

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



**Egzamin Państwowy ze Specjalizacji
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego**

Październik 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Piknik Rodzinny 2013

Zakład Opiekuńczo Leczniczy „Złota Jesień” w Zaborzu



W NUMERZE:

Uchwały Prezydium i ORPiP

Kalendarium

Konsultant krajowy

Konsultant wojewódzki

NJPiP

Ministerstwo Zdrowia

Prawo

PTP

Informacje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

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
szkolenia@oipip.czest.pl

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

MILLENNIUM 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.



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 25 września 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki i jednej położnej.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek w kwocie 5.200.00 zł.
- Stwierdzono posiadanie przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie 1,940.00 zł dla trzech pielęgniarek.
- Dokonano trzech wpisów do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych: pod numerem 8/2013 kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne noworodków (Nr 04/08) - program przeznaczony dla położnych organizatorem kształcenia jest Spółdzielnia Pracy „Oświata” w Częstochowie, pod numerem 9/2013 kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne (Nr 03/08) - program przeznaczony dla pielęgniarek organizatorem kształcenia jest Spółdzielnia Pracy „Oświata” w Częstochowie, pod numerem 10/2013 kurs doszkalcący Kaniulacja żył obwodowych i terapia płynami infuzyjnymi organizatorem kształcenia jest BECTON DICKINSON.
- Skierowano jedną pielęgniarkę na odbycie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

Kalendarium



Wrzesień- październik 2013 rok

23.09.2013r. W Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach odbyło się spotkanie z dyrektorem wydziału nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Ireneuszem Ryszkiewiczem w sprawie powoływania Konsultantów Wojewódzkich dla Województwa Śląskiego w dziedzinach pielęgniarskich. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

23.09.2013r. W Starostwie Powiatowym w Częstochowie odbyło się spotkanie pracowników Szpitala w Blachowni z przedstawicielami Urzędu Pracy i przedstawicielami Zarządu Starostwa. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

24.09.2013r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko ordynatora Oddziału Dziecięcego w ZOZ Kłobuck.

24.09.2013r. Na terenie Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej odbył się V Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej „Uratować znaczy żyć”. Organizatorem przedsięwzięcia była Szkoła Podstawowa nr 25 im. Stanisława Staszica w Częstochowie.

25.09.2013r. W Warszawie odbył się Egzamin Państwowy Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego prowadzonej przez Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Tytuł specjalisty w Dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego uzyskało 28 pielęgniarek.

25.09.2013r. W Myszkowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Leczenie ran – odleżyny” zorganizowanego przez Spółdzielnię Pracy „Oświata” w Częstochowie. Kurs ukończyły 103 osoby.

25.09.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Rozpatrzone pozytywnie trzy wnioski na łączną kwotę 5.200 zł.

25.09.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Rozpatrzone pozytywnie trzy wnioski na łączną kwotę 1.940 zł.

25.09.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

27-28.09.2013r. W Koszęcinie odbyło się Szkoleniowe posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

30.09.2013r. Sekretarz ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XLII obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

02.10.2013r. W Urzędzie Miasta Częstochowy w Sali Sesyjnej przeprowadzony został egzamin kwalifikacyjny szkolenia specjalizacyjnego w Dziedzinie „Pielęgniarstwo położnicze” dla położnych.

9-10.10.2013r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie jako przedstawiciel NRPIP uczestniczyła w kontroli Ośrodka Szkoleniowego przy OIPIP w Katowicach.

21.10.2013r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia NRPIP w Warszawie.

25.10.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie edukacyjne dla położnych pielęgniarek nt.: 1. Cukrzyca ciążowa, 2. Synbiotyki XXI wieku, 3. Przyjaciele w bezpiecznej, skutecznej i wygodnej pielęgnacji dziecka od pierwszych lat życia, 4. Ochrona karmienia piersią – nowe rozwiązania LOVI wspomagające laktację. Szkolenie przeprowadziła firma Pelargos.

30.10.2013r. W siedzibie OIPIP w Częstochowie odbyło się uroczyste wręczenie Certyfikatów z Egzaminu Państwowego Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego.

Konsultant krajowy



Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie usuwania przez pielęgniarkę kleszczy

Zgodnie z art.2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U.2011.174.1039) zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym i polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Art. 2 ust 1pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. z 2013 r., poz.654) określa, że świadczenia zdrowotne są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Wykonywanie zawodu pielęgniarki zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej polega w szczególności na:

1. rozpoznaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
2. rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,

3. planowaniu i sprawowaniu opieki nad pacjentem,
4. samodzielnym wykonywaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
5. realizowaniu zleceń lekarskich w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji,
6. orzekaniu o rodzaju świadczeń opiekuńczo-pielęgniarskich,
7. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których mowa w art. 66 ustawy i może być uzupełniane w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych.

Biorąc pod uwagę, że usuwanie kleszczy mieści się w czynnościach określanych jako pierwsza pomoc przedlekarska ich usunięcie powinna wykonać każda przeszkolona w tym zakresie osoba, tym bardziej pielęgniarka jako przedstawiciel samodzielnego zawodu medycznego. Po wykonaniu zabiegu pielęgniarka ma obowiązek pouczenia pacjenta o konieczności obserwacji miejsca po usunięciu kleszcza oraz możliwości pojawienia się rumienia wędrującego lub innych objawów tj. gorączka powyżej 38°C, zmęczenie, ból głowy, ból pleców i kończyn, kaszel, katar, objawy żołądkowo-jelitowe, utrata łaknienia, nudności. W sytuacji zaobserwowania powyższych objawów pacjent powinien skontaktować się z lekarzem celem wdrożenia leczenia. ■

Kraków 09.07.2013r

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Zalecenie Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W związku z wejściem od 1 stycznia 2013 roku nowego rozporządzenia o sposobach ustalenia minimalnych norm zatrudnienia przywołanego powyżej oraz zgodnie z art. 50 ust.1 ustawy o działalności leczniczej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii:

1. Przedstawicieli kierujących jednostkami i komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym.
2. Przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych na terenie działania podmiotu.

Korzystając z tego ustawowego uprawnienia zaleca się powołanie w każdym podmiocie leczniczym zespołu pielęgniarek i położnych (najlepiej wspólnie z przedstawicielami samorządu i związków zawodowych), który dokona oceny ustalonych przez kierownika norm zatrudnienia. Ocena powinna obejmować obsady pielęgniarek i położnych na dyżurach dziennych i nocnych w wybranych oddziałach.

Podstawą do liczenia norm zatrudnienia stanowią kryteria oraz poszczególne kategorie opieki właściwe dla wybranych rodzajów działalności zamieszczone w załącznikach do roz-

porządzenia. Tzw. „kategoryzacja pacjentów” zamieszczona w tabelach umożliwia ocenę pacjentów w zakresie wskazanych kryteriów obejmujących między innymi: aktywność fizyczną, higienę, odżywianie, wydalenie. Tabele te ułatwiają zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniej kategorii opieki w poszczególnych oddziałach szpitala. W przywołanym akcie prawnym brak jednak określenia czasu właściwego dla wykonania świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich w stosunku do pacjentów zakwalifikowanych odpowiednio do I, II lub III kategorii opieki. Mając świadomość ograniczeń wynikających z obowiązującego rozporządzenia oraz uwzględniając aktualny stan wiedzy w zakresie planowania obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych dotyczących uśrednienia czasów jakie należy przeznaczyć na wykonanie świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich należy przy obliczeniach minimalnej normy zatrudnienia skorzystać z zaproponowanych czasów:

1. Dla oddziałów o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarstwa, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich wynoszących odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 1 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 38 minut na dobę na pacjenta,
 - b) w przypadku II kategorii - 95 minut na dobę na pacjenta,
 - c) w przypadku III kategorii - 159 minut na dobę na pacjenta,
- Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %.

2. Na oddziałach o profilu psychiatrycznym, lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy opiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarstwa, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 2 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 40 minut na dobę na pacjenta,
 - b) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na pacjenta,
 - c) w przypadku III kategorii - 160 minut na dobę na pacjenta,
- Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %.

3. Dla zespołu porodowego lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne w stosunku do rodzących siłami natury, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 3 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 137 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
- b) w przypadku II kategorii - 274 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
- c) w przypadku III kategorii - 328 minut na dobę na rodzącą siłami natury.

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %.

4. Dla zespołu porodowego lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu ciąży powikłanej lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego, **należy zaopiniować pozyty-**

wnie zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 4 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku II kategorii- 53 minuty na dobę na rodzącą,

d) w przypadku III kategorii- 120 minut na dobę na rodzącą. .

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

5. Dla oddziału o profilu położniczo - ginekologicznego w systemie „matka z dzieckiem” lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 5 obowiązującego rozporządzenia):

e) w przypadku I kategorii - 72 minuty na dobę na położnicę i noworodka,

f) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na położnicę i noworodka,

g) w przypadku III kategorii - 98 minut na dobę na położnicę i noworodka.

Przy ocenie ustalonych przez kierownika jednostki normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych należy również wziąć pod uwagę opinię pielęgniarki epidemiologicznej zatrudnionej w danym zakładzie.

W przypadku wydania opinii negatywnej należy ją merytorycznie uzasadnić odnosząc do obowiązujących przepisów prawnych, zapewnienia pacjentom bezpiecznej opieki w danym oddziale szpitalnym i przesłać do organu założycielskiego i Ministerstwa Zdrowia. ■

Kraków; 14.03.2013r.

Dr hab. Maria Kózka

Opinia konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki pracującej w poradni hemodynamicznej do obsługi pompy do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy kontrapulsacja wewnątrzaoortalna jest metodą doraźnego leczenia podtrzymującego stosowanego u pacjentów z niewydolnością lewej komory serca. **Obecnie szeroko stosowana klinicznie, szczególnie w pracowni hemodynamicznej, na oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej i na salach operacyjnych.** Zabieg wykonuje się z wielu wskazań klinicznych między innymi: w niestabilnej chorobie wieńcowej, niewydolności mięśnia sercowego wywołanego zaburzeniami kurczliwości w przebiegu świeżego zawału serca, zespole małego rzutu po kardiotorii, niewydolności serca w świeżym zawale wywołanym czynnikami tj. perforacja przegrody międzykomorowej (VSD), pęknięcia mięśnia brodawkowatego czy ostrej niewydolności zastawki dwudzielnej (własnej lub wszczepionej), niewydolności serca u pacjentów oczekujących na transplantację serca, niewydolności przeszczepionego serca, w komorowych zaburzeniach rytmu opornych na postępowanie farmakologiczne. Jak każdy zabieg wyspospecjalistyczny jest obarczony licznymi powikłaniami zarówno ostrymi

jak i przewlekłymi np. niedrożność tętnicy spowodowana cewnikowaniem, zakrzepicą, uwolnionym materiałem zatokowym, zwężeniem tętnicy, rozwarstwieniem aorty, powstaniem tętniaków rzekomych, owrzodzeniem podudzi, powikłaniami infekcyjnymi i miejscowym krwawieniem.

Biorąc pod uwagę, iż jest to metoda leczenia kontraktowana przez NFZ jako procedura lekarska udział pielęgniarki w jej wykonaniu powinien być ograniczony do asystowania lekarzowi oraz zapewnieniu pacjentowi opieki polegającej na zapobieganiu lub wczesnym rozpoznaniu powikłań tj. niedokrwieniu kończyny, krwawieniu i powstaniu krwiaka w okolicy kaniulacji tętnicy, zakrzepicy żyłnej, zakażeniom ogólnym i miejscowym oraz zmniejszeniu u chorego niepokoju i lęku związanego z zabiegiem. W opiece po zabiegu kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej równie ważnym zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie chorego do opieki w domu.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne w opracowanych zasadach akredytacji Pracowni Kardioangiograficznej wskazało, że wykonywanie zabiegów odpowiedzialny jest lekarz specjalista, który współpracuje w pielęgniarką i techniką. Dla zapewnienia choremu bezpiecznej specjalistycznej opieki pielęgniarka zatrudniona w pracowni powinna mieć co najmniej 3-miesięczny staż pracy i szkolenie w pracowni wykonującej 1500 procedury rocznie (www.ptkardio.pl).

Z analizy obowiązujących przepisów prawnych wynika, że pielęgniarka, bez względu na rodzaj ukończonego kształcenia nie jest osobą uprawnioną do uruchomienia pompy i ustawienie parametrów przy zabiegu kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej. Nawet uzyskanie przez pielęgniarkę tytułu specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego nie uprawnia jej do samodzielnego wykonywania wymienionych działań. Rodzaj wykonywanych przez pielęgniarkę świadczeń specjalistycznych reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku (Dz. U. 07.210.1540) w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę, albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. ■

Kraków, 14. 05.2013 roku

Dr hab. Maria Kózka

Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa w sprawie wykonywania zleceń lekarskich w oddziałach szpitalnych

Dokumentem regulującym sprawę prowadzenia karty zleceń lekarskich jest rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku (Dz. U. 10.252.1697) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, gdzie znajduje się zapis w rozdz. 2 § 18, ust. 4

Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.

§ 4, ust. 2

Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10, ust. 1 pkt 3 nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki, położnej; podpis.

W tej sytuacji dokonywanie wpisów przez pielęgniarki lub realizowanie ustnie lub telefonicznie przekazanego zlecenia

nie może mieć miejsca i takie zlecenie nie może być przez pielęgniarkę wykonane, z wyjątkiem sytuacji zagrażających życiu pacjenta lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta.

W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. 11.174.1039) w rozdz. 4 zasady wykonywania zawodów, zawiera zapisy :

Art. 15 ust. 1

Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.

Art. 15 ust. 2

Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ustępie 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 15 ust. 3

W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania.■

Konsultant Wojewódzki w dz. Pielęgniarstwa
mgr Anna Kulikowska

Zatrudnianie ratowników medycznych na stanowiskach pielęgniarskich jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi regulującymi wykonywanie tych zawodów.

Art.11 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.Nr 191, poz.1410 z póź. zm.) stanowi, że:

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

1. zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
2. dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych;
3. transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
4. komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
5. organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

Również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego z dnia 29 grudnia 2006r. (Dz.U.2007 Nr 4, poz.33 z póź. zm.) nie ma wpisanych zadań, które uprawniałyby ratowników do przejmowania zadań pielęgniarskich.

W myśl przywołanego przepisu ratownik medyczny jest powołany do podejmowania medycznych czynności ratunkowych w ramach jednostek systemu. Z art. 32 cytowanej ustawy wynika, że jednostkami systemu są:

- 1) Szpitalne oddziały ratunkowe
- 2) Zespoły ratownictwa medycznego.

Wykonywanie zawodu przez pielęgniarki i położne reguluje ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996r. (Dz. U. z 2001 r. nr 57, poz. 602 z póź. zm.) oraz szereg aktów wykonawczych do cytowanej ustawy. W ustawie określone są kompetencje pielęgniarki oraz wyraźnie zaznaczona jest samodzielność zawodowa pielęgniarki. Ponadto zawód

pielęgniarki należy do grupy zawodów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia procesu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów.

Art. 4. 1 cyt. ustawy wyraźnie stanowi "wykonywanie zawodu pielęgniarki, polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia".

2. Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust.1, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez:

- 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych,
- 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- 3) sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- 4) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 5) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- 6) edukację zdrowotną.

Art.11 cytowanej ustawy mówi, że zawód pielęgniarki, położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych i wydane w oparciu o stwierdzenie spełnienia określonych wymagań zawartych w tym artykule.

Natomiast art. 32.1 w/w ustawy brzmi: „kto nie będąc uprawnionym, udziela zawodowo świadczeń, o których mowa w art.4 lub art.5, podlega karze grzywny.

W rozumieniu zapisów ustawy i aktów wykonawczych, niedopuszczalne jest zastępowanie pielęgniarek przez ratowników medycznych. ■

Ewa Zawilińska
Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pielęgniarstwa

Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki leku Zinacef, którego roztwór został przygotowany wcześniej przez inną pielęgniarkę i którego pozostała dawka została przechowywana w niewiadomych warunkach

W odpowiedzi na pismo Przewodniczącej ORPiP w Rzeszowie znak: DM- 463/19/03/2010 z dnia 12.03. 2010 r. dotyczącego podawania przez pielęgniarkę leku Zinacef, rozpuszczonego uprzednio przez inną pielęgniarkę a następnie przechowywanego w niewiadomych warunkach przez rodziców do czasu podania kolejnej dawki informuję, że jest to niezgodne z zasadami dobrej praktyki pielęgniarskiej.

Zgodnie z informacją zawartą w karcie charakterystyki produktu leczniczego lek o nazwie Zinacef należy przechowywać w temperaturze poniżej 25°C, chronić od światła. Sporządzoną zawiesinę lub roztwór należy przechowywać w temperaturze od 2°C do 8°C nie dłużej niż 24 h.

Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta oraz zasady prawidłowego przygotowywania oraz podawania leków uprzejmie wyjaśniam, że w takim przypadku lekarze winni wypisywać pacjentom leki iniekcyjne odpowiadające dawce jednorazowego podania. Lek iniekcyjny raz otwarty, nie powinien być w żadnym wypadku podawany ponownie po kilku, czy kilkunastu godzinach przechowywania w niewiadomych warunkach. Pielęgniarka nie może wziąć odpowie-

działności za to, że lek ten nadal posiada swoje pełne właściwości jak również za to, że została prawidłowo sporządzona zawieszina i pozostała odpowiednia dawka leku.

Ze względu na rodzące się wątpliwości czy na pewno lek był przechowywany w odpowiednich warunkach, czy dawka jest odpowiednia, czy zawieszina nie została zainfekowana, uważam, że w przypadku kiedy dawka leku w opakowaniu przekracza zaordynowaną ilość leku, po jednorazowym podaniu leku pacjentowi, pozostałą część leku należy zniszczyć zgodnie z obowiązującymi zasadami. ■

Ewa Zawilińska
Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pielęgniarstwa



Notatka ze spotkania 9 lipca 2013 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach lecniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).

**Notatka ze spotkania Kierownictwa Ministerstwa
Zdrowia z przedstawicielami: Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Zarządu
Powiatów Polskich, Pracodawców RP na temat
ustalania minimalnych norm zatrudnienia
pielęgniarek i położnych na podstawie
rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia
2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych
norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych
w podmiotach lecniczych niebędących
przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).**

Dotyczy: spotkania w dniu 9 lipca 2013 r. w Sali Kolegialnej Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15.

Ministerstwo Zdrowia reprezentowali: Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu, Aleksander Sopliński, Podsekretarz Stanu, Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Jakub Bydłoń, Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego, 4 przedstawiciele DPiP.

Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowali: Grażyna Rogala-Pawelczyk - Prezes, Izabela Kowalska - Wiceprezes, Joanna Walewander - Sekretarz, Zofia Małas - Członek, Maria Matusiak - Członek.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych reprezentowali: Lucyna Dargiewicz - Przewodnicząca, Longina Kaczmarek - Wiceprzewodnicząca, Izabela Szczepaniak - Członek.

Pracodawców RP reprezentowali: Andrzej Mądrala - Wiceprezydent, Robert Starzec, Dorota Karpacka, Małgorzata Stelmach, Grzegorz Byszewski, Wiesława Cieplicka - przedstawiciele. W spotkaniu nie uczestniczyli przedstawiciele Zarządu Powiatów Polskich.

Gospodarz spotkania: Sławomir Neumann - Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Prowadzący spotkanie: Aleksander Sopliński - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Cel spotkania: przedstawienie wyników prac z dokonanej analizy informacji zgromadzonych od podmiotów zgłaszających uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach lecniczych niebędących przedsiębiorcami oraz dyskusja nad nowelizacją przedmiotowego rozporządzenia.

Pan Aleksander Sopliński - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wskazał, że Minister Zdrowia w grudniu 2012 r. zwrócił się z zapytaniem w formie ankiety do wszystkich szpitali publicznych i niepublicznych w kraju w kwestii dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia. Ankieta z pytaniami została wysłana do 722 szpitali (587 publicznych i 135 niepublicznych).

Odpowiedzi udzieliło 315 szpitali co stanowi 43,6% ogólnej liczby szpitali do których skierowano pytania. Minimalne normy zatrudnienia na podstawie rozporządzenia z 1999 r. zostały ustalone w 282 szpitalach co stanowi 89,5% szpitali, które odpowiedziały na ankietę.

W 33 szpitalach z 315 nie ustalano minimalnych norm zatrudnienia, co stanowi 10,5 %. 236 szpitali wskazało następujące braki kadrowe przy wprowadzeniu sposobu ustalania norm określonego w „nowym” rozporządzeniu:

- 6460,4 pielęgniarek co stanowi 9,2% ogólnej liczby zatrudnionych pielęgniarek (70 203,58) w tych szpitalach;
- 394,89 położnych co stanowi 5,2 % ogólnej liczby zatrudnionych położnych (7 584,74) w tych szpitalach;

79 podmiotów (co stanowi 25% podmiotów, które udzieliło odpowiedzi) odpowiedziało, że zastosowanie sposobu ustalania norm określonego w nowym rozporządzeniu nie spowoduje potrzeby wzrostu zatrudnienia.

315 szpitali posiada łącznie 99 795 łóżek, co przy obecnym stanie zatrudnienia 70 203 pielęgniarek oznacza średnio 1,42 łóżka na 1 pielęgniarkę.

Ponadto, Pan Minister poinformował, że Związek Powiatów Polskich na etapie konsultacji zewnętrznych projektu rozporządzenia przekazał szczegółową symulację dodatkowych kosztów, które miałyby ponieść podmioty lecznicze w sytuacji wprowadzenia rozporządzenia w treści przekazanej do uzgodnień zewnętrznych. Związek Powiatów Polskich nie udzielił odpowiedzi na pismo z grudnia 2012 r. W związku z powyższym, Minister Zdrowia zwrócił się ponownie do Prezesa Zarządu ZPP, z prośbą o przekazanie odpowiedzi wraz z wypełnioną przez podmioty lecznicze uwzględnione w symulacji tabelą z danymi.

Podczas spotkania zgłoszono następujące oczekiwania:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych:

- nowelizację rozporządzenia MZ z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach lecniczych niebędących przedsiębiorcami, przez przywrócenie zapisów jak w projekcie przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którymi:
 - obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organizacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki i położne na zmianie;
 - do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej; przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne,
 - w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich odpowiedni do kategorii opieki, w bloku operacyjnym na jeden czynny stół operacyjny (jednego operowanego pacjenta), świadczenia lecznicze

powinna wykonywać co najmniej jedna pielęgniarka albo położna operacyjna i jedna pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarkom albo położnej operacyjnej;

- utrzymania czasów świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, jakie należy zastosować dla pacjentów zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii opieki, które były w projekcie rozporządzenia z dnia 18 października 2012 r.

- rozporządzenie powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych bez względu na ich formę prawną.

Pracodawcy RP:

Pan Andrzej Mądrala - Wiceprezydent Pracodawców RP wskazał, że przepisy rozporządzenia o normach powinny obowiązywać w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jak również w szpitalach, które są przedsiębiorstwami. Pan Wiceprezydent poprosił o:

- przekazanie przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych dokumentu zawierającego konkretne oczekiwania środowiska pielęgniarskiego w kwestii zmian do przedmiotowego rozporządzenia.

- zaproszenie przez Kierownictwo resortu na kolejne robocze spotkanie przedstawicieli dużych szpitali oraz Związku Powiatów Polskich.

Pan Wiceprezydent Pracodawców RP podniósł także problem finansowania niepublicznych szpitali.

Pan Sławomir Neumann - Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia odnosząc się do możliwości poprawy finansowania świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, że aktualnie przygotowywane są założenia do planu finansowego NFZ na 2014 r. oraz prowadzone są rozmowy z Ministrem Finansów, w celu utrzymania wysokości przyszłorocznego budżetu NFZ na poziomie z roku 2013 r.

Pani Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych poinformowała, że przy nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Ministerstwo Zdrowia przewiduje ujednolicenie trybu postępowania w sprawie przyjmowania norm w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jak również w przedsiębiorstwach, o ile zostanie wprowadzona ustawa zmiana dotycząca stosowania minimalnych norm zatrudnienia we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na ich formę prawną.

Projektowana zmiana dotyczyłaby dodania do rozporządzenia dokumentu - załącznika, w którym dany podmiot leczniczy potwierdzałby przyjęcie norm w zakładzie, przez złożenie podpisu przez kierownika podmiotu i osób, o których mowa w art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217). Uzasadnieniem dla podjęcia takich działań są wyniki kontroli w podmiotach leczniczych przeprowadzane przez ich organy założycielskie i Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczące o tym, że pracownicy kontrolujący mają trudności ze stwierdzeniem, w jaki sposób normy zostały przyjęte.

Ustalenia:

- 23 lipca 2013 r. odbędzie się kolejne robocze spotkanie w powyżej sprawie;
- NRPIP prześle do DPiP MZ i Pracodawców RP dokument zawierający konkretne oczekiwania środowiska pielęgniarskiego w kwestii zmian do przedmiotowego rozporządzenia.
- Zaproszenie na spotkanie w dniu 23 lipca 2013 r. przedstawicieli Związku Powiatów Polskich w celu poznania ich opinii o ww. rozporządzeniu.

DYREKTOR

Departamentu Pielęgniarek i Położnych - Beata Cholewka

Plan porodu obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą

Treść listu nadesłanego do NIPiP:

Jestem położną rodzinną od III 2013r. Moja propozycja dotyczy dokumentacji jaka powinna prowadzić położna środowiskowa. Zwłaszcza zależy mi na planie porodu. Ja poświęcam moim podopiecznym b. dużo czasu i swojej energii aby opracować rzetelnie i wspólnie z małżonkami plan porodu, a potem na patronażu dowiaduje się, że w szpitalu na bloku porodowym nikt nawet nie zapytał o plan i pacjentki są bardzo zawiedzione, że tyle czasu poświęciły na jego wypełnienie a w konsekwencji nikt dosłownie nikt na niego nie spojrział. Dlaczego przepisy nie obowiązują wszystkie placówki jednakowo. Z poważaniem położna środowiskowa

Odpowiedź NIPiP:

Szanowna Pani,

W odpowiedzi na pismo w sprawie planu porodu, który powinien obowiązywać wszystkie placówki lecznicze, uprzejmie wyjaśniam.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012.1100) wydane jest na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. 2013.217) i obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, czyli podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy oraz lekarza, lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy. Powyższe obowiązuje także położną, gdyż w cytowanej ustawie jest zapis: ilekroć w ustawie jest mowa o pielęgniarkę, rozumie się przez to także położną.

Należy podkreślić, iż standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z delegacją dla ministra zdrowia zawartą w art. 22, zostają wydane w celu potrzeby zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

W związku z tym, że przedmiotowe rozporządzenie obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, należy informować kobiety w ciąży, aby zgłaszając się do porodu w podmiotach leczniczych brały ze sobą plany porodu i żądały ich realizacji.

Z poważaniem
Joanna Walewander
Sekretarz NRPIP

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 pielęgniarki 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 pielęgniarki 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 pielęgniarzek 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.

Odnośnie 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

Obowiązki administratora danych osobowych w podmiocie leczniczym (w praktyce pielęgniarki i położnej).

Administrator danych osobowych w podmiocie leczniczym jest zobowiązany do zastosowania środków technicznych i orga-

nizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych.

Podstawowym elementem ochrony danych osobowych jest zapewnienie przetwarzania danych zgodnie z ich przeznaczeniem.

Zgodnie z art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych dane o stanie zdrowia są uznawane za dane wrażliwe. Ich przetwarzanie jest możliwe wyłącznie w celu oceny stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów. Nie można więc danych pacjentów zawartych w dokumentacji medycznej wykorzystywać do innych celów niż świadczenie usług zdrowotnych (np. do przedstawienia oferty ubezpieczenia zdrowotnego).

Uprawnienie do przetwarzania danych wrażliwych jest zastrzeżone wyłącznie dla osób zawodowo zajmujących się leczeniem lub świadczeniem usług medycznych oraz zarządzaniem tymi usługami. Należą do nich między innymi: pielęgniarki, położne, lekarze, stomatolodzy.

Administrator danych osobowych nie może więc upoważnić osób niezwiązanych z procesem leczenia do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej zostały opisane w artykule „Dokumentacja medyczna. Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej”

Kolejnym elementem jest ochrona danych osobowych przed dostępem do nich osób nieupoważnionych, przed ich zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024) określa:

- sposób prowadzenia i zakres dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych,
- warunki techniczne i organizacyjne, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych,
- wymagania w zakresie odnotowywania udostępniania danych osobowych i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych,
- trzy poziomy ochrony danych przetwarzanych w systemach informatycznych (podstawowy, podwyższony i wysoki).

Zastosowane przez Administratora Danych Osobowych środki ochrony oraz organizacja pracy powinna znaleźć swoje odzwierciedlenie w tworzonej i aktualizowanej dokumentacji.

Podstawowym dokumentem stworzonym przez Administratora Danych Osobowych jest „**Polityka Bezpieczeństwa Informacji**”, która powinna opisać zasady i reguły postępowania, które należy stosować, aby właściwie wykonać obowiązki związane z przetwarzaniem danych osobowych.

W przypadku przetwarzania danych w systemie informatycznym konieczne jest opracowanie „**Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym**”, określającej sposób zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych. W przypadku posiadania kilku systemów instrukcja powinna być stworzona dla każdego z nich.

Zakres dokumentacji tworzonej przez Administratora Danych powinien być dostosowany do struktury podmiotu. Nie jest możliwe przygotowanie wzoru dokumentacji dla różnej wielkości podmiotów.

Najważniejszymi elementami, które powinny znaleźć się w dokumentacji są:

- wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe,
- wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych,
- określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych,
- procedury nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności,
- stosowane metody i środki uwierzytelnienia oraz procedury związane z ich zarządzaniem i użytkowaniem,
- procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu,
- procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania wraz z miejscem i okresem ich przechowywania. ■

Sporządził
Arkadiusz Szczeciński
Główny informatyk NIPiP

Człowiek stary w instytucji opiekuńczej. Rola i odpowiedzialność pielęgniarki w domu pomocy społecznej w świetle obowiązujących przepisów prawnych.

Czas życia ludzkiego przez wieki zmienił się diametralnie. Na podstawie dostępnych źródeł uważa się, iż człowiek sprzed pięciu tysięcy lat żył około 20 lat. Na początku roku 1900 w USA średnio mężczyzna żył 48 lat, a kobieta 51. W roku 1996 średnia wieku w przypadku mężczyzn wynosiła 72 lata, a kobiet 79 lat. Obecnie średnia długość życia w Europie wynosi: dla mężczyzn 76,4 lata a dla kobiet 82,4 lata, w Polsce zaś 72,1 lat dla mężczyzn i 80,6 lat dla kobiet.

Ponad 10 procent ludności na całym świecie ma 60 lub więcej lat. Według prognozy do roku 2050 wiek 60 lat przekroczy co piąta osoba. Co najmniej dwukrotnie zwiększy się populacja ludzi powyżej 90 roku życia. Obserwuje się starość demograficzną społeczeństw, a Europa wśród nich jest najstarszym demograficznie kontynentem. Polska nie tak dawno jeszcze była najmłodsza demograficznie, jednak rozpoczęty proces starzenia się społeczeństwa polskiego (o czym świadczy niski współczynnik dzietności, ubytek naturalny, wzrost wskaźnika przeciętnego trwania życia, mediana wieku populacji oraz wzrost odsetka osób w wieku 80+) w prognozie możemy prowadzić nas na czołowe miejsce wśród państw starych demograficznie w Unii Europejskiej.

Starość - naturalny okres życia ludzkiego, który poprzedza długotrwały, powolny i stale postępujący proces o cechach zanikowych czy destrukcyjnych. Granice starości są bardzo płynne, a sam proces starzenia się przebiega etapami. Najpierw jest etap starzenia się społecznego, dopiero później następuje starzenie fizyczne. Starzenie zależy od sposobu i warunków życia. Odmienne będzie przebiegało u mężczyzn i kobiet, inaczej na wsi i w mieście. W literaturze możemy spotkać podział na 4 okresy starości tj. 60-69 lat – wiek początkowej starości, 70-74 lata – wiek przejściowy między początkową starością, a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej, 75-84 lata – wiek zaawansowanej starości, 85 lat i więcej – niedołężna starość. Jednakże wiek kalendarzowy nie

jest najważniejszym miernikiem nasilenia się procesów starzenia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), za początek starości uznaje 60 rok życia. Wyróżnia w niej trzy zasadnicze etapy: od 60 – 75 r. ż. – wiek podeszły (tzw. wczesna starość); od 75 – 90 r. ż. – wiek starczy (tzw. późna starość); 90 r. ż. i powyżej – wiek sędziwy (tzw. długowieczność).

Podstawowe cechy starości to: znaczny spadek zdolności adaptacyjnych człowieka w wymiarze biologicznym, psychospołecznym; postępujące ograniczenie samodzielności życiowej; stopniowe nasilenie się zależności od otoczenia.

Starzenie się organizmu jest procesem fizjologicznym i niekoniecznie wiąże się z chorowaniem. Jednak wielochorobowość i niesprawność prowadzące do niedołęstwa występują znacznie częściej u ludzi starszych niż w młodszych grupach wiekowych. W Polsce szacuje się, że populacja osób starszych powyżej 65 r. ż. stanowi grupę liczącą prawie 5 mln ludzi, wśród których około 2% to osoby obłożnie chore stale pozostające w łóżku, 17% to ludzie mający poważne problemy w zakresie poruszania się w obrębie mieszkania.

Osoby starsze przeciętnie chorują na 3-4 choroby przewlekłe i zażywają przewlekłe 4-5 leków. Zaledwie 7% osób w wieku powyżej 75 roku życia nie zgłasza żadnych schorzeń przewlekłych. Potrzeby ludzi w wieku podeszłym zazwyczaj mają charakter złożony.

Na typowe w tym wieku problemy zdrowotne nakładają się społeczne i ekonomiczne uwarunkowania życia (takie jak warunki mieszkaniowe, sytuacja rodzinna i wsparcie otoczenia) istotnie wpływając na stan zdrowia. We wczesnym okresie starości u osób w wieku 60 - 75 lat główne problemy zdrowotne to przede wszystkim typowe schorzenia internistyczne, chirurgiczne i ginekologiczne, które często współistnieją, zmieniają swój przebieg i mogą stwarzać problemy diagnostyczne i lecznicze.

Natomiast po 75 roku życia zdecydowanie częściej pojawia się zniechęcenie i tzw. problemy geriatryczne, do których m. in. zaliczamy: upadki i złamania na tle osteoporozy, omdlenie, nietrzymanie moczu, odleżyny. Pogorszenie sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności oraz zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych istotnie zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i usługi opiekuńcze. Niedostateczna opieka w tym zakresie często prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia, stąd też rosnące potrzeby w zakresie opieki medycznej i pomocy społecznej stanowią poważne wyzwanie. W Polsce zabezpieczenie potrzeb starzejącego się społeczeństwa realizowane jest przez system opieki zdrowotnej oraz system pomocy społecznej.

W zakresie opieki medycznej funkcjonują oddziały dla przewlekłych chorych, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), hospicja oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie opieki długoterminowej realizowane w miejscu zamieszkania i świadczenia pielęgniarstwa realizowane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.

W ramach systemu pomocy społecznej funkcjonują różne formy pomocy, w tym także domy pomocy społecznej. Osoby starsze niedołężne i samotne, nie posiadające oparcia w rodzinie mogą starać się o przyjęcie do domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Osoby, które cierpią na choroby przewlekłe wymagające stałego nadzoru i uniemożliwiające im samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym (np. omdlenie, porażenie połowicze, zaawansowany gościec przewlekły postępujący) mogą złożyć wniosek o przyjęcie do domu pomocy społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych. Osoby z chorobami psychicznymi są kierowane do domów pomocy społecznej dla przewlekłe psychicznie chorych.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską i przeznaczone są dla pacjentów wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów. W ZOL udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne osobom, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego i mają ukończony proces diagnostyczny, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego. Pobyt pacjenta ma charakter okresowy (do 6 miesięcy). Celem zakładu jest objęcie całodobową opieką osób niewymagających hospitalizacji, które ze względu na zły stan zdrowia i trudną sytuację rodzinną nie mogą przebywać w środowisku domowym.

W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych prowadzona jest opieka całodobowa obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego. Do ZPO przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarstwa niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZPO jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów. Pobyt pacjenta ma charakter tymczasowy, zwykle ograniczony jest do kilku tygodni. Celem pobytu jest przygotowanie rekonwalescenta do powrotu do środowiska domowego.

Hospicjum – zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską dla nieuleczalnie chorych w terminalnym okresie życia. Zasadniczym celem tego typu placówki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez leczenie objawowe, zwalczanie bólu, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych, wspomaganie rodziny w czasie trwania choroby i w okresie sieroctwa.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest kierowana do osób obłożnie przewlekle chorych przebywających w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarstwa. Do tego typu opieki kwalifikowani są pacjenci, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, a wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa w warunkach domowych. Opieką długoterminową w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów.

Podstawą do przyjęcia osoby starszej do DPS są niesprawność i trudna sytuacja społeczna (brak lub ograniczone środki do życia i brak wsparcia rodziny). W DPS opieka prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, który realizuje: usługi opiekuńcze, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację, psychoterapię, pracę społeczną. W ramach programu standaryzacji domów pomocy społecznej zespół terapeutyczny powinien prowadzić indywidualny plan opieki dla każdego mieszkańca DPS, zaś domy pomocy społecznej:

- 1) zapewniają opiekę pielęgniarek przez część doby dla osób w podeszłym wieku, niewymagających całodobowego nadzoru;
- 2) zapewniają całodobową opiekę pielęgniarek oraz usługi opiekuńcze specjalistyczne dla dzieci i dorosłych przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Ponadto mieszkańiec domu pomocy społecznej ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarza poz,

pielęgniarkę poz i pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej na takich samych zasadach jak osoby mieszkające we własnym domu.

Sprawowanie opieki przez pielęgniarkę poz nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami będącymi mieszkańcami DPS regulowane jest poprzez zapisy:

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.), które wskazuje na:

1. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:

- 1) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- 2) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;
- 3) wizytę patronażową, zgodnie z warunkami określonymi w części II;
- 4) testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyśleń od normy rozwojowej, zgodnie z warunkami określonymi w części II;
- 5) świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy, zgodnie z warunkami określonymi w części III.

2. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane z zachowaniem następujących warunków:

- 1) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8⁰⁰ a 18⁰⁰, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy;
- 2) w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczenie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej jest udzielane w dniu zgłoszenia;
- 3) w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są udzielane w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą;
- 4) świadczenia realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania są udzielane zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

3. Świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.

4. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej pobiera materiały do badań diagnostycznych w przypadkach gdy świadczenie, ze względów uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, może być zrealizowane wyłącznie w domu świadczeniobiorcy.

Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna ze zm. Rozdział 5 §16 pkt.4 i 5

4. Sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami będącymi podopiecznymi domów pomocy społecznej (DPS) obejmuje:

- 1) współudział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- 2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- 3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarstwa oraz zleceń lekarskich
5. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi,

wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i jedynie na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, pielęgniarka poz pobiera materiały do badań diagnostycznych. Podobne regulacje prawne dotyczą sprawowanie opieki przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej nad świadczeniobiorcami będącymi mieszkańcami DPS.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.) określa świadczenia gwarantowane, realizowane w warunkach domowych, które obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- 3) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- 4) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
- 5) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- 6) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

2. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

4. Inne warunki udzielania świadczeń gwarantowanych

- 1) dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00;
- 2) dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy - w medycznie uzasadnionych przypadkach;
- 3) wizyty - nie mniej niż 4 razy w tygodniu;
- 4) liczba świadczenioborców objętych opieką, przebywających pod różnymi adresami zamieszkania - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego - pielęgniarka nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 6 świadczeniobiorcami;
- 5) liczba świadczenioborców objętych opieką, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej) - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego - pielęgniarka nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 12 świadczeniobiorcami.

Zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej ze zm.

1. Świadczenia podstawowe do objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarstwą opieką długoterminową domową - Wykonanie kwalifikacji pacjenta na podstawie skierowania do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową - ustalenie problemów pielęgnacyjnych i indywidualnego planu opieki - obejmuje comiesięczną ocenę stanu zdrowia pacjenta według skali Barthel oraz ewentualną modyfikację planu opieki według którego wykonuje wszystkie niezbędne czynności pielęgnacyjne
2. Świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia - Prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niesprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi - świadczenie obejmuje edukację odnoszącą się do wszystkich czynności pielęgnacyjnych oraz wykonywania pomiarów parametrów życiowych. Każdy pomiar dokonany przez pielęgniarkę ma być wpisany w części "Obserwacje pielęgniarki"
3. Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - Założenie sondy

żołądkowej lub dwunastniczej, Zmiana opatrunku w sposób sterylny, założenie lub wymiana cewnika u kobiet - obejmuje jałowe podmycie krocza, obserwację ilości i barwy wydalanego moczu, obserwację w kierunku infekcji wstępującej układu moczowego, wymianę lub opróżnianie worka na mocz, płukanie pęcherza moczowego, podawanie leków w postaci iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych (w tym: podawanie insuliny) - obejmuje sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia (z wyjątkiem sprzętu do podawania insuliny), a w przypadku podawania insuliny także edukację w zakresie dawkowania, samokontroli i samodzielnego wykonywania iniekcji z insuliny przez pacjenta lub rodzinę, Podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych oraz w postaci iniekcji dożylnych - obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku i materiały medyczne niezbędne do wykonania zlecenia,

4. Świadczenia usprawniające w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - zastosowanie drenażu ułożeniowego - obejmuje nacieranie pleców, oklepywanie.

Zadania pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej określają przepisy o pomocy społecznej.

DPS świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających zwanych dalej mieszkańcami domu art. 55 ustawy o pomocy społecznej.

Osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest przez starostę do ZOL lub ZPO.

Art. 68 ustawy o pomocy społecznej wskazuje na konieczność świadczenia pielęgnacji w tym pielęgnacji w czasie choroby oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych w przypadku placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (placówka prowadzona w formie działalności gospodarczej).

Zakresy świadczonych usług przez poszczególne grupy personelu określa statut DPS.

Art. 68a ustawy o pomocy społecznej mówi o dokumentacji prowadzonej przez podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku i jest to: umowa o świadczenie usług w placówce, dane identyfikacyjne osób przebywające w placówce, dane identyfikacyjne opiekuna lub kuratora. Informacje dotyczące stanu zdrowia w szczególności - o wydanych orzeczeniach, zalecenia lekarskie, ewidencję korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki ze wskazaniem daty i zakresu tych świadczeń oraz danych świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych. Ewidencję stosowania przymusu bezpośredniego ze wskazaniem daty i zakresu tego środka. Dane kontaktowe rodziny, opiekuna prawnego, kuratora.

Rozporządzenie MPiPS z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej określa sposób funkcjonowania domów, tryb kierowania do DPS oraz wzór wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie DPS.

§ 2. 1. Dom funkcjonuje w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca domu.

W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca domu oraz zakresu usług, dom powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-

opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna realizacja tych planów z mieszkańcami. Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu.

§ 4. 1. Strukturę organizacyjną i szczegółowy zakres zadań poszczególnych typów domów określa opracowany przez dyrektora domu regulamin organizacyjny, przyjęty przez zarząd jednostki samorządu terytorialnego, a w przypadku domu gminnego – przez wójta, burmistrza lub prezydenta.

2. W przypadku gdy prowadzącym dom jest podmiot niepubliczny, regulamin organizacyjny ustala ten podmiot.

§ 5. 1. Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi: opiekuńcze, polegające na: pielęgnacji, a wśród pomieszczeń znajduje się w nim gabinet medycznej pomocy doraźnej.

Odpowiedzialność pielęgniarki w opiece nad człowiekiem starszym wynika z miejsca i rodzaju wykonywanych świadczeń oraz formy wykonywania zawodu. Kwestie te regulują przepisy:

- a. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.),
- b. Rozporządzenie 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. z dnia 14 listopada 2007 r.)
- c. ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011 nr 174 poz. 1038) oraz aktach wykonawczych do tych ustaw;
- d. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 ze zm., rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach oraz zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące warunków zawierania i realizowania umów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych;
- e. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr. 112, poz. 654),
- f. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52, poz. 417, tj. Dz.U. z 2012 r.)
- g. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz w zakresie pomocy społecznej
- h. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2009 r. Nr. 175, poz. 1362 z późn. zm.) i akty wykonawcze do tej ustawy
- i. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2012 poz. 964)

Zasady wykonywania zawodu określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Zasady zawarte w tej ustawie mają charakter obligatoryjny, co oznacza, że na osobach wykonujących zawód pielęgniarki lub zawód położnej ciąży prawny obowiązek ich stosowania. Są one powszechne, a więc dotyczą wszystkich osób wykonujących te zawody niezależnie od formy wykonywania zawodu: czy na podstawie umowy o pracę, czy umowy cywilno-prawnej, czy pielęgniarka/położna będzie prowadzić własną praktykę jako przedsiębiorca. Mają charakter nadrzędny nad postanowieniami aktów wewnętrznych regulujących funkcjonowanie podmiotów, w których pielęgniarki/położne wykonują swój zawód. Dlatego też zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pielęgniarek/położnych tworzone przez pracodawców powinny być zgodne z zapisami ustawy o zawodach.

Według ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również - zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Każda osoba wykonująca zawód pielęgniarki musi posiadać prawo wykonywania zawodu stwierdzone lub przyznane przez właściwą Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych, postępować zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, postępować zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, postępować z zachowaniem należytej staranności, postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej, postępować z poszanowaniem praw pacjenta i jego bezpieczeństwa. Jest zobowiązana do: udzielania pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonania pisemnego zlecenia lekarskiego w dokumentacji medycznej, prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, informowania pacjenta i zachowania tajemnicy zawodowej.

mgr Teresa Kuziara
specjalista w dziedzinie
pielęgniarstwa chirurgicznego,
członek NRPiP.

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Stanowisko nr 2
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 10 września 2013 r.

w sprawie poparcia ogólnopolskiej akcji
protestacyjnej

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów, pielęgniarek i położnych oraz zapewnienie pielęgniarkom i położnym godziwych warunków pracy i płacy, adekwatnych do wagi wykonywanych zawodów zaufania publicznego,

wyraża zdecydowane poparcie dla działań Związku
Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych

zmierzających do:

- ustaleniu norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnych z potrzebami pacjentów i oczekiwaniami organizacji reprezentujących nasze zawody,
- uzyskaniu przez pielęgniarki i położne prawa do wcześniejszych emerytur,

- zmian finansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych,
- poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne. ■

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej
Przewodnicząca Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Członkowie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Ministerstwo Zdrowia

Komunikat w sprawie rejestracji dzieci martwo urodzonych w urzędach stanu cywilnego

Departament Spraw Obywatelskich Ministerstwa Spraw Wewnętrznych informuje o napływających doniesieniach o przekazywaniu do urzędu stanu cywilnego przez podmioty lecznicze pisemnych zgłoszeń dzieci martwo urodzonych bez określonej płci, co w efekcie uniemożliwia rejestrację takich zdarzeń. Kierownik urzędu stanu cywilnego, nie mogąc sporządzić aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu na podstawie tak wystawionego zgłoszenia urodzenia dziecka, zwraca przedmiotowe dokumenty do ich wystawcy, na skutek czego podmiot leczniczy domaga się wydania decyzji administracyjnej o odmowie sporządzenia aktu urodzenia.

W związku z zaistniałą sytuacją, Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia w porozumieniu z Departamentem Spraw Obywatelskich Ministerstwa Spraw Wewnętrznych uprzejmie przypomina o obowiązujących w tym zakresie regulacjach prawnych:

Zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1986 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1264) zwanej dalej „ustawą”, podmioty lecznicze, lekarze i położne zgłoszenia urodzenia dokonują na piśmie, przekazując do urzędu stanu cywilnego pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka, którego wzór określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka (Dz. U. Nr 27, poz. 232).

Zgodnie z art. 38 ustawy:

„Urodzenie dziecka należy zgłosić w ciągu 14 dni od dnia urodzenia. Jeżeli dziecko urodziło się martwe, zgłoszenie takiego zdarzenia powinno nastąpić w ciągu 3 dni. W takim przypadku sporządza się akt urodzenia z adnotacją w rubryce „Uwagi”, że dziecko urodziło się martwe; aktu zgonu nie sporządza się.”

Zgodnie z art. 39 ustawy:

„Do zgłoszenia urodzenia dziecka są zobowiązani:

- 1) ojciec dziecka albo matka, jeżeli jej stan zdrowia na to pozwala, albo inna osoba obecna przy porodzie;
- 2) lekarz albo położna.

Jeżeli urodzenie dziecka nastąpiło w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, do zgłoszenia urodzenia jest obowiązany ten podmiot.”

Zgodnie z art. 40 ustawy:

„Akt urodzenia sporządza się na podstawie pisemnego

zgłoszenia urodzenia dziecka wystawionego przez lekarza, położną lub podmiot leczniczy

Do aktu urodzenia wpisuje się:

- 1) nazwisko, imię (imiona) i płeć dziecka;
- 2) miejsce i datę urodzenia dziecka;
- 3) nazwiska, nazwiska rodowe rodziców, imię (imiona), miejsce i datę urodzenia, miejsce zamieszkania każdego z rodziców w chwili urodzenia się dziecka;
- 4) nazwisko, imię i miejsce zamieszkania zgłaszającego;
- 5) dane dotyczące podmiotu leczniczego, jeżeli sporządzenie aktu następuje na podstawie zgłoszenia, o którym mowa w art. 39 ust. 2.

Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka powinno w szczególności zawierać:

- 1) imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, PESEL, określenie stanu cywilnego oraz miejsca stałego zameldowania matki dziecka;
- 2) imię i nazwisko, datę urodzenia, PESEL, określenie stanu cywilnego oraz miejsca stałego zameldowania ojca dziecka;
- 3) dane dotyczące wykształcenia rodziców dziecka;
- 4) dane dotyczące źródła utrzymania rodziców dziecka;
- 5) datę urodzenia dziecka;
- 6) określenie miejscowości urodzenia dziecka;
- 7) określenie płci, ciężaru i długości dziecka;
- 8) charakterystykę porodu”.

Z ustawy wynika, że tylko kompletnie wypełniony dokument pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka stanowi dokument bazowy, warunkujący możliwość rejestracji urodzenia zarówno żywego jak i martwego. Wpisywana w przedmiotowym dokumencie płeć dziecka jest kluczową informacją medyczną zamieszczaną również w akcie urodzenia i determinującą również możliwość jego sporządzenia, w tym określenie formy imienia oraz nazwiska.

Bezpodstawne jest żądanie przez podmiot leczniczy wydania decyzji administracyjnej o odmowie sporządzenia aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu w przypadku, gdy rodzice nie są zainteresowani rejestracją tego zdarzenia (nie dokonali ustnego zgłoszenia). W sytuacji, gdyby kierownik urzędu stanu cywilnego wszczął z urzędu postępowanie w sprawie sporządzenia aktu urodzenia, musiałby zawiadomić rodziców dziecka jako strony przedmiotowego postępowania i adresatów decyzji odmawiającej sporządzenia aktu, co z uwagi na szczególnie charakter tej sprawy nie znajduje żadnego uzasadnienia. Stroną takiego postępowania nie byłby podmiot leczniczy, którego rola polega na wystawieniu i przekazaniu do urzędu stanu cywilnego stosownego, odpowiednio wypełnionego dokumentu. Decyzja o odmowie sporządzenia aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu nie byłaby mu doręczona oraz nie mógłby od niej wnieść środków zaskarżenia. ■

Rekomendacje polskich Ekspertów dotyczące profilaktyki grypy w sezonie epidemicznym 2013/2014 (FLU FORUM 2013 Doroczna Debata Ekspertów)

Rosnąca liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę oraz spadający poziom wyszczepialności przeciw grypie w Polsce są jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego w Polsce, zwracają uczestnicy Flu Forum 2013. Eksperci

medyczni podkreślają, że można ograniczyć liczbę zachorowań na grypę oraz związanych z nimi powikłań. Podczas Flu Forum 2013 zaprezentowano rekomendacje dotyczące profilaktyki grypy na nadchodzący sezon epidemiczny.

Flu Forum jest doroczną debatą ekspertów medycznych, przedstawicieli instytucji i organizacji państwowych oraz przedsiębiorców. Konferencja służy wypracowaniu rozwiązań minimalizujących zdrowotne, społeczne i ekonomiczne skutki zachorowań na grypę. Szczególnym celem tegorocznej edycji było zaangażowanie pracodawców i przedstawicieli samorządu do wypracowania optymalnych metod współpracy ze środowiskami medycznymi. Dzięki temu możliwe będzie ograniczenie nie tylko medycznych, lecz również społecznych i ekonomicznych skutków zachorowań na grypę. Grypa od wielu lat jest jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego w Polsce. Jednym z głównych powodów utrzymywania się niskiego poziomu wyszczepialności przeciw grypie pozostaje brak świadomości zagrożeń wynikających z choroby oraz jej powikłań – tłumaczy Adam Antczak, Przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Oświaty Zdrowotnej Fundacji Haliny Osińskiej i dodaje – musimy zacząć budować system profilaktyki grypy od podstaw. Rekomendacje dotyczące szczepień przeciw grypie wskazują te grupy, dla których profilaktyka zachorowań przyniesie największą redukcję liczby hospitalizacji oraz zgonów z powodu grypy.

Prezentowane zalecenia wpisują się w rekomendacje wielu instytucji krajowych oraz międzynarodowych tj. Światowa Organizacja Zdrowia, Komitet Doradczy ds. Szczepień, Główny Inspektorat Sanitarny oraz Zakład Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy w NIZP-PZH. Naukowcy zwracają szczególną uwagę na konieczność popularyzacji profilaktyki grypy w społeczeństwie ze względów nie tylko klinicznych, lecz również epidemiologicznych. Do pierwszej grupy pacjentów należą ci, dla których szczepienie przeciw grypie pozwala zredukować ryzyko szczególnie groźnych powikłań pogrypowych. Do drugiej – osoby, których szczepienie przyczynia się do redukcji transmisji wirusa w społeczeństwie oraz ogranicza ryzyko epidemii grypy. Profilaktyka grypy jest szczególnie istotna w przypadku, gdy pracownik jest narażony na kontakt z wieloma zakażonymi osobami lub sam może przyczynić się do zakażenia innych – zauważa dr Aneta Nitsch-Osuch z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – kluczowe jest podniesienie wyszczepialności m.in. wśród pracowników sektora ochrony zdrowia. Szczepienia profilaktyczne są zalecane również osobom pracującym z małymi dziećmi lub opiekującymi się pacjentami z grup ryzyka, jak również wśród pracowników handlu, szkół oraz transportu. Dlatego ważne jest, aby w okresie od września do października jak największa liczba osób z grup, których dotyczą rekomendacje, zaszczepiło się przeciw grypie.

Jak wskazują meldunki Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH w ubiegłym sezonie zanotowano prawie 3 miliony zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę. Ponad 13 tysięcy osób było hospitalizowanych, 119 pacjentów zmarło. Szacunki wskazują, że poziom wyszczepialności przeciw grypie w Polsce wynosi 3,75%. Grypa oprócz negatywnego wpływu na zdrowie społeczeństwa, powoduje również poważne konsekwencje ekonomiczne, które w sezonie z epidemią mogą wynieść nawet 4,3 mld zł.

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy, które namnażają się w komórkach nabłonka dróg oddechowych. Objawy grypy pojawiają się nagle. Do typowych objawów grypy należą: wysoka gorączka, ból gardła, głowy

i mięśni, a także dreszcze, jadłowstręt, silne uczucie zmęczenia i rozbicia. Tym, co różni grypę od innych infekcji układu oddechowego, jest znacznie wyższy wskaźnik groźnych dla zdrowia i życia powikłań, które są jej następstwem. Najbardziej narażone na powikłania pogrypowe są małe dzieci, seniorzy, a także osoby cierpiące na przewlekłe choroby układów oddechowego i sercowo-naczyniowego oraz cukrzycę. Do najczęstszych powikłań grypy należą wtórne zakażenia bakteryjne i wirusowe oraz zaostrzenie współistniejących chorób przewlekłych.

Okres największej aktywności wirusów grypy w naszym klimacie to zima i wiosna.

Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy jest inicjatywą społeczną niezależnych ekspertów medycznych. Celem Programu jest poprawa wyszczepialności przeciw grypie w Polsce, zwłaszcza wśród pacjentów z grup ryzyka oraz informowanie Polaków o zagrożeniach związanych z grypą i jej powikłaniami. Organizatorami Społecznej Kampanii Informacyjnej związanej z tym Programem są Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej oraz Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej. Działania skierowane są do środowiska medycznego, opinii publicznej, samorządu oraz pracodawców. Przedsięwzięcie spotkało się z aprobatą najważniejszych instytucji działających na rzecz poprawy zdrowia publicznego – Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH oraz takich organizacji jak Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 9 towarzystw medycznych, 4 organizacji zrzeszających pracodawców oraz związki samorządów. W działania Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy zaangażowali się eksperci medyczni, liderzy opinii oraz ludzie nauki, kultury oraz biznesu. Więcej informacji o Programie znajduje się w dokumentach, udostępnionych na stronie www.opzg.pl.

List otwarty ekspertów

Szanowni Państwo,

Ostatni sezon epidemiczny zakończył się prawie **3-trzykrotnym wzrostem liczby zachorowań** i podejrzeń zachorowań na grypę oraz związanych z nią hospitalizacji.¹ Z powodu grypy zmarło 119 osób. W tym samym czasie, po raz kolejny, **o 16% spadł poziom wyszczepialności przeciw grypie**, osiągając w Polsce katastrofalny poziom 3,75%.

Oprócz następstw medycznych, grypa niesie ze sobą liczne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. W sezonie z epidemią tylko koszty pośrednie związane z grypą mogą sięgać nawet 4,3 mld PLN.²

Grypie i jej ciężkim powikłaniem, w tym kończącym się zgonem, można zapobiegać. W prosty sposób można ograniczyć jej skutki społeczne i ekonomiczne. Szczepienia są powszechnie uznaną, efektywną i taną metodą profilaktyki i kontroli grypy.³ Potwierdzają to zarówno wyniki badań klinicznych, jak również powszechne rekomendacje szczepień. Na potrzebę szczepień pacjentów z grup ryzyka powikłań pogrypowych, wskazują takie instytucje zdrowia publicznego jak: WHO, Komitet Doradczy ds. Szczepień (ACIP, USA), Europejska Naukowa Grupa Robocza ds. Grypy oraz Główny Inspektorat Sanitarny, Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy w NIZP – PZH w Polsce.

Ważne, **aby rekomendacje szczepień skutecznie realizować. Do tego niezbędne jest zaangażowanie pracowników sektora ochrony zdrowia.** Są oni bowiem **najlepszym źródłem rzetelnej informacji** dla pacjentów **oraz władz samorządowych**, które prowadząc programy zdrowotne mogą skutecznie wspierać realizację szczepień pacjentów z grup ryzyka.

Dla pracodawców finansowanie szczepień pracowników po prostu się opłaca. W znaczący sposób ogranicza absencję pracowniczą i związane z nią problemy organizacyjne i koszty.

W procesie podnoszenia wyszczepialności należy zmierzyć się **z koniecznością modyfikacji postaw społecznych wobec szczepień przeciw grypie**, dlatego też istotne jest zaangażowanie i **wspólny, jednoznaczny głos wszystkich, którzy mają wpływ na ich kształtowanie**. Należą tu: instytucje zdrowia publicznego, autorytety medyczne, pracownicy ochrony zdrowia, władze samorządowe i pracodawcy. Zapraszamy do zapoznania się z dołączonym do tego listu **opracowaniem najnowszych danych epidemiologicznych oraz aktualnych rekomendacji polskich i światowych w zakresie profilaktyki grypy**.

Tylko wspólnymi siłami, dzięki konsekwencji i współpracy będziemy mogli konsekwentnie zmieniać oblicze profilaktyki grypy w Polsce oraz ograniczać medyczne, społeczne i ekonomiczne skutki grypy.

W debacie FLU FORUM 2013 udział wzięli m.in.:

prof. UM w Łodzi dr hab. med. Adam Antczak – Przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Oświaty Zdrowotnej Fundacji Haliny Osieńskiej, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc

prof. dr hab. Lidia B. Brydak – Kierownik Zakładu Badań Wirusów Grypy, Krajowego Ośrodka ds. Grypy w NIZP-PZH

prof. dr hab. med. Bogdan Chazan – Dyrektor Szpitala im. Świętej Rodziny w Warszawie

prof. IK w Warszawie dr hab. med. Andrzej Ciszewski – Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

Michał Ilnicki – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi

dr Bożena Janicka – Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia

Włodzimierz Jezierski – Prezes Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej

Marta Klimkowska – Misiak – Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, Naczelna Izba Lekarska

dr Jacek Krajewski – Prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie

dr Jarosław Król – Skarbnik Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia

dr n. med. Ernest Kuchar – Polskie Towarzystwo Wakcynologii

Izabela Kucharska – Dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi w Głównym Inspektoracie Sanitarnym

Teresa Kuziara – Członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

dr n. med. Halina Krześciak – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Tomasz Latos – Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

Andrzej Malinowski – Prezydent Związku Pracodawców "Pracodawcy RP"

dr n. med. Agnieszka Mastalerz – Migas – Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

dr n. med. Wojciech Matusiewicz – Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych

dr n. med. Aneta Nitsch – Osuch – Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Maciej Piróg – Doradca Prezydenta RP

Marek Posobkiewicz – p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

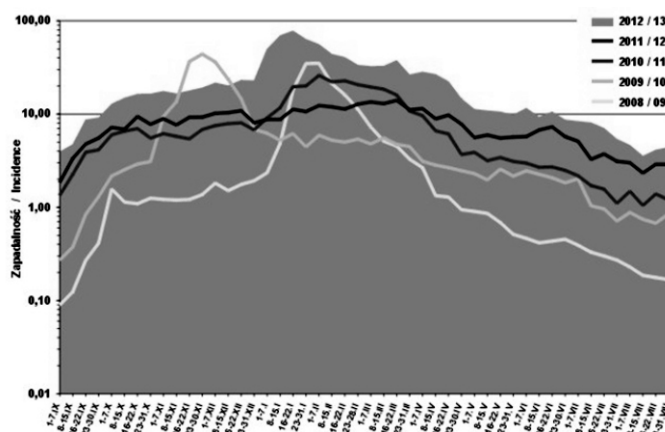
Igor Radzewicz – Winnicki – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Wójcik – Dyrektor Biura Związku Powiatów Polskich

Załączniki do Listu Ekspertów:

1. Polskie dane epidemiologiczne
 1. Grypa – zachorowania, hospitalizacje, zgony
 2. Szczepienia przeciw grypie
2. Wskazania do szczepień
 1. Wskazania kliniczne
 2. Wskazania epidemiologiczne
3. Przeciwwskazania do szczepień
4. Szczepionki przeciw grypie:
 1. szczepionki zatwierdzone przez WHO
 2. szczepionki dostępne w Polsce w sezonie 2013/2014
 3. dawkowanie

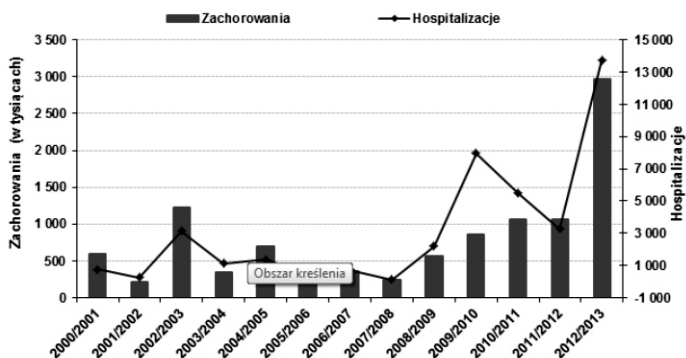
Załącznik 1A. Epidemiologia – Grypa: zachorowania, hospitalizacje i zgony



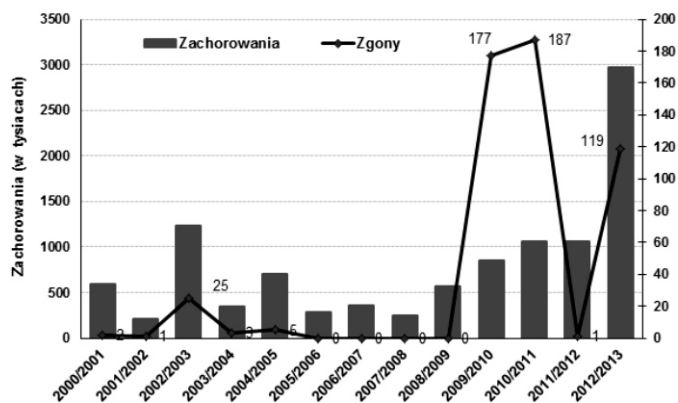
Dane dotyczące zachorowań i podejrzeń zachorowań na grype oraz związanych z nimi liczbami hospitalizacji i zgonów w sezonach 2000/2001 - 2012/2013 (www.pzh.gov.pl)

Sezon	Zachorowania	Hospitalizacje	Zgony
2000/2001	587 322	748	2
2001/2002	214 081	261	1
2002/2003	1 227 852	3 154	25
2003/2004	344 772	1 119	3
2004/2005	700 798	1 352	5
2005/2006	283 231	418	0
2006/2007	355 326	730	0
2007/2008	243 591	142	0
2008/2009	562 443	2 200	0
2009/2010	855 127	7 949	177
2010/2011	1 061 391	5 470	187
2011/2012	1 066 238	3 289	1
2012/2013	2 989 041	13 837	119

Zachorowania i podejrzeń zachorowań na grype oraz hospitalizacje z powodu grypy lub podejrzeń grypy w sezonach 2000/2001-2012/2013 (www.pzh.gov.pl)



Zachorowania i podejrzeń zachorowań na grype oraz zgony z powodu grypy w sezonach 2000/2001-2012/2013 (www.pzh.gov.pl)



ZAŁĄCZNIK 1B. Epidemiologia - Szczepienia przeciw grypie

Liczba zgłoszonych do NIZP-PZH szczepień przeciw grypie (www.pzh.gov.pl)

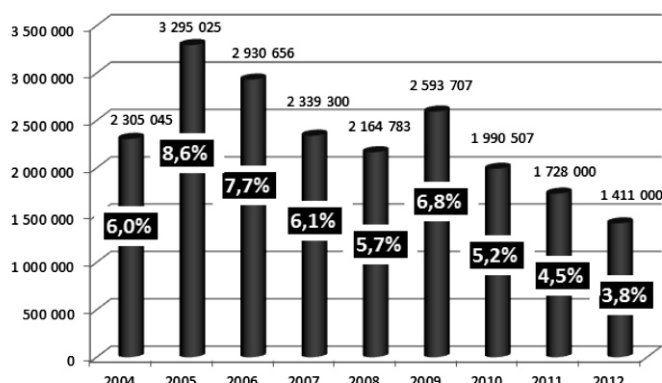
Rok	0-4 lat	5-14 lat	15-64 lat	65+	Suma szczepień
2004	22 637	91 339	873 435	369 297	1 356 708
2005	33 242	117 402	1 048 809	403 672	1 603 125
2006	26 804	98 853	799 527	446 421	1 371 605
2007	19 834	76 155	674 441	442 221	1 212 651
2008	20 346	65 298	608 479	464 755	1 158 878
2009	37 976	112 946	842 282	584 128	1 577 332
2010	20 241	66 185	601 055	480 951	1 168 432
2011	17 617	56 948	530 558	455 988	1 061 111
2012	13 140	43 418	427 845	418 905	903 308

Porównanie zareportowanych, zrealizowanych szczepień przeciw grypie, z ilością dawek szczepionek przeciw grypie sprzedanych na rynku, pozwalają domniemywać, że około 40-45% szczepień, realizowanych najprawdopodobniej w prywatnych placówkach medycznych i gabinetach lekarskich, nie jest raportowanych do NIZP-PZH.

Estymacja liczby realizowanych szczepień w oparciu o liczbę sprzedanych na rynku polskich szczepionek przeciw grypie oraz poziomu realizacji szczepień raportowanych do NIZP-PZH w poszczególnych grupach wiekowych

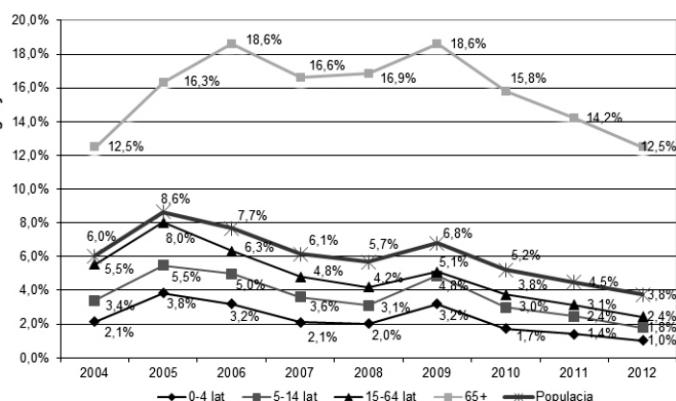
ROK	0-4 lat	5-14 lat	15-64 lat	65+	Ilość szczepionek
2004	38 460	155 185	1 483 965	627 435	2 305 045
2005	68 325	241 305	2 155 697	829 698	3 295 025
2006	57 271	211 215	1 708 319	953 851	2 930 656
2007	38 261	146 909	1 301 050	853 079	2 339 300
2008	38 006	121 977	1 136 638	868 162	2 164 783
2009	62 446	185 724	1 385 018	960 519	2 593 707
2010	34 482	112 751	1 023 940	819 334	1 990 507
2011	28 689	92 739	864 004	742 568	1 728 000
2012	20 525	67 820	668 309	654 345	1 411 000

Szacunkowe liczby dawek szczepionek przeciw grypie sprzedanych na rynku polskim w latach 2004-2012 oraz poziom wyszczepialności przeciw grypie populacji polskiej



Średnie poziomy zaszczepienia populacji w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2004-2012 (estymacje rynkowe na bazie danych

pochodzące od dystrybutorów oraz dostępnych na stronie www.pzh.gov.pl)



Bruksela wyrównuje szanse polskich pielęgniarek i położnych

Od dziś (9.10.13) kwalifikacje ponad połowy polskich pielęgniarek, które były tego pozbawione, będą automatycznie uznawane we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

Oznacza to, że również te najbardziej doświadczone i najdłużej pracujące w zawodzie (licea medyczne przestały istnieć w 1996) pielęgniarki mogą bez dodatkowych formalności podejmować pracę w dowolnym kraju członkowskim UE. **Parlament Europejski uchwalił zmiany w Dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych, które umożliwiają:**

„1) automatyczne uznawanie kwalifikacji pielęgniarek - absolwentek liceów medycznych (na zasadzie praw nabytych),
2) zmianę warunków uznawania kwalifikacji pielęgniarek i położnych – absolwentek szkół pomaturalnych polegającą na skróceniu wymaganego doświadczenia zawodowego (3 kolejne lata z ostatnich 5 lat, zamiast 5 lat doświadczenia z ostatnich 7 lat)”.

O ten zapis rząd polski zabiegał od ponad siedmiu lat, obligowany do tego przez samorząd i związek zawodowy pielęgniarek i położnych. Obie organizacje jeszcze na poziomie negocjacji akcesyjnych alarmowały, że strona polska nie dokłada starań, by zapewnić polskim pielęgniarkom i położnym takich samych warunków uznania kwalifikacji w UE jak przedstawicielkom tych zawodów z innych krajów-kandydatów.

Po uchwaleniu dyrektywy dokładały starań, by pominięte absolwentki liceów medycznych, które stanowiły wówczas blisko 70 proc. wszystkich zarejestrowanych pielęgniarek, zostały zrównane w prawach z pielęgniarkami mającymi wykształcenie pomaturalne lub wyższe.

10 października 2006 roku NRPI i OZZPiP wydały wspólny komunikat, w którym domagały się od Premiera Rządu RP wyjaśnienia, dlaczego w akcie akcesyjnym zabrakło zapisu uznającego kwalifikacje blisko 177 855 polskich pielęgniarek i położnych.

W niespełna tydzień (2-6.10.06) zebrano 60 tys. podpisów pielęgniarek, położnych, lekarzy i pacjentów z prośbą o interwencję (połowę podpisanych kartek przekazano Prezydentowi RP, drugą Przewodniczącemu Komisji Europejskiej). 12 paź-

dziennika 2006 r. do Brukseli udała się 25-osobowa delegacja przedstawicieli obu zawodów, które spotkały się z polskimi eurodeputowanymi oraz przedstawicielami Komisji Europejskiej.

17 października odbyło się spotkanie Ministra Zdrowia z delegatami, które wróciły z Brukseli. Minister Zdrowia zobowiązał się wystąpić do Rady Ministrów z wnioskiem o podjęcie działań zmierzających do zmiany zapisu dyrektywy oraz podjęcia prac nad zmianą rozporządzenia MZ o tzw. studiach pomostowych. W grudniu tego roku ukazało się oświadczenie Ministra Zdrowia, że „dyplomy i świadectwa uzyskane przez polskie pielęgniarki i położne w poprzednich systemach kształcenia nie tracą i nie stracą w przyszłości ważności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”, a „ukończenie tzw. studiów pomostowych nie jest obowiązkowe dla pielęgniarek i położnych”. Choć nie obowiązkowe, **studia pomostowe w latach 2008 – 2013 ukończyło 34 tys. pielęgniarek (zarówno absolwentek 5-letnich szkół medycznych, jak i absolwentek medycznych szkół pomaturalnych)**. Studia pomostowe są współfinansowane przez Unię Europejską, jako forma pomocy tym polskim pielęgniarkom, które do tej pory miały utrudniony dostęp do unijnego rynku pracy. **Dzięki zmianie dyrektywy 2005/36/WE, około 150 tys. pielęgniarek – absolwentek liceów medycznych będzie mogło bez przeszkód podjąć pracę w dowolnym kraju UE. Ciekawe, ile z nich skorzysta z tej szansy i na ile to uszczupli i tak już dramatycznie spadającą liczbę pielęgniarek w Polsce.** ■



Prawo

Przedruk Dziennik Gazeta Prawna, 12 września 2013 nr 177

Jak planować i rozliczać godziny pracy w podmiocie leczniczym po sierpniowej nowelizacji kodeksu

Pielęgniarka jest zatrudniona w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych pacjentom. Od 1 września 2013 r. pracodawca zdecydował się wprowadzić dla całego białego personelu 12-miesięczny okres rozliczeniowy, zawierając porozumienie z zakładowymi organizacjami związkowymi. W jaki sposób prawidłowo rozliczyć czas pracy pielęgniarki, jeśli polecano jej pracę w nadgodzinach dobowych oraz w wolne soboty, a jej wynagrodzenie składa się z 1800 zł pensji zasadniczej oraz 300 zł dodatku stażowego?

ODPOWIEDŹ

Niestety nowelizacja kodeksu pracy (dalej: k.p.) uelastyczniając czas pracy w znacznej mierze nie może zostać zastosowana do podmiotów leczniczych, gdyż te posiadają własne reguły dotyczące czasu pracy w ustawie o działalności leczniczej, które mają charakter szczególny w stosunku do regulacji kodeksowej. Przykładem takiego rozwiązania będzie 12-miesięczny okres rozliczeniowy czasu pracy. Zgodnie bowiem z art. 93 ustawy o działalności leczniczej okres rozliczeniowy w systemie podstawowym wynosi do 3 miesięcy, a w równoważnym powinien wynosić do miesiąca z możliwością wydłużenia do 3 miesięcy. Działanie pracodawcy jest więc nieprawidłowe i w razie kontroli Państwowej Inspekcji

Pracy inspektor zastosuje najdłuższy okres dozwolony przez przepisy, czyli 3-miesięczny - wrzesień - listopad 2013 roku. Powyższy błąd nie komplikuje jednak rozliczenia za wrzesień, który jest pierwszym miesiącem okresu rozliczeniowego, co oznacza w dalszym okresie możliwość korekty godzin pracy i w rezultacie jego prawidłowego rozliczenia. W praktyce najbezpieczniejsze dla pracodawcy będzie zamknięcie okresu rozliczeniowego z końcem listopada, gdyż taką jego maksymalną długość przewidują przepisy.

Grafik na cały okres

Wstępem do rozliczenia czasu pracy musi być tradycyjnie analiza grafiku, pozwalająca wychwycić błędy, które mogą powodować naruszenia norm czasu pracy. W omawianym przykładzie pracodawca prawidłowo zaplanował pielęgniarkę 21 dni pracy po 7 godzin 35 minut każdy, czyli w sumie 159 godzin 15 minut. Jest to wartość zgodna z wymiarem obowiązującym we wrześniu. Co więcej dłuższy niż miesięczny okres rozliczeniowy daje pracodawcy możliwość nierównomiernego rozkładu czasu pracy, więc zaplanowanie na wrzesień większej liczby godzin nie spowodowałoby automatycznego przekroczenia przeciętnej normy tygodniowej. Pielęgniarka ma zaplanowane minimalne odpoczynki tygodniowe oraz jedną niedzielę wolną od pracy, więc można uznać, że grafik został sporządzony prawidłowo.

Dziwić może to, iż pielęgniarka jest zatrudniona w systemie podstawowym, a nie równoważnym. Powodem stosowania tego rozwiązania jest często art. 94 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Przepis ten przewiduje, że rozkład czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych zatrudnionych w ramach systemu równoważnego ma być stosowany na podstawie harmonogramów ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego. W praktyce oznacza to, że wprowadzenie 12-miesięcznego okresu rozliczeniowego oznaczałoby konieczność sporządzenia dla nich grafiku z góry na cały rok lub przy prawidłowym zastosowaniu okresu rozliczeniowego z ustawy o działalności leczniczej na 3-4 miesiące. Powyższy przepis, jako regulacja szczególna, wyłącza ogólną normę art. 129 par. 3 k.p. wprowadzoną 23 sierpnia 2013 r., z której wynika możliwość sporządzania rozkładów czasu pracy na okresy krótsze niż okres rozliczeniowy, obejmujące jednak co najmniej miesiąc.

Nadgodziny

Porównanie planu z wykonaniem jasno wskazuje, że pracownica przekroczyła normy czasu pracy. Pielęgniarka pracowała po godzinach w środę 4 września (2 godz. 25 min), w czwartek 5 września (4 godz. 25 min) w sobotę 7 września (10 godz.) w niedzielę 8 września (2 godz. 25 min), w poniedziałek 9 września (1 godz. 25 min), we wtorek 10 września (25 min), w poniedziałek 16 września (4 godz. 25 min), we wtorek 17 września (2 godz. 25 min), w sobotę 28 września (8 godz.) oraz w sobotę 28 września (1 godz. 25 min). Wobec trwającego okresu rozliczeniowego na tym etapie nie możemy jeszcze rozliczyć przekroczeń normy tygodniowej, gdyż do tego konieczne jest zamknięcie okresu rozliczeniowego. Warto jednak pamiętać, że zgodnie z art. 80 k.p. pracownicy przysługuje wynagrodzenie za pracę wykonaną, więc za pierwszych 7 godzin 35 minut pracy w wolne soboty należy naliczyć jej normalne wynagrodzenie.

Nie jest to powszechna praktyka, gdyż większość pracodawców wypłaca wynagrodzenie za pracę w dniu wolnym wynikającym z planowania czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w miesiącu. W którym następuje odbiór dnia wolnego. Jest to jedyna forma rekompensaty takich godzin, a z art 1513 k.p. wynika ponadto obowiązek

uzgodnienia terminu odbioru wolnego z pracownikiem oraz udzielenia go przed końcem okresu rozliczeniowego. Dotychczas Państwowa Inspekcja Pracy nie negowała jednak takich praktyk uznając, że pracownik nie traci na takim działaniu, gdyż dochodzi jedynie do odroczenia terminu wypłaty tego składnika pensji. Warto jednak pamiętać, że z literalnego brzmienia przepisów wynika konieczność wypłaty normalnego wynagrodzenia za sobotnią pracę wraz z pensją za ten miesiąc.

Tym sposobem jako potencjalne przekroczenia tygodniowe należy potraktować pracę w wolne soboty 7 i 21 września w zakresie, w jakim praca ta nie przekracza dobowej normy czasu pracy (pierwszych 7 godz. 35 min). W sumie daje to 15 godzin i 10 minut, za które pracodawca powinien wypłacić pielęgniarce normalne wynagrodzenie, a w kolejnych miesiącach okresu udzielić dni wolnych od pracy zwalniając się z obowiązku wypłaty dodatku. Pozostałe godziny pracy w wolną sobotę to typowe przekroczenia dobowe, za które pielęgniarce przysługuje czas wolny lub wynagrodzenie wraz z dodatkiem płatne z pensją za ten miesiąc.

Przekroczenia dobowe

Nadgodziny dobowe liczymy w przypadku pracowników podmiotu leczniczego po przekroczeniu 7 godz. 35 min pracy wдобіе, a wobec wystąpienia aż 10 przypadków polecenia dodatkowej pracy przekraczającej obowiązującą pielęgniarzkę normę

WAŻNE: Jeśli pracodawca nie wypłaci wynagrodzenia i dodatku za nadgodziny dobowe w danym miesiącu, a następnie nie dojdzie do ich rekompensaty czasem wolnym, to ryzykuje on mandatem od PIP za wykroczenie z art. 282 par. 1 pkt 1 kp, a ponadto będzie musiał wypłacić te należności wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę

dało to w sumie 22 godziny 10 minut. Można je zrekompensować na dwa sposoby: czasem wolnym lub wynagrodzeniem

uzupełnionym o stosowny dodatek. Co istotne wniosek lub odpowiednio decyzja pracodawcy o rekompensacie nadgodzin czasem wolnym musi zapaść przed naliczeniem i wypłatą wynagrodzenia za dany miesiąc. Zwrócił na to uwagę Główny Inspektorat Pracy w stanowisku z 11 kwietnia 2009 r. w sprawie terminu składania wniosku o czas wolnego od pracy (ĆPP-306-4560-32/09/ PE/RP) uznając, że przekroczenia te powstają w dniu, w którym wystąpiły. To z kolei oznacza, że w braku wniosku pracownika o odbiór czasu wolnego lub decyzji pracodawcy o jego wyznaczeniu w grafiku brakuje podstaw, by odroczyć termin wypłaty należnego za nie wynagrodzenia i dodatku.

Wszystkie przekroczenia dobowe będą rekompensowane w ten sam sposób. Dotyczy to również dodatkowych 2 godzin 25 minut pracy w niedzielę, gdyż 100 proc. dodatek do normalnego wynagrodzenia za pracę przysługuje jedynie za dobówki przypadające w ramach wolnej niedzieli, ta zaś była pracująca dla pielęgniarki. Oznacza to, że wszystkie stwierdzone przekroczenia dobowe rekompensuje się 50-proc. dodatkiem do normalnego wynagrodzenia za pracę. Pracodawca będzie musiał odrębnie ustalić stawkę normalnego wynagrodzenia za te przekroczenia i dodatku, gdyż pensja pielęgniarki jest dwuskładnikowa i obejmuje poza stałą stawką miesięczną dodatek stażowy. Oba te składniki wejdą do podstawy obliczania normalnego wynagrodzenia za pracę, z kolei dodatek trzeba będzie obliczyć w oparciu o samą stawkę zasadniczą. ■

Podstawa prawna

Art. 129 ustawy z 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.).

Art. 93 i 94 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.).

Łukasz Prasolek
asystent sędziego w Izbie Pracy,
Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
Sądu Najwyższego

Wynagrodzenie	Kolejność postępowania	Rachunki
Normalne wynagrodzenie za godziny pracy	<p>Krok 1. Ustalamy liczbę przepracowanych godzin</p> <p>Krok 2. Odliczamy przekroczenia dobowe</p> <p>Krok 3. Obliczamy liczbę godzin pracy w dniach wolnych</p> <p>Krok 4. Obliczamy normalne wynagrodzenie za dodatkową pracę</p>	<p>159 godz. 15 min (wymiar) + z godz. 25 min + 4 godz. 25 min + 1o godz. + 2 godz. 25 min + 1 godz. 25 min + 25 min + 4 godz. 25 min + 2 godz. 25 min + 8 godz. 1 godz. 25 min = 196 godz. 35 min</p> <p>2 godz. 25 min + 4 godz. 25 min + 2 godz. 25 min + 2 godz. 25 min + 1 godz. 25 min 125 min + 4 godz. 25 min + 2 godz. 25 min + 25 min + 1 godz. 25 min = 22 godz. 10 min</p> <p>7 godz. 35 min + 7 godz. 35 min . = 15 godz. 10 min</p> <p>(1800 zł + 300 zł): 159 godz. 15 min = 13,19 zł/godz. (22 godz. 10 min + 15 godz. 10 min) x 13,19 zł j 37 godz. 20 min x 13,19 zł = 492,43 zł</p>
Dodatki za godziny nadliczbowe	Krok 1. Obliczamy dodatki za nadgodziny dobowe	1800 zł: 159 godz. 15 min = 11,30 zł/godz. (11,30 zł x 50 proc.) x 22 godz. 10 min = 5,65 zł x 22 godz. 10 min = 125,24 zł
Ogółem do wypłaty	Pensja + wynagrodzenie za dodatkowe godziny pracy + dodatki za przekroczenia dobowe	1800 zł + 300 zł + 492,43 zł + 125,24 zł = 2717,67 zł

Przedruk Dziennik Gazeta Prawna, 2 września 2013 nr 169

Pielęgniarki i położne bez branżowej płacy minimalnej

Ochrona zdrowia

Pracownicy placówek ochrony zdrowia zaapelowali do ministra zdrowia o podjęcie prac nad odrębnym aktem prawnym, który ustali najniższe wynagrodzenie dla obu wyżej wymienionych zawodów. Powołują się na zapisy w Karcie nauczyciela, które takie świadczenie gwarantują pedagogom. Podkreślają, że ustalenie minimalnej płacy dla pielęgniarek umożliwiłoby ich sprawiedliwe wynagradzanie w całym kraju, bez względu na region i miejsce zatrudnienia.

Posel Stanisław Szwed (PiS) złożył interpelację do resortu zdrowia, pytając, czy zostaną podjęte odpowiednie prace legislacyjne. Ministerstwo odpowiedziało, że nie zamierza tego robić.

Sławomir Neumann, wiceminister zdrowia, wyjaśnia, że znaczna część pielęgniarek i położnych jest zatrudniona w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) za zarządzanie placówką medyczną odpowiada jej dyrektor. To on decyduje w kwestiach związanych z zatrudnianiem i wynagradzaniem.

W jego ocenie poziom wynagrodzenia pielęgniarek i położnych powinien być uzależniony od kondycji ekonomicznej placówki, wielkości jej nakładów finansowych oraz realiów lokalnego rynku pracy. Poziom płac powinien wynikać także kontraktu jaki dana placówka ma z NFZ. Decyzje dyrektora powinny też wynikać z wewnętrznych rozwiązań organizacyjnych i regulaminowych.

Poza tym narzucenie płacy minimalnej dla pielęgniarek i położnych byłoby niezgodne z konstytucją. Zgodnie z art. 22 ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i ze względu na ważny interes publiczny. ■

Tomasz Zalewski
tomasz.zalewski@infbr.pl

Przedruk z Wolters Kluwe Magdalena Barbara Rybak

Czy za czas tego szkolenia należy oddać pielęgniarkom czas wolny?

Problem wliczania do czasu pracy czasu szkolenia nie jest uregulowany w przepisach. Zgodnie z najnowszymi poglądami wyrażanymi w doktrynie prawa pracy w sytuacji gdy szkolenie jest obowiązkowe, czas takiego szkolenia powinien być wliczany do czasu pracy. W zależności od tego, w jaki dzień odbywało się szkolenie, pracodawca powinien oddać pracownikom cały dzień wolny lub udzielić czasu wolnego od pracy. Może też wypłacić normalne wynagrodzenie wraz z odpowiednim dodatkiem: 50 lub 100%. Do czasu pracy nie wlicza się natomiast czasu nieobowiązkowego szkolenia odbywanego poza normalnym czasem pracy. Udział w szkoleniu, na które pracownik został skierowany przez pracodawcę i które odbywa się w czasie pracy, jest uważany za pozostawanie w dyspozycji pracodawcy.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 128 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94

z późn. zm.) czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Cechą charakterystyczną pozostawania w dyspozycji pracodawcy jest ograniczenie swobody osobistej pracownika w zakresie niezbędnym dla wywiązania się z obowiązków wynikających ze stosunku pracy (W. Masewicz, Czas pracy jako pojęcie prawne, PiP 1997, Nr 3, s. 87-88).

Pracodawca może rekompensować pracownikowi pracę w godzinach nadliczbowych dodatkowym wynagrodzeniem albo czasem wolnym od pracy. W pewnych przypadkach pracodawca powinien w pierwszej kolejności udzielić pracownikowi dnia wolnego od pracy w zamian za pracę w godzinach nadliczbowych. Ma to miejsce np. w sytuacji, gdy praca w godzinach nadliczbowych odbywała się w dniu wolnym od pracy wynikającym z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

Za pracę w godzinach nadliczbowych pracownikowi przysługuje przede wszystkim normalne wynagrodzenie, czyli takie które pracownik otrzymuje stale i systematycznie. Oprócz normalnego wynagrodzenia, pracownikowi przysługuje dodatek w wysokości 50% lub 100% wynagrodzenia, w zależności od dnia lub pory dnia, w którym miała miejsce praca w godzinach nadliczbowych (art. 1511 § 1 Kodeksu pracy).

Praca w godzinach nadliczbowych może być rekompensowana w miejsce dodatkowego wynagrodzenia czasem wolnym od pracy. Udzielenie czasu wolnego od pracy w zamian za pracę w godzinach nadliczbowych może mieć miejsce albo na wniosek pracownika albo bez tego wniosku, z inicjatywy pracodawcy.

Od 29 listopada 2002 r. pracodawcy mogą rekompensować pracownikom pracę w godzinach nadliczbowych bez ich wniosku. W takim przypadku czasu wolnego udziela się w wymiarze o połowę wyższym niż liczba przepracowanych godzin nadliczbowych. Termin czasu wolnego udzielonego z inicjatywy pracodawcy powinien przypadać nie później niż do końca danego okresu rozliczeniowego (art. 1512 §2 Kodeksu pracy). Pracownikowi, który ze względu na konieczność pracy w godzinach nadliczbowych wykonywał pracę w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy (art. 1513 Kodeksu pracy). Dzień wolny powinien zostać udzielony w tym samym okresie rozliczeniowym, w którym miała miejsce praca w dniu wolnym z tytułu przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy. Dzień wolny przysługuje pracownikowi bez względu na liczbę faktycznie przepracowanych godzin nadliczbowych. Jeśli więc pracownik przepracował w taki dzień np. 4 godziny, to powinien otrzymać w zamian cały dzień wolny od pracy. Ponadto nie może to się odbyć ze stratą w wynagrodzeniu pracownika.

Nie udzielenie dnia wolnego w zamian za pracę w dniu wolnym wynikającym z pięciodniowego tygodnia pracy może być spowodowane niemożnością uzgodnienia z pracownikiem terminu takiego dnia, pracą w dniu wolnym przypadającym pod koniec okresu rozliczeniowego lub rozwiązaniem umowy o pracę przed upływem okresu rozliczeniowego.

Nieudzielenie dnia wolnego z tytułu pracy w dniu wolnym od pracy wynikającym z pięciodniowego tygodnia pracy powoduje powstanie godzin nadliczbowych, nawet jeśli nie został przekroczony wymiar czasu pracy obowiązujący w danym okresie rozliczeniowym.

W takiej sytuacji (nieudzielenie dnia wolnego od pracy) pracownik powinien otrzymać wynagrodzenie powiększone o dodatek w wysokości 100% wynagrodzenia (art. 1511 § 2 Kodeksu pracy). ■

12 września 2013r. odbył się XVII Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach.

Zjazd otworzyła p.dr n.med.Grażyna Franek – Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Oddziału w Katowicach w XV i XVI kadencji (2005 – 2013).

Po uroczystym odśpiewaniu Hymnu Pielęgniarskiego Pani Przewodnicząca przywitała zaproszonych Gości: p. Mariolę Bartusek - Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, p. Grażynę Bonek-Wytrych – z Urzędu Marszałkowskiego, p. Grażynę Kruk-Kupiec - Konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa, p. Marię Labus - Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Katolickich, p. Danutę Szopę - Kanclerz Wyższej Szkoły Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej - p. Krystynę Łukasz-Paluch, p. Stanisława Gołęb – Polskie Towarzystwo Lekarskie, p. Mirosławę Malare – Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Epidemiologicznych, Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, p. Beatę Ochocką – Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, p. Annę Stachulską – Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Położnych, p. Halinę Synakiewicz - Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, p. Małgorzatę Szwed – Przewodniczącą Beskidzkiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku Białej, p. Marię Trzeciak - Prodziekan Zamiejscowego Wydziału Nauk o Zdrowiu w Tychach, Śląska Wyższa Szkoła Zarządzania im.gen. Jerzego Ziętka w Katowicach. Dyrektorów Placówek i Pielęgniarki Naczelne: p. Barbarę Koleżyńską - z-cę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, p. Czesławę Brylak-Kozdraś- ZLA Katowice, p. Danutę Sternal-Szpital Kolejowy Wilkowice, p. Anielę Mainka- Szpital Racibórz, p. Janinę Wojtczak- ZWPS Katowice oraz Nestorki z Częstochowy: p. Elżbietę Ordon i p. Janinę Całus.



Następnie p.dr n.med.Grażyna Franek wygłosiła krótki wykład na temat hasła ICN „Milenijne Cele Rozwoju, Niwelowanie Różnic (Millennium Development Goals (MDG), to osiem celów, które 189 członków ONZ zobowiązało się osiągnąć w ramach Projektu Milenijnego ONZ):

- 8 – rozwijanie i wzmacnianie światowego partnerstwa w sprawach rozwoju,
- 7 – zapewnienie równowagi ekologicznej środowiska,
- 6 – zwalczanie HIV/AIDS i innych chorób,

- 5 – poprawa stanu zdrowia kobiet ciężarnych i położnic,
- 4 – zmniejszenie wskaźnika umieralności dzieci,
- 3 – wspieranie zrównoważenia w prawach kobiet i mężczyzn oraz wzmocnienie pozycji kobiet,
- 2 – zapewnienie powszechnego nauczania na poziomie podstawowym,
- 1 – zlikwidowanie skrajnego ubóstwa i głodu”.

Pani dr Grażyna Franek wręczyła zaproszonym gościom i delegatkom wydaną z okazji XVII Zjazdu PTP monografię autorstwa: dr n.med.Grażyny Anny Franek i mgr Anety Trzcińskiej zatytułowaną „56 Lat Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w województwie śląskim 1957-2013”, której recenzji podjęły się:

p. prof.dr hab.med.Elżbieta Krajewska – Kułak - Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego UMB i p. prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska - Kierownik Zakładu Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie.

Następnym punktem Zjazdu było wręceniem odznaczeń:

Odznaki ICN za działalność naukową na rzecz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego otrzymali: p. Mariola Bartusek, p. Anna Grelowska, p. Wiesława Kołodziej, p. Aneta Trzcińska, p. Tomasz Iwański, **p. Halina Synakiewicz**, p. Małgorzata Szwed.



Odznaki Ministra Zdrowia za Zasługi dla Ochrony Zdrowia otrzymały: p. Danuta Broncel-Czekaj, p. Anna Głos, p. Sylwia Krybus, p. Małgorzata Rochel, p. Irena Sikora-Mysiek, p. Beata Wysoczańska-Skroban.

Wpisem do Księgi Pielęgniarek Zasłużonych dla Rozwoju Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Pielęgniarstwa na

Śląsku i Zagłębiu wyróżniona została: p. Maria Żalińska z Jaworzna.

Wśród zaproszonych gości była także Pani Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dr n.med. Maria Cisek, która po przywitaniu delegatów na XVII Zjazd wręczyła dyplomy wyróżniającym się w swojej działalności Kołom Terenowym oraz Przewodniczącym Kół Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego na Śląsku: p. dr n.med. Grażynie Franek - Przewodniczącej ZO PTP w Katowicach, p. mgr Danucie Rudzkiej - Cesarz - v-ce - Przewodniczącej Zarządu Oddziału PTP w Katowicach, p. mgr Annie Grelowskiej - v-ce Przewodniczącej Zarządu Oddziału PTP w Katowicach, p. mgr Annie Głos - Sekretarz ZO PTP, p. mgr Annie Hechmann - Skarbnikowi ZO PTP w Katowicach, p. mgr Krystynie Klimaszewskiej - Przewodniczącej KT PTP Racibórz, p. mgr Annie Kępce - Przewodniczącej PTP Jaworzno, p. mgr Danucie Broncel - Czekaj - Przewodniczącej PTP Siemianowice Śląskie, p. mgr Zofii Prażak - Przewodniczącej PTP przy SPSKiM Katowice, p. mgr Iwonie Woźniak - Członkowi KT PTP SPSKiM Katowice, **p. mgr Irenie Sikorze - Mysiek - Przewodniczącej KT PTP Częstochowa.**

Po wręczeniu odznaczeń i dyplomów przyszedł czas na wystąpienia zaproszonych Gości. Głos zabrali:

p. dr n.med. Stanisław Gołba - Polskie Towarzystwo Lekarskie, p. mgr Krystyna Klimaszewska odczytała list od przewodniczącego Izby Lekarskiej w Katowicach - dr n. med. Jacka Kozakiewicza, mgr Mirosława Malara Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Epidemiologicznych, Wojewódzki Konsultant w dziedzinie Pielęgniarnictwa Epidemiologicznego, p. dr n.med. Beata Ochocka - Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarnictwa Epidemiologicznego, p. mgr Anna Stachulska - Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Położnych, **p. mgr Halina Synakiewicz - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, mgr Irena Sikora - Mysiek odczytała list od p. mgr Izabeli Kaptacz - Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarnictwa Opieki Paliatywnej**, p. dr n. med. Maria Trzeciak - Prodziekan Zamiejscowego Wydziału Nauk o Zdrowiu w Tychach, Śląska Wyższa Szkoła Zarządzania im. gen. Jerzego Ziętka w Katowicach, p. mgr Barbara Koleżyńska - z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarnictwa, Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie.



Po wystąpieniach Gości p. mgr Zofia Prażak zaprezentowała historię i działalność Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach.

Po przerwie mgr Aneta Trzcińska z KT PTP przy SPSKiM wygłosiła wykład na temat „Sylwetki i działalność trzech polskich pielęgniarek w „Światowej Organizacji Zdrowia” z Ogólnopolskiego Finału Konkursu Pielęgniarka Roku, podczas którego zajęła drugie miejsce.

Kolejny wykład wygłosił dr n. o zdrowiu Tomasz Iwański z KT PTP przy SPSKiM, nt. „Roli pielęgniarki w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie”.

Na tym etapie zakończyła się pierwsza część Zjazdu.

Kolejny raz w kolejce do p. dr n.med. Grażyny Franek ustawiły się delegacje Kół Terenowych. Znowu były podziękowania, gratulacje i żywe wzruszenia.

Następnie przystąpiono do wyborów.

Do Zarządu Oddziału PTP XVII Kadencji wybrani zostali (kolejność wg ilości uzyskanych głosów): Grażyna Franek, Danuta Rudzka - Cesarz, Aneta Trzcińska, Danuta Broncel - Czekaj, Wiesława Kołodziej, Krystyna Klimaszewska, **Irena Sikora - Mysiek**, Zofia Prażak, Anna Kępka, Tomasz Iwański, Małgorzata Rochel, Iwona Woźniak, Sylwia Krybus, Anna Głos, Maria Urbańska - Grzegorzek.

Na Członków Komisji Rewizyjnej wybrano: Małgorzatę Brol, Małgorzatę Wolińską, Irenę Szołtysek.

Delegatami na XVI Zjazd Krajowy PTP zostali (kolejność wg ilości uzyskanych głosów): Grażyna Franek, Anna Grelowska, Danuta Rudzka - Cesarz, Krystyna Klimaszewska, Zofia Prażak, Anna Kępka, Maria Urbańska - Grzegorzek, Tomasz Iwański, Danuta Broncel - Czekaj, Aneta Trzcińska, **Irena Sikora - Mysiek**, Małgorzata Rochel, Sylwia Krybus, Beata Wysoczańska - Skroban, Ewa Perończyk, Iwona Woźniak, Wioleta Płócienniczak, Wiesława Kołodziej, Małgorzata Pieńkos, **Michał Mroczek.**

Nowa Przewodnicząca Śląskiego Oddziału PTP - mgr Krystyna Klimaszewska: „Pozwólcie Szanownni Delegaci, Szanownna Pani Przewodnicząca, że podziękuję za te ciepłe słowa. Dziękuję Państwu za wybór. Członkom Zarządu, który został teraz wybrany - za wybór mojej osoby. Ta decyzja jest bardzo trudna, wymaga dużej cierpliwości, dużego zaangażowania, tym bardziej gdy pracuje się aktywnie zawodowo. Postaram się kontynuować zebrania, które organizowała p. dr Grażyna Franek, postaram się realizować cele i zadania statutowe, które są dla nas - dla pielęgniarki i położnej bardzo ważne. Pani dr Franek była moją prekursorką w wielu inicjatywach na niej mogłam zawsze polegać we wszystkich sprawach, w dzień, w noc, nad ranem - mogłam dzwonić i nigdy ten telefon nie był odrzucony. Postaram się również być taką osobą dla Państwa, dla wszystkich Członków... Bardzo dziękuję Państwu za wybór”.

Aneta Trzcińska
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
KT przy SPSKiM

Zarząd Oddziału PTP

Przewodnicząca mgr Krystyna Klimaszewska
Z-ca -przewodniczącej dr Wiesława Kołodziej i mgr Iwona Woźniak
Sekretarz mgr Aneta Trzcińska
Skarbnik mgr Danuta Broncel-Czekaj

Fundacja Rodzić po Ludzku

Serdecznie zapraszamy do udziału w XVII Ogólnopolskiej Konferencji Fundacji Rodzić Po Ludzku

„Być położną dziś i jutro – jak sprostać wymaganiom współczesności”

19-20 listopada 2013 r. Miejsce: Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN, ul. Księcia Trojdena 4, Warszawa
Konferencja skierowana jest do wszystkich osób zajmujących się kobietą w okresie okołoporodowym: położnych, lekarzy ginekologów, neonatologów, pielęgniarek noworodkowych, instruktorek szkół rodzenia, doradczyń laktacyjnych, doul, a także do osób odpowiedzialnych za organizację opieki okołoporodowej w Polsce.

XXI wiek stawia przed osobami zajmującymi się kobietą w okresie okołoporodowym coraz to nowe wyzwania. Zmieniające się Standardy w opiece okołoporodowej, większa świadomość i oczekiwania beneficjentek opieki sprawia, że zawód położnej i lekarza wymaga nie tylko nieustającego kształcenia, ale także radzenia sobie coraz bardziej stresującymi sytuacjami. Warto odpowiedzieć sobie na pytania: „Kim jest współczesna rodząca? Jakie są jej oczekiwania? Co to jest pokolenie „Y” i jak sobie z nim radzić?”

W programie Konferencji między innymi: jak budować samorządność położnych w Polsce, alternatywne techniki prowadzenia porodu, najnowsze doniesienia naukowe z zakresu położnictwa, znaczenie pierwszego kontaktu dla powstania więzi matki z dzieckiem, standardy postępowania zespołu terapeutycznego podczas dystocji barkowej, zespół wypalenia zawodowego w zawodzie położnej oraz socjologiczne spojrzenie na współczesne pokolenie rodzących kobiet.

Więcej informacji oraz możliwość rejestracji na stronie:

<http://www.rodzicpoludku.pl/Inne/XVII-Konferencja.html> ■

Zapraszamy !!!

Poniżej przedstawiamy zakupione przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w miesiącu październik książki do zbiorów biblioteki.

Zapraszamy do odwiedzenia i wypożyczenia nowości!

Anestezjologia i intensywna terapia położnicza – /Numer inwentarzowy: 732,733,734,735,736/

Autorzy: Zdzisław Kruszyński

Astma oskrzelowa – /Numer inwentarzowy 744/

Autorzy: Grażyna Bochenek, Zbigniew Doniec, Elżbieta Kryj-Radziszewska

Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie – /Numer inwentarzowy 741, 742, 743/

Redaktor naukowy: Dariusz Szukiewicz

Autorzy: Krzysztof Cendrowski, Krzysztof Czajkowski, Arkadiusz Gawryluk

Guzy śródpiersia Diagnostyka i leczenie – /Numer inwentarzowy 745/

Redaktor naukowy: Jacek Gawrychowski, Andrzej Gabriel, Ewa Kluczeńska

Autorzy: Mariusz Adamek, Andrea d'Amico, Wiesław Bał

Pielęgniarstwo nefrologiczne - /Numer inwentarzowy 739, 740/

Redaktor naukowy: Beata Białobrzewska, Alicja Dębska-Ślizień
Autorzy: Jacek SeinAnand, Krystyna Basińska, Małgorzata Barwina

Pielęgniarstwo diabetologiczne - /Numer inwentarzowy 737, 738/

Redaktor naukowy: Alicja Szewczyk

Autorzy: Małgorzata Krajewska, Ewa Kostrzewa-Zabłocka, Grażyna Korzeniewska ■

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

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu - zapis kardiografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa



5 Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylniej i obrzęku limfatycznym

Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób.

UWAGA!

Zgodnie z § 2 pkt.4 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPIP w Częstochowie w przypadku ukończenia kursu podnoszącego kwalifikacje zorganizowanego przez inną jednostkę, a znajdującego się w ofercie ośrodka szkoleniowego OIPIP w Częstochowie, dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje. ■

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Moduł to część programu nauczania, zawierający w sobie:

- A. wiedzę i umiejętności z różnych dziedzin,
- B. odrębne programy dla poszczególnych przedmiotów nauczania,
- C. normy postępowania dydaktycznego,
- D. kształcenie multimedialne.

Zadanie 2.

Która z niżej wymienionych grup społecznych nie jest grupą formalną:

- A. rodzina,
- B. związek emerytów i rencistów,
- C. partia polityczna,
- D. grupa koleżeńska.

Zadanie 3.

Pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeśli:

- A. rodzina zmarłego nie jest znana,
- B. osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia,
- C. komisja złożona z trzech lekarzy ogólnych wyraziła zgodę,
- D. lekarze biorący udział w transplantacji nie wyrazili sprzeciwu.

Zadanie 4.

Który z wymienionych powodów przekonuje o rosnącej potrzebie elastyczności w zarządzaniu zasobami ludzkimi:

- A. zwiększona podaż pracowników na rynku pracy,
- B. zmniejszona podaż pracowników na rynku pracy,
- C. narastające wyspecjalizowanie instytucji,
- D. konkurencyjność.

Zadanie 5.

Stanowisko pracy opisują 3 ważne elementy:

- A. zadania, odpowiedzialność i dostęp do zasobów,
- B. zadania, odpowiedzialność i sposób wynagradzania,
- C. obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia,
- D. odpowiedzialność, uprawnienia i ponoszenie odpowiedzialności.

Zadanie 6.

Najmniejszy wpływ na zdrowie jednostki ma/mają:

- A. służba zdrowia,
- B. styl życia,
- C. środowisko fizyczne i społeczne,
- D. czynniki genetyczne.

Zadanie 7.

Znajdź twierdzenie fałszywe. Wywiad rodzinny:

- A. jest niezbędny do uzyskania pełnego obrazu stanu zdrowia pacjenta,
- B. jest to pozyskiwanie informacji od rodziny chorego,
- C. jest przeprowadzony w celu określenia ryzyka chorób genetycznych,
- D. służy do wyłonienia i ewentualnego leczenia nosicieli nieprawidłowych genów.

Zadanie 8.

W przypadku choroby Gravesa-Basedowa możemy zaobserwować następujące objawy:

- A. rzadkie mruganie,
- B. nienadążanie powieki górnej za ruchem gałki ocznej w dół,
- C. nienadążanie gałki ocznej za powieką, przy skierowaniu spojrzenia w górę,
- D. wszystkie wymienione.

Zadanie 9.

Przyczyną obrzęków uogólnionych może być:

- A. niewydolność serca,
- B. niedobór białka w pożywieniu,
- C. niedobór witamin B1 i K,
- D. wszystkie wymienione.

Zadanie 10.

Badanie odruchu rogówkowego polega na:

- A. oglądaniu rogówki przy pomocy oftalmoskopu,
- B. zasłonięciu jednego oka i badaniu drugiego oka,
- C. dotknięciu jałowym skrawkiem gazika rogówki,
- D. ocenie czucia temperatury. ■

**24 września 2013r. odbył się V Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej „Uratować znaczy żyć”
- na terenie Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej.**

Organizatorem przedsięwzięcia była Szkoła Podstawowa nr 25 im. Stanisława Staszica w Częstochowie.

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

**DRUKI MEDYCZNE
ARTYKUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS**

Współorganizatorzy konkursu: Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Częstochowie, Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie, Komenda Miejska Policji w Częstochowie, Komenda Straży Pożarnej w Częstochowie oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Honorowy patronat nad w/w imprezą objęła Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.

Celem konkursu było:

- Rozpowszechnianie wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania I pomocy przedmedycznej wśród dzieci w wieku szkolnym z klas I – VI i doskonalenia tych umiejętności oraz przestrzegania zasad ruchu drogowego;
- Kształtowanie czynnych postaw prospołecznych wśród dzieci, w tym odpowiedzialności za drugiego człowieka, niesienia pomocy w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia poszkodowanym i chorym;
- Popularyzacja i propagowanie tematyki związanej z ochroną zdrowia oraz bezpieczeństwem komunikacyjnym;
- Wdrażanie do aktywności, zdrowej rywalizacji i współzawodnictwa.

W konkursie brali udział uczniowie klas I – VI. Rozgrywki odbywały się w dwóch kategoriach wiekowych:

- klasy I – III;

- klasy IV – VI,

a każda szkoła typowała trzysobową drużynę.

Do rywalizacji przystąpiło 60 uczestników z następujących szkół: SP 8 z Częstochowy, SP 11z Częstochowy SP 12z Częstochowy, SP 21 z Częstochowy, SP 24 z Częstochowy, SP 25 z Częstochowy, SP 36z Częstochowy, SP 38 z Częstochowy, SP 42 z Częstochowy, SP 46 z Częstochowy, SP 50 z Częstochowy, SP 51 z Częstochowy, Szkoła Podstawowa z Poraja.

Wyniki finału:

- Kategoria I – III:
I miejsce: SP 50 w Częstochowie;
II miejsce: SP 11 w Częstochowie;
III miejsce SP 8 w Częstochowie.
- Kategoria IV – VI:
I miejsce: SP 46 w Częstochowie;
II miejsce: SP 50 w Częstochowie;
III miejsce: SP 24 w Częstochowie.

Zwycięzcy otrzymali medale i nagrody rzeczowe (sprzęt RTV). Dodatkową atrakcją imprezy była symulacja akcji ratowniczej oraz prezentacja sprzętu ratowniczego. ■

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 25
mgr Ewa Dworżańska

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu zamierza w najbliższym czasie przeprowadzić konkursy na n/w stanowiska:

1. Pielęgniarka oddziałowa oddziału leczenia zaburzeń afektywnych.
2. Pielęgniarka oddziałowa zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego – odcinek żeński.
3. Pielęgniarka oddziałowa zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego – odcinek męski.

Więcej informacji u Organizatora: Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu.

Egzamin Państwowy ze Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego.

W dniu 25 września 2013 roku w Warszawie odbył się Egzamin Państwowy Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego prowadzonej przez Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Kierownikiem specjalizacji była Barbara Dubek.

W specjalizacji uczestniczyło i do egzaminu państwowego przystąpiło 28 osób:

Pielęg W

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Antonik Anna | 15. Piątek Barbara |
| 2. Biernat Mirosława | 16. Popczyk Elżbieta |
| 3. Dmowska Aneta | 17. Skowron Barbara |
| 4. Dołęga Jolanta | 18. Skrzypińska Aleksandra |
| 5. Dziedzic Agnieszka | 19. Stasikowska Ewelina |
| 6. Kapral Bożena | 20. Stępień Halina |
| 7. Klimasińska Jolanta | 21. Świąć Elżbieta |
| 8. Kotala Magdalena | 22. Wydmuch Ewa |
| 9. Leśniczek Marta | 23. Wywił Wioletta |
| 10. Lis Justyna | 24. Zdunek Ilona |
| 11. Lisicka Lidia | 25. Paczyńska Elżbieta |
| 12. Michalska Małgorzata | 26. Ujma Aneta |
| 13. Morawiec Bożena | 27. Ślimak Anna |
| 14. Nowak Agnieszka | 28. Zalewska Małgorzata |

Serdecznie gratulujemy osiągniętego wyniku i zdanego egzaminu zarówno Paniom Specjalistkom jak i również Pani Kierownik Barbarze Dubek. ■

Życzenia

Najlepsze życzenia to marzeń spełnienia.
Bo cóż piękniejszego, niż własne marzenia?
Wiek emerytalny po to jest nam dany,
by realizować niespełnione plany...



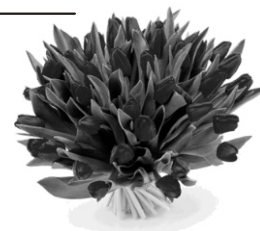
Koleżance
Annie Trych

w związku z zakończeniem pracy zawodowej i zasłużonym odejściem na emeryturę, podziękowania za długoletnią pracę, zaangażowanie na rzecz środowiska pielęgniarskiego, wspieranie chorych

zyczenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają Koleżanki

SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.

„Człowiek jest wielki
nie przez to, co ma
nie przez to, kim jest,
lecz przez to, czym dzielił się z innymi”.
Jan Paweł II



Pani
Annie Trych

W związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowania za długoletnią pracę, dziękujemy za profesjonalizm, ciepło i uśmiech. Życzymy zdrowia oraz pomyślności w nowym okresie życia.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



„Bliscy naszemu sercu, zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy Koleżance Mirosławie Grabnej

Składają Pielęgniarki
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego
w Częstochowie.

Ci którzy nas opuścili, nie odeszli
i są nadal z nami, są wciąż obecni, choć niewidzialni.”

Mirosławie Grabnej i jej rodzinie

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Mamy
składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

„ Życie nie jest świecą , to raczej wspaniała pochodnia,
którą pozwolono nam trzymać przez chwilę,
i należy uczynić wszystko,
by świeciła jak najjaśniej,
nim oddamy ją naszym następcom “ ...

George Bernard Shaw

Z wielkim żalem żegnamy naszą koleżankę

Halinę Bayerlajn

emerytowaną dyspozytorkę Pogotowia Ratunkowego w
Częstochowie

Rodzinie zmarłej składamy wyrazy współczucia

Dyrekcja i Pracownicy

SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie

„Tylko życie poświęcone innym warto jest przeżyć.”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Haliny Bayerlajn

Rodzinie zmarłej składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią się im płaci”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy Koleżanki Bożeny Sypuła

składają
Pielęgniarki
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Mamy Bożeny Sypuła

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

„Nie odchodzi ten, kto pozostaje w sercach bliskich”

Naszej Koleżance **Irenie Macherzyńskiej**

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy

Składają Pielęgniarki i Położne
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie.

Irenie Macherzyńskiej i jej rodzinie
Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

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	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 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

**24 września 2013r. odbył się V Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej „Uratować znaczy żyć”
- na terenie Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej.**



**Egzamin kwalifikacyjny szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwo położnicze” dla położnych
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, UM Częstochowy Sala Sesyjna dnia 2 października 2013 roku.**



Egzamin Państwowy ze Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

