i znakomitych kwalifikacjach. Jest to możliwe między innymi dzięki oferowanym przez nas szkoleniom i kursom koncentrującym się na opiece i dbaniu o dobre samopoczucie naszych Podopiecznych.

Czy chcesz każdego dnia współtworzyć swoim poświęceniem i działaniem podstawy firmy, dla której najważniejsi są ludzie? Zgłoś się do nas!

praca@careexperts.pl, Tel. 519 331 265



Jaka przyszłość czeka opiekunów medycznych?

mgr Bartosz Mikołajczyk, Krzysztof Tłoczek

Na początek warto podsumować to co już się zmieniło. O zawodzie opiekuna medycznego w kontekście starzejącego się społeczeństwa i konieczności usprawnienia usług opiekuńczych mówi się coraz częściej. Niestety najczęściej jest on łączony z pozostałymi zawodami opiekuńczymi w jedną kategorię „opiekun” co nie pozwala zobaczyć pełnych kompetencji i możliwości tego zawodu, jak również problemów, które mają miejsce wśród tych osób.

Obecnie istnieją dwie organizacje pozarządowe, które działają na rzecz opiekunów medycznych w Polsce – Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych i Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl, która prowadzi stronę internetową o tej samej nazwie. W ciągu tych kilku lat wielokrotnie występowaliśmy z prośbą o interpretację prawne, które pomogły ujednoczyć obraz kompetencji opiekuna medycznego (zwłaszcza jeśli chodzi o „pomoc w podawaniu leków”), zbieraliśmy w jedno miejsce informacje o zawodzie, szkoleniach i ciekawych inicjatywach.

To co warto zaznaczyć, to to, że Ministerstwo Zdrowia nie ma w planach tworzenia „zawodu pomiędzy opiekunem medycznym a pielęgniarką” o czym wspominał jakiś czas temu Minister Zdrowia. Zawód takie nie tylko dublował by kompetencje opiekuna medycznego, ale i wprowadził by wiele zamieszania wśród pracodawców i pracowników.

Ale zostało jeszcze wiele pracy, zwłaszcza jeśli chodzi o uświadamianie osób kim jest opiekun medyczny i co go odróżnia od innych zawodów opiekuńczych a także kim jest dla pielęgniarki. Chociaż obecnie opiekun medyczny nie może poszerzyć swoich kwalifikacji zawodowych (czasem pojawiają się informacje, jakoby szkolenia z iniekcji podskórnych umożliwiły wykonywanie tych czynności przez opiekuna medycznego, jednak nie jest to zgodne z prawdą), chyba że rozpocznie studia pielęgniarskie lub naukę w charakterze innego zawodu medycznego, to ma możliwość nabywania nowych kompetencji interpersonalnych, a także rozwijania ich, z czego powinien korzystać. Zwłaszcza, że pomaga to w profilaktyce wypalenia zawodowego.

Mamy nadzieję, że zapowiadane od jakiegoś czasu związki zawodowe w końcu powstaną, ułatwi to działanie w przypadku łamania prawa pracy. Zrzeszanie się w ramach stowarzyszenia dodatkowo ułatwi wiele działań, a dodatkowo pokaże jak silna może być ta grupa społeczna.

Przyszłość wydaje się dość bezpieczna, zapowiadane są zmiany prawne, które są skierowane do ogółu pracujących (choćby 12 zł brutto przy umowie cywilnoprawnej), ale ułatwią wiele pracującym opiekunom medycznym. Coraz więcej mówi się o tym zawodzie i jak bardzo będzie potrzebny w związku ze starzejącym się społeczeństwem. Możliwe też, że pojawią się działania finansowane ze środków unijnych, które będą skierowane do opiekunów medycznych. Nasza fundacja ma w planach wiele działań, o których sukcesywnie będziemy informować wraz ze znalezieniem źródła finansowania tych inicjatyw. Poza tym ważne będzie też zrzeszanie się opiekunów medycznych i współdziałanie organizacji, które ułatwi działanie na rzecz poprawy sytuacji opiekunów medycznych w Polsce.

Materiały przygotowane dla Fundacji OpiekunMedyczny.com.pl

Jeśli chcesz zamieścić swój artykuł lub reklamę skontaktuj się z nami.

Fundacja OpiekunMedyczny.com.pl

www.OpiekunMedyczny.com.pl/fundacja
kontakt@opiekunmedyczny.com.pl

Numer KRS: 0000593754

REGON: 363420070

NIP: 7582358794

Numer konta PKO BP: 49 1020 3802 0000 1102 0196 3925

Więcej o naszych działaniach i o tym jak nas wesprzeć znajdziesz na naszej stronie.

 **Opiekun**.com.pl
medyczny