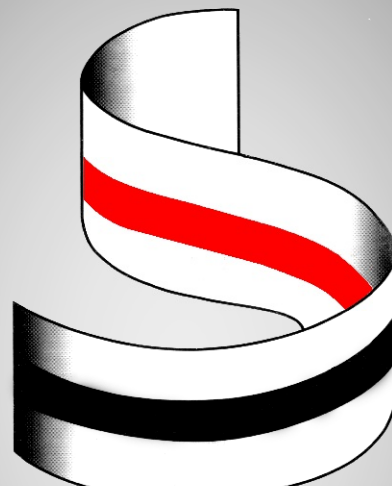


MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



PIEŁĘGNIARKA ROKU 2007

MAJ 2008r

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38

PIEŁĘGNIARKA ROKU 2007



I miejsce Katarzyna Rzepka - 10 Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszcy

II miejsce Iwona Wojciechowska - Szpital Powiatowy w Tczewie

III miejsce Izabela Cerniewska - Samodzielny Publiczny Szpital w Szczecinie



Przewodnicząca PTP Dorota Kilańska wręcza dyplom pielęgniarce
Ewie Wróbel z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie

W NUMERZE:

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	3
Odpowiedź Ministra Pracy i Polityki Społecznej	5
Stanowisko Konwentu Marszałków	6
Opinie konsultantów	7
KALENDARIUM	13
Stanowisko w sprawie "Białego Szczytu"	14
Warto wiedzieć	15
Wygraj z kleszczem	18
Rozporządzenie Ministra Finansów	20
Komunikaty NRPiP	21
INFORMACJE	22
BIBLIOTEKA	25

**Biuletyn informacyjny wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie
Ul. Kopernika 38
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
www.oipip.czestochowa.prv.pl
oipip.czestochowa@wp.pl

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru
materiałów do publikacji, jednocześnie
redakcja nie zwraca materiałów nie
publikowanych. Za błędy powstałe w czasie
druku nie ponosimy odpowiedzialności.

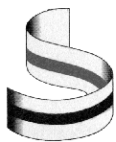
Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

Częstochowska Oficyna Wydawnicza
„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13
42-200 Częstochowa
Nakład 1000 szt.



SZANOWNI PAŃSTWO DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY.



Miesiąc maj to chyba najpiękniejszy miesiąc w roku. Wszystko budzi się do życia, za oknem rozkwita wiosna, przyroda wnosi wiele zmian, każdy kwiat zachwyca nas swoją kolorystyką, ptaki budzą nas rano swoim pięknym śpiewem.

Ta pora roku pozwala nam spojrzeć na życie bardziej optymistycznie i dodaje nam wiele energii do działania, do podejmowania nowych wyzwań.

Dla pielęgniarek i położnych miesiąc maj jest miesiącem szczególnym, miesiącem w którym obchodzimy swoje święto: **8 maj - Międzynarodowy Dzień Położnej - dzień urodzin Stanisławy Leszczyńskiej** **12 maj - Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki - dzień urodzin Florence Nightingale.**

Właśnie te dni to nasze święto, dni gdy możemy się poczuć wyjątkowo, podniośle i uroczyście. Zawody, które wykonujemy to zawody trudne i odpowiedzialne ale jednocześnie zawody piękne, zawody postrzegane przez pryzmat miłości, dobroci i poświęcenia.

Współczesna pielęgniarka i położna to osoba wysoce wykwalifikowana, to specjalistka wykonująca zawód samodzielnie i niezależnie. Każdą współczesną pielęgniarkę i położną cechuje profesjonalizm, kompetencja, odpowiedzialność, wysoka etyka zawodowa a także troska, ciepło i empatia w stosunku do podopiecznych.

Jesteśmy grupą zawodową, która może pochwalić się wieloma sukcesami, choć współczesność stawia przed nami wiele dramatycznych wyzwań. Czynnie uczestniczymy w pracach wielu towarzystw naukowych, chętnie podnosimy swoje kwalifikacje, uczciwie wykonujemy swoje obowiązki. Mimo wielu trudów i zawirowań w ostatnich miesiącach starałyście się profesjonalnie i w miarę swoich sił zapewnić bezpieczeństwo pacjentom za co Wam szczególnie dziękuję.

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej życzę wszystkim pielęgniarkom i położnym poczucia autentycznej satysfakcji z wykonywania swoich zawodów, życzę pomyślności w życiu osobistym, dużo zdrowia i jeszcze więcej uśmiechu na co dzień.

„Pielęgniarstwo to nie zawód, to sztuka a sztuki nie można nauczyć się jak rzemiosła. Do sztuki trzeba mieć powołanie”. F. Nightingale

Przewodnicząca OIPiP
Halina Synakiewicz

NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, 8 maja 2008 r.

Drogie Koleżanki i Koledzy, Pielęgniarki i Położne, Pielęgniarze i Położni,

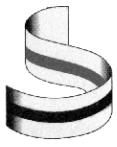
Z okazji naszych majowych świąt - Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej - chcę Państwu życzyć dużo zdrowia i pomyślności, ale przede wszystkim tego, aby wykonując nasz wyjątkowy, piękny i szlachetny zawód, mogli Państwo czuć w sercach głęboką życiową i zawodową satysfakcję.

Wiem, że nie są spełnione wszystkie warunki, aby to było możliwe. Ale wiem również, że to my sami możemy w największym stopniu przyczynić się do ich spełnienia. Życzę

więc Państwu - i sobie - dobrych inspiracji, motywacji i siły do działania, mocnych argumentów w przekonywaniu do swoich racji, determinacji w dążeniu do celu. I najważniejsze: życzę, by nie opuszczała nas życzliwość i wyrozumiałość: ta, którą otrzymujemy, i ta którą dajemy innym. Wówczas, mam nadzieję, łatwiej nam będzie pracować solidarnie i konsekwentnie. Bliższy stanie się nasz cel: dobra jakość usługi pielęgniarskiej dla pacjenta, jego zadowolenie, które się przełoży na naszą życiową satysfakcję - tu i teraz, a także w przyszłości. Prestiż i uznanie społeczne zależy od każdego z nas w codziennym zmaganiu się z przeciwnościami, wymaganiami, spełnianiu obowiązku wobec człowieka chorego, cierpiącego.

Życzę pomyślności i radości każdego dnia. Tego Wam życzę najbardziej.

Prezes
Elżbieta Buczkowska



8 maja - Międzynarodowy Dzień Położnej



Stanisława Leszczyńska (ur. 8 maja 1896 w Łodzi, zm. 11 marca 1974) – polska Służebnica Boża, położna w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau, absolwentka prywatnego progimnazjum Wacława Maciejewskiego w Łodzi.

Stanisława Leszczyńska była córką Jana i Henryki Zambrzyckich. Jej ojciec trudnił się zajęciami stolarskimi, a matka pracowała w fabryce Poznańskiego. W roku 1908 Stanisława wyjechała wraz z całą rodziną do Rio de Janeiro, gdzie mieszkała jej bliska krewna ze strony matki. Do kraju powróciła w 1910, podejmując przerwana wyjazdem naukę w progimnazjum, które ukończyła w roku 1914. W czasie I wojny światowej pracowała w Komitecie Niesienia Pomocy Biednym.

17 października 1916 poślubiła Henryka Leszczyńskiego, drukarza, z którym miała później czwórkę dzieci: córkę Sylwię i synów: Bronisława, Stanisława i Henryka. W 1920 przeniosła się do Warszawy, gdzie zaczęła naukę w Szkole Położniczej, kończąc ją z wyróżnieniem w roku 1922. Podczas II wojny światowej Stanisława Leszczyńska pełniła funkcję położnej w obozie w Oświęcimiu. Wcielenie do obozu spowodowane było pomocą, jakiej rodzina Leszczyńskich

udzielała Żydom w łódzkim getcie. Do obozu trafiła, wraz z córką, po przesłuchaniach przez gestapo w dniu 17 kwietnia 1943 r. Funkcję położnej pełniła aż do momentu wyswobodzenia obozu przez Armię Czerwoną (26 stycznia 1945). Sprzeciwiała się mordowaniu nowonarodzonych dzieci, co w późniejszych czasach przyniosło jej uznanie ze strony środowisk katolickich. Swoje przeżycia z obozu opisała w książce Raport położnej z Oświęcimia, powstałej w roku 1957.

Zmarła 11 marca 1974 na nowotwór jelit, jej pogrzeb odbył się na łódzkim cmentarzu św. Rocha na Radogoszczy. W 1996 jej szczątki zostały przeniesione do kościoła pw. Wniebowzięcia NMP. Imię Stanisławy Leszczyńskiej od roku 1983 nosi Krakowska Szkoła Położnych. Jej wizerunek widnieje także na Kielichu Życia, złożonym na Jasnej Górze podczas uroczystości 2 maja 1982 roku.

źródło - Wikipedia - <http://pl.wikipedia.org>

12 maja - Międzynarodowy dzień Pielęgniarki



Florence Nightingale (ur. 12 maja 1820 we Florencji - zm. 13 sierpnia 1910 w Londynie) - angielska pielęgniarka i działaczka społeczna, zwana również "Dumą z lampą". Jest uważana za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa.

Florence urodziła się w bogatej rodzinie. Ojciec, William E. Nightingale odziedziczył ogromną fortunę. Florence i jej siostra Partheponie urodziły się podczas długiej podróży poślubnej rodziców po Europie.

Mieszkali w Londynie, lato spędzając w wiejskiej posiadłości w Hampshire.

Wiadomość, że Florence pragnie zostać pielęgniarką, przeraziła rodzinę: pielęgniarki wówczas rekrutowały się zazwyczaj spośród prostytutek i osób z niskich warstw społecznych. W opinii rodziny żadna szanująca się dama nie mogłaby wykonywać tak haniebnego zajęcia.

Florence była jednak stanowcza i w 1845 zaczęła odwiedzać szpitale i inne placówki medyczne, gromadząc informacje na ich temat.

W 1851 Florence zaczęła uczyć się zawodu pielęgniarki w Instytucie Diakonów Protestantów w Kaiserwerth. W 1853 przyjęła stanowisko kierowniczką w Zakładzie Opieki dla Chorych Dam w Londynie i wykorzystała okazję, aby uczynić z owej instytucji wzorowy szpital swoich czasów. Podjęła się również szkolenia pielęgniarek, którym zapewniała odpowiednie wykształcenie zawodowe i dbała o ich poziom moralny, co miało przyciągać do zawodu kobiety o nieposzlakowanej reputacji.

W czasie wojny krymskiej na prośbę Sidneya Herberta zorganizowała od podstaw opiekę nad rannymi żołnierzami, zwalczając uprzedzenia i sprzeciwy lekarzy, urzędników, oficerów. Wielu żołnierzy brytyjskich rannych w czasie wojny zawdzięczało życie Florence Nightingale. Jako przełożona zespołu 38 angielskich pielęgniarek w szpitalu w Scutari (dziś Üsküdar, azjatycka dzielnica Stambułu) zdołała dzięki swej energii i zaangażowaniu poprawić fatalny stan sanitarny brytyjskich szpitali polowych. Odkryła, że ranni żołnierze umierają nie tylko z powodu obrażeń, lecz także na skutek szoku pourazowego, że potrzebują oni nie tylko leczenia ale i opieki. Później została ekspertem armii brytyjskiej ds. wojskowej służby pielęgniarskiej. Nightingale wypracowała podstawy niemal wszystkich współczesnych technik i sposobów pielęgnacji chorych i poszkodowanych.

W 1860 założyła w Londynie przy szpitalu św. Tomasza pierwszą szkołę pielęgniarstwa.

W 1907 jako pierwszej kobiecie przyznano Brytyjski Order Zasługi, a pięć lat po jej śmierci wzniesiono ku jej czci Pomnik Wojny Krymskiej.

Medal im. Florence Nightingale jest od 1912 roku przyznawany zasłużonym pielęgniarkom z całego świata.

źródło - Wikipedia - <http://pl.wikipedia.org>



MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Jolanta Fedak

Warszawa dnia 11 kwietnia 2008r.

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Aleje Ujazdowskie 22
00-478 Warszawa

W związku ze stanowiskiem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie zaliczenia zawodów pielęgniarki i położnej do zawodów wykonywanych w warunkach szczególnych oraz prawa do wcześniejszych świadczeń emerytalnych, przekazanych przez Panią Prezes przy piśmie z dnia 28 marca 2008 r. (znak: NRPIP/XX/169/08), uprzejmie przedstawiam, co następuje.

Jednym z założeń obowiązującego w naszym kraju systemu ubezpieczeń społecznych jest stopniowe wygaszanie a nie rozbudowywanie przywileju wcześniejszego przejścia na emeryturę. W związku z tym, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, możliwość wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej z tytułu pracy w warunkach szczególnych dotyczy wyłącznie pracowników, którzy warunki do uzyskania wcześniejszej emerytury spełnią do 31 grudnia 2008 r. Od 1 stycznia 2009 r. ma funkcjonować projektowany system emerytur pomostowych.

W tej sytuacji rozszerzanie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę o wszystkie pielęgniarki i położne bez względu na oddział, na jakim pracują, moim zdaniem, byłoby nieuzasadnione.

Rozszerzanie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę nie byłoby także uzasadnione ze względów demograficznych i ekonomicznych. Wzrastające od wielu lat średnie trwanie życia powoduje, że wydłuża się okres pobierania emerytur. Powoduje to stałe zwiększanie się wydatków na emerytury i renty przy zachowaniu takiego samego, wymaganego do otrzymania świadczenia, stażu ubezpieczeniowego oraz takiej samej wysokości składki. W wyniku tego proporcja płaconych składek do otrzymywanych świadczeń stale zmniejsza się.

Od siedmiu lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. Wskutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa. Trwającemu od kilkunastu lat spadkowi dzietności towarzyszy wydłużanie się trwania życia Polaków. Malejąca dzietność i wzrastająca długość życia powodują starzenie się naszej ludności. Następuje pogorszenie się relacji pomiędzy liczbą osób w wieku poprodukcyjnym i liczbą osób w wieku produkcyjnym. Wskaźnik ten, zwany współczynnikiem obciążenia demograficznego, wzrośnie z 24 osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym w 2004r, do 51 osób w 2050r.

W obecnej sytuacji demograficznej konieczne jest zwiększanie aktywizacji zawodowej osób starszych. Dlatego też resort pracy i polityki społecznej przygotował i przedstawił do publicznej dyskusji program „Solidarność pokoleń - działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób po 50-tym roku życia”.

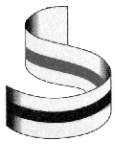
Program „Solidarność pokoleń” jest pakietem działań rządowych zmierzających do poprawy stopnia zatrudnienia osób powyżej 50 roku życia w Polsce. Poprawa ta jest niezbędna dla utrzymania wysokiego potencjału wzrostu gospodarczego w Polsce w perspektywie kolejnych kilkunastu lat.

Polska należy do krajów, które w najniższym stopniu wykorzystują na rynku pracy potencjał osób po 50-ym roku życia. Ich wcześniejsza dezaktywizacja prowadzi do utraty istotnych zasobów kapitału ludzkiego, oznacza także konieczność ukierunkowania środków publicznych na ich wsparcie dochodowe.

Wydłużanie aktywności zawodowej pracowników po 50-tym roku życia należy do priorytetowych działań krajów Unii Europejskiej. Już w 2000 r. w Strategii Lizbońskiej wskazane zostało, iż celem krajów UE jest osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia osób powyżej 50 roku życia (osób w wieku 55-64 lata) na poziomie nie niższym niż 50%. (Kraje Unii Europejskiej podejmowały szereg działań sprzyjających zatrudnieniu starszych osób, dzięki czemu w ciągu ostatnich 10 lat wskaźnik zatrudnienia dla tej grupy osób wzrósł o niemal 8 punktów procentowych, z 35,7% w 1997 r. do 43,6% w 2006 r. W analogicznym okresie w Polsce wskaźnik ten spadł o niemal 6 punktów procentowych, z 33,9% w 1997 do 28,1% w 2006 r., kształtując się na najniższym poziomie wśród wszystkich państw członkowskich UE. Celem programu jest to, aby w perspektywie do 2020 r. wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata osiągnął cci określony w Strategii Lizbońskiej i wyniósł 50%. Szczególnie istotne jest wykorzystanie najbliższych lat, w trakcie których Polska będzie największym beneficjentem środków Europejskiego Funduszu Społecznego, a także może wykorzystała środki Funduszu Pracy, przy utrzymującej się dobrej koniunkturze gospodarczej. Dlatego zakłada się, że do 2013 r. wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata wzrośnie do 40%.

Wczesna dezaktywizacja zawodowa powoduje wzrost obciążeń z tytułu zabezpieczenia społecznego. Jest to dodatkowy koszt, który ponoszą wszystkie osoby pracujące, w postaci wyższych podatków. Jeżeli przy wzrastającym w najbliższych latach odsetku osób w wieku poprodukcyjnym, wiek emerytalny pozostanie na dotychczasowym poziomie, to budżet może nie udźwignąć rosnącego kosztu emerytur. Jest to problem nie tylko Polski, ale również wielu innych krajów UE. O ile jednak w innych krajach w celu jego rozwiązania stopniowo podnoszony jest wiek emerytalny, o tyle w Polsce nie.

Osoby w wieku powyżej 50 lat charakteryzuje w Polsce bardzo niska aktywność ekonomiczna, związana z wczesnym przechodzeniem na emeryturę. Przeciętny wiek wycofywania się z rynku pracy jest niższy od ustawowego wieku emerytalnego i kształtuje się na poziomie jednym z najniższych wśród państw członkowskich UE. Ponad połowa osób w wieku przedemerytalnym (w 2006 r. ok. 3 mln osób) pozostaje poza rynkiem pracy, uzyskując dochody zazwyczaj z



systemu zabezpieczenia społecznego (wcześniejsze emerytury, renty, świadczenia i zasiłki przedemerytalne oraz świadczenia z pomocy społecznej).

Wcześniejsze emerytury stanowią jeden z największych problemów polityki społecznej i polityki rynku pracy w Polsce. Skutkują one zarówno zmniejszeniem podaży pracy i zmniejszeniem potencjalnych wpływów do budżetu państwa, jak i zwiększonymi wydatkami na transfery społeczne, co powoduje konieczność utrzymywania lub podnoszenia wysokich podatków oraz ogranicza możliwości wydatkowania środków publicznych w innych obszarach, w tym inwestycji społecznych (takich jak edukacja czy polityka rodzinna).

Obecnie konieczne jest stopniowe wygaszanie możliwości wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. Rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszego zakończenia swej aktywności zawodowej o wszystkie pielęgniarki i położne byłoby działaniem niezgodnym z ogólnymi trendami w systemie emerytalnym.

Zmiany w możliwości wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej wprowadzane są stopniowo i są uzależnione od wieku ubezpieczonego oraz stażu pracy. Obecnie osoby urodzone przed dniem 1 stycznia 1949 r. mogą przechodzić na wcześniejsze emerytury według zasad obowiązujących przed dniem 1 stycznia 1999 r. określonych przepisami rozdziału 2 w dziale II ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Ubezpieczeni, urodzeni po dniu 31 grudnia 1948 r, a przed dniem 1 stycznia 1969 r, mogą skorzystać z prawa do wcześniejszej emerytury, jeśli do końca 2008 r. spełnią określone warunki dotyczące wieku oraz stażu pracy oraz nie podpisali umowy z otwartym funduszem emerytalnym (OFE) lub złożą wniosek o przekazanie środków zgromadzonych w

OFE na dochody budżetu państwa. Po tej dacie wcześniejsze zakończenie aktywności zawodowej będzie możliwe jedynie zgodnie z zasadami określonymi w art. 184 ustawy o emeryturach i rentach z FUS oraz w przypadku górników. Art. 184 ww. ustawy zapewnia osobom urodzonym po dniu 31 grudnia 1948 r., zatrudnionym w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze, możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę, jeżeli w dniu wejścia w życie ustawy, czyli w dniu 1 stycznia 1999 r.. osoby te spełniały wymagane warunki stażowe.

Generalnie osoby urodzone po dniu 31 grudnia 1948 r. które nie skorzystają z przepisów przejściowych ustawy o emeryturach i rentach z FUS. będą mogły przejść na emeryturę w wieku 60 lat - kobiety, albo 65 lat - mężczyźni.

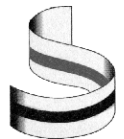
Równocześnie resort pracy i polityki społecznej opracował projekt ustawy regulującej zasady przyznawania i wypłaty emerytur pomostowych. Zasady te przedstawione zostały przez resort pracy i polityki społecznej opinii publicznej oraz partnerom społecznym w Komisji Trójstronnej w programie „Solidarność pukoleń - działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób po 50-tym roku życia”. Rozpoczęta się debata społeczna na ten temat. Projektowane emerytury pomostowe mają zastąpić wcześniejsze emerytury, przyznawane dotychczas osobom wykonującym prace w szczególnych warunkach lub o szczególny charakterze.

Należy zaznaczyć, iż podejmowanie decyzji w tak istotnych z punktu widzenia społecznego i ekonomicznego sprawach, musi być poprzedzone wszechstronną analizą i wymaga konsensusu społecznego.

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
Jolanta Fedak



Stanowisko Konwentu Marszałków



Stanowisko Konwentu Marszałków Województw RP

w sprawie: Systemu kształcenia pielęgniarek w aspekcie obowiązujących uregulowań prawnych

Konwent Marszałków Województw RP wyraża zaniepokojenie istniejącą sytuacją związaną z negatywnym zjawiskiem spadku liczby zatrudnianych pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej. Obawy są tym bardziej uzasadnione, iż w niedalekiej przyszłości, przy pogłębianiu się tej tendencji, stan ten może zagrozić normalnemu funkcjonowaniu służby zdrowia oraz prawidłowemu świadczeniu pomocy medycznej dla pacjentów. Spełnienie się tego pesymistycznego scenariusza postawi szpitale przed sytuacją, w której konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie będą realizowane. U podstaw zaistniałego zjawiska leżą rozwiązania prawne. W

obecnej rzeczywistości prawnej w Polsce można uzyskać kwalifikacje pielęgniarki tylko po ukończeniu wyższej uczelni. Jedynie, bowiem dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo z tytułem "magister pielęgniarstwa" stanowi na gruncie Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku dokument potwierdzający posiadanie wymaganych kwalifikacji.

Ustawowy zakaz rekrutacji kandydatów na kierunek kształcenia w zawodzie pielęgniarka, wprowadzony przez art. 2 ustawy z dnia 3 lutego 2001 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 16, poz. 169, z późn. zm.), postawił samorządy województw przed koniecznością zmiany profilu edukacyjnego szkół kształcących dotychczas adeptki tego zawodu, gdyż regulacje prawne pozbawiły jednostki samorządu terytorialnego podstaw do organizacji kształcenia pielęgniarek w ramach szkolnictwa policealnego.

Rozwiązania zaistniałej sytuacji należy szukać w zmianach legislacyjnych pozwalających na reaktywowanie kształcenia pielęgniarek na poziomie szkoły policealnej, według tak opracowanych programów nauczania, ażeby nabyte



kwalifikacje pielęgniarek uznawane były w krajach Unii Europejskiej. W takiej sytuacji konieczne są zmiany programowe i organizacyjne zachowujące jednak standardy kształcenia pielęgniarek, a więc obejmujące, co najmniej 3 lata lub 4.600 godzin kształcenia teoretycznego i klinicznego. Dążyć należy do stworzenia rzeczywistości prawnej, w której dokumentem potwierdzającym kwalifikacje pielęgniarek stanie się także dyplom ukończenia szkoły policealnej.

Za takim rozwiązaniem przemawiają tak względy kadrowe, jak i ekonomiczne. W szkołach kształcących niegdyś pielęgniarki lub położne istnieje jeszcze, bowiem bogata baza dydaktyczna oraz pracuje doświadczona kadra. Nie można pominąć faktu, iż wraz z upływem czasu, szansę na reaktywowanie kształcenia w zawodzie pielęgniarskim na poziomie szkoły policealnej znacząco maleją. Przede wszystkim nauczyciele zaangażowani w proces kształcenia pielęgniarek, legitymujący się wszechstronnym teoretycznym i praktycznym przygotowaniem nabywają prawa emerytalne. Zmarnowanie tego potencjału będzie bardzo trudne do odtworzenia. Drugim rozwiązaniem może być ulokowanie kształcenia przyszłych pielęgniarek w kolegiach. Wiąże się to oczywiście z koniecznością dokonania zmian ustawodawstwa zarówno z zakresu systemu oświaty, jak i zawodu pielęgniarki. Niezbędne byłyby także uregulowania stwarzające prawne podstawy funkcjonowania takich kolegiów, na wzór już istniejących kolegiów pracowników służb społecznych i zakładów kształcenia nauczycieli.

Wspólną troską samorządów województw winna być dbałość o

zapewnienie obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przy pełnej gwarancji ochrony zdrowia i życia. Realizacja tego obowiązku nastąpić może tylko w sytuacji zorganizowanej opieki pielęgniarskiej wykonywanej przez liczne kadry pielęgniarek.

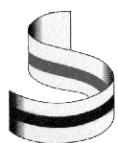
Mając na uwadze powyższe Konwent Marszałków Województw RP widzi potrzebę:

pilnego podjęcia działań legislacyjnych celem stworzenia prawnych podstaw reaktywowania kształcenia pielęgniarek na poziomie szkół policealnych, z jednoczesnym zachowaniem obowiązujących w krajach Unii Europejskiej standardów kształcenia w

tym zawodzie, ażeby nabyte kwalifikacje pielęgniarek uznawane były w krajach Unii,

pilnego podjęcia działań w sprawie włączenia do treści załącznika 5.2.2. Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE.L.05.255.22) osób legitymujących się dyplomem pielęgniarki, rozważenia możliwości stworzenia kolegiów kształcących pielęgniarki.

Konwent Marszałków Województw RP zwraca się do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej oraz Komisji Zdrowia Sejmu RP o uwzględnienie niniejszego stanowiska.



Opinie konsultantów



OPINIA KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA

Województwa Podkarpackiego
mgr Alicja Nowak

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych
ul. 1 Maja 1, 39 -400 Tarnobrzeg
tel./fax: (015) 823-23-23
e-mail: nalicja@interia.pl

w sprawie podawania, przez pielęgniarki rodzinne w domu pacjenta, leku Zinacef.

Zinacef Cefuroximum jest bakteriobójczym antybiotykiem cefa-losporynowym drugiej generacji o szerokim spektrum działania przeciwko bakteriom Gram-dodatnim i Gram -ujemnym, włącznie ze szczepami wytwarzającymi beta-laktamazy (ATCJ 01 DA).

W przeciwwskazaniach do jego stosowania uwzględniono nadwrażliwość na antybiotyki cefalosporynowe.

W ostrzeżeniach specjalnych i zalecanych środkach

ostrożności uwzględniono zachowanie szczególnej ostrożności podczas podawania cefuroksymu pacjentom, u których wystąpiły reakcje alergiczne na penicyliny lub inne antybiotyki b-laktamowe.

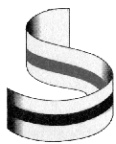
Ponadto cefalosporyny, podobnie jak wszystkie antybiotyki o szerokim zakresie działania, mogą powodować rzekomobłoniaste zapalenie jelit. Pielęgniarka podająca lek powinna prowadzić obserwację w tym kierunku i w każdym przypadku wystąpienia biegunki w okresie podawania leku, niezależnie od przyczyny, powinna powiadomić lekarza.

Przed rozpoczęciem podawania leku powinna szczegółowo zapoznać się z ulotką dołączoną do opakowania z lekiem.

W celu właściwej prewencji przed wystąpieniem reakcji anafilaktycznej na podawany lek, zawsze powinna być zaopatrzona w zestaw leków przeciw-wstrząsowych a razie wystąpienia objawów wskazujących na reakcję anafilaktyczną u pacjenta, postępować zgodnie z ustalonym standardem.

Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie pacjenta, które mogą być podawane przez pielęgniarkę położną reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.12.2002r. (Dz. U. Nr 236 poz. 2000)

Jeśli lek zlecony jest u dziecka poniżej 3 miesiąca życia ze wskazaniem wykonania go w domu pacjenta, powinna



odmówić jego wykonania, zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii, Pani doc. Dr hab. med. Anny Dobrzyńskiej w sprawie zlecenia przez lekarzy rodzinnych do wykonania w domu, wstrzyknięć dożylnych bądź domięśniowych antybiotyków - u dzieci do 3 miesiąca życia.

Odmowę powinna złożyć na piśmie wraz z uzasadnieniem.

Podstawą prawną do odmowy wykonania zlecenia jest (rozdz.4 art. 22 pkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 z późniejszymi zmianami (tekst jednolity Dz. U. Nr 57 poz. 602 z maja 2001r)

w sprawie podawania leku Biostymina.

W związku z wykreśleniem drogi podawania, leku BIOSTYMINA, oraz zmianą wskazań i przeciwwskazań do stosowania leku, proszę o zamieszczenie komunikatu w biuletynie informacyjnym.

Dotychczas stosowany sposób podawania leku w formie iniekcji (domięśniowych i podskórnych) został zastąpiony drogą doustną. W obrocie aptecznym znajdują się dwie postacie leku tj. BIOSTYMINA roztwór do wstrzykiwań i BIOSTYMINA płyn doustny, które nie różnią się między sobą wizualnie. Ze względu na uniknięcie pomyłki przy podawaniu leku, przez pielęgniarki rodzinne, pielęgniarki gabinetów zabiegowych i pielęgniarki innych jednostek organizacyjnych zakładów gdzie stosuje się farmakoterapię, proszę o przekazanie treści tego komunikatu do zapoznania się.

Komunikat do fachowych pracowników opieki zdrowotnej

dotyczący produktu leczniczego „BIOSTYMINA” (Aloebarborescensextrac-tum) w związku z wykreśleniem drogi podania w formie iniekcji (domięśniowej i podskórnej) oraz modyfikacją zapisu wskazań i przeciwwskazań.

Poznań, 12.12.2007 r.

Komunikat do fachowych pracowników opieki zdrowotnej dotyczący produktu leczniczego BIOSTYMINA w związku z wykreśleniem drogi podania w formie iniekcji (domięśniowej i podskórnej) oraz modyfikacją zapisu wskazań i przeciwwskazań.

Streszczenie

Podmiot odpowiedzialny PhytoPharm Kłęka informuje o istotnej zmianie w rejestrze produktu leczniczego BIOSTYMINA tj.: usunięciu drogi podania preparatu w postaci iniekcji (domięśniowej i podskórnej), modyfikacji wskazań, w tym wykreśleniu wskazania:

w stomatologii wspomagające w paradontozie i zapaleniach błony śluzowej jamy ustnej.

Dalsze informacje dotyczące bezpieczeństwa

Preparat BIOSTYMINA został zarejestrowany na rynku polskim w 1957 r. jako lek w postaci iniekcji, jednak pod wpływem tradycyjnego stosowania jej przez wielu lekarzy także w postaci płynu doustnego podmiot odpowiedzialny PhytoPharm Kłęka w 2001 r. zarejestrował także, na podstawie przedstawionego do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych badania, możliwość podawania doustnego preparatu. Obecnie na wniosek podmiotu odpowiedzialnego podjęto decyzję o wykreśleniu iniekcyjnej drogi podania. Zmieniono również wskazania, tak aby odzwierciedlały aktualny stan wiedzy. Zmianie uległ sposób zapisu wskazań oraz wykreślono wskazanie: w stomatologii wspomagające w paradontozie i zapaleniach błony śluzowej jamy ustnej. **Usunięto także**

przeciwwskazania: przewlekłe zaburzenia w krążeniu krwi, stany pozawałowe i pozakrzepowe, daleko zaawansowana niewydolność nerek.

Dalsze informacje dotyczące zaleceń dla fachowych pracowników opieki zdrowotnej.

W chwili obecnej w obrocie aptecznym mogą znajdować się obie postacie leku. tj. **BIOSTYMINA** roztwór do wstrzykiwań oraz BIOSTYMINA płyn doustny. Obie postacie leku nie różnią się między sobą wizualnie. **BIOSTYMINA** płyn doustny występuje tak samo jak roztwór do wstrzykiwań w formie 1 ml ampulek szklanych. Opakowania zewnętrzne leku różnią się między sobą w sposób nieznaczny.

BIOSTYMINA płyn doustny opatrzona jest na opakowaniu zewnętrznym (kartonie) oraz opakowaniu bezpośrednim (ampułce) informacją „Nie wstrzykiwać”. Informacja taka zawarta jest również w ulotce informacyjnej.

Proszę zwracać szczególną, uwagę, jaką postacią leku Państwo dysponują, przed zaaplikowaniem preparatu pacjentom. Proszę zapoznać się z nową treścią ulotki informacyjnej, gdzie znajduje Państwo m.in. nowy zapis wskazań oraz przeciwwskazań.

Apel o zgłaszanie niepożądanych działań leków

PhytoPharm Kłęka zwraca się z prośbą o zgłaszanie wszystkich przypadków reakcji niepożądanych jakie towarzyszyły stosowaniu leku BIOSTYMINA.

Informacje takie można przekazywać do Wydziału Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji PL, WM i PB (ul. Żąbkowska 41, 03-736 Warszawa, tel: (022) 49 21 300, faks: (022) 49 21 309) lub do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego:

Europlant PhytoPharm Sp. z o.o.

Osoba odpowiedzialna

mgr farm. Karina Schonknecht

e-mail: karina.schonknecht@europlant.com.pl

ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań

tel. (061) 286 87 00, fax: (061) 286 87 09

Z poważaniem,

Karina Schonknecht

Specjalista ds. monitorowania bezpieczeństwa farmakoterapii

Warszawa 15.03.2007 r.

STANOWISKO KONSULTANTA
KRAJOWEGO W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO
DOTYCZĄCE CEWNIKOWANIA
PĘCZERZA MOCZOWEGO
U MĘŻCZYŹN PRZEZ
PIELĘGNIARKI RODZINNE

Odkąd pracuję w służbie zdrowia przy cewnikowaniu mężczyzn stawiano pytanie: czy jest to czynność pielęgniarska czy wyłącznie lekarska. Poniższy tekst jest kolejnym spojrzeniem na stary problem.

W odpowiedzi na zapytania dotyczące cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzn przez pielęgniarki rodzinne,

Uprzejmie wyjaśniam:

Pielęgniarka rodzinna będąca świadczycielką w zakresie



POZ z którym Fundusz zawarł umowę, bądź zatrudniona u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej POZ, zobowiązana jest do udzielania świadczeń, w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r., w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r., Nr 214 poz. 1816). Rozporządzenie powyższe w części dotyczącej udzielanych świadczeń leczniczych przez pielęgniarkę POZ, wskazuje na cewnikowanie pęcherza u kobiet (zał. Nr 2 cz. II A pkt 6, ppkt 4). **Tak więc zakres zadań pielęgniarki POZ nie obejmuje cewnikowania mężczyzn.**

Jednocześnie należy zauważyć, iż wskazane powyżej rozporządzenie pozostaje w sprzeczności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r., w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia "lecarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116 poz. 750), stwierdza ono, że pielęgniarka wykonując świadczenia lecznicze jest uprawniona samodzielnie bez zlecenia lecarskiego do „(...) zakładania cewnika do pęcherza moczowego i usuwania założonego cewnika (...)” (§ 1 ust 1 pkt 3 e).

Pragnę jednak stwierdzić, iż pielęgniarki w trakcie realizacji programu kształcenia zawodowego zarówno na poziomie licencjackim jak i magisterskim nie nabywają umiejętności praktycznych w zakresie cewnikowania mężczyzn. Takich umiejętności nie mają również możliwości nabyć w trakcie kursu kwalifikacyjnego, czy specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Dlatego aby uniknąć komplikacji wynikających z braku doświadczenia i umiejętności w cewnikowaniu mężczyzn, pielęgniarki nie powinny być „zmuszane” do wykonywania tego świadczenia.

Jednocześnie przypominam, że art. 22 ust. 4 i 5 Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej daje pielęgniarsce i położnej prawo odmowy wykonania zlecenia lecarskiego, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie. Mając na względzie rozbieżności w interpretacji uprawnień pielęgniarek do cewnikowania mężczyzn, jako konsultant krajowy zamierzam wystąpić do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o podjęcie wspólnych działań dotyczących nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lecarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie.

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
Ewa Obrzut

STANOWISKO KONSULTANTA
KRAJOWEGO W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA W SPRAWIE
WYKONYWANIA ZLECEŃ LEKARSKICH
PRZEZ PIELĘGNIARKI
W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

Dokumentem regulującym sprawę prowadzenia indywidualnej kraty zleceń lecarskich jest rozporządzenie Ministra Zdrowia 2 dnia 10 sierpnia 2001 roku (Dz.U.Ol.88.966), w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, gdzie jednoznacznie pojawia się zapis, rozdział 2 § 14, ust. 3 mówiący „wpisy w kartach zleceń lecarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem”.

W tej sytuacji dokonywanie wpisów przez pielęgniarki lub realizowanie, ustnie bądź telefonicznie przekazanego zlecenia nie może mieć miejsca i takowe zlecenie nie może być przez pielęgniarkę wykonane za wyjątkiem sytuacji zagrażających życiu pacjenta lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta.

W ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. z póź. zm. Rozdział 4 „zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej” art. 22 ust. 1 jest następujący zapis: „Pielęgniarka jest zobowiązana do wykonywania zleceń lecarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej.

Kolejne zapisy wymienionej ustawy:

Art. 22 ust. 2 „zapis w dokumentacji medycznej o którym mowa w ust. 1 nie dotyczy zleceń lecarskich wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta”.

Art. 22 ust. 4 „W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia”.

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec

KONSULTANT WOJEWÓDZKI W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO mgr Alicja Nowak

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
ul. 1 Maja 1, 39 -400 Tarnobrzeg tel./fax: (015) 823-23-23
e-mail: nalicja@interia.pl

Tarnobrzeg, 16 sierpnia 2007 r.

**Opinia w sprawie wykonywania przez
pielęgniarki/położne, w ramach swoich obowiązków,
czynności nie należących do kompetencji
zawodowych pielęgniarki**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki oparte jest na podstawie aktu prawnego jakim jest ustawa z dnia 05.07.1996 r.

O zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. nr 57, poz. 602 z póź. zm.) oraz wiele rozporządzeń Ministra Zdrowia, które są aktami wykonawczymi do w. cyt. ustawy



1 innych ustaw ważnych dla funkcjonowania obszaru ochrony zdrowia.

Tarnobrzeg, 23.08.2007 r.

W ustawie zasadniczej określone są kompetencje pielęgniarki oraz wyraźnie zaznaczona jest samodzielność zawodowa pielęgniarki. Art. 4 i art. 5 w cyt. ustawy wyraźnie stanowi „...wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia ...”. Ponadto zawód pielęgniarki należy do grupy zawodów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia procesu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów. Tym samym za organizację pracy pielęgniarki i nadzór nad właściwym wykonywaniem zawodu posiada kierownicza kadra pielęgniarska.

W rozumieniu zapisów ustawy i aktów wykonawczych, w zakładzie opieki zdrowotnej za organizację opieki nad pacjentem i organizację pracy pielęgniarskiej odpowiada pielęgniarka naczelną wybierana na podstawie postępowania konkursowego w oparciu o obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300 z póź. zm.). Do pielęgniarki naczelną zakładu należy zatem decyzja o wykonywaniu czynności pielęgnarskich i sposobie dokumentowania wykonywanych świadczeń pielęgnarskich.

Jednakże tradycyjny model pielęgnowania i wszystkie czynności pielęgnacyjne, które wykonywały pielęgniarki do dnia wejścia w życie w. cyt. ustawy, nie były tak szczegółowo uregulowane prawnie. **Stąd zdarzają się przypadki niewłaściwego rozumienia wykonywania zawodu pielęgniarki, szczególnie przez osoby nie reprezentujące zawodu pielęgniarki i polecenia im do wykonania zadań, które nie są związane z wykonywaniem świadczeń pielęgnarskich. Są to m. innymi:**

- Przepisywanie do kart gorączkowych wyników badań
- Komputerowa obsługa programów medycznych w części nie należącej do pielęgniarki tj. wpisywanie zleceń lekarskich, przepisywanie zleceń lekarskich do systemu komputerowego z kart zleceń, posługiwanie się przy wejściu do systemu komputerowego kodem innych osób w celu zatwierdzenia leków i badań
- Wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne
- Wypisywanie recept z nazwą i dawką leków dla pacjentów
- Wypisywanie druków zwolnień lekarskich.

Wymienione czynności nie są świadczeniem, o którym mowa w art. 4 i 5 w. cyt. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, które realizuje pielęgniarka jako zlecenie lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia, rehabilitacji.

Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Alicja Nowak

Opinia w sprawie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania świadczeń pielęgnarskich, które są obciążone wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań zagrażających życiu pacjenta

Zawód pielęgniarki/położnej należy do grupy zawodów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia procesu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów - cyt. ustawa z dnia 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. nr 57, poz. 602 z póź. zm.). Wykonywanie świadczeń pielęgnarskich jest oparte o obowiązujący system kształcenia pielęgniarki. Zrealizowanie programu kształcenia jest podstawowym elementem do wykonywania świadczeń pielęgnarskich, jednak wśród ogółu świadczeń pielęgnarskich są tzw. świadczenia specjalistyczne, do których wymagane jest przygotowanie w ramach obowiązującego systemu kształcenia podyplomowego. Wykaz kursów realizowanych w kształceniu podyplomowym ustala Minister Zdrowia. Zatwierdza również do realizacji ramowe programy kształcenia. Tym samym pielęgniarki są zobowiązane do nabycia wiedzy teoretycznej i praktycznej w ramach kursów specjalistycznych. Kurs specjalistyczny „**Resuscytacja krążeniowo-oddechowa**”, zgodnie z programem ramowym znowelizowanym w br., zawiera najnowsze treści teoretyczne i pozwala na nabycie specjalistycznych umiejętności udzielenia pomocy osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia, zarówno z wykorzystaniem specjalistycznego wykorzystania sprzętu i urządzeń do ratowania życia (algorytmy BLS), jak i bez użycia specjalistycznego sprzętu medycznego (algorytmy ALS).

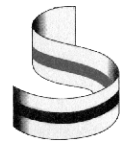
Wykonywanie świadczeń w wielu komórkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, wiąże się często z podejmowaniem czynności ratujących życie pacjenta.

Kurs ten powinny ukończyć wszystkie pielęgniarki, nie mniej jednak w niektórych szczególnych działach/oddziałach wymóg posiadania takiego kursu jest obowiązkowy. Są to:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- oddziały intensywnej opieki medycznej,
- oddziały intensywnej opieki kardiologicznej,
- oddziały intensywnej opieki nad noworodkiem, zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego,
- inne oddziały, w których zdarzają się częste przypadki wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia, wstrząsu lub innych stanów zagrażających życiu pacjenta.

Kurs ten jest również przeznaczony dla pielęgniarek wykonujących świadczenia w gabinetach zabiegowych, a także wykonujących świadczenia samodzielnie w domu pacjenta. W każdej komórce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, gdzie istnieje zagrożenie stanu zdrowia pacjenta powinien znajdować się podstawowy zestaw do resuscytacji pacjenta. Pielęgniarki na swoich stanowiskach pracy powinny mieć dostęp/lub posiadać (w przypadku pielęgniarek/położnych rodzinnych) zestaw przeciwstrząsowy.

Z ważnych informacji w tym względzie jest fakt iż, system kształcenia podyplomowego został tak przygotowany, że pielęgniarki zamierzające podjąć kształcenie na kursie kwalifikacyjnym „pielęgniarstwo ratunkowe” są zobowiązane



do ukończenia kursu specjalistycznego, gdyż jest to warunkiem przyjęcia osoby zainteresowanej na kurs kwalifikacyjny.

Ponadto ważnym aspektem jest również to, że zgodnie z zaleceniem Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa, przynajmniej jeden raz w roku treści dotyczące zasad prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej powinny być powtórzone i uaktualnione w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych. Jeszcze jeden aspekt wiąże się z realizacją tego szkolenia. Osoba, która realizuje tą tematykę w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych powinna mieć stosowny certyfikat oraz ciągle aktualizować swoją wiedzę z tego zakresu. Wytyczne Krajowej Rady Resuscytacji ulegają ciągłym zmianom, dlatego wszystkie zmiany powinny być uwzględnione w treściach realizowanych szkoleń.

Wyjaśnieniu wymaga również kwestia dotycząca nabywania uprawnień do świadczeń specjalistycznych. Wiedza zdobyta w toku kształcenia podstawowego/studia licencjackie/przygotowuje pielęgniarkę do wykonywania świadczeń pielęgniarstkich z wyłączeniem uprawnień specjalistycznych i wysokospecjalistycznych, które to zdobywa w ramach obowiązującego systemu w kształceniu podyplomowym.

Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Alicja Nowak

Stanowisko Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego

**Sporządzanie leków cytostatycznych w myśl Prawa Farmaceutycznego z dnia 6 września 2001 roku
Dziennik Ustaw Nr 126 poz. 1381 jest usługą farmaceutyczną i powinna być wykonana przez farmaceutów.**

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przygotowywanie leków cytostatycznych odbywać się powinno w Pracowni Cytostatyków na podstawie recept wystawionych przez lekarza (chemioterapeutę). W Pracowni Cytostatyków farmaceuta dokonuje weryfikacji recepty pod względem formalnym oraz merytorycznym, a następnie przygotowuje etykiety oraz przepis wykonawczy, na podstawie którego lek cytostatyczny zostaje sporządzony. Cały proces przygotowywania leków cytostatycznych jest odpowiednio dokumentowany. Etykiety umieszczone na przygotowanym preparacie cytostatycznym zawierają dane: pacjenta, osoby sporządzającej lek oraz substancji i rozpuszczalników użytych do produkcji, datę produkcji oraz warunki przechowywania. Przekazanie sporządzonych preparatów cytostatycznych potwierdzone jest czytelnym podpisem osoby wydającej (farmaceuta) i przyjmującej (pielęgniarka).

Preparaty cytostatyczne sporządzane są przez wykwalifikowany personel Apteki Szpitalnej (farmaceuti). Natomiast **pielęgniarki mają uprawnienia do podawania**, zgodnie z Ustawą z dnia 5 lipca 1996 roku z późniejszymi zmianami o zawodach pielęgniarki i położnej **a nie sporządzania leków cytostycznych (w tym leki z**

grupy A).

Odpowiednio wykwalifikowany personel, bezpieczne warunki pracy, prawidłowe prowadzenie dokumentacji są gwarancją otrzymania przez pacjenta leku bezpiecznego i zgodnie z ordynacją lekarza.

Podstawowe zasady sporządzania cytostatyków są jednoznaczne i obowiązują w krajach Unii Europejskiej. Tylko bezwzględne ich przestrzeganie daje gwarancję otrzymywania leków należytej jakości, bez narażenia zdrowia człowieka i bezpieczeństwa środowiska. Przygotowanie roztworów leków parenteralnych zawierających cytostatyki, winno odbywać się w warunkach aseptycznych (leki jałowe) oraz w warunkach gwarantujących bezpieczeństwo pracy personelu.

Uważam, za słuszne i wskazane organizowanie w szpitalach - **Centralnych Pracowni Leków Cytostatyków**. Centralizacja sporządzania cytostatyków niewątpliwie zapewni **wysoką jakość produktu końcowego (jałowość), zmniejszy ryzyko narażenia pacjentów, personelu i środowiska na toksyczne działanie preparatu, zminimalizuje ryzyko popełnianych błędów oraz zagwarantuje oszczędne gospodarowanie bardzo drogimi lekami**. Personel centralnej pracowni przygotowywania leków cytostatycznych winien posiadać wiedzę z zakresu sporządzania dożylnych postaci leków, farmakologii, toksykologii, farmakokinetyki, właściwości fizykochemicznych, interakcji leków oraz znać przepisy prawne obowiązujące podczas przygotowywania tego rodzaju leków. Nie bez znaczenia jest też kwestia odpowiedzialności za jakość przygotowywanych preparatów oraz ekonomika gospodarki lekiem.

Nadmieniam, że znaczna część cytostatyków (np. Cladribinum, Dacarbazinum, Methotrexatum, Paclitaxe-lum) należy do wykazu A (leków bardzo silnie działających), których sporządzanie leży tylko w gestii farmaceutów.

Biorąc pod uwagę wszystkie wyżej wymienione aspekty towarzyszące stosowaniu leków przeciwnowotworowych, wydaje się słuszne i celowe, by przygotowywaniem ich zajmowali się tylko farmaceuci.

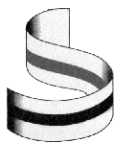
Takie rozwiązanie przewidziane jest w obowiązującym prawie tj:

I. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. z późniejszymi zmianami.

II. Ustawa - Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz.U. Nr 126 poz. 1381) wprowadziła w rozdziale 7 Art. 86 p. 3 zapis: W odniesieniu do aptek szpitalnych usługą farmaceutyczną jest również: (...) 3.) przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych.

III. Dyrektywa 91/356/EEC.

Przyjęta w 1991 r. Dyrektywa 91/356/EEC ustala zasady i instrukcje Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP) dla produktów farmaceutycznych. Dobra Praktyka Wytwarzania, jako część Systemu Zapewnienia Jakości, gwarantuje, że produkty są zawsze produkowane i kontrolowane wg standardów jakości,



odpowiednio do ich zamierzonego użycia i według wymagań zgodnych z dokumentacją.

Reasumując:

1. **Niezaprzeczalnym jest fakt, że przygotowywanie leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych jest usługą farmaceutyczną** (art. 86 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 6 września 2001 roku - Prawo Farmaceutyczne) a nie usługą pielęgniarską (Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej).
2. **Miejsce, w którym świadczone są usługi farmaceutyczne przez osoby uprawnione jest apteka**, a nie np. oddział szpitalny (art. 86 ust. 1 w/w ustawy). **To apteka świadczy usługi w stosunku do np. oddziałów.**
3. **Przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych** (usług farmaceutycznych) mogą być zatrudnieni wyłącznie **farmaceuci i technicy farmaceutyczni** (art. 90 w/w ustawy).
4. **Leki cytostatyczne ze względu na swoje właściwości** (karcynogenność, mutagenność, teratogenność i inne) **muszą być przygotowywane przez farmaceutów w aptekach szpitalnych**. Wiele z nich należy do **wykazu A (leków bardzo silnie działających)** jak np.: Cyclophosphamidum, Cytarabinum, Dactinomycinum, Dacarbazinum, Doxorubicinum, Fluorouracilum, Vinblastinum, Vincristinum).
5. **Roztwory cytostatyków muszą spełniać wymogi stawiane lekom parenteralnym. Muszą być przygotowywane zgodnie z zasadami GMP.**
6. **Jedynie farmaceuci posiadają merytoryczne przygotowanie do sporządzania leków, w tym parenteralnych. Poza znajomością technik przygotowywania leków (w tym cytostatyków) pozyskiwaną w trakcie studiów farmaceutycznych, posiadają też wiedzę merytoryczną obejmującą znajomość farmakologii, farmakokinetyki, właściwości fizyczno-chemiczne cytostatyków. Każda z postaci leku (roztwór, liofilizat) wymaga innego sposobu przygotowywania. Należy pamiętać też, że ujęte substancje pomocnicze nie mogą wywierać własnego działania farmakologicznego, wchodzić w interakcje, ani też wpływać niekorzystnie na trwałość i dostępność biologiczną leku. Znajomość zagadnień takich jak stężenie maksymalne, iloczyn rozpuszczalności, stabilność po rozpuszczeniu, dobór rozpuszczalnika czy dobór opakowania (PVP, PCV, szkło) jest podstawą prawidłowej pracy z cytostatykami i posiadana jest przez farmaceutów, a nie przez pielęgniarki. Dopiero jednoczesne spełnienie wszystkich tych wymogów może zagwarantować oczekiwaną jakość produktu końcowego - a to wszystko możliwe jest dzięki posiadaniu w aptekach pracowni cytostatycznych. Tylko apteka daje gwarancje, że pacjent otrzyma lek bezpieczny i pełnowartościowy, a lek zostanie przygotowany bez narażenia zdrowia człowieka i bezpieczeństwa środowiska.**
7. **W wielu ośrodkach, począwszy od 2001 roku powstało i cały czas powstają Centralne**

Pracownie Leków Cytostatycznych, prowadzone przez farmaceutów (np. Szpital Uniwersytecki w Krakowie, w Gdańsku, Poznaniu, Bydgoszczy, Gdyni). W ośrodkach tych studenci farmacji nabywają praktyki z technologii sporządzania leków cytostatycznych. W ośrodkach tych zostały wdrożone procedury (instrukcje) postępowania przy przygotowywaniu preparatów cytostatycznych.

Polecam wydania:

„Zasady przygotowywania leków cytostatycznych oraz organizacja pracowni” autorstwa Krystyny Chmal-Jagiełło, Teresy Czekaj, Jacka Poradowskiego.

„Nowa aktywność farmaceutów. Przygotowywanie leków cytostatycznych w aptece szpitalnej” autorstwa Hanny Jankowiak-Gracz.

„Standardy jakościowe w farmacji onkologicznej” autorstwa Krystyny Chmal-Jagiełło, Hanny Jankowiak-Gracz, Hanny Kuźniar - zatwierdzone przez Europejskie Stowarzyszenie Farmaceutów Onkologicznych ESOR

8. **Centralne przygotowywanie cytostatyków, dzięki wykorzystaniu możliwie każdego miligrama substancji czynnej, odgrywa znaczną rolę w aspekcie ekonomicznym i oszczędnościowym dla budżetu szpitala, a to jest zgodnie z art. 86 ust. 3 pkt 9-10 w/w ustawy usługą farmaceutyczną.**

Uważam, że zapis Rozporządzenia Ministra Zdrowia, Ustawy Prawo Farmaceutyczne oraz przyjętej Dyrektywy należy jak najszybciej wprowadzić w życie.

Dr n. med. Anna Koper
Konsultant krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego



Wychodząc z domu nie wiedziałas kiedy i czy w ogóle wrócicie w mgnieniu oka świat stanął na głowie misternie utkane życie rozsypało się jak szyba

Chociaż jesteś naprawdę wszystko jest nicością i ciągle kogoś brakuje by zaznać odrobinę szczęścia



09 IV - W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji zaopiniowano następujące projekty Rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie:

- sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej - nie naniesiono uwag KPL/18/08
- nowelizacja przepisów w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w ZOZ - komisja odrzuciła Rozporządzenie w całości KPL/19/08
- projekt Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych ZOZ - komisja odrzuciła Rozporządzenie w całości KPL/20/08
- o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej - projekt bez uwag KPL/21/08

09-10 IV - W szkoleniu dla Sądu, przeprowadzonym w Warszawie uczestniczyły : Przewodnicząca Okręgowego Sądu PiP oraz Członek Okręgowego Sądu

14-15 IV - W Domu Małego Dziecka ul. Kazimierza- dla personelu tam zatrudnionego odbyło się szkolenie na temat "Pierwsza pomoc w stanach zagrożeniach życia".

22 IV - W siedzibie OIPiP odbyło się szkolenie na temat „Cukrzyca jako problem społeczny” w szkoleniu wzięło udział 29 osób.

23 IV -W siedzibie OIPiP odbyła się kontrola Komisji Rewizyjnej. Komisja uwag merytorycznych nie wniosła.

24 IV - W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, rozpatrzono następujące wnioski:

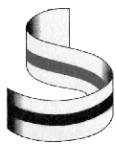
- o zakwalifikowanie / wnioski złożyło 17 pielęgniarek/
- o dofinansowanie / wniosek złożyła 1 pielęgniarka/

25IV - W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych - podjętych zostało 11 uchwał.

28 IV - W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji zaopiniowano następujące projekty Rozporządzeń Rady Ministrów :

- projekt Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie uzyskania tytułu specjalisty - bez uwag KPL/22/08
- projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, które świadczeniodawca posiadający tytuł „Zasłużonego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów - projekt bez uwag KPL/19/08
- o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej - projekt bez uwag KPL/21/08

28-29 IV - Przewodnicząca ORPiP odbyła służbową wizytę w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze, tematem wizyty było utworzenie ośrodka szkoleniowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD REGIONU ŚLĄSKIEGO

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Wiemy jak ważną rolę w dzisiejszym świecie pełnią środki masowego przekazu. Dzięki uprzejmości Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wznawiamy umieszczanie informacji na temat działalności Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP) i Zarządu Regionu Śląskiego. Pragniemy Państwu przekazywać wiarygodne, bieżące informacje o wydarzeniach w kraju i regionie, które są znaczące dla naszego środowiska.

Jak wiadomo trwały prace na tzw. „Białym Szczycie” powołanym przez Rząd RP. W powołanych zespołach problemowych Zarząd Krajowy reprezentowały wymienione poniżej osoby:

- w zespole ds. Praw pacjenta- Iwona Borchulska i Grażyna Gaj
- w zespole ds. Finansów i Ubezpieczeń - Zdzisław Bujas i Andrzej Jaskulski
- w zespole ds. Uprawnień pracowników ochrony zdrowia- Dorota Gardias i Janina Zaraś

Stanowisko OZZPiP jest następujące

OZZPiP jest przeciwny wprowadzeniu systemu przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego w ramach przedstawionego przez Ministerstwo Zdrowia projektu ustawy, ponieważ nie zmieni się płatnik i kwota którą zapłaci za leczenie. W sytuacji gdyby to rozwiązanie zostało przeforsowane w Sejmie, to uważamy że niezbędnym warunkiem wprowadzenia spółek prawa handlowego jest uprzednie oddłużenie placówek ochrony zdrowia. Powinna zostać utworzona sieć szpitali, w ramach sieci powinny funkcjonować szpitale publiczne i niepubliczne z możliwością kontraktowania usług medycznych na jednakowych zasadach z gwarancją kontraktów wieloletnich. Uważamy, że wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń byłoby możliwe, ale bez proponowanego pozbawienia prawa do świadczenia gwarantowanego w ramach opłacanej składki na ubezpieczenie powszechne. Konieczne jest wprowadzenie systemu elektronicznej ewidencji świadczeń zdrowotnych i farmaceutycznych, co wymusi uszczelnienie systemu finansowania i ułatwi kontrolę wydatkowania środków na szczeblu NFZ, a także przez poszczególnych pacjentów. Należy zapewnić podmiotom świadczącym usługi zdrowotne jednakowe prawa w zakresie mechanizmu sprzedaży tych usług (bez różnicowania na SPZOZ czy NZOZ), umożliwić tym samym publicznym zakładom opieki zdrowotnej świadczenie usług odpłatnych na rzecz pacjentów w zakresie rzeczowym objętym kontraktem z NFZ. Spowodować wyrównanie dysproporcji pomiędzy wielkością środków pochodzących ze składek opłacanych przez ubezpieczonych, a wielkością środków pochodzących ze składek opłacanych ze środków budżetu państwa za rolników, bezrobotnych bez prawa do

zasiłku, które są zaniżane. Wydzielić w kontraktach lekarzy POZ kwotę przeznaczoną na badania laboratoryjne i diagnostyczne oraz środki na korzystanie z usług w izbie przyjęć szpitala z wyłączeniem stanów zagrożenia życia. Odnosząc się do propozycji opłat za „usługi hotelowe” w zakładach stacjonarnych jesteśmy za tym, jednak uwzględniając dopłaty NFZ i MOPS za pacjentów w bardzo trudnej sytuacji materialnej.

Konieczne jest umocowanie ustawowe instytucji Rzecznika Praw Pacjenta. Należy przyznać pacjentom prawo do leczenia uzależnionego wyłącznie od ich stanu zdrowia oraz szczególną ochronę danych genetycznych. Należy wprowadzić ustawowe uprawnienie gwarantujące możliwość dochodzenia odszkodowania za szkody wyrządzone przez personel medyczny w związku z prowadzonym leczeniem lub profilaktyką. Udostępnienie pacjentom na stronach internetowych NFZ informacji dotyczących dostępnych w ramach kontraktu świadczeń medycznych, ilości tych świadczeń, bieżących wykonań, zaktualizowanych okresów oczekiwania na dane świadczenie.

W zakresie zabezpieczenia właściwego poziomu wynagradzania pielęgniarek i położnych OZZPiP zaproponował wprowadzenie na okres dwóch lat tzw. kwoty bazowej (średniego przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z zysku wg danych GUS). Przekazaliśmy również do Ministerstwa Zdrowia propozycję wartościowania stanowisk pracy wg metody UMEWAP 2000. Uważamy, że mechanizmy uwzględniające godziwe wynagradzanie personelu medycznego powinny mieć charakter powszechny.

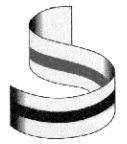
Przedstawiciele OZZPiP nie podpisali dokumentu podsumowującego prace „Białego Szczytu”, ponieważ nie przedstawiono w sposób właściwy ani bieżącej sytuacji w ochronie zdrowia, ani długofalowej polityki w tym zakresie. „Biały Szczyt” nie załatwił najistotniejszych spraw dla ochrony zdrowia. Propozycje przedstawione przez OZZPiP nie zostały uwzględnione, podobnie jak projekty ustaw.

Narastającym i uciążliwym problemem staje się niewystarczająca obsada pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. W związku z tym OZZPiP zwrócił się z pismem do Prezesa NFZ o podjęcie działań kontrolujących liczbę zatrudnionych pielęgniarek w zoz w ramach realizowanego kontraktu, a niezbędnych dla prawidłowego wykonania procedur medycznych. Uzyskano następującą odpowiedź ; NFZ nie ingeruje w strukturę organizacyjną zakładów i ich politykę kadrową, to świadczeniodawcą ponosi odpowiedzialność za sposób organizacji pracy, który powinien być zgodny z obowiązującymi przepisami kodeksu pracy, ustawy o ZOZ, a tym samym zabezpieczać określone normy zatrudnienia na poszczególnych stanowiskach zgodnie z okresami rozliczeniowymi.

Oczekuje jednak, aby każdy pacjent miał zapewniony dostęp do świadczeń zdrowotnych określonych w umowie zawartej pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą.

Na zakończenie kilka słów o naszej regionalnej organizacji OZZPiP. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Śląskiego z siedzibą w Sosnowcu przy ul. Odrodzenia 9, reprezentowany jest przez Przewodniczącą Iwonę Borchulską.

Zrzesza w 68 organizacjach zakładowych i



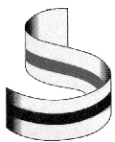
międzyzakładowych 11,3 tys pielęgniarek i położnych zatrudnionych w 110 zakładach opieki zdrowotnej. Terytorialnie swoim zasięgiem obejmujemy dawne województwo bielskie, częstochowskie i katowickie. W celu ułatwienia poprawy informacji oraz poprawy komunikacji międzyzwiązkowej, utworzono Mikroregiony w oparciu o istniejące Okręgi Wyborcze. Zakłady Opieki Zdrowotnej, które administracyjnie położone są w określonym Okręgu Wyborczym tworzą jeden Mikroregion. Nasze koleżanki z Zarządu Regionu Śląskiego aktywnie uczestniczą w pracach Zarządu Krajowego. Będąc na bieżąco z wydarzeniami w kraju organizujemy na poziomie regionu szkolenia dla członków zarządów zakładowych organizacji związkowych z zakresu prawa, księgowości, kontaktów z mediami. Mamy nadzieję, że nasza wiedza ze szkoleń będzie owocowała w trakcie negocjacji na terenie naszych zakładów pracy.

Ostatnie dwudniowe szkolenie w dniach 10-11 kwietnia

2008r., dotyczyło przekształceń ZOZ w spółki prawa handlowego, zasad wyliczania wynagrodzeń przy ewentualnych kontraktach, które są niekorzystne dla pielęgniarek i położnych, ponieważ nie zabezpieczają wielu elementów wynagradzania gwarantowanych umową o pracę.

Naszym gościem w drugim dniu wykładów była Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach Pani dr Mariola Bartusek. Cieszymy się, że przyjęła nasze zaproszenie i gościła u nas. Mamy nadzieję, że współpraca samorządu i związku zawodowego w naszym regionie nie skończy się na kurtuazyjnych wizytach stron, ale skoncentruje się na dobrej współpracy w zakresie podejmowanych działań na rzecz naszego środowiska, gwarantując mu poprawę sytuacji zawodowej.

Opracowała:
Lucyna Graf



Warto wiedzieć

Przedruk z biuletynu :Nasze sprawy:

Czas pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej

Czas pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, reguluje Kodeks pracy (**tekst jednolity Dz.U. 1998, Nr 21, poz. 94 z późn. zm.**) oraz ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (**tekst jednolity Dz.U. 2007, Nr 14, poz. 89 z późn. zm.**).

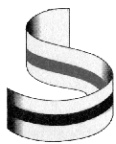
Z dniem 1 stycznia 2008 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (**Dz.U. 2007, Nr 176, poz. 1240**) na podstawie, której zmodyfikowano przeciętną normę tygodniową, która dotychczas wynosiła 40 godzin, obecnie wynosi 37 godzin 55 minut w tygodniu.

Na wstępie do niniejszych rozważań w przedmiocie czasu pracy należy zastanowić się kogo obejmuje zakres regulacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Powyższy akt normatywny znajduje zastosowanie, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy, do: szpitali, zakładów opiekuńczo-leczni-czych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentoriów, hospicjów stacjonarnych, innych niewymienionych z nazwy zakładów przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, przychodni, ośrodków zdrowia, poradni, ambulatoriów, pogotowi ratunkowych, medycznych laboratoriów diagnostycznych, pracowni protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakładów rehabilitacji leczniczej, żłobków, ambulatoriów lub ambulatoriów z izbą

chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostek Służby Więziennej, stacji sanitarno-epidemiologicznych, wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej, jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi oraz innych zakładów spełniających warunki określone w ustawie.

Pojęcie czasu pracy jak i pracownika wynikają z Kodeksu Pracy, w związku z powyższym znajdują one zastosowanie tylko i wyłącznie do pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy. Zgodnie z art. 2 Kp, pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Co do zasady, w służbie zdrowia wszystkie pielęgniarki i położne, będące pracownikami, są zatrudniane na podstawie umowy o pracę. Podkreślenia wymaga fakt, iż zleceniobiorca (osoba zatrudniona na podstawie umowy zlecenia), jak również inna osoba zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej, nie jest pracownikiem w rozumieniu art. 2 Kp, w związku z powyższym przepisy prawa pracy nie znajdują do takiej osoby zastosowania.

Zanim przejdę do omawiania właściwego zagadnienia należy jeszcze przedstawić definicję czasu pracy z art. 128 § 1 Kp, która stanowi, iż czasem pracy jest czas, w którym pracownik (czyli w naszym przypadku - osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę) pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Kluczowe znaczenie dla powyższej definicji ma zwrot „pozostaje w dyspozycji pracodawcy”, w piśmiennictwie przyjęty został pogląd, że pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy nie tylko wtedy, gdy rzeczywiście wykonuje pracę, lecz także wtedy, gdy jest gotów do wykonywania pracy, to znaczy znajduje się w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do



wykonywania pracy, w stanie psychofizycznym umożliwiającym mu wykonywanie pracy i wykazuje wolę wykonywania pracy, lecz z przyczyn niezależnych od niego pracy nie wykonuje (tzw. rzeczywista gotowość do wykonywania pracy). Do czasu pracy wlicza się, z mocy odrębnych przepisów, niektóre przerwy w świadczeniu pracy np. piętnastominutową przerwę w pracy (obowiązkową, jeżeli dobowy wymiar czasu pracy pracownika wynosi co najmniej 6 godzin), przerwę ustanowioną ze względu na szczególną uciążliwość, szkodliwość pracy lub monotonię pracy, przerwę na karmienie dziecka piersią, trzydziestominutową przerwę przysługującą pracownikom niepełnosprawnym na gimnastykę lub wypoczynek.

Kodeks pracy posługuje się również definicją doby w rozumieniu doby „pracowniczej”, a nie doby astronomicznej (okres pomiędzy godziną 00.00 jednego dnia i godziną 00.00 dnia następnego w danej strefie czasowej). Przez dobę (pracowniczą) z Kodeksu pracy, należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy. Najlepiej jest to przedstawić na przykładzie - osoba przychodzi do pracy w poniedziałek na godzinę 7.00, a więc doba (pracownicza) tej osoby trwa od 7.00 w poniedziałek do 7.00 dnia następnego, czyli wtorku. Kodeks pracy wprowadza również pojęcie tygodnia, przez który należy rozumieć 7 kolejnych dni kalendarzowych, poczynając od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego. W dalszej części niniejszego artykułu posługując się pojęciami doby i tygodnia, będzie miał na myśli dobę i tydzień w rozumieniu art. 128 § 3 Kp.

Pielęgniarka, położna - pracownik zakładu opieki zdrowotnej jest zatrudniona w jednym z dwóch systemów czasu pracy. Podstawowym systemem czasu pracy dla pielęgniarek i położnych jest czas pracy, który w przyjętym okresie rozliczeniowym (okres, w którym powinny być osiągnięte i nie przekroczone, przeciętne normy czasu pracy) nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. W przypadku normy dobowej - 7 godzin 35 minut mamy do czynienia ze sztywną normą dobową, której każdorazowe przekroczenie, o ile spełnione są pozostałe przesłanki, stanowi pracę w godzinach nadliczbowych w rozumieniu art. 151 Kp. Z odmienną sytuacją spotykamy się w przypadku normy tygodniowej, która wynosi przeciętnie 37 godzin 55 minut w tygodniu, oznacza to, iż mogą być tygodnie, w których pracownik będzie pracował ponad 37 godzin 55 minut, jak również takie w których pracownik będzie pracował mniej niż 37 godzin 55 minut. Jednakże, w czasie okresu rozliczeniowego pracownik ma pracować średnio (przeciętnie) 37 godzin 55 minut w tygodniu. Ustawodawca wprowadził również przeciętny pięciodniowy tydzień pracy, co oznacza, iż mogą być tygodnie w których pracownik pracuje więcej niż pięć dni, jak również takie tygodnie, w których pracownik pracuje mniej niż 5 dni, jednakże w przyjętym okresie rozliczeniowym pracownik pracuje średnio pięć dni. Podkreślenia wymaga fakt, iż okres rozliczeniowy w przypadku tego systemu czasu pracy nie może przekraczać 3 miesięcy.

W stosunku do niektórych pracowników komórek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej skróceniu ulega zarówno sztywna norma dobową, jak i przeciętna norma

tygodniowa. Norma dobową wynosi dla takich pracowników 5 godzin na dobę, natomiast norma tygodniowa wynosi przeciętnie 25 godzin na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przedmiotowa regulacja znajduje zastosowanie, tylko i wyłącznie, do pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) zakładów opieki zdrowotnej:

- radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej - stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:
- stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, a w szczególności: wykonywanie badań lub zabiegów, asystowanie lub wykonywanie czynności pomocniczych przy badaniach lub zabiegach, obsługiwanie urządzenia zawierającego źródła promieniowania lub wytwarzającego promieniowanie jonizujące, lub wykonywanie czynności zawodowych bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych, lub;
- prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł promieniowania jonizującego, lub;
- dokonywanie pomiarów dozymetrycznych promieniowania jonizującego związanych z powyższymi dwoma działalnościami;
- fizykoterapii, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy kontrolowanie techniki stosowanych zabiegów lub samodzielne wykonywanie zabiegów;
- patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:
- przygotowanie preparatów, lub;
- wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych;
- patomorfologii, medycyny sądowej oraz prosektoriów, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:
- wykonywanie sekcji zwłok, lub;
- wykonywanie badań patomorfologicznych i toksykologicznych, lub;
- pomoc przy wykonywaniu sekcji zwłok oraz badań patomorfologicznych i toksykologicznych, lub;
- pobieranie narządów i tkanek ze zwłok.

Jak niewątpliwie wynika z przedmiotowego wyliczenia, aby pracować 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin w tygodniu, osoby zatrudnione w wyżej wymienionych komórkach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, muszą posiadać wśród swoich podstawowych obowiązków powyższe czynności.

Drugim systemem czasu pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej jest system równoważnego czasu pracy. Jego istota polega na przedłużeniu wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę i równoważeniu tego przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy, krótszym dobowym wymiarem czasu pracy w niektórych dniach lub dniami wolnymi od pracy. Jednakże, możliwość wprowadzenia powyższego systemu czasu pracy jest uzależniona od uzasadnienia rodzajem pracy lub jego organizacji - stwierdzić należy, iż przesłanka ta, co do zasady,



zawsze jest spełniona. Przeciętna norma tygodniowa dla pracowników zatrudnionych w przedmiotowym systemie czasu pracy nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Natomiast okres rozliczeniowy nie może być dłuższy niż miesiąc, lecz w szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy. Przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę nie znajduje zastosowania w stosunku do pracowników, o których mowa w art. 32g ust. 3 i 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej - są to pracownicy komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej - stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego; fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów. Podkreślenia wymaga fakt, iż wymiar czasu pracy pracownic w ciąży oraz pracownic opiekujących się dzieckiem do lat 4, bez ich zgody, nie może przekraczać 8 godzin na dobę.

- Pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych, przysługuje dodatek do wynagrodzenia w wysokości:
- co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego (godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszerogowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu), za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej;
- co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

Natomiast, pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w zespole wyjazdowym pogotowia ratunkowego (pomocy doraźnej) przysługuje dodatek w wysokości 30% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy - powyższa regulacja w obecnym stanie prawnym znajduje zastosowanie wyłącznie do pielęgniarek. W przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej) poza zespołem wyjazdowym, to przysługuje im dodatek w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.

Art. 32jb ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 132 Kp, wprowadzają tzw. minimalny dobowy odpoczynek, który wynosi w każdej dobie, co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, co oznacza że w ciągu doby pracownik może pracować najwyżej 13 godzin łącznie z godzinami nadliczbowymi. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż minimalny odpoczynek dobowy nie znajduje zastosowania do pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy, jak również w przypadku konieczności prowadzenia akcji ratowniczej w celu ochrony życia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub środowiska albo usunięcia awarii. Natomiast, z mocy art. 32jb ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 133 Kp, pracownikowi przysługuje prawo

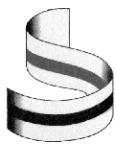
do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. W przypadku pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy, jak również w przypadku konieczności prowadzenia akcji ratowniczej w celu ochrony życia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub środowiska albo usunięcia awarii; zmiany pory wykonywania pracy przez pracownika w związku z jego przejściem na inną zmianę, tygodniowy nieprzerwany odpoczynek może obejmować mniejszą liczbę godzin, nie może być jednak krótszy niż 24 godziny.

Ustawodawca w art. 32j i nast. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przewidział możliwość pełnienia dyżurów medycznych nie tylko przez lekarzy, lecz również przez innych pracowników wykonujących zawód medyczny, którzy posiadają wyższe wykształcenie, a więc także przez pielęgniarki i położne. Jednakże w praktyce stosowania, przepis ten w stosunku do pielęgniarek i położnych, jest przepisem martwym. Pielęgniarki i położne, posiadające wyższe wykształcenie, zatrudnione w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązane do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego. Od 1 stycznia 2008 roku, czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy, w związku z tym istnieje limit godzin pracy w postaci przeciętnej 48-godzinnej normy tygodniowej, którego to limitu bez zgody pracownika (tzw. klauzula opt-out), nie można wyłączyć. Wynagrodzenie za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu pracy o dodatku za pracę w godzinach nadliczbowych (art. 151¹ § 1-3 Kp).

Kolejnym martwym przepisem w stosunku do pielęgniarek i położnych, jest art. 32k ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który to przewiduje możliwość zobowiązania pielęgniarek i położnych posiadających wyższe wykształcenie, do pozostawania poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Za każdą godzinę pozostawania przez pielęgniarkę lub położną, w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

Reasumując, wyżej wymienione regulacje dotyczą tylko i wyłącznie pielęgniarek i położnych będących pracownikami zakładów opieki zdrowotnej, w związku z powyższym należy stwierdzić, iż nie znajdują one zastosowania w stosunku do pielęgniarek i położnych zatrudnionych u pracodawców innych niż zakłady opieki zdrowotnej.

Bartłomiej Rupik
Specjalista ds. prawnych



Wygraj z kleszczem - aktywne bezpieczeństwo

www.kleszczeinfo.pl

Ogólnopolski Program Zapobiegania Kleszczowemu
Zapaleniu Mózgu

Warszawa, 23 kwietnia 2008r.

„Wygraj z kleszczem - aktywne bezpieczeństwo” Rusza Ogólnopolski Program Zapobiegania Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu

23 kwietnia br. startuje kampania „Wygraj z kleszczem - aktywne bezpieczeństwo”, organizowana przez firmę medyczną Baxter we współpracy z ekspertami naukowymi. Jej celem jest edukowanie społeczeństwa na temat Kleszczowego Zapalenia Mózgu - choroby wirusowej roznoszonej przez kleszcze. Kampania prowadzona będzie do sierpnia br.

Przeciwno wirusowi KZM nie ma skutecznego lekarstwa. Jedyną metodą zapobiegania chorobie są szczepienia ochronne. Podane osobom narażonym na zakażenie wirusem pozwalają uniknąć takich skutków choroby jak np. długotrwałe wyłączenie pacjentów z czynnego życia oraz długa rehabilitacja. W krajach, gdzie zaszczepiona jest większość populacji liczba zachorowań zmalała kilkakrotnie. Przykładowo w Austrii, gdzie blisko 90% populacji poddano szczepieniom, liczba zachorowań zmniejszyła się ponad 10 krotnie.

Podstawą podjętych działań edukacyjnych jest bardzo niska społeczna świadomość istnienia KZM, zagrożeń z nim związanych oraz profilaktyki. Celem kampanii jest podnoszenie poziomu wiedzy o chorobie, a także budowanie przekonania, że dotyczyć ona może każdego z nas. Kampanię wspierać będą specjaliści w zakresie chorób zakaźnych: **dr Ewa Duszczyk** z Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego UM w Warszawie oraz **dr hab. Joanna Zajkowska** z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UM w Białymstoku.

Akcja Szczepienia

Popularyzowaniu zagadnienia KZM służyć będzie między innymi **Akcja Szczepienia**, zorganizowana w ramach kampanii. Podczas niej mieszkańcy dziewięciu miast Polski będą mieli szansę zasięgnąć fachowej porady eksperta, a na tych, którzy zapiszą się na szczepienia za pośrednictwem infolinii, czekać będą bezpłatne dwie pierwsze dawki szczepionki. Liczba bezpłatnych szczepionek jest ograniczona.

Infolinia - nr 801 88 98 90

Organizatorzy programu uruchomią infolinię, za pośrednictwem której będzie można zapisać się na bezpłatne szczepienia (ich liczba jest ograniczona), a także porozmawiać z lekarzem. Infolinia zostanie uruchomiona 6 maja (wtorek) i działać będzie w każdy wtorek w godzinach 15.00-18.00

Strona internetowa

Informacje o KZM oraz programie „Wygraj z kleszczem - aktywne bezpieczeństwo” będą dostępne na stronie internetowej programu www.kleszczeinfo.pl. Tam na bieżąco będą publikowane daty i miejsca Akcji Szczepienia.

Jednym z celów kampanii jest również budowanie wokół zagadnienia KZM grupy naukowej, która będzie zaangażowana w długofalowe działania mające na celu podnoszenie poziomu wiedzy o chorobie oraz mogące poprawić diagnostykę KZM.

W Europie prowadzone są stałe badania związane z KZM. Działą Międzynarodowa Naukowa Grupa Robocza ds. Kleszczowego Zapalenia Mózgu (ISW-TBE), składająca się z uznanych ekspertów z rozległym doświadczeniem w KZM. Celem grupy jest wkład w zdrowie publiczne, a szczególności kontrola nad KZM. Główne założenia ISW-TBE to m. in. promocja krajowej i międzynarodowej współpracy naukowej i medycznej w zakresie choroby, a także opracowywanie programów edukacyjnych. Raport WHO podaje, iż „KZM jest poważną chorobą, która może skończyć się śmiercią lub mieć długotrwałe następstwa neurologiczne u 35-38% pacjentów.”

Kampania „Wygraj z kleszczem - aktywne bezpieczeństwo” jest kontynuacją działań podejmowanych przez firmę Baxter w zakresie edukacji zdrowotnej związanej z chorobami roznoszonymi przez kleszcze.

Baxter to międzynarodowa firma medyczna, wyspecjalizowana w produkcji szczepionek, preparatów i sprzętu, używanych w leczeniu chorób nerek, chorób nowotworowych, hemofilii. Firma zatrudnia na świecie ponad 45 000 pracowników. Baxter specjalizuje się w dostarczaniu produktów do dializy otrzewnowej, produkcji biofarmaceutyków, produkcji szczepionek, urządzeń stosowanych w hospitalizacji i terapiach ambulatoryjnych oraz produkcji systemów do pobierania, przetwarzania, przechowywania oraz przetaczania krwi i jej składników.

Dodatkowych informacji udziela:

Marta Trzepla On Board Public Relations tel:+48 (022) 321 5100 tel. kom. 0 602 272 859 e-mail: mtrzepla@onboard.pl

Dokument Programowy Warszawa, kwiecień 2008

Świadomość istnienia Kleszczowego Zapalenia Mózgu, a także możliwych powikłań towarzyszących tej chorobie jest wśród polskiego społeczeństwa niska. Niewiele osób wie, iż narażona na nią może być każda osoba mająca bezpośredni kontakt z przyrodą. Na KZM, które może zakończyć się śmiercią, zapada rocznie blisko 13 000 mieszkańców Europy i Federacji Rosyjskiej.

Według danych WHO od 35 do 58 proc. pacjentów z KZM jest narażonych na długotrwałe powikłania neurologiczne, takie jak: porażenia nerwów, niedowłady kończyn, a także zmiany



psychiczne i emocjonalne. Śmiertelność KZM na terenie Europy wynosi od 1-2 % przypadków klinicznych. Jednocześnie brak jest leczenia przyczynowego KZM. Jediną skuteczną metodą walki z KZM są szczepienia ochronne.

W krajach, w których wprowadzono masowe szczepienia przeciw KZM liczba zachorowań znacznie spadła, w szczególności na terenach wysokiego ryzyka. Przykładowo w Austrii, gdzie blisko 90 % populacji poddano szczepieniom, liczba przypadków zmniejszyła się z około 700 do 40-60 rocznie. W Polsce, pomimo zaleceń Ministerstwa Zdrowia, zaszczepionych jest mniej niż 1% Polaków.

Tereny endemiczne KZM w Polsce to jednocześnie regiony turystyczne: Warmia i Mazury, Podlasie, pas Polski wschodniej oraz południowej, a także inne, zalesione obszary kraju. Kleszcze występują nie tylko w lasach i na łąkach, ale również w miejskich parkach i przydomowych ogródkach.

Konsekwencją istniejącego stanu rzeczy jest konieczność budowania społecznej świadomości istnienia choroby, zagrożeń z nią związanych, a także wiedzy o sposobach profilaktyki. Każdy powinien zdawać sobie sprawę z roli szczepień ochronnych przeciw KZM, chorobie, której można jedynie zapobiegać. Działania edukacyjne powinny skupiać się na powyższych celach.

Sposobem na zwiększenie społecznej świadomości dotyczącej zagrożenia KZM jest uruchomienie ogólnopolskiego programu edukacyjnego i podjęcie szeroko zakrojonych działań komunikacyjnych skierowanych do mediów i społeczeństwa.

Celem **Ogólnopolskiego Programu Zapobiegania Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu** jest zwrócenie społecznej uwagi na potrzebę szczepień ochronnych wśród osób mieszkających na terenach endemicznych, wyjeżdżających na te tereny w celach turystycznych i rekreacyjnych, a także wszystkich tych, którzy z racji wykonywanej pracy lub sposobu spędzania wolnego czasu przebywają często w obszarach zamieszkiwanych przez kleszcze.

Intencją inicjatora Ogólnopolskiego Programu Zapobiegania Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu jest kontynuowanie działań edukacyjnych w kolejnych latach, a także stała współpraca z przedstawicielami świata nauki w zakresie zwiększania wiedzy o KZM w społeczeństwie.

Jednym z dodatkowych celów programu będzie skupienie w przyszłości uwagi na zagadnieniu diagnostyki przypadków KZM. Wszelkie działania mogące poprawić tę diagnostykę pomogą lepiej identyfikować tereny zagrożone KZM.

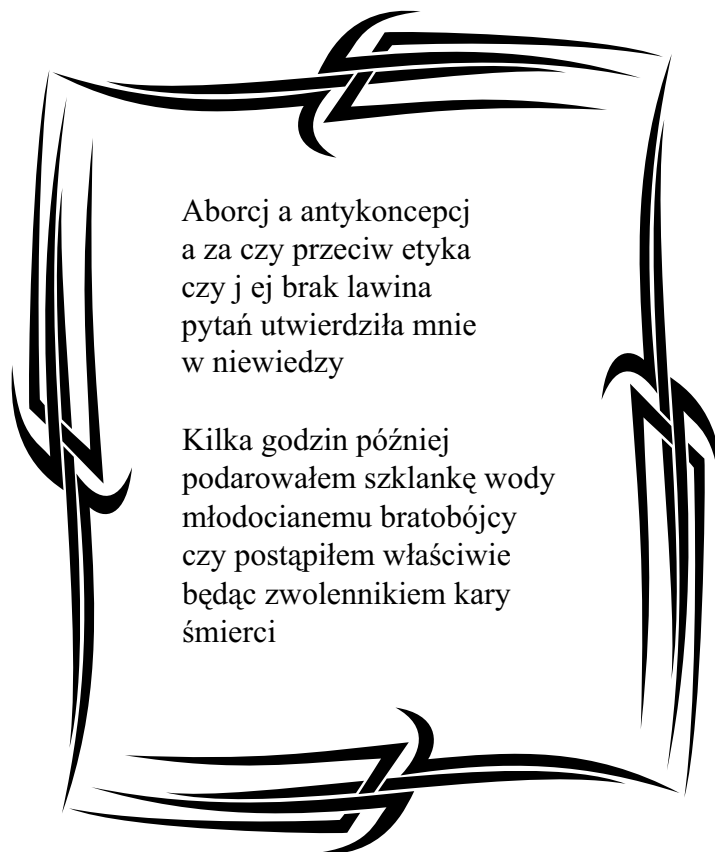
Eksperti o KZM:

„W ciągu ostatnich lat zauważalny jest w Europie wzrost zachorowań na choroby odkleszczowe. Nie można go tłumaczyć jedynie lepszą wykrywalnością, co skłania automatycznie do poszukiwań czynników mogących mieć wpływ na tę sytuację. Istotnym wydają się na pewno zmiany

klimatyczne. Analiza czynników meteorologicznych zarówno w Polsce jak i krajach sąsiednich wykazała istotny wzrost średnich temperatur miesięcznych w kwietniu, co sprzyjało rozwojowi populacji kleszczy. Wyjątkowo ciepłe były w tym okresie lata 1993 oraz 2003, powodując wzrost liczby zachorowań wśród ludzi. Drugim istotnym czynnikiem, wpływającym na wzrost zachorowań na KZM są zmiany socjalne. Wzrasta liczba właścicieli działek leśnych, wzrost bezrobocia powoduje wzrost dorywczego zarobkowania, m. in. zbierania owoców leśnych. Wszystkie te czynniki znajdują odzwierciedlenie w liczbie pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UM w Białymstoku.” - **mówi dr hab. Joanna Zajkowska, Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

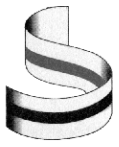
„Kleszczowe zapalenie mózgu jest chorobą wirusową ośrodkowego układu nerwowego. Konsekwencją choroby mogą być powikłania, które mimo długiego leczenia i rehabilitacji nie zawsze pozwalają na pełny powrót do zdrowia. Leczenie jest wyłącznie objawowe. Nie ma dotąd leku, który byłby skuteczny.

W Polsce rejestruje się rocznie około 300-330 przypadków, ale wiele wskazuje, że dane są niedoszacowane. W każdym przypadku wirusowego zapalenia mózgu, które wystąpiło w okresie żerowania kleszczy należy rozważyć diagnostykę w kierunku kleszczowego zapalenia mózgu.” - **mówi dr Ewa Duszczyk, Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego, Uniwersytet Medyczny w Warszawie**



Aborcj a antykoncepcj
a za czy przeciw etyka
czy j ej brak lawina
pytań utwierdziła mnie
w niewiedzy

Kilka godzin później
podarowałem szklanę wody
młodocianemu bratobójcy
czy postąpiłem właściwie
będąc zwolennikiem kary
śmierci



ROZPORZĄDZENIE MINISTRA FINANSÓW z dnia 28 grudnia 2007 r.

w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej "ubezpieczeniem OC", termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia.

§ 2. 1. Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia;
- 2) polegających na zapłacie kar umownych;
- 3) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

3. Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2, bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań.

§ 3. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje nie później niż w dniu poprzedzającym dzień, w którym świadczeniodawca obowiązany jest na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 4. 1. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi równowartość w złotych:

- 1) 46.500 euro na jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w odniesieniu do:
 - a) zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej

praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach,

c) grupowej praktyki lekarskiej prowadzonej na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

2) 25.000 euro na jedno zdarzenie i 140.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w odniesieniu do:

a) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach,

b) grupowej praktyki pielęgniarek, położnych prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

3) 12.000 euro na jedno zdarzenie i 67.500 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w odniesieniu do:

a) osób legitymujących się nabyciem fachowych uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej,

b) podmiotów realizujących w ramach umów wyłącznie czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

2. Kwoty, o których mowa w ust. 1, są ustalane przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

§ 5. 1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do umów ubezpieczenia OC zawartych od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

2. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na dotychczas obowiązujących warunkach przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, a okres na jaki została zawarta upływa po tym dniu, nową umową ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

W porozumieniu:
MINISTER FINANSÓW
MINISTER ZDROWIA



MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament
Pielęgniarek i Położnych

KOMUNIKAT Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Pan
Tadeusz Wadas**
Przewodniczący
Małopolskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

w sprawie zasad pobierania i transportu materiałów do badań laboratoryjnych pobranych w miejscu zamieszkania pacjenta przez pielęgniarki lub położne wykonujące świadczenia jako samodzielne podmioty

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 9 listopada 2007 r. w sprawie możliwości zatrudniania ratowników medycznych na stanowiskach pielęgniarek na oddziałach szpitalnych, uprzejmie proszą o przyjęcie następujących wyjaśnień.

W myśl dotychczas obowiązującej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

W art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 89, poz. 590) opisany został zawód ratownika medycznego, którego wykonywanie polega przede wszystkim na dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych oraz czynności mających z tymi działaniami ścisły związek, takich jak: zabezpieczanie osób znajdujących się, w miejscu zdarzenia, transportowanie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, komunikowanie się z osobą/osobami będącymi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz udzielanie im wsparcia psychicznego. Do zadań realizowanych przez ratowników medycznych należy także organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

Należy stwierdzić, że zawód ratownika medycznego został stworzony z myślą o konkretnym elemencie systemu opieki zdrowotnej, jakim jest ratownictwo medyczne, natomiast zakres obowiązków i uprawnień pielęgniarek jest znacznie szerszy w związku z możliwością realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

Wobec powyższego, ratownicy medyczni nie mogą być zatrudniani na stanowiskach pielęgniarek i nie mogą realizować zadań, do wykonywania których kwalifikacje posiadają jedynie pielęgniarki.

DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Beata Cholewka

W związku z licznymi zapytaniem pielęgniarek i położnych wykonujących świadczenia jako samodzielne podmioty dotyczącymi pobierania i transportu materiałów do badań laboratoryjnych pobranych w miejscu zamieszkania pacjenta NRPiP informuje, że:

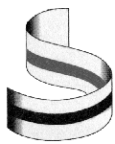
Pielęgniarka ma prawo na zlecenie lekarza poz pobrać w miejscu zamieszkania pacjenta materiał do badań laboratoryjnych **pod warunkiem zapewnienia przez lekarza poz próbek lub pojemników, opakowania zbiorczego oraz transportu materiału do laboratorium.** W ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lekarz poz otrzymuje na ten cel środki finansowe. Pielęgniarki i położne takiego finansowania nie otrzymują.

Zgodnie z pkt. 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. Nr 61, poz. 435) materiał do badań laboratoryjnych jest dostarczany do laboratorium zgodnie z procedurami opracowanymi przez te laboratoria **dla stałego zleceńodawcy - lekarza poz.**

Zgodnie z § 9 pkt. 4 zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (zmienionego zarządzeniem nr 105/2007/DSOZ oraz zarządzeniem nr 1/2008/DSOZ) świadczeniodawca (lekarz POZ) zapewnia pobranie materiałów do badań zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23 marca 2006 roku. Pobranie materiału do badań w domu chorego świadczeniodawca (lekarz poz) zleca pielęgniarcie poz. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz poz, wymienia załącznik nr 2 do zarządzenia. Świadczenia lekarza poz są finansowane na zasadach określonych w § 11 ww. zarządzenia.

Samodzielny transport przez pielęgniarki i położne materiału do badań laboratoryjnych pobranego w miejscu zamieszkania pacjenta lub pozostawienie tego materiału w domu pacjenta jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa i rodzi zagrożenie epidemiologiczne!

Załącznik nr 14 do zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku (zmienionego zarządzeniem nr 105/2007/DSOZ oraz zarządzeniem nr 1/2008/DSOZ) w katalogu świadczeń pielęgnarskich w poz, określa w pkt. 6.4, że pobieranie materiału do badań jest świadczeniem realizowanym we współpracy ze świadczeniodawcą (lekarzem poz). Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków i środka transportu odpowiada lekarz poz zgodnie z warunkami umowy z wykonawcą badań (laboratorium).



NORMY ZATRUDNIENIA W ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH

stanowisko Międzynarodowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych (PNAE)

Stowarzyszenie pracuje nad opracowaniem optymalnych norm zatrudnienia w oddziałach pediatrycznych. Poniżej przedstawiamy zaproponowane przez PNAE standardy.

Obsada oddziałów pediatrycznych

Osoba planująca obsadę pielęgniarską w oddziałach pediatrycznych powinna wziąć pod uwagę wiek pacjentów oraz stan dziecka.

Zalecana ilość obsady pielęgniarskiej:

dla dzieci poniżej 2 lat: - 1 pielęgniarka do 3 dzieci,
dla dzieci powyżej 2 lat: dyżur dzienny - 1 pielęgniarka do 4 dzieci,
dyżur nocny - 1 pielęgniarka do 5 dzieci.

Oddział noworodkowy

Osoba planująca obsadę pielęgniarską w oddziałach pediatrycznych powinna wziąć pod uwagę wysoki poziom troski jakiej wymaga noworodek.

Pediatryczne oddziały intensywnej terapii

Stowarzyszenie proponuje podział na następujące poziomy opieki:

Poziom I - opieka nad dzieckiem, wymagającym obserwacji i monitoringu sprzętem dostępnym na zwykłej sali pediatrycznej, np. dzieci wymagające ciągłego monitoringu pracy serca, nieinwazyjnego monitorowania ciśnienia krwi.

Poziom II - dzieci wymagające ciągłego nadzoru pielęgniarskiego oraz podtrzymywania funkcji życiowych jednego organu, np. dzieci zaintubowane wymagające użycia respiratora.

Poziom III - dzieci z dwoma lub więcej układami wymagającymi podtrzymania technicznego, monitorowane, wymagające ciągłego nadzoru pielęgniarskiego, np. dzieci po urazach wielonarządowych, po bardzo złożonych zabiegach operacyjnych.

Zalecany stosunek obsady pielęgniarskiej do ilości dzieci, wymagających opieki:

poziom I - 1 pielęgniarka do 2 dzieci,
poziom II - 1 pielęgniarka do 1 dziecka,
poziom III - 2 pielęgniarki do 1 dziecka wymagającego opieki na tym poziomie.

marzec 2007 rok

tłumaczenie: mgr Marek Błaszczków (ratownik medyczny)

INFORMACJE



Szanowni Państwo,

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszam do udziału w IV Międzynarodowym Sympozjum dot. Prewencji Chorób Układu Krążenia **"Obrazowanie, postępowanie i badania kliniczne"**, które odbędzie się w Krakowie w dniach **19-20 czerwca, 2008.**

Motywy przewodnim IV Sympozjum jest „Miażdżycy wielopoziomowa - problem interdyscyplinarny”. Zapraszamy wszystkich do uczestniczenia w Interdyscyplinarnej Sesji Panelowej z prezentacją przypadków klinicznych i dyskusją z udziałem prezesów towarzystw naukowych.

Zapraszamy do udziału w Sympozjum wszystkich zainteresowanych, zachęcamy do aktywnego uczestnictwa w dyskusji dotyczącej współczesnych możliwości prewencji, diagnostyki i leczenia chorób serca z zajęciem tętnic wieńcowych i naczyń obwodowych.

Organizator

Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie Dyrektor Sympozjum

Dr hab. med. Mieczysław Pasowicz

Miejsce obrad

Sympozjum Dzień 1

19 czerwca 2008 Uniwersytet Jagielloński Aula Collegium Novum Ul. Gołębia 24, Kraków

Warsztaty Dzień 2

20 czerwca 2008

Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie Sala Konferencyjna w budynku kardiochirurgii
Ul. Prądnicka 80, Kraków

Recepcja Sympozjum

19 czerwca 2008

Aula Collegium Novum, ul. Gołębia 24 Czynna od 8.00 do 18.00

20 czerwca 2008

Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie, ul. Prądnicka 80 Czynna od 7.30 do 18.00

Oплата za udział w Sympozjum i Warsztatach:

19 czerwca -100 PLN, 20 czerwca-100 PLN, 19-20 czerwca - 200 PLN

Oплата rejestracyjna zapewnia

Uczestnik:

- Udział we wszystkich sesjach naukowych i warsztatach
- Udział w imprezach towarzyszących
- Materiały zjazdowe
- Przerwy kawowe
- Lunch

POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

W Krakowie powstało stowarzyszenie Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego 17 kwietnia 2008 w siedzibie MOIPIP odbyło się pierwsze zebranie, na którym wyznaczono kierunki działania:



1. Prowadzenie i popieranie działalności naukowej w zakresie pielęgniarstwa ratunkowego.
 2. Współdziałanie w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych członków Stowarzyszenia.
 3. Dbanie o wysoką etykę zawodową członków Stowarzyszenia.
 4. Szerzenie wiadomości z zakresu pielęgniarstwa ratunkowego.
 5. Współdziałanie w organizowaniu opieki zdrowotnej w zakresie reprezentowanej specjalności.
 6. Ratownictwo i ochrona ludności.
 7. Pomoc ofiarom katastrof, klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych i wojen w kraju i za granicą.
- Zapraszamy pielęgniarki i pielęgniarzy z całej Polski, którzy pracują w zespołach wyjazdowych, oddziałach SOR oraz jako dyspozytorzy do stowarzyszenia. Następne zebranie odbędzie 6 czerwca 2008 o godz. 16- tej w Krakowie ul Szlak 61 (w siedzibie Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych).

Liceum Medyczne w Częstochowie, rocznik 1973-1978 z wychowawcą mgr Haliną Drej organizuje po 30 latach spotkanie klasowe w Częstochowie. Zbiórka dn.21.06.2008r godz. 10.15, dom handlowy „Puchatek” od ul Warszawskiej. Pilny kontakt z organizatorkami spotkania: Małgorzata Puchała (Romankiewicz), Tel. 608078057, e-mail malgorzataromankiewicz@interia.pl

W celu poprawnej komunikacji z członkami samorządu zatrudnionymi w rejonach wyborczych nr 9,16,17,22, prosimy o zorganizowanie się i wskazanie kandydatury na Pełnomocnego Przedstawiciela Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Przewodnicząca ORPiP

Prosimy wszystkie Koleżanki i Kolegów o dostarczenie do izby dokumentów stwierdzających ukończenie kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne w celu uzupełnienia we wpisach rejestrowych.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Koło Terenowe
przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
im NMP w Częstochowie ul. Bialska 104/118

oraz

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie ul. Kopernika 38

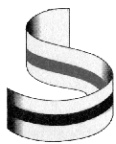
Zaprasza na Konferencje nt.

"Etyka Zawodowa w obliczu wyzwań XXI wieku"

która odbędzie się 20 czerwca 2008r., o godzinie 9.00
w auli Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie

Zgłoszenia uczestnictwa w Konferencji prosimy nadsyłać
telefonicznie na numer 034 367 3830 do godz. 14.00
lub na adres mail ulapab@op.pl

Zaprasza Zarząd Koła Terenowego PTP oraz OIPiP.



UWAGA!

Posiedzenie Rady odbędzie się 19.06.2008 o godz. 12.30

*Składam serdeczne podziękowania wszystkim,
którzy wspierali mnie w czasie choroby mojej Mamy.
Dziękuję za okazane wyrazy współczucia
oraz udział w ceremonii pogrzebowej
mojej Mamy Marjanny Całus.*

*Halina Synakiewicz
Przewodnicząca ORPiP*

Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego - Oddział Zamiejscowy w Częstochowie współpracy z Regionalnym Ośrodkiem Doskonalenia Nauczycieli "WOM"

organizuje dnia 12 czerwca br. konferencję nt: "HIV/AIDS -
problem nadal aktualny"

Seminarium przeznaczone jest dla pielęgniarek sprawujących
opiekę profilaktyczną w środowisku nauczania i wychowania,
pielęgniarek środowiskowych, pedagogów szkolnych oraz
osób związanych z ochroną zdrowia i oświatą
zainteresowanych problematyką.

Udział w konferencji jest bezpłatny.

Miejsce. konferencji: **Regionalny Ośrodek Doskonalenia
Nauczycieli "WOM" w Częstochowie, ul. Jana Pawła II
126/130 - Aula "FORUM", rozpoczęcie godz. 10,00**

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy przesłać do 5 czerwca br. na
adres Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego Oddział
Zamiejscowy ul. Sobteskiego 9 42-200 Częstochowa, lub adres
mailowy eflorczyk@cz.sczp.gov.pl

Organizator zastrzega sobie prawo kwalifikacji zgłoszeń.

Informacji o szkoleniu udziela Ewa Florczyk tel/fax 0 34 324 37
52, tal. 0 34 324 55 68 wew. 50.

WSZYSTKIE PIEŁĘGNIARKI
I POŁOŻNE PEŁNIĄCE FUNKCJĘ
PIEŁĘGNIAREK/POŁOŻNYCH
ŚRODOWISKOWO-RODZINNYCH
PROSIMY O KONTAKT
Z OKRĘGOWĄ IZBĄ PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE
nr tel.034/324-51-12

W CELU

ODEBRANIA GLUKOMETRÓW.

GLUKOMETRY SĄ BEZPŁATNE.



1. Pielęgniarstwo-ćwiczenia tom 1 – redakcja naukowa Wiesława Ciechaniewicz
2. Pielęgniarstwo-ćwiczenia tom II – redakcja naukowa Wiesława Ciechaniewicz
3. Anestezjologia i intensywna opieka – klinika i pielęgniarstwo – redakcja naukowa Laura Wołowicka i Danuta Dyk - szt. 2
4. Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek – Bonita Morrow Cavanaugh
5. Wielki poradnik medyczny: Choroby i dolegliwości: rozpoznawanie, leczenie konwencjonalne i naturalne
6. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii – pod redakcją Celiny Łepeckiej- Klusek
7. Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek- pod redakcją Elżbiety Krajewskiej-Kułąk
8. Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych- pod redakcją Elżbiety Rutkowskiej
9. Higiena – pod redakcją Jana Kazimierza Karczewskiego
10. Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych- autorka Kazimiera Adamczyk
11. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku – pod redakcją Kornelli Kędziory-Kornatowskiej, Marty Muszalik
12. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne – Mary E.Muscari
13. Pielęgniarstwo w chirurgii – Wojciech Kapała
14. Filozofia i teorie pielęgniarstwa – pod redakcją Jolanty Górajek-Jóźwik
15. Pielęgniarstwo neurologiczne – autorka Kazimiera Adamczyk
16. Farmakologia - pod redakcją Grażyny Rajtar-Cynke
17. Zarządzanie w pielęgniarstwie – pod redakcją Anny Ksykiewicz-Dorota
18. Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych – pod redakcją Leona Jabłońskiego i Ireny Doroty Karwat
19. Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej – pod redakcją Jolanty Górajek-Jóźwik
20. Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylnie – autorki Wiesława Ciechaniewicz, Elżbieta Grochans, Ewa Łoś
21. Rodzina – zdrowie-choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego - autorka Zofia Kawczyńska-Butrym
22. Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową – pod redakcją Anny Koper i Ireny Wrońskim
22. Praktyczny angielski dla pielęgniarek 2CD – autorka Ewa Orawczak
23. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym- Autor Robert Ślusarz
24. Bandażowanie – autorka Anna Chrzęszczewska
25. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej – pod redakcją Krystyny de Walden-Gałuszko i Anny Kaptacz
26. Pielęgniarstwo XXI wieku nr 18, 19, 20, 21
27. Stany zagrożenia życia . Wybrane standardy- pod redakcją Marii Kózki
28. Pielęgniarstwo operacyjne – Maria Ciuruś
29. Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym – NRPiP
30. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych – NIPiP
31. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym – Robert Ślusarz
32. Promocja zdrowia. Materiały edukacyjne – NIPiP
33. Współczesne problemy i wyzwania pielęgniarek i higienistek szkolnych –
II Krajowa Konferencja Pielęgniarek i Higienistek Szkolnych.
34. Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach- prawa pacjenta – autorka Dorota Karkowska.
35. Położnictwo i ginekologia – Misha Datta, Louise Randall, Nami Holmes
36. Pediatria błyskawicznie – Helen Brough, Rola Alkurdi, Ram Nataraja,
37. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie- Maria Kózka, Lucyna Płaszwska-Żywko
38. Onkologia - Arkadiusz Jeziorski
- 39.. Podstawy neonatologii - Jerzy Szczapa
40. Psychiatria -Janusz Heitzman
41. Psychologia w praktyce medycznej – Anna Jakubowska-Winecka, Dorota Włodarczyk
42. Pielęgniarstwo - pod redakcją Kazimiery Zahradniczek.
43. Choroby wewnętrzne – pod redakcją Leszka Pączka, Krzysztofa Muchy i Bartosza Foroniewicz.
44. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego- pod redakcją Elżbiety Wawelskiej
45. Położnictwo i ginekologia w zarysie – Errol Norwitz, Jon Schorge
46. Słownik medyczny łacińsko-polski i polsko-łaciński.
47. Problemy pielęgniarstwa – czasopismo PTP Tom 15, zeszyt 2,3 rok 2007
48. Problemy pielęgniarstwa – czasopismo PTP Tom 16, zeszyt 1,2 rok 2008
49. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej – pod redakcją D.Kilańskiej
50. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej tom II – Beata Brosowska, Elżbieta Mielczanek-Pankiewicz.
51. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne – redakcja naukowa Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Dorota Talarska.
52. Interpretacja EKG – Dale Dubin wydawnictwo lekarskie PZWL

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

25 styczeń 2008r	godz. 12.30	25 lipiec 2008r	godz. 12.30
22 luty 2008r	godz. 12.30	29 sierpień 2008r	godz. 12.30
28 marzec 2008r	godz. 12.30	11 wrzesień 2008r	godz. 12.30
25 kwiecień 2008r	godz. 12.30	31 październik 2008	godz. 12.30
21 maj 2008r	godz. 12.30	21 listopad 2008r	godz. 12.30
27 czerwiec 2008r	godz. 12.30	19 grudzień 2008r	godz. 12.30

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

6 marzec 2008r	godz. 12.30
19 czerwiec 2008r	godz. 12.30
25 wrzesień 2008r	godz. 12.30
11 grudzień 2008r	godz. 12.30

GODZINY PRACY BIURA OIPI

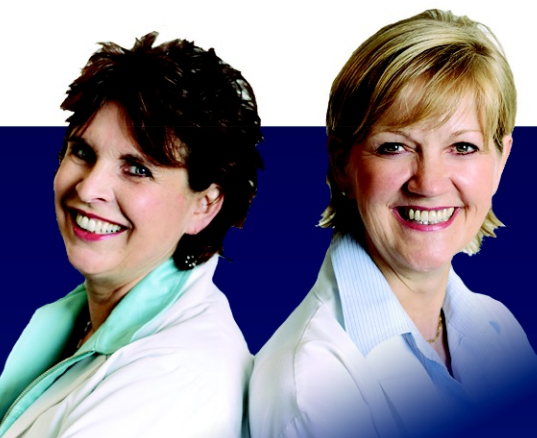
SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-pt 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 18.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.00 - 9.00 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
ŚRODA dyżur do godziny 17.00



PIEŁĘGNIARKA ROKU 2007





Promedica24 jest polską firmą, która powstała w 2004 roku w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie pracowników sektora medycznego migracjami zarobkowymi. Zatrudniamy pielęgniarki oraz opiekunki z Polski i Rumunii. Pomagamy znaleźć pracę w Europie Zachodniej lekarzom różnych specjalności oraz farmaceutom. Wyróżnia nas profesjonalizm gwarantujący bezpieczeństwo, atrakcyjne formy zatrudnienia oraz elastyczność oferowanych kontraktów. Zaufaj nam i podejmij wyzwanie.



Aktualnie poszukujemy osób na stanowiska:

PIEŁĘGNIARKA, OPIEKUNKA

lokalizacja: Niemcy

Oferujemy:

- pracę przy opiece nad osobami chorymi lub starszymi w domach prywatnych (opiekunki i pielęgniarki)
- pracę w instytucjach medycznych (pielęgniarki)
- możliwość połączenia wyjazdów za granicę z dotychczas wykonywaną pracą
- legalne zatrudnienie na umowę o pracę z polskim pracodawcą
- wyjazdy na okres już od 1 miesiąca
- ubezpieczenie społeczno – zdrowotne
- pokrycie kosztów podróży, zakwaterowania i wyżywienia
- możliwość rozwoju zawodowego
- **osobom ze słabą znajomością języka niemieckiego**
- kursy językowe: intensywne 3 - tygodniowe i stacjonarne 6 - miesięczne

Oczekujemy:

- komunikatywnej znajomości języka niemieckiego
- doświadczenia w opiece nad osobami starszymi lub chorymi
- wysokiej kultury osobistej
- pozytywnego i życzliwego nastawienia do pacjenta
- umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych

Nowe oferty pracy w państwowych szpitalach

Stanowiska:

lokalizacja:

Wielka Brytania

PIEŁĘGNIARKA – oddział chirurgiczny/ogólny

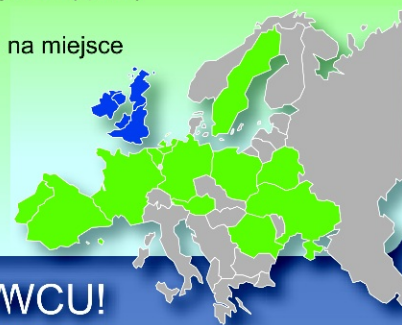
ASYSTENTKA PIEŁĘGNIARKI/OPIEKUNKA

Oferujemy :

- pracę w państwowych szpitalach w południowej, nadmorskiej części Wielkiej Brytanii
- legalne zatrudnienie na cały etat na okres min.9 miesięcy z brytyjskim pracodawcą
- min. wynagrodzenie brutto w wysokości 13,24 £ (pielęgniarka)/ 8,00 £ (opiekunka) za godzinę pracy
- dofinansowanie kosztów wynajmu mieszkania oraz wyżywienia
- pomoc w przygotowaniu wszelkich formalności i wyjazdu oraz wsparcie po przyjeździe na miejsce

Oczekujemy:

- rejestracji w NMC (dotyczy stanowiska pielęgniarki)
- min. rocznego doświadczenia w pracy na równorzędym stanowisku
- bardzo dobrej znajomości języka angielskiego
- gotowości do podjęcia pracy w czerwcu/lipcu/sierpniu 2008 r.



ROZMOWY Z PRACODAWCĄ JUŻ W MAJU I CZERWCU!

Jeśli interesuje Cię nasza oferta, skontaktuj się z nami praca@promedica24.pl, tel. 022 44 87 222

Szczegółowe informacje o naszej firmie, zasadach współpracy i aktualnej ofercie znajdziesz na stronie www.promedica24.pl

Szczecin

ul. Staromłyńska 8a
70-561 Szczecin
tel. 091 882-18-00

Centrala w Warszawie:

Rondo ONZ 1
00-124 Warszawa

Opole

Reymonta 30 III p.
45-072 Opole,
tel. 077 453-96-83 3

Wkrótce otwarcie nowych oddziałów:

Wrocław , Poznań , Katowice

Nowa usługa! Wyślij SMS ze swoimi danymi pod numer **666 096 760** - skontaktujemy się z Tobą!