

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Lipiec / Sierpień 2011r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Ośrodek Szkoleniowy działający przy OIPiP w Częstochowie
Egzamin końcowy z kursu specjalistycznego
„Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”
dnia 29 czerwca 2011 roku



W NUMERZE:

Uchwały Prezydium i Rady OIPiP	1
Biblioteka OIPiP	2
Kalendarium	4
Stanowiska	5
PTP	16
Informacje prawne	20
Szkolenia	25
Prace dyplomowe	26
Informacje	29

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

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

Adres Redakcji:

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

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:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

Drogie Koleżanki i Koledzy!

Już mamy sierpień. Lato a szczególnie okres wakacyjny dobiega końca. Przykro jest pożegnać się z piaszczystą plażą, gorącym słońcem czy egzotycznymi widokami. Tak jak co roku wracamy do pracy. Przed nami „gorący” okres przedwyborczy. Dobiega koniec V kadencji i rozpoczynamy przygotowania do wyborów na VI kadencję. Jest to czas kiedy członkowie Rady, Organów, Zespołów, Komisji oraz Pełnomocnicy podsumowują swoją 4 -letnią kadencję. Snujemy plany na przyszłość, plany, które pozwolą osiągnąć założone cele podejmować słuszne i mądre decyzje, poprawiać wizerunek naszych zawodów.

Zakończenie kadencji to poza oceną dorobku i planami na przyszłość również czas podziękowań. Dziękuję wszystkim pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym za zaangażowanie, poświęcenie i ogromny wkład pracy na rzecz rozwoju samorządu. Szczególnie gorąco dziękuję pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym, którzy nie szczędząc własnego czasu społecznie pomagali w codziennym życiu Izby.

To dzięki Wam, Waszej pomocy i wsparciu mamy Ośrodek Szkoleniowy, który przeszkolił już ponad 2 300 osób i oprócz kursów dokształcających i specjalistycznych ma w swojej ofercie 4 kursy kwalifikacyjne oraz uruchomił pierwszą w OIPiP - specjalizację. Ośrodek wciąż się rozwija i poszerza ofertę szkoleniową. Zakupując sprzęt multimedialny stworzyliśmy profesjonalną bazę szkoleniową. Mamy również własną bibliotekę, która posiada na swoich półkach 563 pozycje naukowe i wciąż wzbogacamy swoje zbiory. Posiadamy również nową, piękną siedzibę izby.

Mamy też Sztandar, który jest dla nas symbolem samodzielności, samorządności i dumy zawodowej.

Przed nami nowa kadencja a wraz z nią nowe wyzwania. Mamy nadzieję, że uda nam się zaangażować jak najwięcej Koleżanek i Kolegów do wspólnej pracy na rzecz rozwoju naszego środowiska. Wybraliśmy nowych Delegatów, którzy napewno wzbogacą Nas o nowe pomysły i inicjatywy. Zachęcamy Wszystkich do współpracy. Chcemy aby nasza Izba była po prostu NASZA, żeby była przyjazna wszystkim pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym, zawsze służyła pomocą i emanowała pozytywną energią.

Mimo tak trudnych czasów dla opieki zdrowotnej nie tracimy zapału, energii i chęci do pracy na rzecz rozwoju naszego zawodu. Działalność społeczna i praca w samorządzie niech będzie dla każdego wyróżnieniem. Życzę wszystkim pozytywnego spojrzenia na przyszłość, mamy przecież jeszcze tyle dobrego do zrobienia.

Życzę zadowolenia z pracy i samych sukcesów nie tylko zawodowych, ale również osobistych. ■

Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie
Halina Synakiewicz

Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 27 lipca 2011 roku

- Zakwalifikowano cztery położne na dofinansowanie kształcenia podyplomowego z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych”
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 1,680.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla czterech pielęgniarek z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo z anestezjologii i intensywnej opieki”,
 - 480.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”,
 - 600.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za studia licencjackie o kierunku „Pielęgniarstwo”,
 - 600.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za studia magisterskie o kierunku „Pielęgniarstwo”,
 - 600.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej położnej za studia magisterskie o kierunku „Położnictwo”.
 - 600.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla pielęgniarza za kurs specjalizacyjny „Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek”.
- Podjęto dwie decyzje odmowy dofinansowania kształcenia w formie kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”.

- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek na łączną kwotę 4,600.00 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- Skreślono rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki z powodu przeniesienia się na obszar działania innej OIPiP.
- Skreślono rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie piętnaście osób z powodu zgonu.
- Skierowano na odbycie przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu dwie pielęgniarki.
- Wydano dla jednej pielęgniarki zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki i zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej na podstawie przedłożonych świadectw pracy.
- Dokonano jednego wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla sześciu pielęgniarek.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej położnej. ■

Sekretarz ORPiP
Barbara Płaza



Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 30 czerwca 2011 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 17,160.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla trzydziestu siedmiu pielęgniarek z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”,
 - 4,200.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla siedmiu położnych za studia magisterskie o kierunku „Położnictwo”.
- Wydano jeden duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek na łączną kwotę 1,200.00 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek

- i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki i jedną położną.
- Skreślono rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki z powodu przeniesienia się na obszar działania innej OIPiP.
- Skierowano na odbycie przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu osiem pielęgniarek i jedną położną.
- Podjęto cztery decyzje w sprawie zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla czternastu pielęgniarek.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla trzech położnych. ■

Sekretarz ORPiP
Barbara Płaza



Biblioteka OIPiP

Nowości w zbiorach biblioteki OIPiP w Częstochowie Zapraszamy do korzystania z biblioteki

1.	Pielęgniarstwo w chirurgii	Wojciech Kapała	444,445,446,447
2.	Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego	Red. Elżbieta Walewska	448, 449,450,451
3.	Chirurgia	Red. naukowa Stanisław Głuszek	452,453
4.	Neurorehabilitacja	Emilia Mikołajewska	454,455
5.	Kompendium ortopedii	Red. naukowa Damian Kusz	456,457
6.	ABC reumatologii	Red. naukowa Michael L. Snaith	458
7.	Stwardnienie rozsiane	Chris H. Polman, Alan J. Thompson, T. Jock Murray, Allen C. Bowling, John H. Noseworthy	459,460
8.	Fizjoterapia po mastektomii	Emilia Mikołajewska	461,462
9.	Fizjoterapia w geriatrici	Red. naukowa K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz	463,464
10.	Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych	Pod redakcją E. Krajewskiej-Kułąk, M. Szczepańskiego	465,466
11.	Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej	Red. naukowa A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz	467
12.	Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie	Pod redakcją A. Kwiatkowskiej, E. Krajewskiej-Kułąk, W. Panka	468,469
13.	Metodologia badań w pielęgniarstwie	Helena Lenartowicz, Maria Kózka	470,471,472

14.	Wywiad lekarski oparty na zasadach EBM	Lawrence M. Tierney Jr., Mark C. Henderson	473,474
15.	Pielęgniarstwo neurologiczne	Kazimiera Adamczyk	475,476
16.	Pielęgniarstwo kardiologiczne	Red. naukowa D. Kaszuba, A. Nowicka	477,478
17.	Onkologia	Pod redakcją A. Kułakowskiego, A. Skowrońskiej- Gardas	479,480
18.	Urologia	Red. naukowa Andrzej Borkowski	481,482
19.	Przebieg operacji od A do Z	Gertraud Harmsen	483
20.	Anestezjologia i intensywna terapia	Pod redakcją B. Kamińskiego, A. Küblera	484,485
21.	Wstrzyknięcia domięśniowe	Alina Dzirba	486
22.	Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylnie	W. Ciechaniewicz, E. Grochans, E. Łoś	487,488
23.	Epidemiologia w zdrowiu publicznym	Red. naukowa J. Bzdęga, A. Gębska- Kuczerowska	489,490
24.	Kompendium farmakologii	Red. naukowa Waldemar Janiec	491
25.	Astma u młodzieży i dorosłych	Wacław Droszcz, Alicja Grzanka	492,493
26.	Choroby układu oddechowego	Pod redakcją E. Rowińskiej- Zakrzewskiej, J. Kusia	494,495
27.	Leczenie bólu	Jerzy Wordliczek, Jan Dobrogowski	496,497
28.	Podstawy intensywnej terapii dzieci	Charles Stack, Patrick Dobbs	498,499
29.	Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego	G. Cepuch, B. Krzeczowska, M. Perek, K. Twarduś	500,501
30.	Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii	Red. naukowa Anna Obuchowicz	502,503
31.	Pielęgniarstwo pediatryczne	Red. naukowa Bogusław Pawlaczek	504
32.	Praktyka zawodowa	Red. naukowa wyd. angielskiego Jenny Edwins	505,506
33.	Endokrynologia ginekologiczna	Piotr Skalba	507,508
34.	Rak szyjki macicy	Red. naukowa M. Spaczyński, W. Kędzia, E. Nowak- Markwitz	509,510
35.	Wczesne leczenie oparzeń	Red. naukowa Jerzy Strużyna	511,512,513
36.	Leczenie ran w praktyce	Red. naukowa Joseph E. Grey, Keith G. Harding	514,515
37.	Narkomania	Zygfryd Juczyński	516
38.	Depresja i zaburzenia afektywne	Stanisław Pużyński	517,518
39.	Depresja wieku podeszłego	Jill Manthorpe, Steve Iliffe	519,520
40.	Wybrane elementy socjologii	Pod redakcją Anity Majchrowskiej	521
41.	Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego	Pod redakcją Ewy Wilczek- Rużyczki	522,523
42.	Komunikowanie się z chorym psychicznie	Ewa Wilczek- Rużyczka	524,525
43.	Psychiatria dzieci i młodzieży	Pod redakcją Ireny Namysłowskiej	526,527,528
44.	Psychiatria	Red. naukowa Janusz Heitzman	529

45.	Zbiór standardów przyjęcia, opieki, socjalizacji i wypisu chorego ze szpitala psychiatrycznego	Krystyna Kimak	530,531,532,533
46.	Osoba ciężko chora lub niepełnosprawna w domu	Emilia Mikołajewska	534,535
47.	Modele opieki pielęgniarstwa nad chorym dorosłym	Red. naukowa M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko	536,537,538
48.	Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej	Red. naukowa K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszałik, E. Skolmowska	539,540
49.	Podstawy opieki paliatywnej	Pod redakcją Krystyny de Walden-Gałaszko	541,542
50.	Opieka paliatywna	Pod redakcją K. Buczkowski, M. Krajnik	543
51.	Podstawy żywienia klinicznego	Red. naukowa Luboś Sobotka	544,545
52.	Otyłość. Zapobieganie i leczenie	M. Jarosz, L. Kłosiewicz- Latoszek	546,547
53.	Celiakia	M. Jarosz, J. Dzieniszewski	548,549
54.	Alergie pokarmowe	M. Jarosz, J. Dzieniszewski	550,551
55.	Żywienie osób w wieku starszym	Mirosław Jarosz	552,553
56.	Żywienie chorych ze stomią	Mirosław Jarosz	554,555
57.	Mieszanie do żywienia pozajelitowego	M. Ciszewska-Jędrasik, M. Pertkiewicz	556,557
58.	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu	Anna Rogulska	558,559
59.	Suplementy diety a zdrowie	Mirosław Jarosz	560,561
60.	Żywienie kobiet w ciąży	D. Szostak-Węgierek, A. Cichocka	562,563



KALENDARIUM - od 01.07.2011 roku do 31.08.2011 roku

- 04.07.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się bezpłatne szkolenie dla pielęgniarek i położnych nt. "Komunikacja interpersonalna, mobbing i dyskryminacja oraz radzenie sobie ze stresem".
- 07.07.2011r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” (Nr 02/07). Wszyscy uczestnicy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 08.07.2011r.** W siedzibie OIPIP odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo opieki paliatywnej”. Wszyscy uczestnicy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 20.07.2011r.** W SP ZOZ Lubliniec odbyło się bezpłatne szkolenie dla pielęgniarek nt. „Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarki” organizowane przez Ośrodek szkoleniowy przy OIPIP w Częstochowie
- 26.07.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.
- 25.07.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, człon-

- 27.07.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 28.07.2011r.** Przeprowadzony został egzamin kwalifikacyjny do kursu specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa chirurgicznego” organizowany przez Ośrodek szkoleniowy działający przy OIPIP w Częstochowie.
- 29.07.2011r.** Odbyły się pierwsze zajęcia teoretyczne bloku ogólnego zawodowego do kursu specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa chirurgicznego”.
- 03.08.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Rejonowego im dr Anki w Krzepicach.
- 08-09.08.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPiP w Warszawie.
- 25.08.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

OKRĘGOWY INSPEKTOR PRACY W KATOWICACH

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie

Składam Pani serdeczne podziękowanie za przystąpienie do Śląskiej Strategii Ograniczania Wypadków przy Pracy organizowanej przez Okręgowy Inspektorat Pracy w Katowicach.

W załączeniu przesyłam plakaty kampanii społecznej realizowanej w ramach Strategii, pt. „Mamo, tato, wróć - nie ryzykuj, pracuj bezpiecznie” w celu rozpropagowania ich wśród członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Jestem przekonana, że ten sposób realizacji Śląskiej Strategii Ograniczania Wypadków przy Pracy będzie miał pozytywny efekt dla wspólnie podjętych działań.

Aktywny udział Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w realizacji Śląskiej Strategii Ograniczania Wypadków przy Pracy jest bardzo cenny. Mam nadzieję, że Państwa działania realizowane wraz z Okręgowym Inspektoratem Pracy w Katowicach przyczynią się do ograniczenia ilości wypadków przy pracy i związanych z tym strat ekonomicznych i społecznych na terenie województwa śląskiego. ■

z poważaniem
Barbara Marynowska

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, 2011.07.14
Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W związku z prezentacją na posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 15 czerwca 2011r. algorytmu określającego katalog oraz wysokość kosztów zadań wykonywanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych w ramach dotacji celowej na realizację zadań przejętych od administracji państwowej. opracowanego przez Departament Pielęgniarek i Położnych w ramach prac Zespołu do spraw oceny i weryfikacji kosztów zadań wykonywanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych w ramach dotacji celowej na realizację zadań przejętych przez samorząd od administracji państwowej. Departament zwraca się z prośbą o przedstawienie stanowiska, czy przedmiotowy algorytm określając podział dotacji w ramach wszystkich Okręgowych Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych został zaakceptowany i przyjęty na posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Mając na uwadze powyższe. Departament zwraca się z uprzejmą, prośbą o przedstawienie wyjaśnień dotyczących

Stanowiska nr 58 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 czerwca 2011r. w sprawie zwiększenia wysokości dotacji budżetowej na rok 2011r. przeznaczonej na pokrycie kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej. W przedmiotowym stanowisku informuję Państwo, iż obecne rzeczywiste koszty realizacji czynności wykonywanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wynoszą rocznie 5.915.649.00 zł. Mając na uwadze założenia algorytmu o którym mowa powyżej, wysokość dotacji celowej może wynosić 4.097.153.00 zł. Przedmiotowa kwota została wypracowana przez Zespół ds. kosztów na podstawie rzetelnej analizy sprawozdań z rzeczywistego wykorzystania otrzymanej dotacji w 2009r. przekazanych przez poszczególne Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w podziale na poszczególne zadania realizowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych (na podstawie pism: MZ-PP-079-4850-3/ML/10 z 23.03.2010r. MZ-PP-079-4850-4/ML/10 z 29.03.2010r.). Mając na uwadze powyższe, Departament prosi o przedstawienie uzasadnienia stanowiącego podstawę wzrostu dotacji celowej na realizację zadań przejętych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od administracji państwowej do kwoty 5,915.649.00 zł Istotnym elementem powyższego uzasadnienia byłaby szczegółowa analiza kosztowa. ■

z poważaniem
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK i POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, dnia 15 lipca 2011 r.

Pani
Jolanta Skolimowska
Z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Ministerstwa Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor

W odpowiedzi na pismo M/-PP-079-5874-61/ML/II z dnia 14 lipca 2011 r. dotyczące przedstawienia wyjaśnień w związku z podjętym Stanowiskiem nr 58 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 czerwca 2011 r. w sprawie zwiększenia wysokości dotacji budżetowej na rok 2012. przeznaczonej na pokrycie kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej, przedstawiamy co następuje:

- W dniu 15 marca 2010 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła stanowisko w sprawie zwiększenia wysokości dotacji budżetowej na rok 2010. przeznaczonej na pokrycie kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej w którym to informuję iż rzeczywiste koszty realizacji czynności przejętych od administracji państwowej w skali kraju wynoszą 5.915.649,00 zł. Wysokość tych kosztów została oszacowana na podstawie danych organów realizujących ww. zadania. Wprawdzie algorytm prezentowany w dniu 15 czerwca 2011r, zakłada iż dotacja

celowa może wynosić 4.097.153.00 zł to należy z całą mocą stwierdzić iż w trakcie dotychczasowych uzgodnień strona samorządowa nigdy nie uznała iż jest to kwotą która w rzeczywistości pokrywa wszystkie koszty przez nią ponoszone. Wysokość prezentowana w algorytmie dotacji nigdy nie była przedmiotem ustaleń zespołu. Traktowaliśmy ją jako kwotę przedstawioną przez Ministerstwo Zdrowia dla potrzeb opracowania założeń algorytmu, którego istotą w naszym rozumieniu nie jest kwota dotacji, ale sposób jej podziału.

Rozumiejąc iż otrzymanie przedstawianej przez nas kwoty dotacji w chwili obecnej może napotykać na trudności ze względu na sytuację finansową państwa, prezentujemy stanowisko iż jest to wysokość dotacji do której należy dążyć. Przedstawienie w chwili obecnej uzasadnienia zawierającego szczegółową analizę kosztów jest nie możliwe ze względu na nie zakończone prace nad kształtem ww. algorytmu w ramach którego ustalone mają być koszty kwalifikowane do rozliczenia dotacji.

W dniu 15 czerwca 2011 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjęła założenia przedstawione przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia. Jednakże tego samego dnia przegłosowała pozytywnie wniosek w sprawie ujednolicenia zasad algorytmu podziału dotacji ministerialnej dla samorządu zawodowego na zadania przejęte od administracji państwowej bez podziału izb okręgowych na grupy w zależności od liczby członków tych izb. Dalsze rozmowy dotyczące założeń algorytmu będą prowadzić w imieniu Naczelnej Rady przedstawiciele Komisji budżetowo-finansowej oraz Skarbnik Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. ■

z poważaniem
Prezes NRPIP
Elżbieta Buczkowska

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011.07.13

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W związku z kierowanymi do Ministerstwa Zdrowia licznymi pytaniami dotyczącymi pobierania opłaty skarbowej za dokonanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz za wydanie zaświadczenia o wpisie, uprzejmie przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie, z uprzejmą prośbą o przekazanie do wiadomości okręgowych rad pielęgniarek i położnych, będących organami prowadzącymi rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą w odniesieniu do praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z art. 105 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 1.12, poz. 654), wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą podlega opłacie w wysokości odpowiednio:

1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego

w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego - w przypadku praktyki zawodowej; 2) 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 - w przypadku podmiotu leczniczego, Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa wyżej.

Opłacie tej podlega czynność organu polegająca na dokonaniu wpisu (zmiany wpisu).

Jednocześnie czynność ta nie podlega opłacie skarbowej, w związku z brzmieniem art. 3 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. Nr 225, poz. 1635, z późn. zm.), zgodnie, z którym nie podlega opłacie skarbowej dokonanie czynności urzędowej, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlega ona innym opłatom o charakterze W odniesieniu do kwestii pobierania opłaty skarbowej za wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, informuję, że wydanie takiego zaświadczenia nie wymaga uiszczenia opłaty skarbowej, zgodnie bowiem z art. 1 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o opłacie skarbowej, opłacie podlega wydanie zaświadczenia na wniosek. Natomiast jak wynika z art. 104 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr jest obowiązany wydać zaświadczenie w terminie 30 dni od wpływu wniosku", zatem zaświadczenie to jest wydawane z urzędu, a nie na wniosek. ■

z poważaniem
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Haber

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Jolanta Fedak Warszawa, 13 czerwca 2011r.

Pan
Grzegorz Schetyna
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku

Odpowiadając na pismo z dnia 18 maja 2011 r. znak: SPS-023-22587/11 przekazujące interpelację poseł Jadwigi Wiśniewskiej w sprawie uwzględnienia postulatów Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, uprzejmie informuję.

Mimo faktu, że na niektórych lokalnych rynkach pracy mogą mieć miejsce niedobory w zawodach pielęgniarki i położnej nadal w urzędach pracy rejestruje się wiele osób w wymienionych zawodach.

W II półroczu 2010 roku w całym kraju zarejestrowały się 3 044 osoby z grupy elementarnej pielęgniarki i 13 pielęgniarek oddziałowych. Stanowiły one 0,2% ogólnego napływu bezrobotnych posiadających zawód. Biorąc pod uwagę poszczególne zawody (kod 6-cio cyfrowy) z grupy elementarnej pielęgniarki można stwierdzić, że napływu bezrobotnych w omawianej grupie był prawie całkowicie spowodowany napływem pielęgniarek bez specjalizacji - w II półroczu 2010 roku zarejestrowały się 2 962 osoby posiadające zawód pielęgniarki (bez specjalizacji), czyli 97,3% ogólnego napływu odnotowanego w tej grupie. Na drugim miejscu pod względem liczby rejestrujących się bezrobotnych pielęgniarek uplasował się zawód pielęgniarki specjalisty

organizacji i zarządzania (10 osób, 0,3%). W efekcie w końcu 2010 roku w ewidencji urzędów pracy było 3 907 osób posiadających zawody zaliczane do grupy pielęgniarzek, co stanowiło 2,5% ogółu bezrobotnych posiadających zawód. W porównaniu do stanu z końca 2009 roku liczba bezrobotnych pielęgniarzek wzrosła o 225 osób (o 6,1%). W II półroczu 2010 roku pracodawcy zgłosili 876 wolnych miejsc pracy dla grupy elementarnej pielęgniarki, z czego 95,9% stanowiły oferty w zawodzie pielęgniarki (840 ofert). Zatem w grupie elementarnej pielęgniarzek jedynie pielęgniarki bez specjalizacji lub w trakcie specjalizacji napotykały na problemy na rynku pracy.

Biorąc pod uwagę przekrój wojewódzki, wg stanu w końcu II półrocza 2010 roku największą liczbę bezrobotnych pielęgniarzek odnotowano w województwie małopolskim (425 osób tj. 10,9% ogółu bezrobotnych pielęgniarzek w Polsce), śląskim (424 osoby tj. 10,9%) i dolnośląskim (373 osoby tj. 9,5%).

Równocześnie podkreślić należy, że z prowadzonego w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej monitoringu zawodów deficytowych i nadwyżkowych wynika, iż w II półroczu 2010 roku zawód pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa opieki długoterminowej znalazł się w rankingu 30 zawodów w kraju o najwyższym wskaźniku intensywności deficytu (czyli przewadze zgłoszonych ofert w stosunku do liczby zarejestrowanych bezrobotnych w tym okresie). Dla omawianego zawodu wskaźnik osiągnął poziom 8,00, przy czym warto zauważyć, że wynikało to z faktu, że na terenie całego kraju zarejestrowała się 1 osoba w tym zawodzie, natomiast pracodawcy zgłosili 8 ofert pracy. Z kolei w przypadku pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa nauczania i wychowania nie zarejestrowano żadnej osoby bezrobotnej, a pracodawcy zgłosili 3 oferty. Nie odnotowano również napływu pielęgniarzek specjalistek pielęgniarstwa w ochronie zdrowia, podczas gdy pracodawcy zgłosili 5 ofert. W przypadku pielęgniarki (bez specjalizacji) zawód ten należy uznać za nadwyżkowy, dla 2 962 osób zgłoszono 840 ofert.

Przechodząc do grupy elementarnej położnych w II półroczu 2010 roku w całym kraju zarejestrowały się 492 osoby z tej grupy elementarnej i stanowiły one zaledwie 0,04% ogólnego napływu bezrobotnych posiadających zawód. Napływ osób bez specjalizacji lub w trakcie specjalizacji wyniósł w II półroczu 2010 roku 466 osób, czyli 94,7% ogólnego napływu odnotowanego w tej grupie elementarnej.

W II półroczu 2010 roku pracodawcy w całym kraju zgłosili do urzędów pracy 51 wolnych miejsc pracy dla grupy elementarnej położne. Zestawienie liczby zarejestrowanych bezrobotnych z liczbą zgłoszonych miejsc pracy i miejsc aktywizacji zawodowej wskazuje na znaczną ponad 9 - krotną przewagę bezrobotnych nad ofertami w zawodzie położna, a więc na znaczną nadwyżkowość tego zawodu w skali kraju.

W końcu 2010 r. w urzędach pracy zarejestrowanych było 641 położnych, czyli analogicznie, jak rok wcześniej. Biorąc pod uwagę przekrój wojewódzki, największą liczbę bezrobotnych położnych odnotowano w województwie małopolskim (71 osób tj. 11,1% ogółu bezrobotnych położnych w Polsce), wielkopolskim (4 osoby tj. 10,0%) i podkarpackim (61 osób tj. 9,5%).

Ponadto w oparciu o informacje przekazane przez Ministra Zdrowia informuję, że obecna liczba zarejestrowanych pielęgniarzek i położnych z aktualnym prawem wykonywania zawodu, według danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych na dzień 31 grudnia 2010 roku wynosi 307 708. W ciągu roku zanotowano wzrost o 3 302 osoby. Stale rośnie również liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położ-

nictwa na studiach I i II stopnia. W roku akademickim 2007/2008 liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo I i II stopnia wynosiła 4 558 osób, na kierunku położnictwo - 718 osób, w roku 2008/2009 na kierunku pielęgniarstwo odnotowano 6 865 absolwentów, natomiast na położnictwie - 1 326 absolwentów studiów I i II stopnia. Natomiast w roku akademickim 2009/2010 jest to już 7 452 absolwentów kierunku pielęgniarstwo I i II stopnia oraz 1 559 absolwentów kierunku położnictwo.

Z porównania powyższej liczby absolwentów z roku akademickiego 2009/2010 z liczbą pielęgniarzek i położnych, które w 2010 roku nabyły prawo przejścia na emeryturę - 4 389 osób, wynika, iż nie miało miejsca zjawisko tzw. luki pokoleniowej.

Ministerstwo Zdrowia dostrzegając problem dotyczący możliwości braku personelu pielęgniarstwowego/położniczego w dłuższej perspektywie czasu, przy stale rosnącym zapotrzebowaniu społecznym na świadczenia pielęgnacyjne oraz opiekuńcze, podjęło już działania mające na celu zabezpieczenie realizacji tych świadczeń.

W ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, której celem strategicznym i operacyjnym jest „Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” planuje się, w ramach obszaru „Dostosowania modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu ochrony zdrowia” podjęcie m.in. następujących działań:

- umieszczenie kierunków pielęgniarstwo i położnictwo przez MNIŚW na liście kierunków zamawianych i podniesienie atrakcyjności kształcenia na tych kierunkach.
- zwiększenie przyznawanych corocznie limitów przyjęć na studia pierwszego stopnia na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo,
- stworzenie systemu monitorowania wykorzystania przyznanych limitów przyjęć oraz zapotrzebowania na absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo,
- promocję zawodu pielęgniarki/ położnej wśród uczniów szkół średnich oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku pracy w tych zawodach,
- stworzenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarzek/ położnych w zakładach opieki zdrowotnej, gwarantujących właściwą opiekę oraz monitorowanie stanu zatrudnienia tych grup zawodowych ze względu na miejsce zatrudnienia.

Odnosząc się natomiast do kwestii związanej z emigracją zarobkową pielęgniarzek i położnych, to według danych uzyskanych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, w okresie od 1 maja 2004 roku do 31 grudnia 2010 r., na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych wydały ogółem 13 474 zaświadczenia dla następujących grup zawodowych: mgr pielęgniarstwa, mgr położnictwa, licencjat pielęgniarstwa, licencjat położnictwa, absolwenci medycznych szkół zawodowych (pielęgniarki i położne), absolwenci liceów medycznych.

Należy zaznaczyć, iż najczęściej przedmiotowych zaświadczeń wydano w pierwszych czterech latach po wejściu Polski do Unii Europejskiej tj. w okresie od 1 maja 2004 roku do 31 grudnia 2007 roku - 9 901, co stanowi 78,16% wydanych zaświadczeń dla pielęgniarzek i położnych w latach 2004-2009. Od 2008 roku liczba wydawanych zaświadczeń systematycznie się zmniejsza - z 1449 do 806 zaświadczeń w roku 2010.

Powyższe informacje o wydanych zaświadczeniach nie są tożsame z liczbą pielęgniarzek i położnych, które wyjechały z kraju w celu podjęcia pracy poza jego granicami. Liczbę tę należy traktować jako wskaźnik zainteresowania personelu pielęgniarstwowego/położniczego podjęciem pracy za granicą.

Odnosnie działań zapobiegających negatywnemu zjawisku migracji Ministerstwo Zdrowia w ramach konsultacji długofalowej polityki rozwoju ekonomii społecznej wniosło o uwzględnienie w projekcie rządowym pn.: „Pakt na rzecz ekonomii społecznej w modernizacji polskiego modelu społecznego 2030” informacji o zabezpieczeniu odpowiedniego poziomu wynagrodzenia, warunków pracy, możliwości rozwoju zawodowego w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa oraz określenia strategii działań dotyczących ochrony zawodu pielęgniarki i położnej, co będzie miało wpływ na efektywność ekonomii społecznej oraz zabezpieczenie należytej liczby oraz jakości personelu z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa w perspektywie do 2030 roku w Polsce.

Odnosząc się do postulatów pielęgniarzek i położnych dotyczących długoterminowej opieki pielęgniarstwie informuję, że przyjęte od dnia 1 stycznia 2011 roku zasady sprawozdawania świadczeń zrealizowanych w zakresie pielęgniarstwie opieki długoterminowej, zostały opracowane z uwagi na obowiązek sprawowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia nadzoru nad realizacją przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140 późn. 1147 z późn.zm.), dotyczących częstotliwości udzielania świadczeń. Świadczeniodawca podpisujący umowę z NFZ zobowiązany jest do przekazywania oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu danych o każdym świadczeniu zrealizowanym w ramach danego zakresu. NFZ jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych ma obowiązek weryfikowania jego sprawozdań i rozliczeń. Schemat sprawozdawania świadczeń określony przez Fundusz dostosowany jest do struktur weryfikacyjnych systemu informatycznego i nie odbiega od nakazanego przepisami prawa zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Odnosnie liczby świadczeniodawców objętych opieką przez pielęgniarkę zatrudnioną na całym etacie, przebywających pod jednym adresem zamieszkania oraz w sprawie podwyższenia wskaźnika za osobodzień z 0,4 na 0,5 pragnę przypomnieć, że wskaźnik 0,4 został przyjęty w związku z nieuwzględnieniem w rozporządzeniu zmieniającym w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, liczby pacjentów objętych opieką przez 1 pielęgniarkę, którą proponował NFZ tj. 15 chorych. Wobec powyższego współczynnik został wyliczony w proporcji do zmniejszenia liczby pacjentów z 15 na 12 przebywających pod tym samym adresem zamieszkania. Ze względu na ograniczoną pulę środków finansowych przeznaczonych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w różnych rodzajach, jak również konieczność realizacji przez NFZ działań ustawowych, a w szczególności prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej oraz efektywne i bezpieczne zarządzanie środkami Funduszu, obecnie nie jest możliwe zrealizowanie postulatu zwiększenia wskaźnika 0,4 na 0,5.

W zakresie opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej Ministerstwo Zdrowia, we współpracy z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, podjęło działania mające na celu ustalenie rzeczywistej liczby pensjonariuszy domów pomocy społecznej wymagających udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, realizowanych w ramach opieki długoterminowej oraz ustalenie w jakim stopniu są

zabezpieczone świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. Z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w miesiącu lutym 2011 r. objętych pielęgniarstwie opieką długoterminową domową było 36 895 pacjentów (według stanu na dzień 30 marca 2011 r.). Z ogólnej liczby 36895 pacjentów objętych opieką 29671 stanowili pacjenci przebywający pod różnymi adresami, a 7 224 pacjenci przebywający pod jednym adresem zamieszkania. Dane pozyskane od Ministra Pracy i Polityki Społecznej w połączeniu z danymi uzyskanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia będą stanowiły punkt wyjścia do dalszej dyskusji merytorycznej.

Minister Zdrowia, dostrzegając konieczność poprawy opieki nad osobami niesamodzielnymi, powołał zarządzeniem z dnia 14 lipca 2010 r., (Dz. Urz. MZ z 2010 r., Nr 9, późn. 61) Zespół do spraw opieki długoterminowej. Zespół ten zrzesza ekspertów z dziedziny pielęgniarstwa przewlekłe chorych, geriatrici, gerontologii oraz zdrowia publicznego. Zadaniem Zespołu jest m.in. opracowanie standardów w opiece długoterminowej oraz wypracowanie innych rozwiązań zmierzających do poprawy jakości udzielanych świadczeń zarówno w odniesieniu do pacjenta przebywającego w domu, jak i w domu pomocy społecznej.

Większość z działających obecnie (od 1999 r.) publicznych zakładów opieki zdrowotnej stanowią samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, utworzone i prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego różnych szczebli, a także przez ministrów lub centralne organy administracji rządowej albo publiczne uczelnie medyczne, publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Zakłady te stanowią odrębny - w stosunku do podmiotu tworzącego - byt prawny (posiadają osobowość prawną) i prowadzą samodzielną gospodarkę finansową, w tym w zakresie kształtowania wynagrodzeń pielęgniarzek i innych pracowników. Oznacza to, że w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej warunki wynagradzania za pracę ustalają układy zbiorowe pracy, natomiast zgodnie z art. 772 § 1 Kodeksu pracy pracodawca zatrudniający co najmniej 20 pracowników, nie objętych zakładowym układem zbiorowym pracy ani ponadzakładowym układem zbiorowym pracy, warunki wynagradzania za pracę ustala w regulaminie wynagradzania. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że zasady wynagradzania pracowników tych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które prowadzone są w formie jednostki budżetowej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 52, późn. 543, z późn.zm.).

Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U z 2007 r. Nr 14. późn. 89 z późn. zm) odpowiedzialność za zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu. Oznacza to, że kierownik danego zakładu podejmuje decyzje związane z zatrudnianiem na danych stanowiskach pracy osób posiadających wymagane przepisami kwalifikacje, ich wynagradzaniem, a także odpowiada za zapewnienie ciągłości niezbędnej opieki nad pacjentami.

Kształtowanie polityki wynagrodzeń spoczywa również na organie założycielskim konkretnego zakładu opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że Minister Zdrowia nie jest władny do ingerowania w kwestie kształtowania poziomu wynagrodzeń w zakładach opieki zdrowotnej, w tym również w zakresie określania minimalnego

wynagrodzenia dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Ponadto informuję, że przyznanie pielęgniarkom i położnym możliwości udzielania rocznego urlopu zdrowotnego z uwagi na charakter wykonywanej pracy, należy do kompetencji nie ministra Pracy i Polityki Społecznej, w którego kompetencji są ogólne przepisy regulujące stosunek pracy a nie szczegółowe rozwiązania dotyczące poszczególnych zawodów i służb. Wspomniany postulat był zgłaszany przed paroma laty Ministerstwa Zdrowia i ono jest jego właściwym adresatem.

Reasumując: liczba pielęgniarek i położnych odchodzących na emeryturę jest rocznie zbliżona do liczby absolwentów studiów kierunku pielęgniarstwo i położnictwa, a liczba emigrujących pielęgniarek i położnych stanowi parę procent ogólnej liczby osób posiadających prawo wykonywania tych zawodów.

Zdecydowana większość z działających obecnie publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest samodzielnymi pracodawcami i w związku z tym samodzielnie kształtują wynagrodzenia swoich pracowników - w tym pielęgniarek i położnych.

Natomiast odnosząc się do postulatu dotyczącego wadliwych zapisów zarządzeń Prezesa NFZ ponownie podkreślam, że Minister Zdrowia, dostrzegając konieczność poprawy opieki nad osobami niesamodzielnymi, powołał Zespół do spraw opieki długoterminowej. Zespół ten zrzesza ekspertów z dziedziny pielęgniarstwa przewlekłych chorób, geriatrici, gerontologii oraz zdrowia publicznego. Zadaniem Zespołu jest m.in. opracowanie standardów w opiece długoterminowej oraz wypracowanie innych rozwiązań zmierzających do poprawy jakości udzielanych świadczeń zarówno w odniesieniu do pacjenta przebywającego w domu, jak i w domu pomocy społecznej. ■

z poważaniem
Marek Bucior

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego

Kraków 2011-06-03

Stanowisko z dnia 03 czerwca 2011r. konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w sprawie transportu pacjentów z symptomatologią: ostrego zespołu wieńcowego, udaru niedokrwiennego lub udaru krwotocznego oraz pacjentów urazowych z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub centrum urazowe przez podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego poza rejon operacyjny dysponenta jednostki.

W myśl postanowień art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) - zwanej dalej ustawą o PRM, zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Natomiast art. 45 ust. 1 ustawy o PRM stanowi, iż w przypadku, gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania, o których mowa w art. 43, wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanego szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo wskazanej jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza rejon operacyjny transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

Z podanych ww. zapisów wynika, iż osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego powinna być przetransportowana do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, który jest wskazany przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w oparciu o posiadane informacje dotyczące potencjału medycznego jednostki szpitalnej (które są ujęte w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, tworzonego na podstawie art. 21 ustawy o PRM), czyli możliwości niezbędnej diagnostyki i procesu leczniczo-terapeutycznego konkretnego pacjenta z problemem zdrowotnym.

Decyzję o transporcie do szpitala innego niż najbliższy względem czasu dotarcia, czyli transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego) może być podjęta tylko przez lekarza systemu (o którym mowa w art. 3 pkt. 3 ustawy o PRM) obecnego na miejscu zdarzenia. W tym przypadku ustawodawca określił rolę lekarza koordynatora ratownictwa medycznego jako koordynującą w przypadku transportu poza rejon operacyjny.

Mając na względzie jak najszybsze prawidłowe zabezpieczenie medyczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a w szczególności:

- a) dotarcie pacjentów z symptomatologią ostrego zespołu wieńcowego do jednostek organizacyjnych szpitala zapewniających kardiologię interwencyjną;
- b) dotarcie pacjentów z symptomatologią udaru niedokrwiennego lub udaru krwotocznego do jednostek organizacyjnych szpitala zapewniających leczenie udarów;
- c) dotarcie pacjentów urazowych, o których mowa w art. 3 pkt. 12 ustawy o PRM, do centrum urazowego (art. 3 pkt. 11 ustawy o PRM);

Należy również mieć na uwadze inne czynniki współtworzące opiniowaną kwestię.

1. Do chwili obecnej nie zostały opublikowane standardy postępowania o których mowa w art. 43 ustawy o PRM - stąd nie można się do nich odwołać. Faktem jest, iż standardy, o których mowa w art. 43 ustawy o PRM, powinny wynikać wprost z aktualnej wiedzy medycznej. Wiedza ta jest zaś przekazywana w ramach przedmiotów nauczania w procesie kształcenia zarówno pielęgniarek systemu, ratowników medycznych jak i lekarzy systemu. Osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych powinni znać algorytm postępowania wobec osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w poszczególnych symptomatologiach chorób. Jednak wiedza medyczna ulega

systematycznym zmianom i modyfikacjom w miarę postępów w rozwoju medycyny i regulowanie tego obszaru w formie aktu prawnego wymaga częstych aktualizacji. Pomimo iż wiedza medyczna jest egzekwowana w procesie kształcenia oraz w procesie dalszego doskonalenia zawodowego członków zespołu ratownictwa medycznego, to brak jest aktu prawnego wprowadzającego standardy medyczne postępowania, a przez to sankcjonującego ich stosowanie.

2. Brak uregulowań prawnych dotyczących zlecenia leków drogą radiową i telefoniczną z poza listy zawartej w:

a) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) - w odniesieniu do pielęgniarek systemu;

b) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007r. Nr 4 poz. 33, z późn. zm.) - w odniesieniu do ratowników medycznych.

Z zapisów przytoczonych rozporządzeń wynika brak możliwości podawania leków nie umieszczonych ww. listach.

3. Brak uregulowań prawnych dotyczących konsultacji medycznych wykonywanych drogą radiową i telefoniczną.

4. Brak uregulowań prawnych dotyczących teletransmisji zapisu elektrokardiograficznego i jego zdalnej interpretacji - stąd należy traktować jej rolę jako pomocniczą w diagnozowaniu objawów pacjenta (pomimo prób uregulowań w tym zakresie w wojewódzkich planach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego).

5. Cytowane zapisy ustawy nie precyzują, czy decyzja podjęta przez lekarza systemu obecnego na miejscu zdarzenia odnosi się również do transportów pacjentów przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (a więc bez lekarza systemu w danym zespole ratownictwa medycznego) z miejsca zdarzenia do ośrodków wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, znajdujących się często poza rejonem operacyjnym.

6. W przypadku bezpośredniego transportu pacjenta z miejsca zdarzenia, do szpitala poza rejonem operacyjnym, opuszczenie przez zespół ratownictwa medycznego rejonu operacyjnego powinno skutkować zadysponowaniem przez lekarza koordynatora ratownictwa medycznego lub dysponenta jednostki innego zespołu ratownictwa medycznego włączonego do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w ten rejon, z zachowaniem zgodności w zakresie czasu dotarcia do miejsca wezwania zgodnie z postanowieniem art. 24 ustawy o PRM.

Opisywane kwestie rodzą problemy odpowiedzialności prawnej za podejmowane działania między innymi w zakresie:

a) podjęcia decyzji przez kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego o transporcie pacjenta nie do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego, lecz do szpitala w którym znajduje się centrum urazowe albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w szczególności gdy znajduje się ona poza rejonem operacyjnym;

b) decyzji wyżej wymienionej skutkującym czasowym brakiem zespołu ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym i obszarze działania (art. 3 pkt. 13 ustawy o PRM), a przez to pogorszenie zabezpieczenia obszaru działania zespołu ratownictwa medycznego, co w konsekwencji wpłynąć może na niezapewnienie realizacji parametrów czasów dotarcia

zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, o których mowa w art. 24 ustawy o PRM, w odniesieniu do innych osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

c) przekroczenia kompetencji poprzez podanie leków innych niż zawarte w wyżej wymienionych regulacjach prawnych;

d) niepełnego rozpoznania wskazań lub ich braku do leczenia w ośrodku kardiologii interwencyjnej.

W myśl postanowień ustawy o PRM, zespoły ratownictwa medycznego mają każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zapewnić pomoc poprzez medyczne czynności ratunkowe (art. 1 i art. 3 pkt. 4 ustawy o PRM). Kierownik zespołu ratownictwa medycznego podejmuje decyzje o zastosowanych procedurach medycznych czynności ratunkowych na podstawie objawów chorobowych u danego pacjenta. W zespołach ratownictwa medycznego, możliwości wykonania badań diagnostycznych są ograniczone. Dlatego kierujący medycznymi czynnościami ratunkowymi nie ma możliwości dokładnego zdiagnozowania i stwierdzenia rozpoznania danego problemu zdrowotnego u pacjenta, gdyż nie ma możliwości zweryfikowania symptomów chorobowych stanowiących podstawę diagnostyki. Określenie „ewidentny zawał mięśnia serca” nie jest precyzyjnym określeniem funkcjonującym w terminologii medycznej. Proponuje, aby w przypadku pacjentów z symptomatologią ostrego zespołu wieńcowego używać definicji zgodnej np. z Komunikatem Ministra Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2009 roku w sprawie standardu kwalifikacji pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego, wypracowany przez zespół kardiologów na czele z prof. Grzegorzem Opolskim - Konsultantem Krajowym w dziedzinie kardiologii.

Proponowane rozwiązania organizacyjne, które w myśl obowiązujących regulacji prawnych mogą maksymalnie skrócić czas dotarcia pacjenta kwalifikującego się do podjęcia leczenia w ramach ośrodka wyspecjalizowanego w interwencyjnym leczeniu pacjentów z rozpoznanym ostrym zespołem wieńcowym to szybkie zabezpieczenie i zdiagnozowanie oraz kwalifikacja do leczenia inwazyjnego pacjentów z symptomami ostrego zespołu wieńcowego.

Dlatego:

1) w przypadku, gdy czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego nie przekracza czasu 15 minut od momentu przyjęcia zgłoszenia, kierowany powinien być specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego (z lekarzem systemu), który transportuje pacjenta bezpośrednio do szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej, po zdiagnozowaniu przez lekarza systemu u pacjenta ostrego zespołu wieńcowego, kwalifikującego się do leczenia inwazyjnego (art. 45 ust. 1 ustawy o PRM) lub transportuje pacjenta z symptomami ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, gdy lekarz systemu zespołu nie zakwalifikuje pacjenta do leczenia inwazyjnego (art. 44 ust. 1 ustawy o PRM);

2) w przypadku, gdy czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego przekracza 15 minut od momentu zgłoszenia, a czas dotarcia najbliższego dla miejsca wezwania podstawowego zespołu ratownictwa medycznego jest krótszy niż czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego, podstawowy zespół ratownictwa medycznego powinien po przybyciu na miejsca wezwania:

a) zabezpieczyć pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego,

b) wykonać EKG (oraz teletransmisję zapisu 12-odprowadzeniowe EKG jeśli dostępna -w ramach współpracy do oddziałów wykonujących przezskórne interwencje wieńcowe - PCI i leczenie trombolityczne),

c) dokonać konsultacji zapisu EKG z lekarzem analizującym,
d) przygotować pacjenta do przetransportowania przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego lub śmigłowiecowy zespół ratownictwa medycznego HEMS do szpitala, wybranego przez lekarza systemu danego zespołu. Celem przyspieszenia przekazania pacjenta do specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego lub śmigłowiecowego zespołu ratownictwa medycznego HEMS pacjent może być przetransportowany przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego do miejsca lądowania śmigłowca HEMS lub miejsca przekazania pacjenta pod opiekę lekarza systemu ze specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. W przypadku zespołów ratownictwa medycznego to lekarz systemu powinien zabezpieczyć transport bez przenoszenia pacjenta pomiędzy ambulansami;

e) transportować pacjenta do ośrodka kardiologii interwencyjnej w przypadku gdy czas dotarcia do tego ośrodka jest krótszy lub porównywalny z transportem do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub przewidywany czas oczekiwania na zespół specjalistyczny lub HEMS wraz przekazaniem i transportem spowodowałby istotne opóźnienie podjęcia leczenia przyczynowego;

3) w przypadku, gdy czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego (specjalistycznego i podstawowego) do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego przekracza czas 15 minut od momentu zgłoszenia i czas przetransportowania osoby z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego od momentu zgłoszenia przekracza czas 30 minut od momentu zgłoszenia, powinno nastąpić wezwanie śmigłowiecowego zespołu ratownictwa medycznego HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z jednoczesnym wysłaniem najbliższego pod względem czasu dotarcia dla miejsca wezwania zespołu ratownictwa medycznego; w tym przypadku zespół ratownictwa medycznego powinien zabezpieczyć pacjenta do przetransportowania przez śmigłowiecowy zespół ratownictwa medycznego HEMS do szpitala wybranego przez lekarza systemu śmigłowiecowego zespołu ratownictwa medycznego;

4) w przypadku, kiedy na miejsce wezwania do pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego został wysłany podstawowy zespół ratownictwa medycznego i nie jest możliwe szybkie wsparcie przetransportowania pacjenta przez zespół z lekarzem systemu: specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego lub śmigłowiecowy zespół ratownictwa medycznego HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego; podstawowy zespół ratownictwa medycznego transportuje pacjenta do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, tego który jest wskazany przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (art. 44 ust. 1 ustawy o PRM);

5) w przypadku przetransportowania pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, konieczne jest skrócenie pobytu pacjenta w tym szpitalu do koniecznego minimum (nie przekraczającego 90 minut od przybycia zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta) wykonania niezbędnej dostępnej diagnostyki kwalifikującej pacjenta z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego (art. 33 ust. 1 ustawy o PRM);

6) w szpitalu nieposiadającym potencjału medycznego do

interwencji kardiologicznych, w przypadku zakwalifikowania pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym do leczenia inwazyjnego, ze szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć szpitala dokonuje się niezwłocznie transportu pacjenta specjalistycznym zespołem transportu sanitarnego do szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej - pacjent powinien być dostarczony do jednostki kardiologii inwazyjnej w czasie nieprzekraczającym 120 minut od momentu przybycia zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta (art. 33 ust. 2 ustawy o PRM);

7) specjalistyczny zespół transportu sanitarnego, o którym mowa w pkt. 6 nie może być zespołem ratownictwa medycznego włączonym do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego;

8) specjalistyczny zespół transportu sanitarnego, o którym mowa w pkt. 6 i 7 musi spełniać minimalne wymagania techniczne i jakościowe wynikające z obowiązującej normy PN-EN 1789 dla ambulansu typu C, czyli ambulansu drogowego skonstruowanego i wyposażonego do transportu, zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjenta podczas transportu, a także zapewniać możliwość podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych (art. 33. pkt. 2 ustawy o PRM);

9) celem zapewnienia zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjenta podczas transportu sanitarnego międzyszpitalnego zaleca się, aby w skład specjalistycznego zespołu transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 6 - 8, wchodziły co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:

a) lekarz specjalista posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty z następujących dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii plastycznej, kardiologii, medycyny rodzinnej, medycyny sądowej, medycyny transportu, neurochirurgii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii, położnictwa i ginekologii, urologii,

b) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, albo pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, albo pielęgniarka posiadająca ukończony kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej,

c) ratownik medyczny posiadający prawo jazdy i spełniający warunki, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.).

Zespół ratownictwa medycznego włączony do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, zapewniający gotowość do udzielania medycznych czynności ratunkowych, nie może realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych zakresach świadczeń, a w szczególności:

- 1) leczenia szpitalnego,
- 2) nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa,
- 3) transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej,
- 4) transportu sanitarnego pacjenta po hospitalizacji do miejsca zamieszkania,
- 5) transportu sanitarnego neonatologicznego,
- 6) transportu sanitarnego międzyszpitalnego,

- 7) transportu sanitarnego wewnątrzszpitalnego,
8) transportu sanitarnego osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do i od szpitalnego oddziału ratunkowego z i do łódzkiego szpitala ratunkowego.

Niedopuszczalna jest w sytuacji braku podstaw i odmienności interpretacji prawnych omawianych powyżej, jakkolwiek forma wywierania presji (np. konieczność sporządzania notatek z określeniem powodu dla którego pacjent nie został przewieziony bezpośrednio do ośrodka kardiologii interwencyjnej, utrudnianie przekazania pacjenta do szpitala - uzależniając od wykonania badań diagnostycznych, nie przyjmowanie pacjentów i wymuszanie do przetransportowania ich do innego szpitala lub szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej, nakładanie kar finansowych) na członków podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, do podejmowania działań przekraczających kompetencje nadane w ustawie o PRM i ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr. 151 poz. 1217).

Przedstawione zalecenia są zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczącego postępowania w ostrym zawałe serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST, oraz wytycznymi dotyczącymi rewaskularyzacji mięśnia sercowego.

Zalecenia te w kwestii generalnych zasad dotyczące transportu pacjentów poza rejon operacyjny należy również odnieść do pacjentów transportowanych do centrów urazowych oraz pacjentów z objawami udaru niedokrwinnego lub krwotocznego.

Podejmując lokalne rozwiązania każdorazowo należy odnieść się do oczekiwanych korzyści i zagrożeń w podjęciu lub zaniechaniu działań mając na uwadze dobro pacjenta, bezpieczeństwo zespołu udzielającego medycznych czynności ratunkowych wraz ze zgodnością z obowiązującym prawem.

Poprzez uregulowania prawne konieczne jest wdrożenie standardów postępowania i wypracowanych wytycznych medycznych, w szczególności dotyczące leczenia pacjentów urazowych, leczenia zawału serca oraz postępowanie w udarze mózgu.

Mając na uwadze ciągły rozwój medycyny ratunkowej, metod diagnostycznych i terapeutycznych opinia ta odnosi się do aktualnej sytuacji prawnej i organizacyjnej jednostek ratownictwa medycznego. ■

Z poważaniem.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa
Ratunkowego mgr Marek Maślanka
ul. Szlak 61, 31 -153 Kraków, tel. 123964109, fax.
123964181, e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl

Rekomendacje dla Ministra Zdrowia opracowane podczas debaty w dniu 19 maja 2011r., zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych z udziałem stowarzyszeń i organizacji zrzeszających pielęgniarki i położne

Działając w interesie pielęgniarek i położnych organizacje zgromadzone na wspólnym posiedzeniu, postanawiają podjąć wspólne działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych rozpoczynając swoje działanie przed-

stawiają Ministrowi Zdrowia poniższe postulaty:

I. Rozpoczęcie rzeczywistego, nie pozorowanego dialogu z przedstawicielami środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych.

II. Rozwiązania legislacyjne

1. Nowelizacja ustawy „o zawodach pielęgniarki i położnej”, oraz aktów wykonawczych do przedmiotowej ustawy.

2. W dialogu społecznym w sprawach dotyczących pielęgniarstwa/położnictwa decydujący wpływ na kształt rozwiązań prawnych winny mieć organizacje pielęgniarstwa/położnicze.

3. Stabilizacja warunków zawierania przez NFZ umów wieloletnich o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z pielęgniarkami/położnymi.

4. Wszystkie towarzystwa, stowarzyszenia pielęgniarek/położnych o zasięgu ogólnokrajowym winny uczestniczyć w procesie legislacyjnym w obszarze pielęgniarstwa/położnictwa.

III. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych

1. W trosce o należyłą jakość wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne kształcenie na studiach pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo powinno odbywać się wyłącznie w trybie dziennym.

2. Kompetencje uzyskiwane przez pielęgniarki i położne w ramach kształcenia podyplomowego (umiejętności wynikowe) powinny być podstawą do samodzielnego wykonywania czynności zawodowych np. wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia „w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną bez zlecenia lekarskiego”,

3. Dookreślenie warunków szkoleń specjalizacyjnych - zmiana warunków wymaganych od pielęgniarki/położnej, która może przystąpić do powyższego szkolenia.

4. Należy wzmocnić pozycję Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego w zakresie nadzoru nad kształceniem klinicznym studentów studiów pierwszego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo poprzez badanie przebiegu i warunków realizacji procesu nauczania w zakładach opieki zdrowotnej. Kształcenie kliniczne w tych placówkach powinno odbywać się pod kierunkiem wykładowców / specjalistów pielęgniarstwa lub położnictwa.

5. Zagwarantowane odbywanie staży zawodowych realizowanych w ramach szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa, przez okres od trzech do sześciu miesięcy w akredytowanych oddziałach klinicznych, na zasadach rezydentury lub z możliwością oddelegowania z macierzystego zakładu pracy za wynagrodzeniem. Powyższe dotyczyć powinno specjalizacji, które odbywają się corocznie w ramach zaplanowanych środków publicznych.

6. Stworzyć rzeczywiste możliwości podejmowania badań naukowych w pielęgniarstwie i położnictwie w celu rozwoju dyscypliny naukowej i stosowania wyników badań w praktyce zawodowej: organizacji i zarządzaniu opieką pielęgniarską, opieką nad pacjentem, edukacją zawodową.

7. Powołanie konsultantów krajowych i wojewódzkich we wszystkich dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa.

IV. Organizacja systemu ochrony zdrowia - planowanie kadr pielęgniarek i położnych

1. Wprowadzenie regulacji prawnych stanowiących, iż normy zatrudnienia kadr pielęgniarek i położnych (wykonujących świadczenia na podstawie umów o pracę i umów cywilnoprawnych) powinny obowiązywać we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

2. Umocowanie prawne w zakresie obligatoryjnego postępowania konkursowego na kierownicze stanowiska pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej realizujących kontrakty z NFZ, niezależnie od formy prawnej tych zakładów.

3. Określenie minimalnego wynagrodzenia personelu medycznego, w tym pielęgniarek i położnych, gwarantujące realizację postulatów systematycznego wzrostu płac, powinny odzwierciedlać uzasadnione koszty procedur medycznych (w tym realne koszty personelu medycznego) i stanowić jedną z podstaw koszyka świadczeń gwarantowanych, a w konsekwencji określić wysokość kontraktów zawieranych ze świadczeniodawcami- pielęgniarkami/położnymi środowiskowo rodzinnymi.

4. Świadczenia zdrowotne w zakresie kompetencji pielęgniarek/położnych powinny być realizowane wyłącznie na podstawie kontraktów pielęgniarek/ położnych, przywrócenie funkcji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w POZ, położnej środowiskowej

5. Opracowanie i opublikowanie przez Ministra Zdrowia rzetelnego raportu o stanie pielęgniarstwa/położnictwa w Polsce. ■

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
dr n. biol. Grażyna Kruk- Kupiec

Piekary Śląskie 4.07.2011r.

**ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W
DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA DLA DOBREJ
PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ Bezpieczny Szpital –
Bezpieczny Pacjent
ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZDARZEŃ
NIEPOŻĄDANYCH
PROJEKT BEZPIECZNEJ PRAKTYKI
MEDYCZNEJ**

Wstęp

"Uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów jako kwestii priorytetowej w polityce i programach w zakresie zdrowia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym jako zadanie dla państw członkowskich"

Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Bruksela, dnia 15.12.2008r.

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych obejmuje identyfikację, analizę oraz redukcję zdarzeń. Celem zarządzania ryzykiem jest wdrażanie do praktyki takich rozwiązań które pozwoliły by na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych.

Pojęcie ryzyka i zarządzania ryzykiem w medycynie pojawiło się w latach 70. Badania które zostały przeprowadzone w USA i Raport Narodowego Instytutu Zdrowia z 1999 r. wykazały, że szpital jest instytucją udzielającą świadczeń zdrowotnych o wysokim stopniu złożoności, a tym samym wysokim poziomie ryzyka. Całkowite wyeliminowanie występowania zdarzeń niepożądanych nie jest możliwe, konieczne jest określenie częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych.

Zachowanie bezpieczeństwa pacjentów, stworzenie optymalnych warunków do prowadzenia procesu leczniczego jest zadaniem pracowników medycznych.

Współczesna medycyna powinna podążać z kierunkiem ciągłych zmian, budowania nowoczesnego modelu opieki nad pacjentem. Części składowe tego modelu wiążą się z wiedzą medyczną oraz realizacją procedur poprawiających jakość świadczeń, a tym samym bezpieczeństwa pacjenta.

Zalecenia Rady Komisji Wspólnot Europejskich w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (KOM 2008 / 836 wersja ostateczna), zwracają uwagę na fakt iż 8 – 12 % pacjentów przyjmowanych do szpitala w państwach członkowskich cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych podczas korzystania z opieki zdrowotnej.

Zdaniem Komisji Wspólnot Europejskich, Państwa Członkowskie powinny stworzyć lub udoskonalić systemy zgłaszania i wyciągania wniosków w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowania skutecznych rozwiązań i sposobów reagowania. Bezpieczeństwo pacjentów powinno być częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej.

Zgodnie z wymienionym Stanowiskiem Komisji Wspólnot Europejskich, należy zachęcać do czynnego zgłaszania zdarzeń niepożądanych poprzez stworzenie uczciwych okoliczności, mających odmienny charakter od procedur dyscyplinarnych.

Funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej, nowoczesne kierowanie i zarządzanie zespołami musi uwzględniać problematykę bezpieczeństwa pacjenta.

Nowoczesny model zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej powinien uwzględniać wewnętrzny system jakości, staje się więc pewnym iż to zadanie dla kadry kierowniczej w celu zapewnienia dobrej praktyki pielęgniarskiej gwarantującej zapewnienie warunków dla możliwie optymalnego bezpieczeństwa pacjenta.

Przedstawione Zalecenia mają na celu przekazanie wytycznych postępowania dla kadry kierowniczej, zespołów pielęgniarskich, a w dalszej kolejności pozostałych członków zespołów terapeutycznych w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

Definicja zdarzenia niepożądanego

"Zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta"

Założenia organizacyjne do zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

Program w swoich założeniach koncentruje się na wyeliminowaniu zagrożeń które mogą wystąpić podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Adresowany do pracowników medycznych, mających wpływ na poprawę bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu oraz członków zespołów zadaniowych funkcjonujących na terenie szpitala.

Cele projektu :

1. Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.
2. Zwiększenie odpowiedzialności pracowników medycznych za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów w szpitalu.
3. Poprawa jakości życia pacjentów.
4. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych.
5. Ocena wdrożenia przez pracowników szpitala procedury monitorowania zdarzeń niepożądanych.
6. Wdrażanie rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych celem eliminacji zdarzeń niepożądanych.

Oczekiwany rezultat :

1. Zmniejszenie liczby występowania zdarzeń niepożądanych.
2. Poprawa bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu.
3. Poprawa jakości opieki, zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów.
4. Zwiększenie świadomości pracowników medycznych.
5. Otrzymanie informacji na temat przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych.
6. Wprowadzenie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych.

ZALECENIA

Zalecenie I

W sprawie organizacji dobrej praktyki pielęgniarstwa w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

1. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego jest traktowane jako :
- niezależne z rejestrem skarg, wniosków i zażaleń pacjentów,
 - całkowicie poufne,
 - nie służy identyfikacji pacjenta i personelu,
 - nie służy stygmatyzacji personelu,
 - zawsze łączy się z analizą i szukaniem przyczyn,
 - inicjuje działania naprawcze.

System zgłaszania ma zachęcać pracowników do czynnego zgłaszania zdarzeń poprzez stworzenie otwartych i uczciwych okoliczności.

2. Na poziomie podmiotu leczniczego (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011r.) jest powołany zespół ds. zdarzeń niepożądanych.

Zadania zespołu :

- identyfikacja zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń,
- gromadzenie i poddawanie analizie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych,
- mapowanie danych i informacji,
- ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydanie zaleceń i wyciągnięcie wniosków,
- przekazanie informacji pracownikom,
- opracowywanie rocznych raportów.

Zalecenie II

W sprawie rejestru pacjentów u których wystąpiło zdarzenie niepożądane.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne / niedoszłe).
2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku.
3. Określenie kolejności zdarzeń.
4. Zidentyfikowanie przyczyn źródłowych.
5. Przygotowanie planu działań.
6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.
7. Na poziomie oddziałów, a następnie szpitala – podmiotu leczniczego jest prowadzona analiza występowania zdarzeń niepożądanych.

Zalecenie III

W sprawie dokumentowania.

1. Szpital opracowuje własny system dokumentowania zdarzeń niepożądanych.

Zalecenie IV

W sprawie szkoleń pracowników medycznych.

1. Roczne plany szkoleń zawierają problematykę zdarzeń niepożądanych.

Zalecenie V

W sprawie realizacji zadań z zakresu zarządzania ryzykiem

zdarzeń niepożądanych – projektu bezpiecznej praktyki medycznej przez konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa.

1. Konsultanci krajowi i wojewódzcy podczas przeprowadzanych wizytacji / kontroli zwracają uwagę na zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych w praktyce pielęgniarstwa.

Zalecenie VI

W sprawie odpowiedzialności za realizację zaleceń Dobrej Praktyki Pielęgniarskiej.

1. Za realizację zaleceń odpowiada osoba zarządzająca pielęgniarstwem – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa / Naczelna Pielęgniarka / Przełożona Pielęgniarek.

Propozycja do katalogu rejestrowanych zdarzeń niepożądanych w obszarze praktyki pielęgniarstwa

1. Niewłaściwy pacjent
2. Odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego
3. Sepsa po zabiegu operacyjnym
4. Upadki w szpitalu
5. Wypadnięcie z łóżka
6. Komplikacje wywołane nieprawidłowym podnoszeniem pacjenta dla pacjenta
7. Samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala
8. Błędy związane z pobieraniem próbek krwi, rozbieżności wykryte podczas kontroli zgodności krwi, obcogrupowe przetoczenie krwi
9. Niewłaściwy lek, niewłaściwa droga podania, niewłaściwy pacjent, niewłaściwe połączenie z innym lekiem
10. Samobójstwo
11. Inne zgodnie z definicją

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
dr n. biol. Grażyna Kruk- Kupiec
Piekary Śląskie 4.07.2011r.

**ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
DLA DOBREJ PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ
Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent
ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZDARZEŃ
NIEPOŻĄDANYCH
PROJEKT BEZPIECZNEJ PRAKTYKI MEDYCZNEJ –**

PROFILAKTYKA RYZYKA UPADKU

Wstęp

Projekt w swoich założeniach koncentruje się na zminimalizowaniu zagrożeń jakim są upadki pacjentów, które mogą wystąpić podczas pobytu w szpitalu. Projekt jest adresowany do pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, lekarzy, kadry kierowniczej, pracowników działów mających znaczenie w poprawie bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu oraz członków zespołów problemowych funkcjonujących na terenie szpitala.

Upadki są główną przyczyną występowania zdarzeń niepożądanych wśród hospitalizowanych pacjentów.

Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne wynikające ze stanu chorobowego pacjenta, zaburzeń w obrębie organizmu, wieku oraz czynniki zewnętrzne związane z organizacją pracy, warunkami pobytu w szpitalu.

Czynniki wewnętrzne wynikają z :

- zmian inwolucyjnych usposabiających ludzi starszych do

upadku; dotyczą narządów zmysłu, które biorą udział w kontroli postawy; wzroku, słuchu, równowagi, układu nerwowego i mięśniowo – szkieletowego,

- upośledzenia wzroku wywołanymi różnymi chorobami, które powodują obniżenie adaptacji do ciemności i ostrego światła, widzenia przestrzennego,
- zmian zwłaszcza u osób starszych w obrębie układu mięśniowego, które polegają na zaniku komórek mięśniowych, osłabieniu siły mięśniowej,
- stanów udarowych, które w różnym stopniu upośledzają sprawność motoryczną chorych,
- zaburzeń rytmu serca,
- niewydolności kręgowo podstawnej,
- zaburzeń chodu,
- założonych opatrunków gipsowych,
- upadków w przeszłości które predysponują do ryzyka upadku,
- każdej choroby infekcyjnej np. zapalenia dróg moczowych, nietrzymania moczu, które pogarszają stan ogólny i sprawność pacjenta.

Czynniki zewnętrzne środowiskowe predysponujące do wystąpienia upadków, związane są z otoczeniem w którym przebywa pacjent.

Na upadki może mieć wpływ brak poręczy, uchwytów, nierówna podłoga, ślizga podłoga w łazience oddziału, oświetlenie, brak balkoników oraz wiele innych.

Zagrożenia które wpływają na upadki pacjentów mogą mieć także charakter organizacyjny.

Cele projektu:

1. Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem upadków.
2. Zwiększenie odpowiedzialności pracowników medycznych za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów w szpitalu.
3. Szkolenia pracowników w zakresie zapobiegania upadkom pacjentów, rozpoznawania sytuacji krytycznych.
4. Edukacja pacjentów i rodzin, opracowanie poradników.
5. Opracowanie skali oceny ryzyka upadku.
6. Opracowanie systemu prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej w zakresie wywiadu, oceny ryzyka upadku, planowania opieki.
7. Poprawa jakości życia pacjentów.
8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych - upadków pacjentów.
9. Wdrażanie rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych.

Oczekiwany rezultat wdrożenia projektu:

1. Zmniejszenie liczby występowania zdarzeń niepożądanych – upadków pacjentów.
2. Zwiększenie świadomości pracowników medycznych w zakresie rozpoznawania i eliminacji czynników zewnętrznych, organizacyjnych, technicznych w środowisku szpitalnym, mogących wpływać na występowanie upadków.
3. Zwiększenie świadomości pacjentów oraz ich rodzin w zakresie czynników wpływających na występowanie upadków
4. Poprawa bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu.
5. Poprawa jakości opieki, zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów.
6. Otrzymanie informacji na temat przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych.
7. Wprowadzenie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych.

ZALECENIA
Zalecenie I.

W sprawie organizacji dobrej praktyki pielęgniarskiej w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

1. Na poziomie podmiotu leczniczego (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011r.) jest powołany zespół ds. zdarzeń niepożądanych który analizuje występujące zdarzenia w tym upadki.

Zadania zespołu:

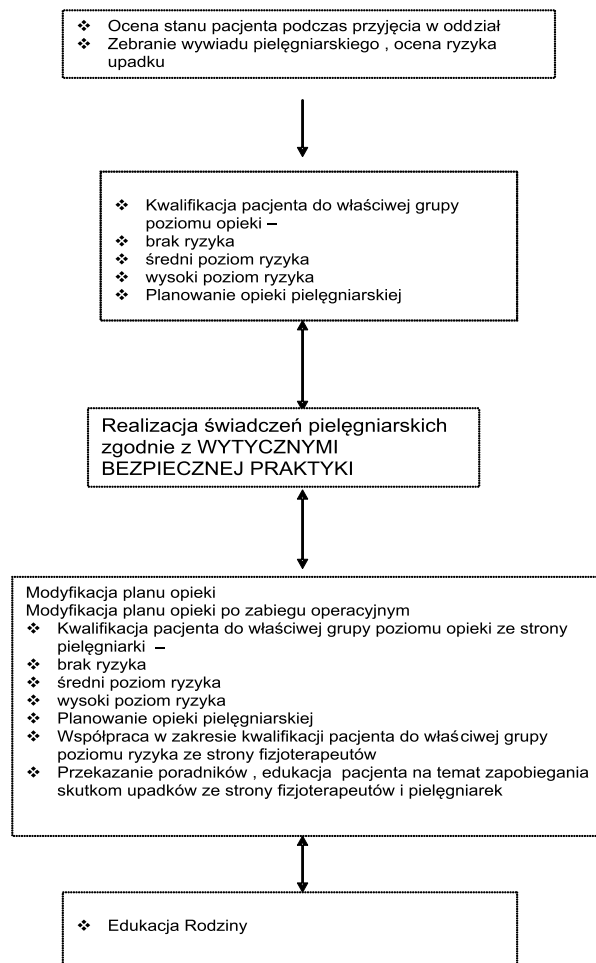
- identyfikacja zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń,
- gromadzenie i poddawanie analizie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych,
- mapowanie danych i informacji,
- ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydanie zaleceń i wyciągnięcie wniosków,
- przekazanie informacji pracownikom,
- opracowywanie rocznych raportów.

Zalecenie II

W sprawie rejestru pacjentów u których wystąpiło zdarzenie niepożądane w tym upadek pacjenta.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne / niedoszłe).
2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku.
3. Określenie kolejności zdarzeń.
4. Zidentyfikowanie przyczyn źródłowych.
5. Przygotowanie planu działań.
6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.

Algorytm postępowania w Projekcie Bezpiecznej Praktyki Medycznej – Profilaktyka Ryzyka Upadku





Zalecenie III

W sprawie oceny zagrożenia ryzyka upadku.

1. Każdy nowoprzyjęty pacjent w okresie pierwszych godzin swojego pobytu w oddziale, podczas zebrania wywiadu pielęgniarskiego, zostaje oceniony pod kątem zagrożenia upadkiem przy użyciu skali mającej zastosowanie w ocenie stopnia zagrożenia.

2. Ocena jest powtarzana wg. przyjętego schematu w oddziale.

Zalecenie IV

W sprawie dokumentowania.

1. Szpital ocenia poziom ryzyka zagrożenia upadkami przy użyciu skali oceny ryzyka

2. Chorym którzy uzyskują liczbę punktów klasyfikującą ich do grupy ryzyka zagrożenia upadkiem, plan opieki uwzględnia ocenę ryzyka oraz działania podejmowane w tym zakresie.

Zalecenie V

W sprawie edukacji pacjenta i edukacji rodzin w zakresie profilaktyki ryzyka upadku.

1. Każdy pacjent z grupy ryzyka zagrożenia upadkiem oraz w razie konieczności jego rodzina lub opiekunowie powinni zostać przeszkoleni.

2. Oddziały szpitalne powinny być wyposażone w ulotki,

poradniki z profilaktyki ryzyka upadku.

Zalecenie VI

W sprawie szkoleń pracowników medycznych.

1. Roczne plany szkoleń zawierają problematykę związaną z profilaktyką upadków.

Zalecenie VII

Sprawie realizacji zadań z zakresu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych – projektu bezpiecznej praktyki medycznej – profilaktyki ryzyka upadku przez konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa.

1. Konsultant krajowy oraz konsultanci wojewódzcy zwracają uwagę podczas przeprowadzanych wizytacji / kontroli, na realizację przez kierowniczą kadrę pielęgniarską, zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych profilaktyki ryzyka upadku.

Zalecenie VIII

W sprawie odpowiedzialności za realizację zaleceń Dobrej Praktyki Pielęgniarskiej - Profilaktyki Ryzyka Upadku.

1. Za realizację zaleceń, odpowiada osoba zarządzająca pielęgniarstwem – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa / Naczelnia Pielęgniarka / Przełożona Pielęgniarek. ■



STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO

w sprawie umów cywilno-prawnych zawieranych przez pielęgniarki

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie z zaniepokojeniem obserwuje zmiany, jakie wprowadza reforma systemu opieki zdrowotnej, szczególnie w kwestii rodzaju umów zawieranych między pielęgniarkami i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Zaniepokojenie Towarzystwa budzi sytuacja pacjentów korzystających z usług podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w których pielęgniarki pracują w ramach umów cywilno-prawnych, jak również sytuacja pielęgniarek zawierających takie umowy.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że zawieranie umów cywilno-prawnych przez pielęgniarki nie może być arbitralnie narzucone przez reformę systemu opieki zdrowotnej. Należy dołożyć wszelkich starań, aby była to wyłącznie forma fakultatywna, pozostająca w gestii indywidualnego wyboru każdej pielęgniarki. Ponadto pielęgniarki podejmujące pracę w ramach umów cywilnoprawnych powinny uzyskać wszelkie informacje związane zarówno z pozytywnymi jak i negatywnymi stronami kontraktu. Pielęgniarki powinny być w pełni świadome konsekwencji pracy w ramach takiej umowy.

Oczekujemy przyjęcia przez Rząd Polski Dyrektywy dotyczącej czasu pracy wobec sektora ochrony zdrowia. Należy także dołożyć wszelkich starań, aby wdrożyć procedury monitorowania czasu pracy pielęgniarki zatrudnionej na podstawie umowy cywilno-prawnej. Szczególną rolę powinny odgrywać

w tych działaniach pielęgniarki pełniące funkcje menadżerów. Monitorowanie czasu pracy ma znaczenie nie tylko z punktu widzenia bezpieczeństwa pielęgniarki, ale przede wszystkim dla bezpieczeństwa pacjenta.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uważa również, że w systemie ochrony zdrowia, gdzie opieka sprawowana jest w systemie ciągłym, podstawową formą zatrudnienia pielęgniarek powinna być umowa o pracę. Jest to istotne dla ciągłości opieki oraz realizacji procesu pielęgnowania zgodnie ze sztuką pielęgniarstwa.

Obserwujemy, że przekształcenia szpitali w spółki nie służą bezpieczeństwu pacjentów, jak to zakładali reformatorzy. Przeciążenie pielęgniarek pracą jest tak duże, że nie są one w stanie wywiązywać się ze swoich podstawowych obowiązków - pielęgnacji pacjentów, a wykonywane zadania mają charakter czysto techniczny.

Występuje także presja pozostawiania pielęgniarek na jednoosobowych obsadach na dyżurach mających negatywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów

Ograniczanie kosztów, poprzez politykę zmniejszania liczby personelu obsługującego coraz większą liczbę potrzebujących opieki, skutkuje zagrożeniem ich zdrowia i życia.

Takie działania mające tylko na celu ekonomizację systemu doprowadzą do wcześniejszych odejść z zawodu i pogłębienia narastającej sytuacji kryzysu wynikającego z braku personelu pielęgniarskiego. Młodzi ludzie nie są zainteresowani zawodem, w którym trzeba ciężko pracować oraz ponosić odpowiedzialność za życie ludzkie.

Ostrzegamy przed kryzysem, jaki dotyka pielęgniarstwo. Działania powodujące odchodzenie pielęgniarek z zawodu są niebezpieczne dla przyszłości systemu opieki zdrowotnej, zarówno z powodu starzejących się kadr pielęgniarek, jak i z powodu starzejących się odbiorców usług pielęgniarskich.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zdaje sobie sprawę z motywacji pielęgniarek podejmujących pracę w ramach

umów cywilno-prawnych. Widzimy, że wynika to często z niskich zarobków pielęgniarek i chęci zabezpieczenia sobie odpowiedniego poziomu życia - i przez to podejmowania pracy ponad swoje siły, sprzyja temu brak personelu pielęgniarskiego na rynku pracy; małe zainteresowanie zawodem, z powodu niskiej jego atrakcyjności dla młodych ludzi.

Rząd Polski powinien dołożyć wszelkich starań, aby zabezpieczyć pracę pielęgniarki i uczynić ją na tyle atrakcyjną, aby praca dodatkowa była wyborem a nie koniecznością, a co najważniejsze, by nie zagrażała tak bezpieczeństwu pacjenta, jak i pielęgniarki.

Każda pielęgniarka ma prawo do równowagi między pracą a snem i wypoczynkiem. Praca w godzinach nadwymiarowych, ponad siły zaburza prawidłowe funkcjonowanie organizmu, co grozi wcześniejszym odejściem pielęgniarki z systemu w wyniku utraty zdrowia, a poprzez to stratą wysoko wykwalifikowanego, doświadczonego pracownika medycznego.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie podkreśla również, że pielęgniarki mają prawo do zabezpieczenia społecznego - przede wszystkim do przyzwoitej emerytury dającej poczucie bezpieczeństwa finansowego.

Tłó

Na podstawie zamówionej przez Towarzystwo analizy prawnej różnic między umową o pracę oraz umową cywilno-prawną (kontraktem) można twierdzić, że istnieje wiele takich właściwości umowy cywilno-prawnej, które można oceniać, jako niekorzystne dla pielęgniarki. Dlatego PTP stoi na stanowisku, że każda pielęgniarka powinna dokładnie znać warunki, na jakich zawiera kontrakt z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Przed wszystkim, pielęgniarka powinna mieć świadomość, że nie ma przepisów prawnych, które w tym przypadku regulują kwestie urlopu wypoczynkowego czy obowiązek umożliwienia pielęgniarsce podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Warto także pamiętać, że pielęgniarka pracująca w ramach umowy cywilno-prawnej będzie mieć minimalne świadczenia emerytalne z powodu niskiej wysokości składek na ubezpieczenie społeczne.

W ramach umowy cywilno-prawnej inny jest także zakres odpowiedzialności majątkowej pielęgniarki. Pielęgniarka powinna mieć na uwadze, że w ramach tzw. kontraktu, za szkody wyrządzone pacjentom odpowiadać będzie solidarnie z zakładem opieki zdrowotnej do pełnej wysokości szkody.

Z punktu widzenia jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjenta, istotne jest także to, że nie ma przepisów, które regulowałyby czas pracy pielęgniarki w ramach tzw. kontraktu oraz czas koniecznego odpoczynku pielęgniarki.

W 2011 roku Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie przeprowadziło badania ankietowe wśród państw-członków Europejskiej Federacji Towarzystw Pielęgniarskich przy UE (EFN) na temat form umowy o pracę, jakie podpisują pielęgniarki w reprezentowanych przez towarzystwa narodowe państwach oraz obowiązującego czasu pracy. Z pośród 29 państw, do których został wysłany kwestionariusz - otrzymaliśmy odpowiedzi z 15 (zwrotność 51,72%). Państwa, które podzieliły się swoimi doświadczeniami to: Czechy, Słowenia, Luxemburg, Węgry, Irlandia, Grecja, Bułgaria, Hiszpania, Holandia, Norwegia, Niemcy, Wielka Brytania i Dania. Dwa pozostałe państwa udzieliły odpowiedzi anonimowo.

Analiza zgromadzonego materiału wykazała, że dominującą

formą umowy o pracę pielęgniarek w Europie jest etat w pełnym (zwykle 36 - 40 godzinowy wymiar czasu pracy w tygodniu) lub niepełnym wymiarze czasu pracy. Umowa cywilno-prawna, a więc samozatrudnienie, stanowi bardzo rzadką formę zawierania umowy przez pielęgniarki z pracodawcą. W Czechach, Luxemburgu, w Danii i w Niemczech jest to zaledwie kilka % (często zaledwie 0,01%). Na Węgrzech ok. 6%, w Irlandii mniej niż 5% (pielęgniarki są wówczas zatrudniane poprzez agencje pielęgniarskie, jest to bezpieczniejsza forma zatrudnienia aniżeli nasz kontrakt), w Holandii - kilkaset pielęgniarek, w UK - około 120 położnych. Przy czym bardzo dokładnie przestrzegane są normy czasu pracy zarówno dla bezpieczeństwa pracodawcy, pielęgniarki, a przede wszystkim pacjenta, który oddaje w ręce pielęgniarek swoje zdrowie i życie z zaufaniem, którego nie wolno zawieść.

W pozostałych państwach, które wzięły udział w naszej ankiecie, samozatrudnienie pielęgniarek nie występuje. Pielęgniarki podejmujące pracę w ramach tzw. kontraktów najczęściej pracują poza podmiotami realizującymi

Opiekę W Systemie Ciągłym.

Warszawa, 21 lipca 2011 r.

INFORMACJA PRASOWA

w sprawie Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy

Szanowni Państwo,
Uprzejmie informujemy, że Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie przystąpiło do Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy.
koalicja RSM

30 maja 2011 r. odbyło się pierwsze, inauguracyjne posiedzenie Rady Programowej Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy więcej <http://www.fzk.orq.pl/>.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie podkreśla, że pielęgniarki mogą odegrać znaczącą rolę w walce z rakiem z szyjki macicy poprzez prowadzenie skutecznej edukacji kobiet w każdym wieku i dla dobra przyszłych pokoleń.

Szczególną rolę mogą tutaj odegrać pielęgniarki rodzinne, których profesjonalizm i zaangażowanie jest niezbędne dla osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju (MDG)

Dostęp do edukacji na poziomie POZ mogą zapewnić tylko pielęgniarki, które realizują praktykę w środowisku bytowania klienta/pacjenta. Edukacja w zakresie profilaktyki nowotworowej i przestrzegania zaleceń terapeutycznych może powstrzymać rozprzestrzenianie się chorób w społeczeństwie i do tej roli są przygotowane pielęgniarki.

Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego "Rola pielęgniarek w profilaktyce raka" (Nurses' Role in Prevention of Cancer), 2010.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Warszawa, 1 czerwca 2011 r.

**STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA
PIELĘGNIARSKIEGO**

w sprawie

**Działania organizacji pielęgniarskich na
rzecz poprawy sytuacji społeczno-
ekonomicznej pielęgniarek**

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) oraz Narodowe Towarzystwa Pielęgniarskie (NNAs) zabiegają o takie środowisko pracy, które jest bezpieczne oraz zachęca do perfekcjonizmu w pielęgniarskiej praktyce. Pielęgniarki mają prawo do praktyki w środowisku, które sprzyja jakości opieki i jednocześnie jest konkurencyjne, co do wynagrodzenia oraz w środowisku przyjaznym rodzinie, które promuje zawodowe bezpieczeństwo i zdrowie pracowników.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek popiera prawo pielęgniarek do zrzeszania się: mogą one należeć i działać w związkach, towarzystwach i organizacjach według ich własnego wyboru, bez dyskryminacji oraz wiktymizacji.

Praca personelu pielęgniarskiego oraz jej znaczenie dla życia, osobistego bezpieczeństwa i zdrowia osób pozostających pod jego opieką wymaga środków, które zachęcają do pełnego rozwoju i implementacji mechanizmów negocjacji pomiędzy pracodawcami i pielęgniarkami oraz ich reprezentantami. Pielęgniarki i ich pracodawcy powinni mieć dostęp do procedur formalnego wysłuchania skarg.

Powinny być stosowane zasady równego wynagrodzenia za pracę o porównywalnej wartości i kapitale. Zasady te powinny być wspierane przez neutralne pod względem płci kryteria klasyfikacji pracy i narzędzia ewaluacji wydajności, także poprzez niedyskryminujący dostęp do edukacji oraz możliwości promocji. Różnice w wynagrodzeniu personelu powinny odzwierciedlać wykształcenie, wiedzę, kompetencje, zakres odpowiedzialności, ryzyka i trudności związanych z warunkami pracy, ról i przypisanych zadań (np. nietypowe godziny pracy, praca zmianowa). Wynagrodzenie pielęgniarek oraz warunki pracy powinny być określone w drodze konsultacji i porozumień zawartych z pielęgniarkami i/lub ich przedstawicielami.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie - zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Rady Pielęgniarek - realizuje oraz wspiera następujące działania:

Tworzenie, promowanie i realizację programów, które pozwolą pielęgniarkom osiągnąć poziom ekonomiczny i społeczny uznany za współmierny do ich wkładu na rzecz społeczeństwa;
- Promocję możliwości zrównoważonego rozwoju i wsparcie możliwości kariery w pielęgniarstwie, włączając w to przedsiębiorczość;

Definiowanie pracy pielęgniarskiej i uczestniczenie w rozwoju właściwych narzędzi oceny;

- Zagwarantowanie współmiernego uznania i nagrody za rozwój kompetencji i kontynuację edukacji;

Rzecznictwo w sprawie pozytywnego środowiska praktyki w sektorze zdrowia, które wspiera i nagradza doskonałość;

- Zachęcanie pielęgniarek do uznania, ceniienia i propagowania swojej pracy, artykułowania znaczenia ich profesjonalnego wkładu na rzecz dobrobytu jednostek, rodzin, wspólnot i społeczeństwa;

Rozwijanie i zachowywanie mechanizmów, które wspierają prawa negocjacyjne pielęgniarek, zapewnienie ochrony przed wyzyskiem oraz równoważenie sprawiedliwości i kwestii dotyczących zatrudnienia;

Wspieranie tworzenia możliwości przywództwa pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej; Tworzenie skutecznej sieci

współpracy w celu wymiany informacji na temat związku między sprawami zawodowymi i pracowniczymi;

Opracowywanie programów szkoleniowych, które odpowiednio przygotowują przedstawicieli towarzystwa, kierownictwa w pielęgniarstwie i pielęgniarki-pracowników do praktykowania różnych metod negocjacji dla rozwiązywania problemów związanych z zatrudnieniem;

- Promowanie mechanizmów, które zapewniają pielęgniarkom właściwe wynagrodzenie i realne emerytury biorąc pod uwagę ich warunki pracy i nietypowe godziny pracy;

Inicjowanie i wspieranie badań w celu wykrycia możliwych rozbieżności płac i promowanie weryfikacji wynagrodzenia;

Lobowanie na rzecz legislacji i publicznej edukacji wspierającej sprawiedliwość wynagrodzeń;

- Zachęcanie rządu do ratyfikacji odpowiednich konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO), ich regularnego przeglądu i nowelizacji oraz monitorowania wdrażania ich zasad do praktyki;

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizuje ww. działania we współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych, organizacjami pielęgniarskimi, a także szkołami wyższymi kształcącymi pielęgniarki.

Tłó

Zdrowie narodu zależy od zdrowia jego obywateli, a w szczególności pracowników. Prawo dostępu do opieki zdrowotnej zostało uznane na arenie międzynarodowej i jest w znacznym stopniu uzależnione od dostępności odpowiedniej liczby wystarczająco wykształconego personelu medycznego oraz efektywnych strategii zatrzymania go w miejscu pracy.

Wolność zrzeszania się oraz prawo do negocjowania warunków zatrudnienia i pracy są uznane na arenie międzynarodowej przez Międzynarodową Organizację Pracy w dokumentach tj.: Deklaracja filadelfijska, konwencje MOP (np. 100, 111), a w szczególności Konwencja 149 dotycząca personelu pielęgniarskiego.

Obecne procedury odszkodowawcze opierają się często na czynnikach związanych z płcią, a nie na wartości pracy na rzecz społeczeństwa. Niedocenianie kluczowej roli pielęgniarek w dostarczaniu opieki zdrowotnej, połączone z ogólną dyskryminacją kobiet doprowadziło do nieadekwatnie niskich społeczno-ekonomicznych warunków życia wielu pielęgniarek. Istnieje coraz więcej doniesień o nieuzasadnionej dyskryminacji w ramach samego pielęgniarstwa. Pielęgniarski jednak, zakładając, że pełni kluczowe role na arenie politycznej, poszerzają zakres zawodowego oddziaływania. Wraz ze wzrostem dostępności danych i świadomości, zaczyna być wprowadzana polityka równych szans i praktyk.

Badania MOP wskazują, że 75% wszystkich klasyfikacji jest opartych na kryterium płci. Około połowa pracowników na świecie jest stereotypowo określana w zależności od dominacji w danej grupie zawodowej jednej płci - jako męska lub żeńska (jeśli dana płeć dominuje w grupie zawodowej przynajmniej w 80%) [International Labour Office. Genewa, 1997]. Mężczyźni (np. pielęgniarze) w zawodach zdominowanych przez kobiety mogą czuć się poszkodowani z powodu dyskryminacji związanej z płcią w taki sam sposób, jak ich koleżanki w zawodach zdominowanych przez mężczyzn.

„Nawet kraje z dobrymi osiągnięciami w zakresie promowania równości płci nadal borykają się z wysokim stopniem segregacji zawodowej. Dodatkowo, zawodom tzw. kobiecym przypisuje się często niższą wartość rynkową. Nawet w obszarach zdominowanych przez kobiety, jak edukacja czy ochrona zdrowia mężczyźni zwykle zajmują „bardziej wykwalifi-

fikowane", „odpowiedzialne” i lepiej płatne stanowiska. Choć na skutek rozwoju metod ewaluacji stanowisk pracy wykazano, że wiele miejsc pracy zajmowanych przez kobiety w rzeczywistości wymaga poziomu umiejętności, odpowiedzialności i kompleksowości zbliżonego do stanowisk znacznie lepiej płatnych, zajmowanych przez mężczyzn” [International Labour Office. Genewa, 2002]. W Polsce, według danych GUS z 2008 roku średnia pensja pielęgniarki wynosi 3064,39 PLN brutto, natomiast pielęgniarki 2898, 72 PLN brutto [Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2008, GUS 2010].

MOP przyznała, że względna wartość pracy i wynagrodzenia przypisana do określonego zawodu wciąż wydaje się być związana z przewagą kobiet w tym zawodzie. Badania pokazały, że stanowiska, na których dominują kobiety są wynagradzane średnio o 15% gorzej niż te, na których dominują mężczyźni, mimo iż wymagają porównywalnego poziomu umiejętności, wysiłku i odpowiedzialności [MOP, 1992].

Ostatnie działania związane z ustaleniami dotyczącymi płac w zależności od stanowiska pracy przyniosły niewiele zmian. Historyczne nierówności ciągle istnieją i są bardzo powoli zmieniane. Różnice w wynagrodzeniu utrzymują się we wszystkich krajach od 10 do 30% [International Labour Office. Genewa, 2002].

Wiele systemów ewaluacji pracy jest opartych na kryteriach związanych z płcią i przegrywa w wycenie wartości pracy pielęgniarek i innych pracowników płci żeńskiej, utrwalać w ten sposób istniejące nierówności w płacach. Analizy potwierdzają, że wiele pielęgniarek jest nadal niedostatecznie wynagradzanych, ponieważ umiejętności i kompetencje w praktyce pielęgniarskiej nie były traktowane jako umiejętności czy kompetencje związane z wykonywaniem pracy, ale jako cechy nierozdzielnie związane z płcią. Dlatego tak istotne jest kontynuowanie badań związanych z definiowaniem natury pracy pielęgniarskiej oraz współpraca nad wypracowaniem odpowiednich narzędzi ewaluacji tej pracy.

Stanowisko ICN w sprawie: Socio-economic welfare of nurses (2009) ■

Warszawa, 28 marca 2011 r.

INFORMACJA PRASOWA

Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego - Pamięć i historia bogactwem pielęgniarstwa”

Szanowni Państwo,
Uprzejmie informujemy, że Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie podpisało umowę na dofinansowanie z Funduszu Inicjatyw Obywatelskich PO FIO na realizację projektu „Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego - Pamięć i historia bogactwem pielęgniarstwa”

Cel ogólny projektu:

Promowanie wiedzy o historii i rozwoju pielęgniarstwa polskiego oraz implikacji na współczesne pielęgniarstwo

Cele szczegółowe:

1. Kształtowanie umiejętności postrzegania zawodu pielęgniarki w jego genezie, rozwoju i uwarunkowaniach;
2. Ukazanie miejsca pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia, zmieniającej się roli i funkcji pielęgniarki;
3. Prezentowanie wartości swoistych dla pielęgniarstwa, wynikających z historii i tradycji tej profesji;
4. Pokazywanie wzorów osobowych pielęgniarek istotnych dla procesu edukacji zawodowej oraz praktyki zawodowej pielęgniarek;
5. Analiza zjawisk i procesów hamujących i warunkujących rozwój pielęgniarstwa w rysie historycznym;
6. Promowanie i wspieranie badań naukowych w dziedzinie historii pielęgniarstwa;
7. Propagowanie zawodu w kontekście potrzeb demograficznych, epidemiologicznych, społecznych i kulturowych społeczeństwa;
8. Dorównywanie światowym trendom tworzenia Muzeum Pielęgniarstwa w cyberprzestrzeni.

Inspiracją dla powstania Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego jest chęć uświadomienia społeczeństwu znaczenia i roli historii polskiego pielęgniarstwa w służbie drugiemu człowiekowi oraz wzbogacenia wiedzy współczesnych pielęgniarek o genezie, rozwoju, dorobku i osiągnięciach pielęgniarstwa polskiego na przestrzeni minionych lat. Bogate dziedzictwo zawodowe zasługuje na upamiętnienie, rozpowszechnianie oraz czerpanie z niego wzorców dla współczesnych i przyszłych pokoleń pielęgniarek.

Budowanie świadomości historycznej wpływa korzystnie na wzmocnienie tożsamości zawodowej, pozwala na kształtowanie wrażliwości poznawczej i kultywowanie cennych, ponadczasowych wartości. Jest też niezbędnym elementem ciągłego rozwoju. Troska o pamięć i ochronę od zapomnienia spuścizny i dorobku poprzednich pokoleń pielęgniarek, z jednej strony pozwala na wyróżnienie zawodu pielęgniarki, a z drugiej uświadamia, że pozostawione dziedzictwo jest częścią uniwersalnych wartości Polski, Europy i świata.

Globalny zasięg i ogólna dostępność do Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego jest doskonałą drogą do osiągnięcia zamierzonych celów. Stwarza to równe szanse dla wszystkich ludzi, chętnych do korzystania i poszerzania wiadomości z dziedziny Historii Pielęgniarstwa, która stanowi część dziedzictwa narodowego.

Jest to pierwszy taki projekt w Polsce, który stał się możliwy dzięki bardzo ścisłej współpracy z Fundacją Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego.

Główna Komisja Historyczna przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z radością informuje, że rozpoczęto prace związane z realizacją projektu. Zapraszamy do współpracy, liczymy na zainteresowanie i pomoc w gromadzeniu dokumentów oraz pamiątek dotyczących pielęgniarstwa polskiego.

Przewidywany czas zakończenia projektu - grudzień 2011 rok.
Kontakt: ptpzg.fio@gmail.com ■

Zarząd Główny Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarskiego
Warszawa, 25 maja 2011 r.

Opinia prawna dotycząca świadczenia usług zdrowotnych przez pielęgniarkę na podstawie umowy zlecenia w systemie powyżej 12 godzin na dobę

Warszawa, dnia 28 marca 2011r.

W przypadku świadczenia usług pielęgniarskich/położniczych w ramach umowy o pracę w zakładzie opieki zdrowotnej, kwestie dotyczące czasu pracy zostały rozstrzygnięte w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007r. Nr 14, póź. 89 ze zm.) - art. 32g - art. 32i Dział I Przepisy wspólne rozdział 4 ustawy. W zakresie czasu pracy nie ma tu żadnego znaczenia status prawny danego zakładu, ponieważ powyższe przepisy dotyczą wszystkich zakładów opieki zdrowotnej tj. publicznych i niepublicznych. Art. 32i ust. 1 ustawy stanowi, że jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników zoz mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem rygorów w zakresie stosowania skróconego czasu pracy w stosunku do pracowników zatrudnionych na niektórych, szczególnych stanowiskach pracy (radiolodzy, niewidomi, fizjoterapeuci i in. wyszczególnieni w art. 32g ust. 3 i 4). Ustawa o zoz-ach dopuszcza możliwość pełnienia dyżurów medycznych trwających do 24 godzin, wyłącznie przez pracowników, którzy są lekarzami lub posiadają wyższe wykształcenie i wykonują zawód medyczny w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych. Tak więc, co do zasady, czas pracy pielęgniarki/położnej może być wydłużony maksymalnie do 12 godzin na dobę i wyjątkowo w stosunku do pielęgniarki/położnej posiadającej wyższe wykształcenie do 24 godzin na dobę w ramach dyżuru medycznego.

Przedstawione powyżej przepisy o czasie pracy dotyczą wyłącznie osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę.

W przypadku świadczenia usług pielęgniarskich/położniczych w ramach umowy zlecenia w zakładzie opieki zdrowotnej, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, w szczególności w części dotyczącej zobowiązań, w tym art. 734 - 751 k.c. Regulacje kodeksu cywilnego nie odnoszą się do czasu dobowego, w jakim możliwe jest świadczenie usług. Umowa zlecenia jest umową starannego działania i zleceniobiorca „rozliczany” jest przez zleceniodawcę, poprzez dokonywanie oceny w zakresie staranności działania. Tak więc, teoretycznie rzecz biorąc, możliwe jest świadczenie usług pielęgniarskich/położniczych w „systemie powyżej 12 godzin na dobę”. Jednakże pielęgniarka/położna zawierając umowę zlecenia na w/w warunkach, powinna wziąć pod uwagę własne predyspozycje do świadczenia usług w wydłużonym ponad 12 godzin na dobę czasie, co w konsekwencji przekłada się na ewentualne bezpieczeństwo pacjenta. Zwrócić tutaj należy uwagę, że w przypadku umów cywilnoprawnych odpowiedzialność za wyrządzone szkody pielęgniarka/położna ponosi do pełnej wysokości. ■

Jaką treść powinna zawierać pieczęć imienna pielęgniarki?

Warszawa, dnia 11 lipca 2011r.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) nie zawiera

żadnych regulacji dotyczących treści pieczęci, którą może posługiwać się pielęgniarka, położna w swojej codziennej pracy zawodowej. Podobnie inne akty prawne nie zawierają takich regulacji. Nie mniej jednak, jak wykazuje praktyka pielęgniarki i położne coraz chętniej korzystają z pieczęci imiennych. Powyższe wynika między innymi z konieczności zawarcia w dokumentacji medycznej pacjenta określonych informacji o osobie udzielającej świadczeń zdrowotnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) dotyczy dokumentacji prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie, położnicze, które z dniem 1 lipca 2011r. stały się podmiotami wykonującymi działalność leczniczą oraz przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom.

W myśl § 10 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia, który dotyczy wszystkich rodzajów udzielanych świadczeń, bez względu na status prawny podmiotu, dokumentacja indywidualna pacjenta powinna zawierać oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis.

Tytuł zawodowy uzyskuje pielęgniarka, położna po ukończeniu stosownej szkoły pielęgniarek, położnych. Przepis art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) zawiera rodzaje szkół pielęgniarskich i położnych, ukończenie których uprawnia pielęgniarkę, położną do wykonywania zawodu. Z uwagi na dokonywane na przestrzeni lat zmiany w zakresie rodzajów i typów szkół kształcących w zawodach pielęgniarki, położnej, tytuły zawodowe mogą brzmieć różnie. Absolwenci liceów medycznych uzyskiwali np. tytuł zawodowy pielęgniarka lub pielęgniarka dyplomowana, podobnie absolwenci szkół pomaturalnych.

W chwili obecnej kształcenie w zawodach pielęgniarki i położnej prowadzone jest wyłącznie w formie studiów wyższych. Zgodnie z § 2 pkt 5 i 6 rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 grudnia 2008 r. w sprawie rodzajów tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów i wzorów dyplomów oraz świadectw wydawanych przez uczelnie (Dz. U. z 2009r. Nr 11, poz. 61 ze zm.), absolwent studiów pierwszego stopnia uzyskuje tytuł zawodowy odpowiednio licencjata pielęgniarstwa, licencjata położnictwa. Natomiast stosownie do treści § 3 pkt 6 i ww. rozporządzenia absolwentom studiów drugiego stopnia nadaje się tytuły zawodowe: magistra pielęgniarstwa – po ukończeniu kierunku pielęgniarstwo, magistra położnictwa – po ukończeniu kierunku położnictwo.

Zatem, pielęgniarka, położna dokonująca wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, zobowiązana jest wpisać posiadany przez siebie tytuł zawodowy w brzmieniu zgodnym z treścią posiadanego dyplomu ukończenia szkoły pielęgniarskiej, szkoły położnych.

Jednakże podkreślić należy, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) obowiązuje pielęgniarkę, położną do

zawarcia w dokumentacji medycznej informacji o posiadanym tytule zawodowym. Zatem w sytuacji, gdy np. pielęgniarka ukończyła oprócz szkoły pielęgniarstwa np. studia wyższe na kierunku pedagogika, a nie posiada tytułu zawodowego mgr pielęgniarstwa, dokonując wpisu w dokumentacji medycznej nie może posługiwać się tytułem magistra, a jedynie tytułem zawodowym uzyskanym w wyniku ukończenia szkoły pielęgniarstwa.

W przypadku ukończenia przez pielęgniarkę, położną szkolenia specjalizacyjnego i uzyskania tytułu specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, o którym stanowi art. 10c ust. 2 ustawy przepisujący art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.), zobowiązana jest przy dokonywaniu wpisu w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta do podania informacji o uzyskanych specjalizacjach.

Uwzględniając powyższe wymogi § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) najprostszym sposobem zamieszczania w dokumentacji medycznej wszystkich niezbędnych informacji, jest posługiwanie się przez pielęgniarkę, położną pieczęcią, która w swej treści winna zawierać wszystkie ww. elementy informacji o osobie, która udzieliła konkretnego świadczenia zdrowotnego. ■

Czy ukończenie szkolenia specjalizacyjnego można uznać za równoważne z ukończeniem studiów pierwszego stopnia (licencjackich) na kierunku pielęgniarstwo, w przypadku wnioskowania do pracodawcy o podwyżkę wynagrodzenia za pracę?

Warszawa, 29 czerwca 2011r.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) w art. 10b ust. 1 stanowi, że pielęgniarka, położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. W art. 10c ustawa przewiduje następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane "specjalizacją", kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne oraz kursy dokształcające. Najwyższą formą kształcenia podyplomowego jest specjalizacja, która ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie (art. 10c ust. 2 ustawy o zawodach).

Natomiast studia licencjackie są, w myśl art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 lipca 2005r. Prawa o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 ze zm.), studiami pierwszego stopnia - umożliwiającymi uzyskanie wiedzy i umiejętności w określonym zakresie kształcenia, przygotowującymi do pracy w określonym zawodzie, kończącymi się uzyskaniem tytułu

licencjata.

W obecnym stanie prawnym, pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe wyłącznie po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa w formie studiów wyższych. Zatem obecnie każda pielęgniarka kończąca szkołę zawodową, uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa. Licencjat jest więc podstawowym tytułem zawodowym.

Specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej jest kształceniem podyplomowym, tj. po uzyskaniu co najmniej tytułu licencjata pielęgniarstwa. Jest to zatem rodzaj kształcenia podnoszący w sposób istotny kwalifikacje zawodowe pielęgniarki w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Po pomyślnym ukończeniu specjalizacji, pielęgniarka uprawniona jest na mocy przepisów ustawowych do posługiwania się tytułem specjalisty, zgodnym z dziedziną kończącej specjalizacji. Dodać należy również, iż zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarstwa i położnych do szkolenia specjalizacyjnego, może przystąpić pielęgniarka, położna, która posiada prawo wykonywania zawodu, posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie, została dopuszczona do specjalizacji przez komisję kwalifikacyjną. W celu przystąpienia do specjalizacji, pielęgniarka obowiązana jest spełniać wszystkie trzy wymienione warunki. Powyższy wymóg wskazuje jednoznacznie, że posiadanie tytułu licencjata nie jest równoznaczne z posiadaniem tytułu specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Odnosnie możliwości podwyższenia wynagrodzenia za pracę w związku z podwyższeniem kwalifikacji zawodowych stwierdzić należy, iż zasady wynagradzania określone są w obowiązujących u danego pracodawcy przepisach wewnętrznych (Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy lub Regulamin Wynagradzania). Nie mniej jednak pracodawca powinien docenić podwyższenie przez pracownika kwalifikacji zawodowych, poprzez podwyższenie wynagrodzenia za pracę w odpowiedniej kwocie. Iwona Choromańska Radca prawny NRPiP ■

Czy normy zatrudnienia pielęgniarzek i położnych obowiązują w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna?

Warszawa, dnia 6 kwietnia 2011 r.

Art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia, do określenia w drodze rozporządzenia sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej. Powyższy przepis ustawy dotyczy wszystkich zakładów opieki zdrowotnej zarówno publicznych, jak i niepublicznych. W ramach delegacji ustawowej Minister Zdrowia w dniu 21 grudnia 1999 r. wydał rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarzek i położnych w zakładach opieki

zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), które do dnia dzisiejszego obowiązuje wszystkie zakłady opieki zdrowotnej. § 3 ww. rozporządzenia, dotyczący norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalu i innym zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu określa szczegółowo, jakie parametry należy uwzględnić przy obliczaniu norm zatrudnienia w tych placówkach.

Z uwagi na istotne różnice występujące w funkcjonowaniu innych rodzajów zakładów opieki zdrowotnej, niż wymienione w § 3 rozporządzenia, ustawodawca zawarł w § 4 zapis, iż normy w tych zakładach należy ustalać odpowiednio w zależności od wielkości i rozległości terytorialnej oraz struktury demograficznej i narażeń środowiskowych charakterystycznych dla rejonu, zakresu i rodzaju skatalogowanych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta, zachorowalności i chorobowości wyraźnie odbiegającej od średniej krajowej, zakresu i rozmiaru programów i świadczeń profilaktycznych udzielanych przez zakład, wyposażenia zakładu w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną, środki lokomocji, łączności itp., efektywnego czasu pracy w zakładzie, wykonywanych dodatkowych obowiązków związanych z prowadzeniem szkoleń, stanu zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych zakładu nie udzielających świadczeń zdrowotnych. Powyższe oznacza, że wskazany w rozporządzeniu wzór nie jest stosowany w innych placówkach, niż te, które wymieniono w § 3.

Dlatego też, uwzględniając ustawowy obowiązek ciążyący na kierowniku zakładu opieki zdrowotnej, a wynikający wprost z § 7 rozporządzenia, we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej przewidziane niniejszym rozporządzeniem normy zatrudnienia powinny być ustalane i na bieżąco korygowane w miarę zmieniających się warunków w zakresie zapewnienia właściwego poziomu udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych.

Niejako uzupełnienie do wskazanych powyżej przepisów prawa stanowić mogą rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z poszczególnych zakresów świadczeń, w tym między innymi świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście zastosowanie odpowiednich rozporządzeń związane jest bezpośrednio w rodzajem udzielanych świadczeń przez dany podmiot w oparciu o umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W przypadku niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, przy ustalaniu normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, oprócz wymogów wynikających z powołanego wyżej przepisu § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, należy uwzględnić również wymagający Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie obejmującym udzielanie świadczeń przez nzo w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. ■

Iwona Choromańska
Radca prawny NRPIP

Przedruk z GP nr 58 z 21.07.2011r

Za zagubioną lub uszkodzoną walizkę należy się odszkodowanie

Okres wakacyjny sprzyja wielu podróżom. Podczas lotu samolotem może zdarzyć się sytuacja, że bagaż pasażera zaginie bądź też ulegnie zniszczeniu. Wówczas należy pamiętać o prawach przysługujących podróżnemu.

W przypadku opóźnienia dostarczenia bagażu przewoźnik lotniczy jest odpowiedzialny za szkody. Wyjątek stanowi sytuacja, kiedy udowodni, że podjął wszelkie należyte środki w celu uniknięcia szkody lub podjęcie takich środków było niemożliwe. Odpowiedzialność za opóźnienie dostarczenia bagażu jest ograniczona do 1.000 SDR. Jest to kwota około 1.134 euro.

Do takiej samej kwoty przewoźnik odpowiada w razie zniszczenia, utraty lub uszkodzenia bagażu. W przypadku bagażu odprawionego przewoźnik jest odpowiedzialny, nawet jeżeli nie zawinił, z wyjątkiem sytuacji, kiedy nadany bagaż był wadliwy. Jeśli bagaż nie został odprawiony, przewoźnik odpowiada jedynie gdy ponosi winę.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że pasażer może skorzystać z podwyższonego limitu odpowiedzialności przewoźnika za bagaż. Wówczas przy odprawie bagażu wymagane jest złożenie specjalnej deklaracji i wniesienie dodatkowej opłaty.

Jeżeli bagaż zostanie uszkodzony, opóźniony, zagubiony lub zniszczony, pasażer musi jak najszybciej złożyć pisemną reklamację do przewoźnika. W przypadku uszkodzenia bagażu odprawionego musi złożyć pisemną reklamację w ciągu 7 dni, a w razie opóźnienia w ciągu 21 dni. W obu przypadkach termin liczy się od dnia, w którym bagaż został przekazany do dyspozycji pasażera.

Wynika to z rozporządzenia 889/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 13 maja 2002 r. zmieniającego rozporządzenie Rady (WE) nr 2027/97 w sprawie odpowiedzialności przewoźnika lotniczego z tytułu wypadków lotniczych. ■

Kinga Romas

Przedruk z GP nr 56 z 14.07.2011r

Po macierzyńskim i wychowawczym pensja bez zmian

Pracownik korzystający z uprawnień z tytułu rodzicielstwa jest objęty wzmocnioną ochroną prawa pracy. Dotyczy to zwłaszcza pracowników przebywających na urloпах macierzyńskich i wychowawczych, którym przysługują szczególne przywileje. Nie ograniczają się one tylko do okresu przebywania na wspomnianych urloпах, ale dotyczą również gwarancji związanych z powrotem do pracy po ich zakończeniu.

Podjęcie pracy po rodzicielskich urloпах

Pracownik przebywający na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym nie powinien się martwić o to jakie warunki pracy w firmie zastanie po swoim powrocie do pracy. Stabilizację zatrudnienia pod tym względem gwarantuje mu Kodeks pracy,

ustalając zasadę nie pogarszania warunków zatrudnienia dla osób, które po zakończeniu urlopu macierzyńskiego lub wychowawczego chcą podjąć swoją dotychczasową pracę. W odniesieniu do urlopu macierzyńskiego zasada ta wyrażona jest w regulacji art. 1832 Kodeksu pracy. W myśl tego przepisu pracodawca dopuszcza pracownika po zakończeniu urlopu macierzyńskiego lub na warunkach urlopu macierzyńskiego do pracy na dotychczasowym stanowisku. Jeżeli jest to niemożliwe wówczas ma obowiązek zagwarantować mu stanowisko równorzędne z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu albo ewentualnie inne stanowisko odpowiadające kwalifikacjom zawodowym pracownika.

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 26.06.1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 ze zm.)

Wynagrodzenie za pracę po powrocie z urlopu macierzyńskiego musi odpowiadać temu, jakie by otrzymywał, gdyby z niego nie korzystał. Pracownik po macierzyńskim musi się więc liczyć z możliwą zmianą jego stanowiska w sytuacji, gdy to, które zajmował przed rozpoczęciem urlopu, zostało np. zlikwidowane. Zamienne stanowisko musi być albo równorzędne z dotychczasowym albo, w razie braku możliwości zapewnienia takiego, inne, jednak pozostające w zakresie kwalifikacji zawodowych pracownika. Konsekwencją stosowania art. 1832 K.p. jest objęcie pracownika powracającego z urlopu macierzyńskiego wszystkimi ewentualnymi podwyżkami i obniżkami wynagrodzenia, jakie miały miejsce na jego stanowisku pracy w czasie, gdy był na urlopie. Gwarancja zachowania takiego „minimalnego” poziomu wynagrodzenia obowiązuje na każdym stanowisku, jakie zostanie zaoferowane po powrocie pracownika z urlopu, nawet jeżeli obowiązuje na nim niższa pensja.

Bardzo podobnie kształtują się uprawnienia pracownika powracającego do pracy po urlopie wychowawczym. Pracodawca musi go dopuścić do pracy na dotychczasowym stanowisku. W sytuacji gdy nie jest to możliwe, powinien zapewnić pracownikowi pracę na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym. Także wynagrodzenie za pracę nie może być niższe od wynagrodzenia przysługującego pracownikowi powracającemu z wychowawczego w dniu podjęcia pracy na stanowisku zajmowanym przed tym urlopem (art. 1864 K.p.).

Pracownikowi korzystającemu z możliwymi obniżenia wymiaru etatu na podstawie art. 186⁷ K.p., przez 12 miesięcy przysługuje ochrona przed zwolnieniem

Obowiązek dopuszczenia pracownika powracającego po urlopie macierzyńskim lub wychowawczym do pracy na dotychczasowym (względnie innym) stanowisku i zapewnienia dotychczasowych warunków płacowych nie oznacza jednak konieczności utrzymania tych gwarancji przez czas nieokreślony. Pracodawca może zmienić zarówno stanowisko, jak i wysokość pensji takiego zatrudnionego, stosując w tym celu ogólne zasady kodeksowe.

Dopuszczenie do pracy nie daje ochrony

Zagwarantowanie pracownikowi powracającemu z urlopu macierzyńskiego lub wychowawczego dopuszczenia do pracy jest dla pracodawcy obligatoryjne. Nawet brak jakiegokolwiek odpowiedniego stanowiska nie zwalnia pracodawcy z obowiązku zachowania wymogów z art. 1832 i 1864 K.p. Jednak trzeba

zauważyć, że przepisy Kodeksu pracy nakazują pracodawcy jedynie dopuszczenie pracownika do pracy po zakończeniu urlopu macierzyńskiego czy wychowawczego. Nie jest to równoznaczne z obowiązkiem zapewnienia mu dalszego zatrudnienia. Pracodawca, po wykonaniu ciężących na nim we wskazanych przepisach obowiązków, może na ogólnych kodeksowych zasadach rozwiązać stosunek pracy lub zmienić jego warunki. Do czasu upływu wypowiedzenia (w tym zmieniającego) bądź nadejścia daty wskazanej w porozumieniu o rozwiązaniu lub zmianie warunków zatrudnienia, pracownika obejmują jednak gwarancje z art. 1832 i 1864 K.p. Później pracownik może zostać nawet zwolniony z pracy, chyba że obejmuje go szczególna ochrona w tym zakresie, np. z uwagi na skorzystanie z uprawnienia do obniżenia wymiaru czasu pracy w okresie, w którym pracownik może korzystać z urlopu wychowawczego.

Niższy etat z blokadą zwolnienia

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może zamiast wniosku o udzielenie tego urlopu zawnieść wniosek o obniżenie wymiaru jego czasu pracy. Uprawnienie to dotyczy zarówno pracowników, którzy powrócili do pracy po zakończonym urlopie macierzyńskim, jak i takich, którzy wykorzystali już część urlopu wychowawczego.

Obniżenie etatu może nastąpić maksymalnie do połowy pełnego wymiaru czasu pracy i obowiązuje przez okres wskazany we wniosku. Pracodawca jest związany wnioskiem pracownika (art. 1867 K.p.), zmniejszenie etatu na jego podstawie jest więc dla niego obligatoryjne. Nic nie stoi jednak na przeszkodzie, aby odpowiednio do tego zmniejszenia obniżyć również wynagrodzenie pracownika. W tym celu pracodawca musi jednak zastosować ogólne regulacje kodeksowe, tj. dokonać pracownikowi wypowiedzenia zmieniającego lub zmienić warunki płacowe za porozumieniem stron. Samo złożenie wniosku o obniżenie wymiaru etatu na podstawie art. 1867 K.p. nie oznacza bowiem, że automatycznie obniżeniu uległo także wynagrodzenie pracownika. ■

Agata Barczewska

Przedruk z GP nr 55 z 11.07.2011r

Pierwszeństwo do urlopu

W zakładzie są zatrudnieni m.in. pracownicy posiadający dzieci w wieku szkolnym. Kilku z nich twierdzi, że mają pierwszeństwo w skorzystaniu z urlopów wypoczynkowych w czasie wakacji przed innymi pracownikami. Czy kwestię tę regulują jakieś przepisy?

NIE. Urlopy wypoczynkowe powinny być udzielane zgodnie z planem urlopów. Nie ma przy tym znaczenia sytuacja rodzinna danego pracownika. Plan ten ustala pracodawca, biorąc pod uwagę wnioski pracowników, mając na uwadze przede wszystkim niezakończoną pracę zakładu. Planu tego może nie ustalać, gdy wyrazi na to zgodę organizacja związkowa działająca w zakładzie. Natomiast w zakładzie, w którym nie działa organizacja związkowa, pracodawca termin urlopu ustala w porozumieniu z pracownikiem. Pracownicy mogą więc już na etapie planowania urlopu wskazać termin, w jakim chcieliby go wykorzystać.

Przedruk z GP nr 51 z 27.06.2011r

Dokształcanie z akceptacją pracodawcy bardziej korzystne

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się z pomocą pracodawcy lub całkowicie samodzielnie. W zależności od tego, jaki jest udział zakładu pracy w procesie dokształcania, w odmienny sposób kształtują się uprawnienia uczącego się pracownika. W przypadku poparcia ze strony pracodawcy, ich zakres jest większy i w pewnej części gwarantowany ustawowo.

Inicjatywa pracodawcy uprawnia do świadczeń

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych często związane jest z potrzebą uzupełnienia czy rozszerzenia umiejętności zawodowych potrzebnych do wykonywania pracy w danym zakładzie. Dlatego pracodawcy w miarę swoich możliwości pomagają pracownikom w spełnianiu ich aspiracji zawodowych. Ta pomoc przybiera na ogół postać dofinansowania do kosztów opłaty na naukę (tzw. czesnego), wydatków na podręczniki i inne materiały szkoleniowe czy kosztów dojazdów i zakwaterowania w miejscowości pobierania nauki. Takie formy wsparcia dokształcającego się pracownika należą do świadczeń dodatkowych, do których pracodawca nie jest zobowiązany z mocy ustawy. O tym, czy i w jakim zakresie będą one przysługiwały, decyduje umowa szkoleniowa.

Wzór umowy szkoleniowej dostępny jest na stronie internetowej naszego Wydawnictwa:
www.gofin.pl

Kodeks pracy gwarantuje też pewne minimum uprawnień przysługujących pracownikowi podnoszącemu swoje kwalifikacje za zgodą pracodawcy lub z jego inicjatywy. Składa się na nie urlop szkoleniowy oraz zwolnienie z całości lub z części dnia pracy w celu punktualnego przybycia na zajęcia i uczestnictwa w nich (art. 1031 K.p.). Wymiar urlopu szkoleniowego zależy od formy podjętego dokształcania i wynosi:

- 6 dni - dla pracownika przystępującego do egzaminów eksternistycznych; potwierdzającego kwalifikacje zawodowe i maturalnego,
- 21 dni w ostatnim roku studiów - na przygotowanie pracy dyplomowej oraz przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu dyplomowego.

Omawiany urlop oraz zwolnienie od pracy są uprawnieniami ustawowymi i nie mogą być wyłączone w drodze umowy szkoleniowej. Pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas ich wykorzystywania. Przy jego obliczaniu stosuje się § 5 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy...

Niepłatny urlop według uznania

Pracownikowi, który nie uzyskał akceptacji pracodawcy dla swoich planów w zakresie ponoszenia kwalifikacji zawodowych, nie przysługują z mocy ustawy żadne uprawnienia. Wyłącznie od woli pracodawcy zależy, czy zostanie mu przyznany bezpłatny urlop szkoleniowy i zwolnienie z części lub z całości dnia pracy. Jeżeli pracownik i pracodawca uzgodnią w porozumieniu, że takie świadczenia się należą, ich wymiar będzie zależał od wzajemnych ustaleń.

Pracodawca musi jednak pamiętać, że przesłanką rozstrzygającą o zakresie uprawnień pracownika z tytułu dokształcania jest zgoda pracodawcy lub przejawienie przez niego inicjatywy

w zakresie podnoszenia kwalifikacji przez zatrudnionego. Jeżeli taka zgoda lub inicjatywa wystąpiła, urlop szkoleniowy i zwolnienie z całości lub z części dnia pracy należą się z mocy prawa (o ile pracownik o to zawnioskował). Przy czym, zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, zgoda pracodawcy może być wyrażona przez każde jego zachowanie, które ją przejawia, m.in. przez przyznanie dofinansowania do nauki.

Agata Barczewska

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 26.06.19/4 r, - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998r nr 21, poz. 94 ze zm.)

Rozporządzenie Ministra pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29.05.1996r w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy ... (Dz. U. nr 62, poz. 289 ze zm.)

Porozumienie w sprawie podnoszenia kwalifikacji zawodowych z inicjatywy pracownika

zawarte w dniu 9 czerwca 2011 r. pomiędzy Zakładem Naprawy Sprzętów Muzycznych „Konsola” Sp. z o.o. z siedzibą w Kutnie, przy ul. Szewskiej 12, reprezentowanym przez Marka Jurczyńskiego, zwanego dalej Pracodawcą, a Krystianem Gryczyńskim, zam. przy ul. Podmiejskiej 16 w Kutnie, zwanego dalej Pracownikiem.

§1

Z dniem 1 września 2011 r. Pracownik rozpoczyna podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych w ramach 6-miesięcznego kursu strojenia i renowacji instrumentów muzycznych, organizowanego przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kutnie. Podnoszenie kwalifikacji odbywa się wyłącznie z inicjatywy Pracownika.

§2

Z tytułu podnoszenia kwalifikacji, o których mowa w § 1 Porozumienia, Pracownikowi przysługuje bezpłatny urlop szkoleniowy w wymiarze 5 dni i bezpłatne zwolnienie z całości lub z części dnia pracy w celu punktualnego przybycia na zajęcia.

§3

1. W celu skorzystania z uprawnień, o których mowa w § 2 Porozumienia, Pracownik jest zobowiązany złożyć wniosek o udzielenie urlopu lub zwolnienia od pracy w terminie co najmniej 1 dnia przed planowaną datą wykorzystania uprawnień.

2. We wniosku należy określić wymiar urlopu, o który występuje Pracownik oraz, w przypadku wniosku o udzielenie zwolnienia z całości lub z części dnia pracy, wskazać godzinę rozpoczęcia zajęć w dniu zwolnienia.

3. W razie korzystania ze zwolnienia z całości lub z części dnia pracy Pracownik, na żądanie Pracodawcy, jest zobowiązany przedstawić harmonogram zajęć kursowych, poświadczony przez ośrodek prowadzący kurs.

§4

Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron. Wszelkie zmiany Porozumienia wymagają zachowania formy pisemnej.

Pracodawca

Pracownik

Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

KURSY SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. „*Pielęgniarstwo chirurgiczne*”- Termin: 29.07 2011 r. – 21.04.2013

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. „*Pielęgniarstwo opieki długoterminowej*” – Termin: wrzesień 2011 r.
2. „*Pielęgniarstwo zachowawcze*” – Termin: wrzesień 2011 r.

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. „*Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego*” Nr 03/07- kurs dla pielęgniarek położnych – Termin: wrzesień 2011 r.
2. „*Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*” Nr 02/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych – Termin: po zebraniu grupy 20 osób.
3. „*Szczepienia ochronne*” Nr 03/08 – kurs dla pielęgniarek – Termin: po zebraniu grupy 20 osób.
4. „*Szczepienia ochronne noworodków*” Nr 04.08 – kurs dla położnych – Termin: po zebraniu grupy 15 osób.
5. „*Podstawy dializoterapii*” Nr 08/07 – kurs dla pielęgniarek – Termin po zebraniu grupy 20 osób.

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. „*Zasady dezynfekcji i sterylizacji*” – kurs dla pielęgniarek i położnych – Termin: po zebraniu grupy 20 osób
2. „*Cewnikowanie pęcherz moczowego*” – kurs dla pielęgniarek – Termin po zebraniu grupy 20 osób.
3. „*Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*” – Termin: po zebraniu grupy 20 osób.
4. „*Badanie tętna płodu- zapis kardiotorakografii*” – kurs dla położnych – Termin po zebraniu grupy 15 osób.

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. „*I pomoc w stanach zagrożenia życia*” – Termin: po zebraniu grupy 20 osób
2. „*Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków*” Termin: II połowa 2011 r.
3. „*Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę*” – Termin: po zebraniu grupy 20 osób

Ponadto w swojej ofercie OIPIP w Częstochowie posiada kursy:

1. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – kurs kwalifikacyjny
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne – kurs kwalifikacyjny
3. Pielęgniarstwo onkologiczne – kurs kwalifikacyjny
2. Leczenie ran kurs dla pielęgniarek.
3. Leczenie ran kurs dla położnych.

Kursy mogą się odbyć po zebraniu grupy 20 – 25 osób

Planuje się również uruchomienie kursów:

1. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych.
2. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych.
3. Kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych ”

Część IV pracy pt.: DEPRESJA II DEPRESJE OKOŁOPORODOWE

2.3.4. Zespół stresu pourazowego (post traumatic stress disorder)

Zespół stresu pourazowego to ostra stresowa reakcja poporodowa, do której dochodzi już w czasie porodu lub w ciągu pierwszych godzin po urodzeniu dziecka.

U podstaw zaburzenia leży przeżywanie porodu przez kobietę jako wybitnie traumatycznego przeżycia. Takie traumatyczne przeżycia może wywołać kilka czynników:

- 1) przykre doświadczenia przeżywania przebiegu porodu,
- 2) po przeżyciu aborcji,
- 3) urodzenie dziecka chorego lub niepełnosprawnego,
- 4) przeżycia pacjentek po kolejnej utracie ciąży, śmierć dziecka (długotrwałe przeżywanie okresu żałoby).

W literaturze opisuje się różne nietypowe reakcje matki po utracie ciąży: szok, zaprzeczenie, smutek, gniew, lęk, poczucie krzywdy i winy, bezsilność, bezradność, płaczliwość, somatyczne wyczerpanie połączone z zaburzeniem snu, pretensje i rozczarowanie. Pojawiają się u pacjentki dolegliwości psychopatologiczne o charakterze zaburzeń neurotycznych. Dołączają się symptomy lękowo depresyjne z wybuchami agresji.

Według Kędziora Sonii pacjentka może czuć się nieprzystosowana i niepełnowartościowa jako kobieta. Może zakorzeńić się u niej głębokie poczucie wstydu, będące wynikiem porażki macierzyńskiej.

Zdarza się, że kobieta przerzuca odpowiedzialność na otoczenie lekarzy i personelu medycznego, co wyraża w formie wrogości i oskarżeń. Badania kliniczne dowodzą że jest to wyrażanie nieuświadomionej winy.

Maciej Krawczyński opisuje z kolei, zachowanie się matki po urodzeniu dziecka z wadami wrodzonymi lub dziecka chorego. Według niego przeżywa ona olbrzymi wstrząs psychiczny który bardzo często doprowadza do poważnych reakcji depresyjnych. Głębokie poczucie winy położnicy doprowadza do skrajnych zachowań od nadopiekuńczości do odrzucenia dziecka.

Według autora publikacji, zwykle zaobserwować można pięć następujących po sobie faz: wstrząs, niedowierzenie, zaprzeczenie, smutek i złość, próby adaptacji i reorganizację. Takie niekorzystne zaburzenia psychologiczne są szkodliwe dla dzieci jak i stanowią zagrożenie dla rodziny. Ten burzliwy proces wpływa druzgocąco na interakcje między małżonkami, że w jego efekcie 50% rodzin dzieci z ciężkimi wadami rozpada się.

Ostra stresowa reakcja poporodowa wiąże się zawsze z traumatycznym zdarzeniem, którego medycyna profesjonalna dostrzegła dopiero w połowie lat siedemdziesiątych. Przeżywanie stresu przez kobietę w takich sytuacjach doświadczane jest na poziomie osobowym - intrapsychicznym i interpersonalnym. Doświadczenia kliniczne dowodzą, że takie przeżycia odpowiadają psychologicznym zachowaniom w sytuacjach typowych dla utraty, w kontekście „procesu żałoby”. Żałoba jest to proces trwający w czasie, związany z bolesnym i trudnym zmaganiem się ze stratą. Proces żałoby może przebiegać w nieokreślonym czasie, zależy to indywidualnie od predyspozycji i umiejętności radzenia sobie w takich sytuacjach. Może on przebiegać normalnie lub patologicznie. Patologia procesu żałoby polega na jego przerwaniu, lub zablokowaniu. Konsekwencją nie dokonania procesu żałoby są patologiczne zachowania kobiety, w formie

zaburzeń psychicznych i fizycznych.

Zespół stresu pourazowego klasyfikowany jest jako ostra sytuacja obciążeniowa

z dominacją zaburzeń emocjonalnych. W konsekwencji utraty perinatalnej zdarzają się dolegliwości psychopatologiczne o charakterze neurotycznym, które przejawiają się jako symptomy lękowo – depresyjne z komponentą agresji. Pomimo iż badania naukowe stwierdzają w takich sytuacjach dysfunkcje psychiczne to rzadko obserwuje się u położnic poważne dolegliwości psychiatryczne.

2.4. LECZENIE OKOŁOPORODOWYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Depresje okołoporodowe można i należy leczyć. Podejmując decyzję o leczeniu opieramy się na obiektywnej i wnikliwej ocenie stanu zdrowia kobiety. Diagnoza powinna oprzeć się na współdziałaniu lekarza psychiatry, ginekologa i położnej.

Psychiatra podejmuje decyzję o rodzaju terapii we współpracy z pacjentką i jej rodziną po wnikliwej ocenie stanu pacjentki, biorąc pod uwagę skutki terapii jej korzyści i ewentualne zagrożenia. Zawsze należy zanalizować inne nefarmakologiczne możliwości leczenia, a także rozważyć zagrożenia zaniechania farmakoterapii. Pełna ocena stanu psychicznego obejmuje podstawowe badania laboratoryjne i toksykologiczne badanie moczu jak również wywiad z przyjmowania preparatów odżywczych, ziołowych, leków dostępnych bez recepty i innych, które mogą wchodzić w interakcje z lekami psychotropowymi.

Wiele osób sądzi, że depresję ciężarnych trzeba jakoś przetrzymać, a tymczasem nieleczona depresja w czasie ciąży jest poważną chorobą i ma znaczący wpływ zarówno na matkę, jak i na dziecko.

Do matczynych czynników ryzyka nieleczonej depresji należą:

- 1) krwawienie podczas ciąży,
- 2) poród przez cięcie cesarskie,
- 3) niestosowanie się do zaleceń lekarskich,
- 4) mały przyrost masy ciała ciężarnej,
- 5) stan przedrzucawkowy,
- 6) brak apetytu w czasie ciąży,
- 7) zmniejszanie się snu w czasie snu,
- 8) pomaganie sobie paleniem tytoniu czy używaniem alkoholu lub narkotyków,
- 9) poronienie samoistne,
- 10) samobójstwo.

Do płodowych czynników ryzyka nieleczonej depresji w czasie ciąży zaliczamy:

- 1) pobyt noworodka na oddziale intensywnej terapii,
- 2) problemy behawioralne,
- 3) mniejszy wynik w skali Apgar,
- 4) mniejsze stężenie dopaminy i serotoniny,
- 5) poród przedwczesny,
- 6) hipotrofia płodu,
- 7) mniejszy obwód główki.

Beata Banasiak – Parzych pisze, że wieloletnie doświadczenia psychiatrów leczących depresję poporodową dowodzą, że ryzyko skutków stosowania leków przeciwdepresyjnych podczas ciąży i w czasie karmienia piersią, jest znikome w porównaniu zagrożeń wynikających z nieleczonej depresji.

Według źródeł Joanny Rymaszewskiej i innych podstawowym jednak postępowaniem terapeutycznym powinna być profilaktyka. W decyzji o farmakoterapii kobiet przed i po porodzie należy zawsze rozważyć ryzyko ewentualnego farmakogenego uszkodzenia płodu.

2.4.1. Leczenie metodami farmakologicznymi

Po podjęciu decyzji o farmakologicznym leczeniu podstawową zasadą jest jak najszybsze wdrożenie terapii w zależności od stanu klinicznego zaburzenia.

Do niedawna większość lekarzy zalecało wstrzymanie się od zażywania leków przeciwdepresyjnych w ciąży. Motywowali to, tym że szkodzą one nienarodzonemu dziecku. Wieloletnie analizy konsekwencji nieleczenia ciężarnych z depresji dowodzą, że obserwuje się gorszą kondycję psychiczną i fizyczną kobiet i ich narodzonych dzieci. Spowodowana depresją utrata masy ciała matki, brak apetytu i inne czynniki ryzyka nieleczonej depresji doprowadza do opóźnienia wzrostu płodu i przyczynia się do małej masy urodzeniowej dzieci. Dodatkowo depresyjne matki nie kontaktują się ze służbą zdrowia, jak tego wymaga ich stan. Sprzyja to powstawaniu komplikacji okołoporodowych, a co za tym idzie dochodzi do pogorszenia stanu zdrowia matki i dziecka.

Ponadto badania dowodzą, że odstawienie u matek leków przeciwdepresyjnych doprowadza do podejmowania prób samobójczych. W leczeniu kobiet ciężarnych z chorób afektywnych jedno i dwubiegunowych opracowano kliniczne wytyczne.

Badania naukowe dowiodły, że wszystkie leki psychotropowe z łatwością przechodzą przez łożysko. Dlatego podjęcie decyzji o podaniu takich leków jest problemem złożonym.

„Amerykańska Komisja Żywności (Food and Drug Administration) podzieliła leki na pięć kategorii:

- 1) grupa leków bezpiecznych dla płodu (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne – TLPD) – nie ma w niej leków psychotropowych,
 - 2) leki, co do których nie ma danych, by powodowały uszkodzenia płodu, ale wyniki badań u zwierząt mogą sugerować wyższe ryzyko wad wrodzonych (SSRI). W kategorii tej mieszczą się neuroleptyki: kłzapina, sulpiryd, tioksanten, leki anksjolityczne: buspiro, zopiklon, leki przeciwdepresyjne: fluoksetyna, maprotylina, paroksetyna, sertralina,
 - 3) leki, których stosowanie w ciąży wiąże się z ryzykiem powstawania wad, na co wskazują badania u zwierząt. Stosuje je się w ciąży tylko, gdy korzyść wynikająca z działania usprawiedliwia ryzyko dla płodu. Zaliczamy tutaj większość neuroleptyków, dezypraminę, doksepinę, klonazepam,
 - 4) leki, których stosowanie zwiększa ryzyko wad rozwoju płodu. Zaliczamy tu: haloperidol, większość benzodiazepin, amitryptylinę, amipraminę, mianserynę,
 - 5) leki, których nie wolno podawać w ciąży ze względu na wykazane szkodliwe działanie na płód i duże ryzyko wad wrodzonych. Należy tu: estazolam, temazepam, triazolam.
- Między czwartym, a dziesiątym tygodniem ciąży należy unikać stosowania neuroleptyków, a w pierwszym trymestrze nie stosować tymoleptyków. Leki należy odstawić na dwa tygodnie przed porodem.

Ponieważ badania naukowe dowodzą, że wszystkie leki psychotropowe wydzielane są również do mleka matki, lekarze w porozumieniu z psychiatrami za każdym razem stają przed bardzo trudnym wyborem czy stosować leki farmakologiczne, czy też nie. Zawsze muszą rozważyć, czy narażać niemowlę na przyjmowanie leków z pokarmem matki czy też nie.

Dotychczas przeprowadzane badania naukowe były na niewielką skalę, oceniano stosowanie leków z grupy SSRI u karmiących kobiet. Badania te dowiodły, że stężenie leków w osoczu i moczu dzieci jest znikome, a u żadnego z badanych niemowląt nie stwierdzono ich działań niepożądanych. W leczeniu matek karmiących (J. Rymaszewska i in.) należy stosować leki w jak najmniejszych podzielonych dawkach.

Powinny być przyjmowane bezpośrednio przed karmieniem dziecka, lub po nim, aby zmniejszyć stężenie leku w pokarmie matki. Maksymalne stężenie leków w pokarmie występuje 7 – 10 godzin po podaniu, dlatego można tę porcję mleka matki odrzucać, nie podając go dziecku.

Kobiety karmiące nie powinny zażywać leków anksjolitycznych (zawierają lit). Wysokie stężenie litu u dziecka może spowodować zaburzenia gospodarki wodno – elektrolitowej. Jak podaje Dominika Dudek i inni, stosowanie leków z grupy TLPD oraz SSRI uważa się za najmniej toksyczne, ich stężenie w mleku matki osiąga małe wartości i są one dobrze tolerowane przez dzieci. Ryzyko wystąpienia u tych dzieci objawów ubocznych jest bardzo niskie i wyraźnie spada po dziesiątym tygodniu życia.

Leki neuroleptyczne są już rzadziej stosowane, a jeżeli już to wymagane jest kontrolowanie stężenia ich poziomu we krwi i w mleku matki. Z tej grupy dopuszczalne są tylko perfenazyny i chloropromazyny. Pozostałe neuroleptyki, leki normotymiczne i benzodwiazepiny wykluczają możliwość karmienia piersią matki.

W fazie badań naukowych są nowe metody lecznicze, które mogą stanowić wspaniałą alternatywę dla farmakoterapii. Nowe odkrycie to profilaktyczne i lecznicze podawanie preparatów 17 – beta – estradiolu, które ma złagodzić skutki fizjologicznego, poporodowego niedoboru estrogenów.

Preparaty estradiolowe podawane przezskórnie w formie plastrów wykazują wysoką skuteczność działania. Bada się również efekty działania tych leków podanych podjęzykowo.

Jeżeli jest to możliwe to decyzja o podjęciu leczenia farmakologicznego powinna być podjęta świadomie przez kobietę i powinna zostać poparta dokładnym przedstawieniem przez lekarza argumentów „za i przeciw” leczeniu. Jeżeli zostanie podjęta decyzja o farmakologicznym leczeniu to lekarz bezwzględnie powinien obserwować zachowanie pacjentki po podaniu leków antydepresyjnych, ocenić skuteczność ich działania, a w przypadku zaobserwowania działań ubocznych bezwzględnie je odstawić.

2.4.2. Leczenie metodami niefarmakologicznymi

Wszystkie leki psychotropowe są wydzielane do mleka matki i z wielką łatwością przechodzą przez barierę łożyskową, dlatego lekarze ginekolodzy i psychiatry szukają i stosują najpierw metody niefarmakologiczne. Do metod niefarmakologicznych zaliczamy:

- 1) psychoterapia poznawczo – behawioralna – metoda ta opiera się na technikach treningowych takich jak: relaksacja, zachowania asertywne, terapia poznawcza. Psychoterapeuta jest osobą, która wyjaśnia, proponuje, doradza, wspiera, motywuje i wyznacza zadania. Terapia ta ma za zadanie przekonać osobę chorą, że odczucia pacjenta wynikają z błędnej interpretacji jego doznań. Ta psychoterapia obejmuje najczęściej osiem sesji terapeutycznych, a celem jej jest zmiana niekorzystnych zachowań w taki sposób, aby przynosiły pacjentce jak najwięcej satysfakcji i spowodowały zmianę negatywnych przekonań i poglądów na temat samego siebie, świata i innych ludzi.
- 2) psychoterapia interpersonalna – metoda ta koncentruje się na relacjach pacjenta z innymi ludźmi. Zmusza go do zrozumienia przyczyn i pokonania objawów depresji. Celem tej terapii jest poprawa umiejętności współżycia i komunikowania się z innymi, oraz podwyższenie samooceny pacjentki. Psychoterapia ta jest krótkoterminowa, obejmuje zazwyczaj 12 – 16 sesji terapeutycznych.

3) elektrowstrząsy – jest to uznana metoda biologiczna leczenia poporodowych zaburzeń nastroju, a także bezpieczna dla ciężarnych. Metodę tą rezerwuje się dla ciężkich epizodów depresyjnych z objawami psychiatrycznymi. Wskazaniami do elektrowstrząsów są: brak poprawy po leczeniu farmakologicznym, ostra poporodowa mania, oraz przypadki katatonii.

Technikę zabiegu wykonuje się w uśpieniu i zwiotczeniu pacjenta. Aplikowany jest prąd elektryczny o niewielkim natężeniu, który przepływa przez mózg między elektrodami na głowie pacjenta. Cała technika zabiegu trwa około 1 – 2 godzin, aplikuje się od 6 – 12 zabiegów w okresie kilku tygodni. Leczenie tą metodą okazuje się skuteczne u około 80% pacjentów. Skutki leczenia widoczne są dopiero po czasie, ale pierwsze oznaki poprawy zauważa się już po 2 – 3 zabiegach. Pacjentki są usatysfakcjonowane skutkami, ale i też samą metodą. Metoda ta powinna być podtrzymywana innymi formami leczenia depresji, gdyż udowodniono że aż u 90% pacjentów bez kontynuacji leczenia w ciągu roku następuje nawrót depresji.

4) fototerapia – okazuje się, że metoda ta jest skuteczna nie tylko w leczeniu sezonowych zaburzeniach nastroju, ale także w przypadkach zaburzeń poporodowych. Jednak do chwili obecnej poświęcono mało badań na udowodnienie skuteczności tej metody. Fototerapia polega na ekspozycji pacjenta na światło. Najczęściej stosuje się lampę fluorescencyjną z ekranem dyfuzyjnym chroniącym skórę i oczy przed promieniami ultrafioletowymi. Czas naświetlania to średnio - piętnaście minut do dwóch godzin dziennie.

Uważa się że ekspozycja na jaskrawe światło pobudza okolice mózgu, która odpowiada za nasz „biologiczny zegar”. Obniża się wtedy poziom melatoniny we krwi (hormon produkowany przez szyszynekę), która bierze udział w produkowaniu innych hormonów odpowiadających za regulację naszych rytmów dobowych. Badania naukowe dowodzą również, że podczas fototerapii zachodzą zmiany w aktywności neuroprzekazników w pewnych okolicach mózgu. Fototerapia jest skuteczna u 75% leczonych pacjentek poprawa odczuwana jest po 4 - 5 dniach.

5) muzykoterapia – jest to niekonwencjonalna metoda likwidacji stresu u ciężarnych. O korzyściach wynikających z terapii muzyką wiadomo od dawna. Muzykoterapia zmniejsza poziom stresu, podnosi próg odczuwania bólu, reguluje układ nerwowy i hormonalny, a co najważniejsze i udowodnione przez wiele badań naukowych, wpływa pozytywnie na rozwój płodu. Jednak leczenie muzykoterapią może mieć głównie zastosowanie w profilaktyce depresji okołoporodowych, a nie w jej leczeniu, gdyż metoda ta łagodzi jedynie stres pacjentek, a nie leczy zaburzeń psychiatrycznych.

6) Kwasy tłuszczowe omega – 3 – w depresji poporodowej występuje obniżony poziom kwasów tłuszczowych w surowicy krwi i w mleku matki, dlatego Frejman i inni sugerują dobrą tolerancję oraz potencjalne korzyści stosowania kwasów omega – 3 w leczeniu depresji poporodowych. Badania jakie przeprowadzili wspomniani uczeni dają obiecujące wyniki w odniesieniu do ich działania leczniczego, lecz nie potwierdzają działania profilaktycznego.

W leczeniu depresji metodami niefarmakologicznymi bardzo ważne znaczenie ma łączne zastosowanie psychoterapii elementarnej. Nie stanowi ona samodzielnej metody leczenia, ale ma charakter pomocniczy i doraźny. Celem psychoprofilaktyki elementarnej jest:

- 1) łagodzenie emocjonalnych – negatywnych skutków choroby i jej leczenia,
- 2) mobilizacją samego pacjenta do walki z depresją,

3) zapobieganie urazom jatrogennym, a co za tym idzie poprawa współpracy z członkami personelu medycznego.

Cele te uzyskuje się poprzez zastosowanie środków psychologicznych związanych z komunikowaniem się z pacjentem. Komunikacja z pacjentem nie kończy się z chwilą zakończenia jakiejś terapii, lecz jest ona kontynuowana w pewnych elementach rozłożonych w czasie.

2.4.3. Leczenie profilaktyczne

Za uznaną metodę uważa się również wprowadzenie leczenia profilaktycznego. Ponieważ szacuje się, że ryzyko ponownego wystąpienia depresji poporodowej po urodzeniu kolejnego dziecka wynosi 25 %, dlatego zaleca się rozważenie leczenia profilaktycznego u kobiet z dodatnim wywiadem w kierunku depresji lub psychozy poporodowej. Zaleca się stosowanie leku skutecznego przy poprzedniej terapii.

Leczenie profilaktyczne w okresie ciąży obejmuje farmakoterapię opartą na następujących wytycznych, opracowanych przez grupy ekspertów.

Zalecenia farmakologiczne do leczenia profilaktycznego ciężarnych to:

- 1) w przypadku długiego okresu remisji oraz zaburzeń afektywnych dwubiegunowych II typu rozważyć przerwanie leczenia na czas koncepcji i I trymestru ciąży,
- 2) w przypadku planowanej ciąży stopniowo odstawiać lit (przy nagłym odstawieniu wzrasta ryzyko nawrotu),
- 3) w razie nieplanowanej ciąży natychmiast odstawić lit,
- 4) rozważyć w uzasadnionych przypadkach ponowne wdrożenie do terapii litu od II trymestru ciąży, stosowanego w dawce zredukowanej o 25 – 30%, monitorować poziom litu w surowicy krwi raz w tygodniu oraz regularnie kontrolować czynność tarczycy,
- 5) dawkę dobową litu podawać w 3 – 5 porcjach nie większych niż 300mg,
- 6) w wypadku konieczności stosowania litu w I trymestrze wykonać USG lub echokardiografię płodu w 6 – 18 tygodniu ciąży,
- 7) odstawić lit na 2 tygodnie przed planowanym terminem porodu lub zredukować o 50%,
- 8) nie stosować w czasie terapii litem leków moczopędnych,
- 9) kontynuować terapię litem w ciągu 48 godzin po porodzie,
- 10) unikać stosowania walproinianów i karbamezepiny, w razie konieczności ich stosowania podawać jednocześnie kwas foliowy w dawce 4 – 5mg na dobę oraz witaminę K,
- 11) alternatywnie do wyżej wymienionych leków stosować lamotryginę.

Leczenie profilaktyczne w okresie laktacji wymaga przestrzegania następujących zasad:

- 1) kontynuowanie w miarę możliwości leczenia prowadzonego w czasie ciąży,
- 2) używanie minimalnej efektywnej dawki,
- 3) unikanie polipragmatyzacji,
- 4) eliminowanie stosowania leków o długim okresie biologicznego półtrwania,
- 5) unikanie karmienia w okresie szczytu stężenia leku w pokarmie,
- 6) przyjmowanie leku w pojedynczej dawce na noc,
- 7) monitorowanie stanu zdrowia noworodka.

Zawsze w przypadku konieczności profilaktycznego zastosowania psychofarmakoterapii powinno się rozważyć ryzyko płynące z zaniechania leczenia, w porównaniu z ryzykiem związanym z leczeniem.



2.5. WYKRYWANIE DEPRESJI POPORODOWYCH

Kobieta cierpiąca na depresję w czasie ciąży lub po porodzie dręczona jest przez lęk, poczucie winy i doświadcza przykrego i bolesnego obniżenia nastroju. W celu zmniejszenia konsekwencji depresji występującej u matki, najważniejsze jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia. Ponieważ zaburzenia nastroju występują już u ciężarnej, celowe jest już w tym okresie zastosowanie odpowiednich metod w celu wykrycia jak najwcześniej depresji okołoporodowych. Częste kontakty ciężarnej z personelem medycznym sprawiają, że jest to najlepszy okres do wykonywania badań przesiewowych i diagnostycznych.

Istnieje kilka sposobów rozpoznawania zaburzeń nastroju. Narzędzia do badań zaburzeń nastroju mierzą ogólny poziom wyczerpania i dystrofii lub swoiście oceniają objawy depresji. Powinny one posiadać następujące cechy: mają być krótkie i zrozumiałe dla przeciętnej kobiety, nie powinny zawierać objawów somatycznych, powinny umożliwiać ocenę zaburzeń nastroju o nieznacznym nasileniu. Do takich narzędzi wykrywania depresji zalicza się skalę do badań przesiewowych. Istnieje bardzo wiele skal do oceny depresji, ale prostymi i godnymi uwagi naszych medyków skalami są:

- 1) inwentarz depresji Becka (BDI) - (załącznik nr 1),
- 2) skala Hamiltona (HAM - D) - (załącznik nr 2),
- 3) edynburska skala depresji poporodowej (EPDS) - (załącznik nr 3).

BDI została opracowana przez Aarona Becka (1961) i stanowi uznane narzędzie diagnostyczne stosowane w psychiatrii ogólnej i psychologii klinicznej do samooceny nastroju przez pacjenta. Skala składa się z 21 kategorii objawów – pytań z czterema możliwymi odpowiedziami. Wynik uzyskuje się przez sumowanie punktów, które od 0 do 3 są przyporządkowane poszczególnym odpowiedziom.

Uzyskany wynik jest równocześnie rozpoznaniem rodzaju depresji:

- 1) 0 – 9 punktów brak depresji,
- 2) 10 – 19 lekka depresja,
- 3) 20 – 29 depresja o średnim nasileniu,
- 4) powyżej 30 punktów głęboka depresja.

HAM - D została opracowana przez Hamiltona (1960) – jest to najczęściej stosowana skala w ocenie zaburzeń depresyjnych w psychiatrii ogólnej. Badanie

z zastosowaniem tej skali przeprowadzone przez doświadczonego lekarza zajmuje 20 – 30 minut. Skala ta podobnie jak skala Becka składa się z 21 kategorii objawów – pytań z odpo-

wiedziami punktowanymi od 0 do 4 punktów. Cztery ostatnie pytania nie mierzą nasilenia depresji dlatego do oceny stosuje się tylko 17 pytań.

Wynik uzyskany po zsumowaniu punktów mówi nam o rodzaju depresji:

- 1) 0-7 punktów bez zaburzeń depresyjnych,
- 2) 8-12 łagodna depresja,
- 3) 13-17 depresja o nasileniu umiarkowanym,
- 4) 18-29 ciężka depresja,
- 5) 30-52 bardzo ciężka depresja.

EPDS to Edynburska Skala Depresji Poporodowej (1987), której autorami byli Jon L. Cox, Renifer M. Holden i Ruth Sagovsky. Autorzy tworząc tę skalę opierali się na znanych już i stosowanych skalach takich jak: skala Snaita – „Niepokoju lęku i depresji”, skala Zigmunda i Snaita – „Szpitalna skala lęku i depresji”, oraz skala Bedforda i Fouldsa – „Lęku i depresji”. Autorzy po wielu badaniach i analizach ostatecznie wybrali dziesięć pytań istniejących w obecnej wersji EPDS. W pierwszych czterech punktach odpowiedzi na pytania są podane i punktowane rosnąco od 0 do 3 punktów, a w następnych są punktowane malejąco od 3 do 0 punktów.

Badane kobiety otrzymują do wypełnienia skalę bez punktów przy odpowiedziach. Sumaryczny wynik oblicza się dodając wszystkie punkty. Pacjentki, które uzyskały wysoki wynik, czyli 12 i więcej punktów, wymagają dalszego zbadania, ale nie można rozpoznawać u nich depresji tylko na podstawie tej skali.

Autorzy podkreślają konieczność zwrócenia uwagi na osoby, które ujawniają myśli o zrobieniu sobie krzywdy (pozycja 10 w skali przesiewowej), nawet jeśli ich ogólny wynik uzyskany w badaniu jest niski.

Skale do badań przesiewowych w kierunku depresji są skutecznym narzędziem, które może zastosować lekarz pierwszego kontaktu, lekarz ginekolog, a także położna. Należy pamiętać, że badanie samo w sobie nie wystarczy, do poprawy leczenia pacjentek z depresją okołoporodową. Przy wprowadzeniu narzędzia do badań przesiewowych należy wziąć pod uwagę fakt czy na miejscu jest dostępny psychoterapeuta, oraz czy wiemy jak dalej diagnozować pacjentkę i gdzie ewentualnie ją odesłać, gdyż po wstępnym rozpoznaniu depresji takie właśnie należy podjąć działania. ■

Aldona Górniak

Informacje



Warszawa, dn. 30 czerwca 2011

Sz.P.
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Ul. Pory 78. Xp.
Warszawa 02-757

Szanowna Pani,
Miło jest nam poinformować, że wraz z początkiem czerwca 2011 roku uruchomiony został nowy program edukacji społecznej pod hasłem „Stop Zakażeniom Szpitalnym.

Program Promocji Higieny Szpitalnej”. Inicjatywa ma na celu dotarcie z informacją o konieczności zapobiegania zakażeniom szpitalnym do środowiska medycznego oraz opinii publicznej, rozumianej jako pacjenci i ich otoczenie.

Należy nadmienić, że podczas codziennej praktyki aż 95% personelu medycznego spotyka się z problemem zakażeń szpitalnych -- tak wynika z najnowszego badania świadomości przeprowadzonego przez instytut badawczy IGS na potrzeby programu „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej”. Temat ten jest zatem aktualny i nie powinien być pomijany.



Wagę problemu podkreśla fakt, że skutki zakażeń szpitalnych dotyczą wszystkich - zarówno pacjentów, personel medyczny, jak i cały system ochrony zdrowia. Są one bowiem często przyczyną cierpienia pacjentów i ich rodzin, a niekiedy nawet prowadzą do utraty życia. W konsekwencji zakażenia pacjenci mogą długo pozostawać niezdolni do pracy, ulec okresowemu lub trwałemu kalectwu, przez co pogorszą się ich sytuacja ekonomiczna. W wyniku przedłużonego pobytu w szpitalu rosną koszty leczenia zakażonych pacjentów, powodując tym samym straty finansowe dla szpitala (zawierające koszty wypłaconych odszkodowań, koszty procesowe) i realne pogorszenie warunków pracy personelu placówki medycznej. Może to prowadzić do utraty prestiżu szpitala, a także do utrudnienia dostępu do leczenia szpitalnego innym pacjentom. Pomóc może edukacja mająca na celu podniesienie świadomości w tym zakresie. W odpowiedzi powołany został program „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej”. Jego zadaniem jest pomoc w budowaniu potrzeby zapewnienia higienicznych warunków panujących w szpitalu jako aspektu ważnego zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjenta. Ma on także szerzyć wiedzę na temat właściwych sposobów zachowania higieny w ochronie zdrowia oraz uzmysłowić pacjentom, że podczas pobytu w szpitalu prawo do przebywania w bezpiecznych, higienicznych warunkach jest tak samo ważne jak fachowa opieka personelu medycznego.

Inicjatywa tworzona jest w oparciu o wiedzę i doświadczenie osób od wielu lat związanych z obszarem zainteresowań programu. W skład Rady Ekspertów programu wchodzi:

- dr hab. med. Małgorzata Bulanda Prof. UJ -- Prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, Katedra Mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie
- prof. n. farm. dr hab. n. med. Stefan Tyski - Narodowy Instytut Leków w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- mgr Maria Ciuruś - Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W ramach prowadzenia poszczególnych aktywności planuje się także zaangażowanie innych specjalistów, ośrodków i instytucji związanych z tematem zakażeń szpitalnych.

Podstawę programu stanowi działalność badawczo-edukacyjna. W chwili obecnej zakłada się prowadzenie prac w następujących obszarach;

» Określenia świadomości personelu medycznego w zakresie zakażeń szpitalnych

- Określenia świadomości pacjentów w zakresie zakażeń szpitalnych
- Oszacowania skutków finansowych zakażeń szpitalnych
- Zbadania barierowości obłożenia jednorazowych w porównaniu do obłożenia wielorazowych

Badania te mają na celu pomóc w określeniu sytuacji epidemiologicznej w Polsce i wskazać kierunki rozwoju profilaktyki zakażeń szpitalnych w przyszłości. Będą mogły też posłużyć jako wkład merytoryczny dla analiz prowadzonych przez struktury państwowe związane z ochroną zdrowia

Zakażenia szpitalne stanowią ogromny problem społeczny. Nadrzędnym zadaniem programu „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej” jest więc propagowanie wiedzy na temat znaczenia higieny szpitalnej, a w konsekwencji doprowadzenie do prawidłowej kontroli zakażeń szpitalnych i ich ograniczenia. Zmniejszenie liczby przypadków zakażeń to zmniejszenie śmiertelności leczonych i liczby niepełnosprawnych po hospitalizacji, jak również realne obniżenie kosztów leczenia przez ograniczenie niepotrzebnych wydatków.

Załącznik nr 1/2011 Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w sprawie włączenia ICNP® do programów kształcenia przed i podyplomowego pielęgniarów
Warszawa 2011 Autorzy programu:
mgr Hanna Grabowska
dr n. hum. Beata Dobrowolska

ZAŁOŻENIA ORGANIZACYJNO-PROGRAMOWE KURSU Rodzaj kształcenia

Kurs przeznaczony jest dla wszystkich pielęgniarów posiadających aktualne prawo wykonywania zawodu. Program ma charakter ramowy, co stwarza możliwość dostosowania zarówno jego treści programowych, jak i metod nauczania i środków dydaktycznych do warunków i potrzeb realizatorów oraz uczestników szkolenia.

Na szczególną uwagę zasługuje wykaz umiejętności, których osiągnięcie powinno być udziałem wszystkich uczestników szkolenia, w efekcie jego zakończenia.

Cel nauczania

Ogólnym celem nauczania kursu jest wyposażenie pielęgniarki i położnej w wiedzę i umiejętności niezbędne do sprawowania profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w różnym wieku i stanie zdrowia we wszystkich miejscach świadczenia usług pielęgniarskich z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Cele szczegółowe:

- Rozwój umiejętności formułowania diagnoz pielęgniarskich w procesie opieki nad pacjentem (jednostką i grupą) w zdrowiu i w chorobie
- Zdobycie wiedzy na temat znanych i aktualnie stosowanych w pielęgniarstwie klasyfikacji diagnoz pielęgniarskich
- Zdobycie wiedzy na temat historii i istoty ICNP®
- Zdobycie umiejętności zastosowania ICNP® w formułowaniu diagnoz pielęgniarskich, planu opieki pielęgniarskiej oraz oceny jej wyników
- Zdobycie wiedzy na temat Centrów Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) na świecie i w Polsce
- Zapoznanie z procedurą tworzenia katalogów ICNP®

Czas trwania szkolenia

Ogółem na szkolenie przeznaczono 50 godzin dydaktycznych, w tym:

- wykłady - 20 godzin,
- ćwiczenia - 30 godzin.

Sposób organizacji szkolenia

Zakres szczegółowych warunków i przebiegu szkolenia ustala (w porozumieniu z Organizatorem) kierownik kursu.

Sposób sprawdzania efektów kształcenia

- udział w dyskusji
- analiza przypadków - identyfikacja problemów, formułowanie diagnoz i planowanie opieki pielęgniarskiej z wykorzystaniem katalogu ICNP®
- test wiadomości
- prace pisemne {prowadzenie zmodyfikowanej dla potrzeb ICNP® dokumentacji procesu pielęgnowania}
- obserwacja uczestnicząca przebiegu i wyników pracy

RAMOWY PROGRAM NAUCZANIA

Wykłady

1. Miejsce i znaczenie diagnozy w opiece pielęgniarskiej.
 - proces pielęgnowania
 - istota diagnozowania w pielęgniarstwie



- rodzaje diagnoz
- znaczenie diagnozowania w pielęgniarstwie
- diagnoza pielęgniarska w promocji zdrowia, profilaktyce, procesie terapii i usprawniania

3 godziny

2. Klasyfikacje i kategoryzacje diagnoz pielęgniarskich (w USA, Europie i w Polsce). Przyczyny wprowadzania klasyfikacji.

- historia i przyczyny powstawania klasyfikacji praktyki w pielęgniarstwie
- przykłady klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej: NANDA, Nic Noc
- klasyfikacje w opiece zdrowotnej (WHO FIC, ICF, ICD-9, ICD-10).
- miejsce klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej w systemie klasyfikacji medycznych

3 godziny

3. Systemy informatyczne w ochronie zdrowia

- pojęcie systemu informatycznego
- budowanie systemów informatycznych w ochronie zdrowia
- rola kodów i słownika systemów informacyjnych dla procesów systemu ochrony zdrowia.
- miejsce pielęgniarstwa w systemach informatycznych ochrony zdrowia
- korzyści wynikające z wprowadzenia pielęgniarstwa do systemu informatycznego ochrony zdrowia

3 godziny

4. Wprowadzenie do Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

- historia tworzenia ICNP®
- organizacja Programu ICNRD
- budowa ICNP®

2 godziny

5. Doświadczenia międzynarodowe oraz polskie związane z walidacją i implementacją ICNP® do praktyki pielęgniarskiej

1,5 godziny

6. Centra Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej {ICNP®} na świecie i w Polsce.

- cel i działalność
- przykłady działalności na świecie
- Centrum Badania i Rozwoju ICNP® w Łodzi

1 godzina

7. Rozwój katalogów ICNP®.

- pojęcie katalogu ICNP®
- założenia tworzenia katalogów ICNP®
- przykładowe katalogi ICNP®
- możliwości stworzenia katalogów ICNP® dla własnych potrzeb

1,5 godziny

8. Zasady tworzenia oświadczeń dotyczących diagnoz pielęgniarskich i wyników pielęgnowania oraz interwencji pielęgniarskich.

1 godzina

9. Rodzaje dokumentacji pielęgniarskiej

- dokumentacje praktyki pielęgniarskiej
- pielęgniarska dokumentacja elektroniczna
- przykład dokumentacji elektronicznej z wykorzystaniem ICNP®

2 godziny

10. Zarządzanie w pielęgniarstwie z wykorzystaniem ICNP® - pielęgniarstwo widoczne w systemie usług zdrowotnych

1 godzina

11. Przyszłość JCNP® - prace nad rozwojem klasyfikacji

1 godzina

Ćwiczenia

1. Diagnozowanie w pielęgniarstwie

- analiza przypadków
- formułowanie diagnoz pielęgniarskich - wykorzystanie różnych rodzajów diagnoz
- diagnoza pielęgniarska w promocji zdrowia, profilaktyce, procesie terapii i usprawniania
- ustalanie procesu opieki

3 godziny

2. Model 7.osiowy ICNP®,

- istota i budowa ICNP®
- charakterystyka osi ICNP®
- praca z pojęciami ICNP®

2 godziny

3. Klasyfikacje w opiece zdrowotnej (WHO FIC, ICF, ICD-9, ICD-10).

- charakterystyka poszczególnych klasyfikacji
- miejsce klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej w systemie klasyfikacji medycznych
- relacje i zależności między klasyfikacjami

3 godziny

4. Tworzenie katalogów ICNP®

- praca z istniejącymi katalogami ICNP®: opieka paliatywna i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych
- próba wyłonienia pojęć ze słownika ICNP® dla potrzeb wybranego oddziału opieki medycznej

5. Zastosowanie ICNP® w komunikacji zawodowej pielęgniarek

- znaczenie dobrej komunikacji w zespole terapeutycznym
- znaczenie jednoznacznego słownika w procesie komunikacji zawodowej pielęgniarek
- znaczenie jednoznacznego słownika w procesie komunikacji w systemie opieki zdrowotnej
- przykłady komunikacji w systemie opieki zdrowotnej z wykorzystaniem słownika ICNP®

2 godziny

6. Dokumentowanie procesu pielęgnowania w oparciu o ICNP®.

3 godziny

7. Budowanie diagnoz pielęgniarskich z wykorzystaniem ICNP® - pielęgniarstwo zachowawcze

- analiza przypadku
- wyłonienie problemów
- budowanie diagnoz z wykorzystaniem słownika ICNP®
- planowanie opieki z wykorzystaniem słownika ICNP®
- założenia oceny opieki z wykorzystaniem słownika ICNP®

3 godziny

8 Budowanie diagnoz pielęgniarskich z wykorzystaniem ICNP® - pielęgniarstwo zabiegowe

- analiza przypadku
- wyłonienie problemów
- budowanie diagnoz z wykorzystaniem słownika ICNP®



- planowanie opieki z wykorzystaniem słownika ICNP®
 - założenia oceny opieki z wykorzystaniem słownika ICNP®
- 3 godziny

9 Diagnozowanie w pielęgniarstwie z wykorzystaniem ICNP® dla potrzeb promocji zdrowia

- analiza przypadku
- wyłonienie problemów
- budowanie diagnoz z wykorzystaniem słownika ICNP®
- planowanie opieki z wykorzystaniem słownika ICNP®
- założenia oceny opieki z wykorzystaniem słownika ICNP®

10. Praca z ICNP® z wykorzystaniem przykładowych dokumentacji elektronicznych

4 godziny

11 Podsumowanie, wnioski, ewaluacja szkolenia

1 godzina

Wykaz umiejętności

Zakłada się, iż w wyniku realizacji szkolenia pielęgniarka:

- Scharakteryzuje aktualne wyzwania stawiane współczesnemu pielęgniarstwu w aspekcie funkcjonujących w ochronie zdrowia systemów informatycznych
 - Objaśni znaczenie i miejsce diagnozy w opiece pielęgniarstwie
 - Dokona analizy znanych i aktualnie stosowanych w pielęgniarstwie klasyfikacji diagnoz pielęgniarstkich
 - Określi istotę oraz misję ICNP®
 - Omówi genezę powstania i rozwoju ICNP®
 - Wskaże możliwości zastosowania ICNP® w praktyce pielęgniarstwie
 - Scharakteryzuje korzyści wynikające z zastosowania ICNP® w codziennej praktyce zawodowej
 - Wymieni ograniczenia implementacji ICNP® Omówi model 7.osiowy ICNP®
 - Określi znaczenie Centrów Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) na świecie i w Polsce
 - Przedstawi rodzaje, znaczenie oraz procedurę tworzenia katalogów ICNP®
 - Oceni trafność i przydatność dostępnych katalogów ICNP® w praktyce zawodowej
 - Sformułuje diagnozę pielęgniarstwą zgodnie z zasadami ICNP® w opiece sprawowanej nad osobą zdrową, w stanie zagrożenia zdrowia, chorobą, niepełnosprawnością i umierającą w aspekcie holistycznym
 - Sformułuje diagnozę pielęgniarstwą zgodnie z zasadami ICNP® dla potrzeb opieki pielęgniarstwej wobec grupy odbiorców (np. rodziny, społeczności lokalnej, grupy uczniów/pracowników)
 - Zaplanuje interwencje pielęgniarstwe wynikające z diagnozy, stosując słownik ICNP®
 - Zastosuje słownik ICNP® w realizacji i dokumentowaniu procesu pielęgnowania w praktyce klinicznej
 - Sformułuje ocenę opieki pielęgniarstwej stosując słownik ICNP®
 - Przygotuje zalecenia do kontynuowania opieki z wykorzystaniem ICNP®
- Metody nauczania
- wykład informacyjny
 - wykład konwersatoryjny
 - dyskusja dydaktyczna
 - metaplan
 - mapa pojęciowa
 - case study
 - ćwiczenia w parach/grupach

Środki dydaktyczne

- Komputer/laptop
- Rzutnik multimedialny
- Grafoskop/ rzutnik pisma
- Folia do przygotowania foliogramów
- Foliopisy
- Tablica flip-chart (ewentualnie arkusze białego papieru pakowego)
- Pisaki
- „Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®. Wersja 1.0". Makmed, Warszawa-Lublin 2009.
- Dostępne Katalogi ICNP®.

Serdecznie zapraszamy do udziału
w XV- Jubileuszowym Ogólnopolskim Sympozjum
Diabetologicznym

„DIABETICA EXPO 2011”

oraz

IX Ogólnopolskim Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości,
które odbędą się w dniach
27-28 września 2011 roku
w AULI UMK w Toruniu, ul. Gagarina 11

Cieszymy się, że pomimo licznych przeszkód dotrwalimy do tak wspaniałych obchodów. Dzięki osobom takim jak Państwo, wierzymy i widzimy, że warto pokonywać każdy problem. Chcemy wierzyć, że również dla Państwa nasze wydarzenie jest wyjątkowym spotkaniem, na którym wypada a nawet warto być.

Celem SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNEGO jest popularyzacja najnowszych osiągnięć diabetologii polskiej i światowej. Pragniemy, aby ta konferencja stała się forum dyskusji i wymiany doświadczeń na temat środków i metod leczenia oraz zapobiegania cukrzycy, zarówno pomiędzy lekarzami jak i ich pacjentami.

Jak co roku, również podczas tegorocznego spotkania Sympozjum uświetnią najwybitniejsi przedstawiciele z dziedziny Diabetologii.

Liczymy na Państwa obecność - wspólnie zadbajmy o Nasze Święto - święto Diabetyków.

Szczegóły przesyłam w załączeniu.

W imieniu organizatorów ZGPSD i Expo,
Z wyrazami szacunku Karolina Ćwiklińska
Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre
87-100 Toruń, ul Prosta 19/7
Tel 56 657-35-04, Fax 56 657-35-06
www.expo-andre.pl

VI Ogólnopolski Zjazd Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych

Olsztyn, 19-23 września 2011 r.

„Ryzyko zawodowe na stanowisku pracy pielęgniarki”

dr n. med. Sylwia Marczevska, Naczelna Pielęgniarka WSSz im Wł. Biegańskiego w Łodzi, Wizytator Akredytacyjny CMJ w Krakowie



„Odpowiedzialność karna i cywilna za zakażenia szpitalne. Odpowiedzialność personelu medycznego i placówki medycznej”

mgr Paweł Strzelec, radca prawny, Katedra Postępowania Karnego UMCS w Lublinie

„Prawne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej”

mgr Radosław Tymiński, prawnik

„Jak rozpoznać u pacjenta objawy uzależnienia będące podłożem innych schorzeń? Czyli ogólna wiedza na temat uzależnień w praktyce pielęgniarstwie”

mgr Agata Filip, Przełożona Pielęgniarek ZLO w Czarnym Borze, Certyfikowany Specjalista Psychoterapii Uzależnień

„Warsztaty umiejętności komunikacyjnych - dialog, perswazja, asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacjach interpersonalnych”

mgr Anita Goździkowska, trener, doradca - 4 grupy

„Wypalenie zawodowe - co mogę z tym zrobić”

mgr Wojciech Nyklewicz, szkoleniowiec-4 grupy

„Wizerunek szefa”

mgr Małgorzata Kosiak, Dobry Wizerunek - 5 grup

Informacje Organizacyjne

Miejsce szkolenia: Olsztyn, Hotel "OMEGA", ul. Sielska 4a
Recepcja hotelu przyjmuje uczestników od: godziny 17.00 w dniu 19 września 2011 r.

Zajęcia rozpoczynają się: 21 września 2011 r. o godz. 9.00

Zakończenie zajęć: 23 września 2011 r. ok. godz. 10.00

Wypełnioną Deklarację Zgłoszeniową należy przesłać:

pocztą na adres: PCE, 00-836 Warszawa, ul. Żelazna 41 lok. 6 lub faksem na nr tel.: (0-22) 890 20 01, 890 20 02 lub pocztą elektroniczną na adres: pce@pce.com.pl ■

I Międzynarodowy Kongres Położnych „Położna Gwarantem Sprawnej Opieki Położniczej i Ginekologicznej. Realizacja standardów w opiece ginekologiczno-położniczej”

Kongres organizowany jest przez Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WNoZ WUM i Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Podczas sesji zaprezentowane zostaną nowe standardy określające rolę i zadania położnej w XXI wieku oraz wybrane zagadnienia i problematyka holistycznej opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą, noworodkiem oraz kobietą chorą onkologicznie i ginekologicznie. Tematami sesji naukowych będą również najnowsze standardy opieki okołoporodowej oraz zagadnienia: „Położne na sali porodowej” i „Rola położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece ginekologicznej”

Ponieważ położna jest gwarantem sprawnej opieki położniczej, porównane zostaną zadania położnej w kraju z zadaniami położnej zagranicą. Referaty na ten temat wygłoszą zaproszeni goście -legitymujący się nie tylko medycznymi „korzeniami”.

Informacje na temat programu i zasad uczestnictwa znajdują Państwo na stronie internetowej:

<http://kongrespoloznych2011.pzwl.pl>

Kontakt z organizatorem:

Danuta Bokiewicz

e-mail: kongrespoloznych@pzwl.pl

tel: (22) 695 40 38, fax: (22) 695 40 32

Serdecznie zapraszamy na
XX Ogólnopolską Konferencję Szkoleniową dla Pielęgniarek
na temat:

Zarządzanie personelem a jakość w pielęgniarstwie

Konferencja odbędzie się dnia 30 września 2011 r. w sali konferencyjnej nr 119/ blok E, wysoki parter, wejście główne Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka
Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20 Rozpoczęcie Konferencji o godz. 09.00, a zakończenie ok. godz. 17.00.

Tematy Konferencji:

- Standardy, organizacja pracy pielęgniarki — polskie i światowe modele
- Systemy zarządzania jakością
- Planowanie obsad pielęgniarstwach — w lecznictwie stacjonarym i otwartym
- System klasyfikacji pacjentów
- Planowanie rozwoju zawodowego, możliwości ścieżki zawodowej
- Lobbying w pielęgniarstwie
- Wizerunek medialny pielęgniarstwa

OPŁATA - 150zł - Polbank EFG 272340 00090080 21800000 0029 z dopiskiem — imię i nazwisko uczestnika - XX konferencja

WAŻNE TERMINY

- do 31 sierpnia 2011 - nadsyłanie referatów
 - do 15 września 2011 - dokonanie opłaty za uczestnictwo
 - liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń
- ZGŁOSZENIA podpisane i zeskanowane prosimy nadsyłać mailowo na adres: wojciech.nyklewicz@frpp.org.pl

Możliwość zakwaterowania w Hotelu Patron przy CZD - recepcja, rezerwacja - 22 815 72 26 Komitet organizacyjny: Agnieszka Czarnecka, Jolanta Czerniak, Wojciech Nyklewicz, Monika Lipiec

SERDECZNIE ZAPRASZAMY! ■

III Sesja Pielęgniarska

„Interdyscyplinarna Opieka nad Pacjentami ze Schorzeniami Układu Nerwowego”

13.10.2011, Toruń

Szanowni Państwo,

Z prawdziwą przyjemnością zapraszamy na III Sesję Pielęgniarską „Interdyscyplinarna Opieka nad Pacjentami ze Schorzeniami Układu Nerwowego”, która odbędzie się w dniu 13 października 2011 roku w malowniczym i urokliwym Toruniu.

Po raz pierwszy patronat nad Sesją obejmie Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych.

Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne, a osoby zainteresowane czynnym udziałem będą miały możliwość publikacji w monografii.

Nasze kolejne spotkanie będzie doskonałą okazją do poszerzenia wiedzy z zakresu pielęgniarstwa neurologicznego, w tym neurogeriatrii, neurorehabilitacji, neurologii dziecięcej oraz chorób naczyniowych. Dodatkowo przybliżymy zagadnienie dotyczące udziału opiekunów medycznych w opiece nad pacjentem ze schorzeniami układu nerwowego.

Sesji towarzyszyć będzie spotkanie Zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych oraz prezentacja działalności PTPN.

Po zakończeniu sesji pielęgniarstwiej zapraszamy do udziału



w IV Zjeździe Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu, który odbędzie się w dniach 14-15 października 2011 roku, także w Hotelu Filmar.
Szczegółowe informacje na temat III Sesji Pielęgniarskiej znajdą Państwo

na stronie PTPN
www.ptpn.pl
Serdecznie zapraszamy!

Z wyrazami szacunku, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych
dr n. med. Marcelina Skrzypek-Czerko

POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYNY ŚRODOWISKOWEJ ODDZIAŁ ZACHODNIOPOMORSKI

Szczecin, dn. 201 I-lipiec-18

Uprzejmie informujemy, iż w dniach 25-26 listopada 2011 r.
w Szczecinie odbędzie się
Konferencja Naukowa

„CZŁOWIEK - ZDROWIE - ŚRODOWISKO”

połączona ze Zjazdem Polskiego Towarzystwa Medycyny Środowiskowej

Miejsce obrad:
Hotel Novotel Szczecin

Termin
- 25-26.11.2011 r.-Konferencja
- 26. 11.2011 r.-Zjazd PTMŚ

Tematyka konferencji:

- Środowiskowe zagrożenia zdrowia.
- Infrastruktura środowiska a zdrowie człowieka.
- Stan gleby, wód i wpływ na zdrowie.
- Opieka środowiskowa w zdrowiu i chorobie.
- Cywilizacyjne zagrożenia zdrowotne uwarunkowane środowiskowo.
- Zagrożenia środowiskowe zdrowia a medycyna kliniczna

Ważne daty:

- Termin nadsyłania zgłoszeń: od 20 lipca 2011
- Termin nadsyłania streszczeń: do 30 października 2011

Opłata konferencyjna

Opłata konferencyjna obejmuje uczestnictwo w obradach, przerwy kawowe, lunch, materiały konferencyjne, uroczystą kolację. Jej wysokość jest zróżnicowana, tzn.:

- Termin wpłaty:

- I do 30.09.2011-350 zł
- II do 15.10.2011-400 zł
- III - do 15.11.2011 -450 zł

- Studenci: 100 zł (opłata nie obejmuje uroczystej kolacji)
- Doktoranci: 150 zł (opłata nie obejmuje uroczystej kolacji)

Adres Biura Organizacyjnego

Zakład Zdrowia Publicznego PUM w Szczecinie
71-204 Szczecin ul. Żołnierska 48 tel: 91 48 00 920 fax 91 48 00 923

- dr n. hum. Bożena Mroczek - b_mroczek@data.pl
- mgr Artur Kotwas - arturkotwas@interia.pl

INFORMACJA PRASOWA w sprawie odznaczonych w 43 edycji Medalu Florence Nightingale

Szanowni Państwo,
Uprzejmie informujemy, że w dniu 23 czerwca 2011 r. Międzynarodowy Czerwony krzyż ogłosił listę 39 pielęgniarek i wolontariuszy odznaczonych Medalem im Florence Nightingale.

Więcej

http://w.v.v.icn.ch/iiTia.ges/stories/documents/news/whats_new/ICRCavard_2Q11.pdf

Więcej informacji o Medalu i odznaczonych

<http://www.ptp.nal.pl/inde.yph^option^comcontent&task~view&id~572&Itemid~79;>

<http://www.ptp.nal.pl/index.php?option=comcontent&task::=view&id=52&Itemid~61>

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Warszawa, 27 czerwca 2011r.

XI Ogólnopolski Zjazd Szkół Rodzenia

13-17 października 2011r

Zakopane - Kościelisko

Miejsce szkolenia: Zakopane - Kościelisko, WZW Zakopane, ul. Stanisława Nędzy - Kubińca 101

Wypełnioną Deklarację Zgłoszeniową należy przesłać:

- pocztą na adres: PCE, 00-836 Warszawa, ul. Żelazna 41 lok. 6 lub
- faksem na nr tel.: (22) 890 20 01, 890 20 02 lub
- pocztą elektroniczną na adres: pce@pce.com.pl lub
- przez stronę www.pce.com.pl

13 października czwartek przyjazd

14 października piątek wycieczka całonocna

15 października sobota

08:00-09:00 śniadanie

09:10-09:20 otwarcie zjazdu, powitanie, przedstawienie Gości i Sponsorów

09:20-09:40 wystąpienia sponsorów

09:40-10:20 „Prawa kobiety rodzącej i jej rodziny a prawa personelu” - mgr Radosław Tyminiński

10:20-11:05 przerwa kawowa

11:05-12:05 „Budowanie więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym - co powinni wiedzieć rodzice” -

mgr Monika Jakubowicz, psycholog, psychoterapeuta dzieci i młodzieży, członek

Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej

12:05-14:05 warsztaty - równolegle 4 tematy

13:30-14:50 obiad

15:00-17:00 warsztaty - równolegle 4 tematy

17:10-18:40 Położniczy panel ekspertów - lekarzy z oddziału ginekologiczno-położniczego Szpitala

Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie

Pytania i odpowiedzi. Prezentacje wprowadzające:

„Znieczulenie do porodu - wskazania i przeciwwskazania, korzyści i ryzyko” -

lek. med. Dorota Nowak, spec ginekolog-położnik

„Nowe metody monitorowania II okresu porodu - EKG płodowe, pulsoksymetria płodowa” -

lek. med. Katarzyna Moskala, spec. ginekolog - położnik
 „Prowadzenie porodu po cięciu cesarskim” - lek. med. Janusz Hejnar, spec.
 ginekolog - położnik
 20:00 kolacja uroczysta i zabawa - stroje postaci z bajek
 16 października niedziela
 08:00-09:00 śniadanie
 09:00- 11:00 warsztaty - równoległe 4 tematy (opisy poniżej)
 11:00-11:20 przerwa kawowa
 11:20-13:20 warsztaty - równoległe 4 tematy
 13:20-14:20 obiad
 14:30-15:30 „Znaczenie bólu porodowego, różne metody jego łagodzenia” - mgr Magda Witkiewicz,
 wykład, dyskusja,
 15:30-16:00 „Komórki macierzyste krwi pępowinowej: mity i fakty” - dr hab. Leonora Bużańska,
 Profesor nadzwyczajny, Kierownik Pracowni Bioinżynierii Komórek Macierzystych
 Zakład Neurobiologii Naprawczej, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN,
 16:00-16:30 przerwa kawowa
 16:30-17:10 porody domowe; za i przeciw prezentacje zgłoszone przez położne lub lekarzy - do 15 sierpnia
 17:20-18:10 „Praca w szkole rodzenia” - prezentacje trenerów ze szkół rodzenia (położne, lekarze, fizjoterapeuci, psycholog i inni) wg wybranych tematów zgłoszonych do 15 sierpnia
 19:30 kolacja, ognisko z zespołem góralskim
 17 października poniedziałek
 08:00-09:00 śniadanie
 09:10-10:00 zakończenie, rozdanie certyfikatów, odjazd ■

Z głębokim żalem żegnamy
 zawsze pełną pogody ducha i życzliwości,
 aktywną zawodowo i społecznie



Daniłę Krajewską

Położną dbającą o rozwój i prestiż zawodu,
 wieloletniego pracownika Szpitala Czerniakowskiego,
 byłego członka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
 i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

Żegnamy dobrego i zaangażowanego w sprawy ludzkie Człowieka.

Msza święta w intencji Zmarłej odbędzie się

20 lipca 2011 roku o godzinie 18.00

w kościele parafialnym św. Stefana przy ul. Czerniakowskiej 137
 w Warszawie.

Pogrzeb i złożenie Ciała do grobu rodzinnego w Brodnicy
 w dniu 21 lipca 2011 roku.

Wyrazy szczerego współczucia dla

Rodziny i Bliskich

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
 Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy szczerzego współczucia
 z powodu tragicznej śmierci

*Syna
 Pani Aleksandrę Matziol*

*Składają pielęgniarki i położne SP ZOZ Lubliniec
 oraz
 Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

DYREKCJA SZPITALA REJONOWEGO W KŁOBUCKU
 PRZEPROWADZIŁA:
 W DNIU 3 SIERPNIA 2011 ROKU KONKURS NA
 STANOWISKO PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU
 CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
 KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
 STANOWISKA PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ
Panią Kasprzak Teresę
 Gratulacje wraz z życzeniami pomyślności
 i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu
 osobistym z okazji
 wygrania konkursu składa Samorząd Pielęgniarek i
 Położnych w Częstochowie. ■

PODZIĘKOWANIE

Składam serdeczne podziękowania Przedstawicielom
 Okręgowej Rady Pielęgniarek
 i Położnych w Częstochowie i Wszystkim, którzy okazali mi
 współczucie i
 udzielili wsparcia finansowego po tragicznej śmierci mojego
 Syna Krystiana -
 Aleksandra Matziol ■

GODZINY PRACY BIURA OIPI

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	wt i czw 15 ⁰⁰ -19 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

Mamo
Tato

Wróć

nie ryzykuj
pracuj
bezpiecznie



PAŃSTWOWA INSPEKCJA PRACY



WOJEWODA ŚLĄSKI



POLSKIE RADIO
KATOWICE

TVP KATOWICE



Ośrodek Szkoleniowy działający przy OIPIP w Częstochowie.
Egzamin końcowy z kursu specjalistycznego
„Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” - dnia 7 lipca 2011 roku.



Wyższa Szkoła Zarządzania
w Częstochowie Egzamin
z kursu kwalifikacyjnego
„Pielęgniarstwo rodzinne
dla pielęgniarek”

Wyższa Szkoła Zarządzania
w Częstochowie -
Egzamin z kursu kwalifikacyjnego -
„Pielęgniarstwo operacyjne
dla pielęgniarek i położnych”



Wyższa Szkoła Zarządzania
w Częstochowie Egzamin
z kursu kwalifikacyjnego
„Zarządzanie i organizacja
dla pielęgniarek i położnych”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach zaprasza na bezpłatne szkolenie w ramach
Poddziałania 8.1.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

NA ZDROWIE - KWALIFIKACJE SŁUŻBY ZDROWIA NAJLEPSZĄ INWESTYCJĄ REGIONU

Projekt jest skierowany do 300 pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych, zamieszkałych i/lub zatrudnionych na terenie woj. śląskiego, pragnących z własnej inicjatywy, poza godzinami pracy, podwyższać kwalifikacje zawodowe, w tym:

- + co najmniej 45 osób do 25 roku życia
- + co najmniej 15 mężczyzn

Szkolenia:

- + Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek
- + Leczenie ran dla pielęgniarek
- + Leczenie ran dla położnych
- + Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych dla pielęgniarek i położnych
- + Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych

Programy kursów zostały zatwierdzone przez Centrum Kształcenia
Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Informacje

Centrum Kształcenia Zawodowego w Częstochowie
ul. Jagiellońska 88, 42-200 Częstochowa
tel.: 34-365-76-21, fax: 34-365-76-21
e-mail: czestochowa@zdz.katowice.pl
www.kursy.czystochowa.zdz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
ul. Pułaskiego 25, IV Piętro, 42-200 Częstochowa
tel.: 34 324-51-12, fax: 34 361-30-18
e-mail: sekretariat@oipip.czyst.pl
www.oipip.czyst.pl

Człowiek - najlepsza inwestycja



Okres realizacji projektu: 1.07.2011 – 31.07.2012r

