

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Standard opieki okołoporodowej s. 4

Minimalne normy zatrudnienia s. 10

Dzień Pielęgniarki i Położnej s. 23

Drogie Koleżanki, Koledzy

Z przyjemnością oddajemy w Wasze ręce kolejny numer biuletynu informacyjnego Morze Spraw. Początek roku wiążemy z nowymi planami, marzeniami a przede wszystkim z nadziejami na lepsze. Każdy z nas zadaje sobie pytanie, co nam przyniesie kolejny rok? Jaki będzie? Czy

okaże się dla nas szczęśliwy? A zawodowo - czy będzie bardzo trudny, pełen niepokojów i zmian, nowych rozwiązań w sektorze ochrony zdrowia?

Z dniem 1 stycznia 2013 r. weszły w życie następujące nowe akty prawne:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545).

Zapisy Rozporządzenia odbiegają od projektu opracowanego przez zespół ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia. Więcej informacji znajdują Państwo na stronie 10.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. z dnia 4.10.2012 r.).

- Ustawa z 27.07.2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1016). Zmieniły się zasady weryfikacji prawa do świadczeń zdrowotnych. Weryfikacja prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odbywa się przed wizytą w środowisku, przychodni lub szpitalu za pomocą systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWMS).

- Zarządzenie Nr 86/2012/ DSZO3 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2012 roku zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. W zarządzeniu tym brak jest zapisów dotyczących uprawnień dyrektorów oddziałów Funduszy do wyrażenia zgody na odstępstwa od wymogów zapisu w części III załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Skierowaliśmy w tej sprawie zapytanie do Pani Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (str. 16). Odpowiedzi do chwili obecnej brak.

Przed nami wydarzenia związane z organizacją XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych. Oprócz przyjęcia sprawozdań i zatwierdzenia budżetu będą omawiane problemy z jakimi boryka się nasza grupa zawodowa.

Nadchodzący kwartał to również kilka okazji do złożenia życzeń

Pierwsza z nich już 8 marca i z okazji Międzynarodowego Dnia Kobiet składam wszystkim Paniom serdeczne życzenia wielu uśmiechów i pogody ducha.

Z okazji Świąt Wielkanocnych, składam Pielęgniarkom/Pielęgniarzom i Położnym najserdeczniejsze życzenia: dużo zdrowia, radości, smacznego jajka, mokrego dyniusa, mnóstwa wiosennego optymizmu i wesoło spędzonego czasu w gronie rodzinnym a dyżurującym spokojnie.

Natomiast w maju obchodzimy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej. Wykorzystując tę sposobność, pragnę złożyć nam wszystkim najserdeczniejsze życzenia wszelkiej pomyślności, wielu radosnych dni, szczęścia w życiu osobistym i rodzinnym oraz samych sukcesów w pracy zawodowej.

Wszystkim Położnym, Pielęgniarkom, Pielęgniarzom składam serdeczne podziękowania za pełną poświęcenia pracę, wrażliwość i serce w codziennej pracy.

Przewodnicząca



Justyna Łaska
przewodnicząca
ORDiP w Koszalinie

DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA 4

KALENDARIUM 9

WOKÓŁ SAMORZĄDU 10

AKTUALNOŚCI 18

WARTO WIEDZIEĆ 23

PORADY PRAWNE 25

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 26

OGŁOSZENIA 30

W WOLNEJ CHWILI 32

WARTO ZOBACZYĆ 33

KONDOLENCJE 34

WAŻNE DATY

08.03 Dzień Kobiet
 12.03 Światowy Dzień Nerek
 20.03 Światowy Dzień Inwalidów i Ludzi Niepełnosprawnych
 24.03 Światowy Dzień Walki z Gruźlicą
 31.03-01.04 Wielkanoc
 07.04 Światowy Dzień Zdrowia
 03.05 Międzynarodowy Dzień Astmy i Alergii
 12.05 Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej
 14.05 Dzień Farmaceuty
 26.05 Dzień Matki
 31.05 Dzień bez papierosa

Wydawca Biuletynu Informacyjnego „Morze Spraw”

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
 tel. 94 342 59 93

Redaktor Naczelna: Grażyna Margas

Zespół redakcyjny: Justyna Laska, Monika Zaremba

Sekretarz redakcyjny: Aneta Artkowska-Leszcz

Druk: Pracownia Poligraficzno-Intrologatorska

INTRO-DRUK Anna Dębińska

ul. Przemysłowa 3b, 75-216 Koszalin, tel./fax 94 341 60 27

Nakład: 1000 egzemplarzy

Wydawca zastrzega sobie możliwość skracania i poprawy stylistycznej materiału.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie

ul. Zwycięstwa 190
 75-950 Koszalin

www.oipip-koszalin.org

e-mail: izba@oipip-koszalin.org

sekretariat: tel. 94 342 59 93

fax 94 348 90 97

rejestr: tel. 94 347 15 78

dział kształcenia: tel./fax 94 341 11 02

Bank PEKAO S.A. II Oddz. Koszalin
 32124036531111000041892750

Przewodnicząca Okręgowej Rady
 - Justyna Laska

Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady
 - Anna Burdziej
 - Krystyna Morawska

Sekretarz Okręgowej Rady
 - Katarzyna Nowak

Skarbnik Okręgowej Rady
 - Bożena Wojcikiewicz

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

- Danuta Wojewska

pełni dyżur w siedzibie OIPIP w Koszalinie przy ul. Zwycięstwa 190 IIIp.

w każdy drugi wtorek miesiąca w godz. 14:00-15:00 oraz ostatni wtorek miesiąca w godz. 15:00-16:00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
 - Ewa Wojciechowska

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej
 - Dominik Jawilak

Biuro:

Sekretariat OIPIP czynny codziennie w godz. 7:30-15:30, wtorek 9:00-17:00
 - Bożena Pstrągowska

Dział Prawa Wykonywania Zawodu
 - Barbara Taterka

Dział Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
 - Liliana Kowalewska

Radca Prawny OIPIP
 - Irena Renda

Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej we wtorki od godz. 9:00 po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym tel. 94 342 59 93

PROWADZENIE PORODU FIZJOLOGICZNEGO

w świetle nowego Standardu Opieki Okołoporodowej



Niniejszy tekst zawiera omówienie Rozporządzenia Ministra Zdrowia „w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem” w kontekście stosowania pozycji wertykalnych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Rozporządzenie to zostało podpisane w dn. 23 września 2010 roku, a jego przepisy wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia, tj. dn. 7 maja 2011 r. Od tego momentu będą obowiązywały we wszystkich placówkach opieki okołoporodowej w Polsce.

Celem standardu jest uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

1. Tylko fizjologia

W standardzie przyjęto definicję porodu za WHO gdzie za poród normalny uważa się spontaniczny poród niskiego ryzyka w momencie rozpoczęcia, i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu. Noworodek rodzi się w sposób spontaniczny w porodzie główkowym, pomiędzy ukończonym 37 a 42 tygodniem ciąży. Po porodzie matka i noworodek są w dobrym stanie.

Interwencje medyczne w poród fizjologiczny (takie jak np. przebiecie pęcherza płodowego, podanie kroplówki z oksytocyną, nacięcie krocza, które obecnie w wielu placówkach są stosowane rutynowo i nadużywane) mogą być zastosowane tylko w uzasadnionych indywidualną sytuacją matki i/lub dziecka przypadkach.

2. Kto może sprawować opiekę nad matką i dzieckiem?

Zgodnie ze standardem opiekę nad kobietą w fizjologicznej ciąży, porodzie i położu może sprawować lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub położna.

Każda z tych osób ponosi odpowiedzialność prawną i zawodową za podejmowane działania, co jest uregulowane osobnymi przepisami. Jeśli opiekę sprawuje położna, w przypadku wystąpienia patologii (np. w trakcie porodu) jest ona zobowiązana do przekazania rodzącej pod opiekę lekarza. Osoba sprawująca opiekę musi być przygotowana do wykonania

czynności interwencyjnych, jak również zapewnić dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka.

Musi również uzgodnić z odpowiednimi podmiotami opieki zdrowotnej tryb i warunki przekazania rodzącej lub noworodka do odpowiedniego poziomu referencyjnego w razie potrzeby.

3. Prawa pacjenta jako nieodłączny element sprawowania opieki

Standard w wielu miejscach odwołuje się do praw pacjenta i podkreśla ich istotne znaczenie dla prawidłowej opieki.

Osoba sprawująca opiekę powinna zapewnić realizację praw pacjenta między innymi poprzez: prawidłową relację osoby prowadzącej poród z rodzącą, respektowanie prawa pacjentki do udziału w podejmowaniu decyzji związanych z opieką, respektowanie prawa do wyboru miejsca do porodu, do wyboru osoby sprawującej opiekę, a także do korzystania ze wsparcia wybranej bliskiej osoby. Standard zobowiązuje również osoby sprawujące opiekę do przekazywania informacji, do poszanowania intymności i godności pacjentki.

4. Prowadzenie ciąży

Do prowadzenia fizjologicznej ciąży uprawniony jest ginekolog-położnik lub położna. Położna prowadząca ciążę jest zobowiązana do trzykrotnego (w trakcie całej ciąży) skierowania ciężarnej na konsultację do lekarza specjalisty. Od 21. tygodnia ciąży położna może zaproponować ciężarnej przygotowanie do porodu, w formie indywidualnej lub grupowej. Pomiędzy 21 a 26 tygodniem ciąży osoba sprawująca opiekę kieruje kobietę do położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

5. „Plan opieki prenatalnej” oraz „plan porodu”

Standard wprowadza dotychczas w Polsce niestosowaną formułę współpracy osoby sprawującej opiekę z kobietą w ciąży i rodzącą. Podczas ciąży, pacjentka wspólnie z lekarzem /położną opracowuje „plan opieki prenatalnej” oraz „plan porodu”. Te dokumenty (włączone do dokumentacji medycznej) zawierają plan wizyt kontrolnych oraz zalecanych badań podczas ciąży oraz opis preferencji kobiety, dotyczących miejsca porodu (szpital czy dom) oraz przebiegu porodu (np. preferowane pozycje porodowe, obecność bliskiej osoby itp.). Ma to na celu dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb i oczekiwań kobiety. Zarówno „plan opieki prenatalnej”, jak i „plan porodu” mogą być modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej pacjentki.

6. Porody pozaszpitalne

Standard podkreśla prawo kobiety do wyboru miejsca porodu - w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych, w których świadczona jest opieka medyczna, realizowana przez osoby uprawnione. Kobieta powinna otrzymać wyczerpującą informację, dotyczącą wybranego miejsca porodu, obejmującą wskazania i przeciwwskazania.





7. Ogólne zasady postępowania w trakcie porodu

Osoba sprawująca opiekę jest obowiązana:

- Przekazać rodzącej pełne informacje dotyczące stosowania farmakologicznych i niefarmakologicznych sposobów uśmierzenia bólu i wspierać rodzącą w jej własnym wyborze tych metod oraz respektować jej decyzje w tym zakresie.
- Proponować rodzącej poruszanie się podczas 1. okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu i umożliwiają nadzorowanie płodu.
- Wspierać rodzącą w wyborze technik oddechowych i relaksacyjnych oraz masażu.
- Zalecać wykorzystywanie immersji wodnej oraz relaksacji w wodzie, jako sposobów łagodzenia bólu.
- Zachęcić rodzącą, aby podczas porodu nieustannie towarzyszył jej osoba bliska.
- Zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów.
- Respektować decyzje rodzącej oraz dostosować opiekę do jej indywidualnych potrzeb.
- Zachować szacunek dla jej prywatności i poczucia intymności.

8. Postępowanie w 1 okresie porodu

Standard szczegółowo opisuje sposób sprawowania opieki w I okresie porodu. Szczególnie istotne jest wprowadzenie zasady, iż brak postępu porodu w I okresie stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy postępuje wolniej niż 1 cm na godzinę oceniane w odstępach 4 godzinnych.

9. Postępowanie w 2 okresie porodu

- Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje 2. okres porodu opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania wewnętrznego.
- Osoba sprawująca opiekę powinna zachęcać rodzącą do przyjmowania dogodnej dla niej pozycji (ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych) oraz do kierowania się własną potrzebą parcia (parcie spontaniczne).
- Nacięcie krocza należy wykonać tylko w uzasadnionych przypadkach.
Po porodzie należy położyć noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, osuszyć i zabezpieczyć przed utratą ciepła.
- Standard nie określa długości trwania 2 okresu porodu, a jedynie definiuje sytuację, w której można stwierdzić jego brak postępu. W przypadku pierworódek - gdy przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej płodu., a stan rodzącej wskazuje na

wyczerpanie lub silne, lub nie dające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu. W przypadku wieloródek brak postępu porodu stwierdza się, gdy przez godzinę nie następuje zstępowanie części przodującej płodu. W przypadku stwierdzenia braku postępu porodu położna zobowiązana jest do wezwania lekarza.

10. Postępowanie w 3 okresie porodu

3 okres porodu nie powinien przekroczyć 1 godziny. Może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący.

11. Opieka nad noworodkiem i wspieranie laktacji

Osoba sprawująca opiekę jest zobowiązana do:

- Umożliwienia pierwszego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”, który powinien trwać co najmniej dwie godziny.
- Dokonania wstępnej oceny noworodka w skali Apgar - może się to odbyć na brzuchu matki, o ile nie występują przeciwwskazania zdrowotne.

Poszerzone badanie kliniczne powinno zostać przeprowadzone przez lekarza neonatologa lub lekarza - pediatrę w ciągu pierwszych 12 godzin życia dziecka.

Pelen tekst rozporządzenia został ogłoszony w Dzienniku Ustaw Nr 187 z dn. 7 października 2010 r., póź. 1259. Można go znaleźć na stronie Ministerstwa Zdrowia w zakładce Legislacja (www.mz.gov.pl) oraz na stronie Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa RM (www.cokprm.gov.pl) w zakładce Dziennik Ustaw on-line.

Materiały szkoleniowe

„Pozycje wertykalne w I i II okresie porodu-teoria i praktyka. Nowoczesne prowadzenie porodu zgodnie ze standardem Ministerstwa Zdrowia dotyczącym opieki nad kobietą podczas porodu fizjologicznego”
Warszawa 2012 r.



mgr Anna Otfinowska
Psycholożka, trenerka

Niepełnosprawność

Z jakimi postawami środowiska społecznego najczęściej spotykają się ludzie niepełnosprawni?



Coraz więcej ludzi w Polsce i na świecie dotyka problem choroby i jej następstw, czyli niepełnosprawności oraz niesamodzielności spowodowanej wieloma czynnikami dotykając nas samych, członków rodziny, przyjaciół lub znajomych. Nie zawsze wiemy jak poradzić sobie z tym problemem. Jak mamy funkcjonować w obliczu niepełnosprawności - w świecie, w którym panuje przekonanie, że tylko piękni, młodzi i sprawni są pełnowartościowymi członkami społeczeństwa. Często mimo dobrej woli nie wiemy i nie potrafimy odnaleźć się w towarzystwie ludzi niepełnosprawnych. Jesteśmy pełni obaw jak traktować takiego człowieka lub też jak inni nas potraktują. Jak ta inność będzie wpływać na nasze życie i wreszcie czy niepełnosprawność może nas w jakimś stopniu ograniczyć lub ukazać postawy dobra i życzliwości wobec człowieka posiadającego ograniczenia.

DEFINICJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

W dzisiejszych czasach wiele się mówi o osobach niepełnosprawnych przytoczmy więc jak definiowana była niepełnosprawność i jaką drogę przebyła sama terminologia w określaniu stanu odbiegającego od przyjętych norm zdrowotnych.

Tak więc określenia „inwalida”, „inwalidztwo”, „osoba trwale poszkodowana na zdrowiu”, „osoba upośledzona”, „kałeka” zostały zastąpione przez terminy „osoba niepełnosprawna” i „niepełnosprawność”. Widać tu zmianę - negatywnie brzmiące określenia zastąpiono pozytywnymi. A wizerunek osoby niepełnosprawnej, niesamodzielnej, bezbronnej, nie potrafiącej samodzielnie zadbać o siebie i własne interesy osoby „innej” od reszty „normalnego” społeczeństwa, zastępowany jest przez wizerunek osoby, nieustannie napotykającej na bariery tworzone przez osoby „normalne”. I właśnie te bariery, a nie cechy osoby niepełnosprawnej, stanowią główną przeszkodę w funkcjonowaniu na równych prawach w społeczności.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadza następujące pojęcia niepełnosprawności uwzględniając stan zdrowia człowieka:

- „Niesprawność (impariment) - każda utrata sprawności lub

nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym

- Niepełnosprawność (disability) - każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka
- Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (handicap) - ułomność wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.”

Medyczna definicja brzmi:

- „Niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub psychiczny, trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi” (<http://www.wszystkodlanas.org.pl>).

Ustawa o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej określa:

- „Niepełnosprawność – trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy” (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r.).

Jak widzimy przytoczone definicje są prawie jednobrzmiące i ujmują trzy elementy życia człowieka a mianowicie stan zdrowia fizycznego, psychicznego oraz funkcjonowanie w życiu społecznym. Jednostki chorobowe mające wpływ na niepełnosprawność, uniemożliwiające prawidłową egzystencję człowieka wynikają z chorób genetycznych, nabytych, nieszczęśliwych wypadków. Niepełnosprawność społeczna dotyczy ludzi, którzy z różnych przyczyn nie są w stanie samodzielnie lub prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie jak np. narkomani, alkoholicy i więźniowie.

Pamiętać jednak należy, że wszystkie te grupy osób niepełnosprawnych bez względu na rodzaj swojej niepełnosprawności są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa z należnymi im prawami, przywilejami i obowiązkami wynikającymi z mocy prawa obowiązującego dane społeczeństwo.

POSTRZEGANIE WŁASNEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoby niepełnosprawne możemy podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to osoby z nabytą niepełnosprawnością w wyniku wypadku lub choroby, druga grupa to osoby niepełnosprawne od urodzenia. W zależności od czasu doznania dysfunkcji różne jest podejście do własnych ułomności.

Zacznijmy od grupy, która poznała życie człowieka bez ograniczeń, a ze stanem niepełnosprawności zetknęła się nagle z powodu choroby lub wypadku. Powstanie wady powoduje zawirowanie w życiu człowieka. Odbija się ono szerokim echem w jego rodzinie, grupie znajomych i przyjaciół nie pozostając bez znaczenia na wzajemne relacje. Gwałtowność zmian powodowanych powstaniem niepełnosprawności opisała psycholog N.K. Cohn w 1961 r. dzieląc je na pięć stadiów reakcji:

• **Stadium szoku psychicznego** - człowiek nie chce przyjąć do wiadomości zaistniałego faktu, uważa, że to pomyłka, zły sen, nie rozumie i nie chce uświadomić sobie powstałej sytuacji.

• **Stadium oczekiwania wyleczenia** tj. radykalnej zmiany zaistniałej sytuacji, z którą jednostka nie może się pogodzić.

• **Stadium opłakiwania straty** - jednostka musi przyjąć do wiadomości obiektywną sytuację, traci nadzieję na powrót do sytuacji poprzedniej i na wyleczenie, przestaje oczekiwać zmiany zaistniałego faktu. Człowiek znajduje się w stanie ostrego dystresu. Pojawiają się reakcje agresji wobec siebie, bądź wobec innych. Nierzadko są myśli samobójcze. Dominuje żal nad sobą i opłakiwanie straty, czasem poddanie się losowi i bierność, apatia, uzależnienie od innych. Jednostka spostrzega przeszkodę jaka się pojawiła jako niedającą się usunąć.

• **Stadium zachowania obronnego**

a) zachowanie zdrowe - zachowanie jednostki nastawione jest na pozytywne działanie: zaczyna ona walczyć z niepełnosprawnością, chce zrobić wszystko, co może poprawić jej sytuację zdrowotną.

b) zachowanie neurotyczne - zachowanie obronne może być uznane za neurotyczne wówczas, gdy niepełnosprawna jednostka stosuje mechanizm zaprzeczania.

• **Stadium końcowego przystosowania** - jednostka, która osiągnęła przystosowanie do trwałej fizycznej niepełnosprawności, zaczyna ją uważać za jedną z wielu swoich cech. Niepełnosprawność przestaje stanowić przeszkodę, z którą należy walczyć" (H. Larkowa, Człowiek niepełnosprawny. Wyd. PWN, Warszawa 1987, str. 57-58).

Widzimy tu wiele sytuacji, które musi przejść osoba w wyniku doznania nagłej choroby lub wypadku. Wymienione stadia związane z akceptacją aktualnego stanu są rozłożone w różnym czasie dla różnych ludzi. W procesie przechodzenia od szoku psychicznego do stanu końcowego przystosowania ważne jest, aby człowiek poddany obciążeniom stresowym otrzymał odpowiednią pomoc i wsparcie medyczne i psychiczne od bliskich sobie osób. Osoba taka powinna być ukierunkowywana i motywowana na zdobywanie nowych celów w przyszłości, które są do zdobycia bez względu na to czy jest się osobą sprawną czy z ograniczeniami. Aby mieć całkowity pogląd na postrzeganie siebie jako osoby niepełnosprawnej przeanalizować musimy jeszcze sytuację osób objętych niepełnosprawnością od urodzenia. E. Levine w 1972r. przeprowadziła badania nad dziećmi głuchymi od urodzenia i stwierdziła, iż stosunek ich do niepełnosprawności zależał od zachowania ich rodziców i opiekunów. „Jeśli wpływ ten jest korzystny, rozwój dziecka przebiega normalnie, jeśli postawy i zachowania otoczenia są niewłaściwe, rozwój dziecka głuchego jest hamowany i zaburzony" (H. Larkowa, Człowiek niepełnosprawny. Wyd. PWN, Warszawa 1987, str. 65). Do podobnych wniosków doszedł Oleron w 1973 r. badając dzieci niewidome gdzie dużą rolę odgrywali rodzice i opiekunowie. Dzieci rodziców wykazujących lęk, obawy przed wypadkami i niebezpieczeństwami powodowali małą aktywność fizyczną dziecka oraz wzrost uzależnienia wychowanka od siebie. Odmną rolę w samooценie osoby niepełnosprawnej od urodzenia ma też środowisko, w którym się ona znajduje, zasadą jest, że im to środowisko jest bardziej przyjazne dla osoby niepełnosprawnej tym ten rozwój jest pełniejszy, a ułomność mniej dokuczliwa.

Podsumowując, można stwierdzić, że postrzeganie siebie przez osobę niepełnosprawną jest uwarunkowane nie tylko jej subiektywnym oglądem, ale wpływem środowiska zewnętrznego. A czas doznania niepełnosprawności nie ma znaczenia.

POSTAWY SPOŁECZEŃSTWA WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Wiemy już jak osoba niepełnosprawna odbiera swoją niepełnosprawność, swoją ułomność. „Postawy wobec osób niepełnosprawnych mogą przybierać różne formy, niekiedy pełnej tolerancji i traktowania ich na równi ze zdrowymi (np. małżeństwa osób zdrowych z inwalidami, wspólnej pracy i spędzania wolnego czasu). Przejawiany może być całkowity brak tolerancji wobec osób niepełnosprawnych i dążenie do usunięcia ich z kręgu ludzi zdrowych (umieszczenie w domach specjalnej opieki, tworzenie specjalnych zakładów pracy, itp.)

Skupmy się teraz na postawach negatywnych w stosunku do osób niepełnosprawnych, czym są one motywowane, jakie jest ich podłoże. Niewłaściwe postawy społeczne w stosunku do niepełnosprawnych mogą być skutkiem różnych przyczyn:

- lęku przed odmiennością
- napięciem i skrępowaniem w obcowaniu z niepełnosprawnymi
- niechęć estetyczno-seksualna
- niemożność nawiązania kontaktu emocjonalnego
- obawy przed ich niesamodzielnością i uzależnieniem
- lęk przed nabyciem kalectwa
- lękiem przed zarażeniem lub dziedzicznością
- cierpieniem wczuwając się w sytuację chorego
- obawą szyderstw ze strony znajomych
- obawą przed odpowiedzialnością w kontaktach z niepełnosprawnym
- braku wiedzy i doświadczeń osobistych w w kontaktach z nimi
- nieumiejętność zachowania się w ich towarzystwie
- poczuciem winy wobec kaleki (ja jestem zdrowy) (B.Tobiasz - Adamek, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. Collegium Medicum UJ, Kraków 1995 str. 128).

Przyczynami negatywnych postaw najczęściej są przesady, uprzedzenia do inwalidów z niepełnosprawnością bardzo widoczną np. z widocznymi uszkodzeniami narządu ruchu, ze zniekształceniami ciała lub ich częściowym brakiem. Osoby cierpiące na padaczkę, niewidomi, upośledzeni umysłowo i wiele stanów ośmieszanych, unikanych lub izolowanych od „normalnych” ludzi otrzymują etykietkę i kontakty z nimi są ograniczone. Takim chorym przypisuje się niską ocenę społeczną i nie są do zaakceptowania pod względem kulturowym, istnieją jako osoby „gorsze” z negatywnym piętnem. Skutkuje to traktowaniem niepełnosprawnych inaczej niż ludzi zdrowych pozabawiając ich akceptacji. Występują niekorzystne nastawienia społeczne i bariery świadomościowe oddzielające niepełnosprawne jednostki od społeczeństwa. Sytuacja życiowa ludzi niepełnosprawnych jest wynikiem nastawienia i zachowań środowiska społecznego, sytuacji rodzinnej, sytuacji ekonomicznej kraju przepisów prawnych i polityki społecznej. Nie możemy patrzeć na niepełnosprawność jako pojedynczy problem człowieka, ale na wymiar społeczny podkreślając równość praw osób niepełnosprawnych i satysfakcji życia w akceptowanym środowisku. Odmienność wyglądu i funkcjonowania postrzegane są jako odchylenia od normy obejmujące ograniczenia sprawności, dysfunkcje i defekty wywołują określone reakcje społeczne, poprzez postawy, powstanie stereotypów i piętnowanie osób mających braki niezgodne z normą. „Reakcje społeczne na niepełnosprawność znajdują swoje odbicie w niektórych teoriach socjologicznych. Z powodu niemożności pełnienia pewnych ról społecznych, osoby niepełnosprawne zaczęto traktować jako dewiantów, a samą niepełnosprawność jako formę dewiacji społecznej” (Sokołowska, Ostrowska A., Socjologia kalectwa i rehabilitacji. PAN, Wrocław 1976.). Oceny występują w różnych środowiskach, w których te osoby przebywają poczynając od rodziny, sąsiadów, pracy czy kontaktów towarzyskich. Narzucamy nasze oczekiwania związane z zachowaniem w określonych sytuacjach, nie akceptując faktu, że potrzeby te muszą być zaspakajane w inny sposób. Jednak mimo tego osoby niepełnosprawne żyją i rozwijają się wśród nas. Postawy wobec tych osób wpływają na proponowaną rehabilitację medyczną i psychospołeczną oraz adaptację do nowych warunków życia zaistniałym stanem zdrowia wobec samych siebie.

W codziennym życiu ludzie chorzy doświadczają utrudnień i ograniczeń spowodowanych własną dysfunkcją, barierami architektonicznymi, komunikacyjnymi. Najczęściej osoby dotknięte uszkodzeniami fizycznymi mające defekty, ograniczenia sprawności stają w sytuacji, w której pozbawione są prawa wyboru i ograniczenia możliwości w funkcjonowaniu społecznym. Nie pozwala to na swobodny wybór celów życiowych, wykształcenia, kwalifikacji zawodowych adekwatnych do swoich aspiracji, ogranicza się swobodę poruszania z racji barier architektonicznych, wyboru partnera. Osoby te chcą mimo swojego kalectwa być szczęśliwe podejmując trudy dnia codziennego, odpowiedzialności, dokonując własnych wyborów bez ciągłego nadzoru i ochrony, litości, konieczności wyręczania ich w wielu czynnościach. Ta nadmierna opieka blokuje je aktywnie często odmowa pomocy odbierana jest jako niewdzięczność.

Na podstawie przytoczonych sytuacji widzimy, że osoby zdrowe często z braku wiedzy i małego doświadczenia oraz zakłopotania odsuwają się od niepełnosprawnych i stają z boku nie widząc problemu, a nie wiedząc jak zareagować reagują agresją. Widok inwalidy może wywoływać silne emocje estetyczne, gdy przed nami stanie osoba poparzona lub okaleczona. Nie wiemy też jak reagować wobec upośledzonych intelektualnie ich dziwne zachowania wynikające z choroby przerażają nas i to tu rodzi się niechęć nie do człowieka, lecz do jego fizyczno- psychicznych zachowań. Nasza niechęć negatywnie wpływa na osoby niepełnosprawne próbujące wyzwolić się ze swoich ułomności i powrócić do normalnego życia bądź żyć pełnią życia na miarę swoich możliwości.

Istnieją jednak w zdecydowanej większości inne postawy wobec osób niepełnosprawnych postawy tolerancji, akceptacji i zrozumienia ich potrzeb. Skupmy się na cechach pozytywnych, do których możemy zaliczyć: życzliwość, sympatię, akceptację i chęć utrzymywania kontaktów z inwalidami oraz uznanie, podziw i szacunek. Cechy te poprzyjmy wiedzą na temat niepełnosprawności i mamy już osobę, z którą nasi niepełnosprawni będą się czuli dobrze. Te pozytywne cechy pozwalają na większą integrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, wzmagają apetyt na życie i chęć prowadzenia dalszej rehabilitacji pozwalającej na eliminowanie lub osvajanie własnych ułomności i lęków związanych z życiem społecznym. Osoby niepełnosprawne otoczone dobrą atmosferą życzliwości i akceptacji społecznej nie traktują się jak ludzie drugiej kategorii, ale widzą w sobie pełnoprawnych członków społeczeństwa z przysługującymi im prawami i obowiązkami. Integracja osób niepełnosprawnych jako tendencja do łączenia ludzi sprawnych i niepełnosprawnych kształtuje wrażliwość na potrzeby, organizowanie i niesienie pomocy, spotkania i imprezy integracyjne. W otoczeniu osób życzliwych niepełnosprawność schodzi na drugi plan. Ważne stają się inne sprawy i ludzie, którzy pomagają w przewyżnianiu trudów dnia codziennego, które stają się lepsze.

W wyniku badań naukowych wyróżniono następujące postawy społeczeństw:

- Spontaniczna partycypacja- charakterystyczna jest dla społeczeństw rozwijających się gdzie wśród wielu różnorodnych problemów gospodarczo- społecznych niepełnosprawność odsuwana jest na dalszy plan. Osoby niepełnosprawne są „widzialne”, lecz nie mają one równych praw jak reszta społeczeństwa.
- Separacja- charakteryzuje społeczeństwa o przejściowym stopniu rozwoju niepełnosprawność postrzegana jest jako problem medyczny, a osoby niepełnosprawne są „niewidzialne” przez społeczeństwo i przebywają w domach, domach opieki lub szpitalach
- Integracja- cechuje społeczeństwa wysoko rozwinięte i charakteryzuje się ogromną otwartością na problemy niepełnosprawnej części społeczeństwa w pomocy całkowitej rehabilitacji społecznej inwalidów, usuwania barier społecznych i technicznych. Problemy osób niepełnosprawnych są w pełni „widzialne”.

Postawa społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych ma ogromny wpływ na te osoby. Jest ona najważniejszym czynnikiem motywującym niepełnosprawnych do rehabilitacji i do pozytywnych postaw życiowych.

PODSUMOWANIE

Poziom wykształcenia, a także osobiste doświadczenia w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi wpływają na polepszenie stosunków. Wspólne przebywanie dzieci jak i dorosłych niepełnosprawnych ze zdrowymi daje możliwość rozwoju emocjonalnego i społecznego. Codzienne obcowanie, współpraca, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów daje szansę zawierania znajomości i przyjaźni. Wzrasta tolerancja, akceptacja społeczeństwa, otwartość na problemy i ich potrzeby. Dzięki odpowiedniej wiedzy i zrozumieniu okazują właściwą pomoc, mobilizując się w akcjach np. Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, 1 % na Fundację „Nie jesteś sam”. Model integracyjny proponuje włączenie inwalidów do normalnie funkcjonujących grup poprzez przystosowanie warunków społecznych, fizycznych jak powstawanie przedszkoli, szkół tworząc normalne warunki nauki. Warunkiem skuteczności tych działań jest okazywanie akceptacji, cierpliwości i wyrozumiałości przez obie strony. Ważne jest by kształtować nowy wizerunek inwalidy, propagować sukcesy w życiu codziennym, rodzinnym, ekonomicznym, w osiąganiu celów w sporcie przez tworzenie olimpiad specjalnych. Przyznajemy niepełnosprawnym właściwe miejsce w społeczeństwie dzięki specjalnym formom pomocy lokalnej, w środowisku zamieszkania przy udziale organizacji i grup samopomocy tworzonych przez nich samych. Znosimy bariery architektoniczne, przystosowujemy mieszkania i instytucje do potrzeb niepełnosprawnych, zapewniamy zatrudnienie, udostępniamy sprzęt ortopedyczny, zapobiegamy izolacji. Ale to początek, w tej kwestii jest jeszcze wiele do zrobienia. Postawy wobec ułomności wykazały duży wpływ poprzez kontakty poszczególnych ludzi z kalekami i inwalidami, lecz oni wchodzą w nasze życie, oddzieleni niewidzialnym murem uprzedzeń i przesądów. Bez zburzenia tego muru niemożliwa jest pełna integracja. Obcując z ludźmi starymi lub niepełnosprawnymi dostrzegamy ich człowieczeństwo, które nie zależy od tego, jak funkcjonuje kalekie ciało i umysł, ale ich doskonałość. Patrząc na nich, możemy w nich dostrzec nie „innych”, lecz siebie będąc traktowanym z szacunkiem i godnością.

Janina Aleszczyk
Licencjat pielęgniarstwa
„Patronka” sp. z o.o. w Szczecinku



KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



STYCZEŃ 2013 ROK

- 15 stycznia 2013 r.** posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 16 stycznia 2013 r.** warsztaty edukacyjne dla położnych i pielęgniarek zorganizowane przez OIPiP w Koszalinie i firmę PELARGOS nt. „Nowoczesne rozwiązania dla skóry wrażliwej, suchej i atopowej”
- 16 stycznia 2013 r.** udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 22 stycznia 2013 r.** spotkanie członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej

LUTY 2013 ROK

- 02 luty 2013 r.** udział przedstawiciela ORPiP w uroczystym otwarciu Pawilonu Oddziałów Internistycznych Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie
- 05 luty 2013 r.** posiedzenie Komisji Socjalnej
- 11 luty 2013 r.** posiedzenie Komisji ds. 5-letniej przerwy
- 12 luty 2013 r.** posiedzenie ORPiP
- 19 luty 2013 r.** posiedzenie Komisji Kształcenia ds. refundacji
- 26 luty 2013 r.** posiedzenie Prezydium ORPiP
- 27 luty 2013 r.** posiedzenie Pełnomocnych przedstawicieli ORPiP
- 28 luty 2013 r.** posiedzenie Kadry Kierowniczej

VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

26-28 września 2013, Karpacz

Szanowni Państwo,

Drogie Koleżanki i Koledzy!

W imieniu Komitetów Organizacyjnego i Naukowego serdecznie zapraszam Członków oraz Sympatyków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki do udziału w VIII Zjeździe PTPAiO. Kolejne spotkanie czeka nas w dniach 26-28.09.2013 r., w Karpaczu - niegdyś miejsce poszukiwaczy skarbów, gdzie do dziś można odnaleźć ślady ich działalności. Karkonosze to miejsce zimowego, sportowego szaleństwa, a dla spragnionych obcowania z naturą, pięknych krajobrazów.

Program naukowy Zjazdu, obejmie szeroką tematykę zagadnień związanych z nauką, praktyką oraz etyką w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki.

Mamy nadzieję, że urok Karkonoszy, możliwość wymiany doświadczeń z koleżankami i kolegami z całego kraju sprawią, że zdecydują się Państwo na uczestnictwo w VIII Zjeździe PTPAiO.

Zachęcamy do nadsyłania prac związanych z tematyką zjazdu.

Szczegółowe informacje wraz z kartą uczestnictwa ukażą się od stycznia 2013 roku na stronie internetowej naszego Towarzystwa www.ptpaio.pl

Serdecznie zapraszam do Karpacza
Prezes PTPAiO
Paweł Witt

OPINIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W SPRAWIE PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE SPOSOBU USTALANIA MINIMALNYCH NORM ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH NIEBĘDĄCYCH PRZEDSIĘBIORCAMI

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że jednym z kluczowych elementów kształtowania wysokiej jakości usług medycznych, bezpieczeństwa pacjentów i bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek jest właściwa liczba zasobów ludzkich. Stąd pozytywnie opiniujemy proponowane rozporządzenie, które porządkuje zasady obliczania zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie w oparciu o wiarygodną i rzetelną metodykę. Jednak przyjęte średnie czasy świadczeń bezpośrednich w minimalnym zakresie określają wymiar działań pielęgniarskich, nie stanowią pełnego zabezpieczenia potrzeb pacjentów. Uważamy także, iż niezwykle ważnym jest, aby normy te objęły wszystkie podmioty lecznicze w Polsce bez względu na to, w jakiej formie prawnej funkcjonują (placówki publiczne i niepubliczne), a jedynym kryterium powinno być kontraktowanie świadczeń ze środków publicznych, gdyż tylko wtedy pacjenci mogą otrzymać porównywalną jakość świadczeń.

Dodatkowo, w odpowiedzi na bardzo chaotyczne i nie poparte żadnym dowodem naukowym, a wręcz świadczące o braku troski o dobro chorego Stanowisko Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012r., przypominamy nasze wcześniejsze stanowisko z dnia 22.06.2010 roku w sprawie obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej, w którym opublikowano część wyników badań naukowych związanych z bezpośrednią zależnością pomiędzy liczbą pielęgniarek zatrudnionych na danym oddziale a skutkami opieki medycznej, czy kosztami, które są tak ważne w aktualnej sytuacji polskich szpitali. Każdy mądry zarządzający placówką leczniczą wie, że taniej jest zatrudnić pielęgniarkę niż ponosić dodatkowe koszty wynikające ze zwiększonej liczby zakażeń szpitalnych (np. koszty antybiotykoterapii), czy błędów medycznych (przemęczony personel).

Badania naukowe jednoznacznie dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy obsadą pielęgniarek a:

1. Bezpieczeństwem pacjenta.

Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych (Canadian Federation of Nurses Union, 2005). Nieodpowiednia obsada pielęgniarska - to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych (Hampton, 2004). Każdy dodatkowy pacjent, powyżej 4, na jedną pielęgniarkę w oddziałach chirurgicznych powoduje 7% wzrost prawdopodobieństwa zgonu w ciągu 30 dni od przyjęcia oraz 7% wzrost prawdopodobieństwa niepowodzeń w działaniach ratujących życie (Aiken, Clarke, Sloane i wsp., 2002). Istnieje także związek między małą liczbą pielęgniarek na dyżurach nocnych i wzrostem ryzyka płucnych komplikacji pooperacyjnych (Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett, 2001).

Według Komisji Europejskiej w Polsce 91% badanych ocenia ten problem jako bardzo ważny, a aż 50% obawia się występowania

zdarzeń niepożądanych, 51% czytała o nich często w doniesieniach prasowych, natomiast 28% respondentów doświadczyło powikłań związanych z kontaktem z ochroną zdrowia, które nie były związane bezpośrednio z chorobą, która ich dotyczyła („Medical Errors”, Eurobarometer, Jan.2006). Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą wskazywaną przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbytne obciążenie pracą (83 proc.) (Lisowska, 2005).

2. Kosztami opieki zdrowotnej.

Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia (Erwin, 1994; Seago, 1999; Dimick, Swoboda, Pronovost, & Lipsett, 2001, Gelinias & Bohlen, 2002). Z powodu nieodpowiedniej obsady (USA), aż 11% - 13% hospitalizowanych pacjentów cierpi z powodu odleżyn, których leczenie dodatkowo kosztuje od 5 do 75 tys. dolarów na każdego pacjenta (Manley, 1978; Robinson Coghlan, & Jackson, 1978; Reuler & Cooney, 1981; Cowart, 1987). Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).

3. Satysfakcją pacjentów.

Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki (Canadian Federation of Nurses Union, 2005).

4. Satysfakcją zawodową pielęgniarek. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto, pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na wyższą absencję i pogorszenie stanu zdrowia. Ma to swoje konsekwencje w ponoszonej odpowiedzialności zawodowej (Sheward, Hunt, Hagen, i wsp., 2005).

Warto nadmienić, że w 2006 roku Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) w informacji prasowej z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek podkreśliła, opierając się na wynikach badań naukowych, że odpowiednia obsada pielęgniarska w opiece zdrowotnej ratuje życie pacjentów i oszczędza pieniądze! Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizując zadania statutowe nie może przejść obojętnie wobec opinii Związku Powiatów Polskich. Argumentacja zawarta w nadmienionym stanowisku Związku jest nie do przyjęcia. Właśnie poprzez adekwatną do potrzeb pacjentów i specyfiki oddziałów szpitalnych obsadę pielęgniarską jesteśmy w stanie zapobiec wielu zdarzeniom niepożądanym, które narażają na koszty zarówno naszych pacjentów jak i placówki opieki zdrowotnej, a nade wszystko narażają życie i zdrowie naszych podopiecznych.

Warszawa 23.11.2012 rok

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny
www.ptp.na1.pl
Al. Reymonta 8 lok. 12
tel. +48 22 398 18 72; Fax +48 22 398-18-51
email: zgptpiel@gmail.com
OPP KRS 000065610

NORMY ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Z dniem 1 stycznia 2013 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012r. poz. 1545).

Zapisy rozporządzenia zasadniczo odbiegają od projektu opracowanego przez profesjonalny Zespół powołany przez Ministra Zdrowia, który to został przedłożony do konsultacji społecznych. W porównaniu z projektem rozporządzenia wprowadzono następujące zmiany:

- włączono wliczanie do minimalnych norm pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących i ich zastępców,
- wykreślono zapis, że obsada pielęgniarek lub położnych w oddziale lub innej komórce organizacyjnej nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę,
- usunięto średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki nad pacjentem w poszczególnych oddziałach,
- zmniejszono średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich pośrednich,
- wykreślono wskaźniki oceny zapotrzebowania na opiekę

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
NIPIP-NRPIP-DM.0025.5.2013

Warszawa, 16 stycznia 2013 r.

**Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia**

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apeluję o pilną nowelizację Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).

Uprzejmie proszę o wskazanie przyczyn, dla których treść wydanego przez Pana Ministra rozporządzenia znacząco odbiega od projektu z dnia 18 października 2012 roku przekazanego do konsultacji społecznych.

Tego rodzaju sytuacja stawia pod znakiem zapytania zgodność rozporządzenia z niekwestionowaną na gruncie art. 2 Konstytucji RP zasadą poprawnej legislacji. Wydaje się także, iż tego rodzaju postępowanie pozostaje w opozycji do treści art. 7 ust. 4 pkt 3 Ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (tj.: Dz. U. z 2012 r. poz. 392). Stosownie do dyrektyw wpływających ze wspomnianego przepisu. Członek Rady Ministrów, realizując politykę ustaloną przez Radę Ministrów, zobligowany jest do współdziałania z przedstawicielstwami środowisk zawodowych, a takim jest przecież samorząd pielęgniarek i położnych - W treści art. 50 ust. 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), minister właściwy do spraw zdrowia zyskał uprawnienie do określenia w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.

Zgodnie ze wspomnianym przepisem uczynić to może po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji zawodowych. Należy tu podkreślić, że celem tego rozporządzenia ma być zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

pielęgniarską przy nowotworzonych oddziałach, podmiotach, - wykreślono zapis dotyczący minimalnej normy zatrudnienia na bloku operacyjnym w brzmieniu „co najmniej 1 pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarkce albo położnej operacyjnej”. Powyższe zmiany nie były konsultowane z samorządem pielęgniarek i położnych.

Dlatego też reakcja Okręgowych Izb była natychmiastowa, w efekcie której zwołane zostało w trybie pilnym w dniu 16 stycznia b. r. posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie z udziałem Przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia:

- Aleksander Sopliński Podsekretarz Stanu w MZ
- Krzysztof Chlebus Podsekretarz Stanu w MZ
- Jolanta Skolimowska Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Głównym tematem posiedzenia były zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Trzygodzinna dyskusja zakończyła się przyjęciem stanowiska Naczelnej Rady skierowanym do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza.

**Przewodnicząca ORPiP
Justyna Laska**

Nie może budzić wątpliwości, że pojęcie "właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych" korespondować musi z wyrażeniami w treści art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP, zasadami powszechnego dostępu do ochrony zdrowia oraz dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Cytowane przepisy stanowią, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1) oraz że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2), Tymczasem, wdrożenie przepisów rozporządzenia w obecnym kształcie doprowadzić może do ograniczania liczby pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych. Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w polskich szpitalach są znacząco niższe od wskaźników w innych krajach europejskich.

Należy również podkreślić, iż Rozporządzenie w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno być gwarantem nie tylko jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych, ale także zapewniać bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz bezpieczeństwo pracy pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie informowała Pana Ministra o nieprawidłowościach, związanych z ustalaniem obsad pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, stosowanych praktykach dyżuru jednoosobowego w niektórych szpitalach lub znacznym ograniczaniu stanu zatrudnienia na jednej zmianie. Ponadto, treść rozporządzenia poza marginesem swojego zainteresowania pozostawia wyniki prac Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009 roku (Dz. Urz. MZ. 09.06.33).

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami w omawianym brzmieniu, zatem nie tylko nie poprawi warunków pracy pielęgniarek i położnych, ale przede wszystkim będzie miało negatywny wpływ na dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co w konsekwencji prowadzi do naruszenia art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP.

W tym stanie rzeczy Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się przywrócenia następujących zapisów 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 lub 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, zgodnie z propozycją zawartą w § 2 projektu z dnia 18 października 2012 roku;

- 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 pielęgniarsce albo położnej operacyjnej.

Wykreślenie powyższych zapisów nie było konsultowane z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych. Dlatego niepokoi i jednocześnie dziwi fakt, iż tak ważny dla naszych grup zawodowych akt prawny nie uwzględnił trzyletniego dorobku ekspertów, przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych biorących udział w pracach Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, o którym mowa wyżej. Pragnę także zwrócić uwagę Pana Ministra na fakt, iż prawidłowo ustalona obsada pielęgniarek i położnych zapobiega występowaniu zdarzeń niepożądanych we wszystkich podmiotach leczniczych. Dlatego, w ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, przedmiotowe rozporządzenie uwzględniające przedstawione wyżej propozycje, powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na ich rodzaj.

Szanowny Panie Ministrze,
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec treści nowo wydanego rozporządzenia w obecnym brzmieniu i wnosi o uwzględnienie powyższych uwag w dalszej pracy kierowanego przez Pana Urzędu. Ponadto, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na konieczność nowelizacji innych aktów prawnych warunkujących prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej niezależnie od źródeł form finansowania.

Prezes
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2013 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.

W spotkaniu udział wzięli ze strony Ministerstwa Zdrowia:
Bartosz Artukowicz – Minister Zdrowia
Aleksander Sopliński Podsekretarz Stanu w MZ
Beata Cholewka Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Naczelną Radę Pielęgniarek Położnych reprezentowali:
Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes NRPiP
Maria Kaleta – Wiceprezes NRPiP
Tadeusz Wadas – Wiceprezes NRPiP
Hanna Gutowska – Skarbnik NRPiP
Joanna Walewander – Sekretarz NRPiP
Członkowie Prezydium NRPiP
Agnieszka Kałużna, Mariola Głowacka, Emilia Kin, Mariola Łodzińska, Barbara Błażejowska-Kopiczak
Zofia Małas - członek NRPiP

Podczas spotkania przedstawiciele NRPiP przedstawili Ministrowi Zdrowia stanowisko w sprawie pilnej nowelizacji w/w rozporządzenia.

Strona samorządowa w dalszym ciągu podtrzymuje, iż należy bezwzględnie przywrócić zapisy dotyczące:

1) Obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innej jednostce organizacyjnej na dyżurze powinna być ustalona zgodnie z faktycznym zapotrzebowaniem pacjenta na opiekę pielęgniarską lub położniczą z uwzględnieniem czasów wypracowanych przez zespół ds. norm.

2) Wprowadzenia obowiązywania norm we wszystkich podmiotach leczniczych.

3) Minimalne normy zatrudnienia w bloku operacyjnym – dwie pielęgniarki lub położne na jednego operowanego pacjenta (instrumentariuszka i asystująca).

4) W rozporządzeniu powinien się znaleźć zapis o treści „jedna położna na jedną rodzącą, u której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu”.

Ustalono, że będą trwały prace zmierzające do rozwiązania spornych kwestii objętych w/w rozporządzeniem.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Szkolenie wyjazdowe w Mielnie



7 grudnia 2012 r.



Tematy szkolenia:
„Odpowiedzialność zawodowa kierowniczej kadry pielęgniarskiej w świetle przepisów prawa i Kodeksu Etyki”

„Udział personelu medycznego w profilaktyce zakażeń szpitalnych”

„Skuteczna komunikacja = mniej problemów”

Zatrudnienie na umowę o pracę pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej, w ramach zapewnienia doraźnej opieki medycznej

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.0025.275.2012

Warszawa, 19 października 2012 r.

**Pani
Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
w Ministerstwie Zdrowia**

Szanowna Pani Dyrektor

W związku ze stanowiskiem Biura Pełnomocnika Rządu ds. osób niepełnosprawnych w sprawie możliwości zatrudnienia na umowę o pracę pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej w ramach zapewnienia doraźnej opieki medycznej (stanowisko przekazuję w załączeniu), powołującym się na pismo w powyższej sprawie z Departamentu Pielęgniarek i Położnych z dnia 31 sierpnia 2012 r. (znak: MZ-PP-079-8165-1/RJ/12) zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie NRPIP ww. pisma Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Zapoznanie się z opinią Departamentu Pielęgniarek i Położnych umożliwi wypracowanie jednolitego stanowiska w sprawie możliwości zatrudnienia pielęgniarki na umowę o pracę w zakładzie pracy chronionej. Prośba powyższa wynika także ze zgłaszanych przez pielęgniarki wątpliwości prawnych w powyższej sprawie.

**z poważaniem
Grażyna Rogala - Pawelczyk
Prezes NRPIP**

Stanowisko w sprawie zatrudnienia pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej

24-09-2012

STANOWISKO BIURA PEŁNOMOCNIKA RZĄDU DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SPRAWIE MOŻLIWOŚCI ZATRUDNIENIA NA UMOWĘ O PRACĘ PIELĘGNIARKI W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ W RAMACH ZAPEWNIENIA DORAŻNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ.

W art. 28 ust.1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz.U. z 2011 r. Nr 127. poz. 721 ze zm.) nałożono na pracodawców posiadających status zakładu pracy chronionej, obowiązek zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych.

W powołanym przepisie nie określono, w jaki sposób ma być zapewniona doraźna opieka medyczna kładąc nacisk na faktyczne zapewnienie tej opieki i dając pracodawcy możliwość

ustalenia takiej formy realizacji obowiązku zapewnienia doraźnej opieki medycznej, która byłaby adekwatna do specyficznych potrzeb zakładu pracy.

Dopuszczalne jest zatem zatrudnienie pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej w ramach zapewnienia doraźnej opieki medycznej. Z punktu widzenia realizacji obowiązku określonego w art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy o rehabilitacji (...) nie jest istotne, na jakiej podstawie prawnej świadczy pracę pielęgniarka w zakładzie pracy chronionej - czy będzie to umowa o pracę, czy w ramach działalności gospodarczej po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 5 i 102 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112. poz. 654 ze zm.).

Należy przy tym zauważyć, że stosownie do art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174. poz. 1039 ze zm.) pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:

1. w ramach umowy o pracę;
2. w ramach stosunku służbowego;
3. na podstawie umowy cywilnoprawnej;
4. w ramach wolontariatu;
5. w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W związku z powyższym, nie prowadzenie działalności gospodarczej w przedmiocie działalności leczniczej i nie wpisanie się do rejestru, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej, nie wyłącza możliwości bycia zatrudnionym na umowę o pracę w zakładzie pracy chronionej.

Stanowisko Biura zostało potwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia i Departament Pielęgniarek i Położnych pismem z dnia 31 sierpnia 2012 (znak: MZ-PP-079-8165-1/RJ/12).

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Pielęgniarek i Położnych
MZ-PP-079-8165-3/RJ/12

Warszawa, 05.11.2012 r.

**Pani
Grażyna Rogala - Pawelczyk
Prezes NRPIP**

Szanowna Pani Prezes

W związku z pismem z dnia 19 października 2012 r. (znak: NIPIP-NRPIP-DM.0025.275.2012) w sprawie udostępnienia Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych pisma Departamentu Pielęgniarek i Położnych z dnia 31 sierpnia 2012r. skierowanego do Dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych dotyczącego udzielenia wyjaśnień, czy zakład pracy chronionej może zatrudniać pielęgniarkę na podstawie umowy o pracę, w załączeniu przesyłam kopię odpowiedzi udzielonej w przedmiotowej sprawie, jak również stanowisko Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 maja 2011 r. w sprawie doraźnej opieki medycznej w zakładach opieki zdrowotnej.

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

Warszawa, 2012.08.31

Pani
Teresa Hernik
Dyrektor Biura
Pełnomocnika Rządu do Spraw
Osób Niepełnosprawnych

W związku z pismem z dnia 31 lipca 2012 r. (znak: BON-I-52311-201-2-PM/12) w sprawie udzielenia wyjaśnień, czy zakład pracy chronionej może zatrudniać pielęgniarkę na podstawie umowy o pracę, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, póź. 1039 z późn. zm.), pielęgniarka i położna może wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę,
- 2) w ramach stosunku służbowego,
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- 4) w ramach wolontariatu,
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2012 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, póź. 654 z późn. zm.).

W świetle art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarka może także wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 tej ustawy. Działalności lecznicza pielęgniarki może być wykonywana w następujących formach:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

Należy podkreślić, że pracodawca, w sytuacji ubiegania się o uzyskanie statusu pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej, zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, póź. 721) ma obowiązek zapewnić m.in. doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną oraz poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 maja 2011 r. w sprawie doraźnej opieki medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, pracodawcy zakładów pracy chronionej mają swobodę w zakresie sposobu realizacji obowiązku zapewnienia opieki medycznej i usług rehabilitacyjnych. Ustawodawca w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych położył nacisk na faktyczne zapewnienie tej opieki dając pracodawcy możliwość ustalenia takiej formy realizacji obowiązku zapewnienia doraźnej opieki medycznej, która byłaby adekwatna do specyficznych potrzeb zakładu pracy. W ww. ustawie nie sprecyzowano, kto może zapewnić doraźną opiekę medyczną.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia, zapewnienie doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej obejmuje m. in. pomoc w nagłych urazach i wypadkach, a przede wszystkim na miejscu zdarzenia do czasu przybycia lekarza. Pomoc taka, zwłaszcza w zakładzie pracy chronionej powinna być świadczona wyłącznie przez wykwalifikowany personel medyczny, tj. lekarza lub pielęgniarkę. Jak wskazano powyżej, stosunek prawny leżący u podstaw zapewnienia przez zakład pracy chronionej doraźnej pomocy medycznej nie jest aż tak istotny, ponieważ kluczową kwestią jest realna możliwość udzielenia szybkiej i skutecznej pomocy poszkodowanemu pracownikowi.

W związku z powyższym, pielęgniarka może być zatrudniona w zakładzie opieki chronionej zarówno w ramach umowy o pracę, jak i na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

STANOWISKO MINISTERSTWA PRACY I POLITYKI
SPOŁECZNEJ Z 9 MAJA 2011 R.
W SPRAWIE DORAŻNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 14, póź. 92 ze zm.), pracodawca prowadzący działalność gospodarczą przez okres co najmniej 12 miesięcy, zatrudniający nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o których mowa w pkt 1, przez okres co najmniej 6 miesięcy, uzyskuje status pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej, jeżeli jest zapewniona doraźna i specjalistyczna opieka medyczna, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

Należy podkreślić, że zakłady pracy chronionej (ZPCH) mają swobodę w zakresie sposobu realizacji obowiązku dotyczącego zapewnienia opieki medycznej i usług rehabilitacyjnych, toteż istnieją pomiędzy nimi różnice w tym zakresie. Niektóre ZPCH zawierają umowy z zakładami opieki zdrowotnej na świadczenie usług w zakresie doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej. Inne posiadają własne przychodnie (działające jako niepubliczne zoz), które świadczą usługi dla pracowników, jak i klientów zewnętrznych.

Ustawodawca położył nacisk na taktyczne zapewnienie tej opieki i dając pracodawcy możliwość ustalenia takiej formy realizacji obowiązku zapewnienia doraźnej opieki medycznej, która byłaby adekwatna do specyficznych potrzeb zakładu pracy.

W ustawie o rehabilitacji (...) nie sprecyzowano - kto może zapewnić doraźną opiekę medyczną. Obecnie, przedstawiając prowadzącym ZPCH wyjaśnienia dotyczące zapewnienia doraźnej opieki medycznej. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej powołuje się na stanowisko Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z którym przez zapewnienie doraźnej opieki medycznej należy rozumieć „(...) udzielenie doraźnej opieki medycznej, które obejmuje m.in. pomoc w nagłych urazach i wypadkach przede wszystkim na miejscu zdarzenia do czasu przybycia lekarza”.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia „pomoc taka, zwłaszcza w zakładzie pracy chronionej powinna być świadczona wyłącznie przez wykwalifikowany personel medyczny, tj. lekarza lub pielęgniarkę”.

Dlatego, rozpatrując sprawę z punktu widzenia kompetencji do udzielania doraźnej opieki medycznej, lekarz medycyny pracy może sprawować doraźną opiekę nad pracownikami zakładu pracy chronionej, posiada bowiem dyplom lekarza. Jak wskazano wyżej stosunek prawny leżący u podstaw zapewnienia przez ZPCH doraźnej pomocy medycznej nie jest aż tak istotny - kluczową kwestią jest realna możliwość udzielenia szybkiej i skutecznej pomocy poszkodowanemu pracownikowi.

W świetle art. 12 ust. 1 w zw. z art. 2 ust. 1 i 2 pkt 1 ustawy z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2004 r. Nr 125, póź. 1317 ze zm.) nie jest dopuszczalne zawarcie umowy o pracę pomiędzy zakładem pracy chronionej a lekarzem medycyny pracy. Stosownie do art. 2 ust. 1 i 2 ustawy o służbie medycyny pracy zadania służby medycyny pracy wykonują m.in. lekarze, w ramach jednostek organizacyjnych służby medycyny tj.:

- zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i utrzymywanych w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.
- jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej wydzielonych w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi,
- lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub wykonujący zawód w formie grupowej praktyki lekarskiej.

Należy podkreślić, iż z ww. jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy pracodawca prowadzący ZPCH nie może zawrzeć umowy o pracę, gdyż te jednostki nie mogą być pracownikami (mogą być nimi wyłącznie osoby fizyczne) i stałoby to w sprzeczności z art. 22 § w zw. z art. 2 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn. Dz.U. z 1998 r. nr 21, póź. 94 ze zm.). Nawet lekarz medycyny pracy wykonujący indywidualną praktykę lekarską, nie może być pracownikiem, bowiem, stosownie do art. 49a pkt 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, póź. 857 ze zm.) prowadzenie indywidualnej praktyki lekarskiej, jest regulowaną działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. nr 155, póź. 1095 ze zm.).

Ponadto wynikająca z istoty stosunku pracy (art. 22 ust. 1 Kodeksu pracy) podległość pracownika kolidowałaby z określoną w art. 3 ustawy o służbie medycyny pracy niezależnością osób realizujących zadania służby medycyny pracy przy wykonywaniu czynności zawodowych m.in. od pracodawców.

Rzeczpospolita, Prawo i Praktyka z 13.05.2011 r., str. 6.

Stanowisko w sprawie zwiększenia stawki kapitaacyjnej dla pielęgniarek szkolnych

Warszawa, dnia 2012 -12- 20

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Pielęgniarek i Położnych
MZ-PP-0762-8459-2/BW/12

**Pani Justyna Laska
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie**

Szanowna Pani Przewodnicząca
Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 14 listopada 2012 r., znak: L.dz. 411/XI/12, przy którym zostało przekazane Stanowisko nr 1/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek

i Położnych w Koszalinie z dnia 13 listopada 2012 r. w sprawie zwiększenia stawki kapitaacyjnej dla pielęgniarek szkolnych, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie prosi o przyjęcie poniższych informacji.

Świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania realizowane są w oparciu o przepisy 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.). Świadczenia te są świadczeniami gwarantowanymi, czyli finansowanymi w całości ze środków publicznych. Płatnikiem tych świadczeń pozostaje Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia są finansowane w ramach stawki kapitaacyjnej na ucznia, która jest korygowana wskaźnikami uwzględniającymi stan zdrowia ucznia (wyższy wskaźnik dla uczniów niepełnosprawnych i przewlekle chorych) lub typ szkoły (wyższy wskaźnik dla szkół specjalnych, klas integracyjnych, szkół i klas sportowych oraz szkół prowadzących naukę zawodu z warsztatami). Na przestrzeni lat 2005-2012 roczna stawka kapitaacyjna na świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania wynosiła: 25,00 zł (2005); 26,06 zł (2006); 33,00 (2007); 34,08 zł (2008); 38,40 (2008-2010) i 42,00 zł (2011-2012). Dodatkowo, kontrakt na świadczenia pielęgniarki szkolnej obejmuje finansowane oddzielnie świadczenie: grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania, które wykonuje się u uczniów szkół podstawowych (klasy I-VI).

Roczna stawka kapitaacyjna na ucznia w ramach prowadzonej w szkołach podstawowych profilaktyki fluorkowej wynosiła 3,60 zł (2005-2009), a w 2011 r. została podwyższona do kwoty 5,40 zł. Na podstawie powyższych danych nie można podzielić stanowiska Państwa, że „stawki kapitaacyjne dotyczące pielęgniarek medycyny szkolnej nie były zmieniane od wielu lat”.

Ponadto, Departament wskazuje, że decyzje o zwiększeniu wysokości środków publicznych przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, pozostają w wyłącznej kompetencji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Reforma ochrony zdrowia w latach 90-tych oddzieliła bowiem funkcje organizatora opieki zdrowotnej, którym pozostaje minister właściwy do spraw zdrowia od funkcji płatnika, którym obecnie jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Tym niemniej, Minister Zdrowia w pismach kierowanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywał na konieczność rozważenia możliwości podwyższenia stawki kapitaacyjnej na ucznia oraz zrównania wskaźników finansowania ze wskaźnikami liczby uczniów na etat przeliczeniowy.

Z informacji przedstawionych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - pismo z dnia 17 grudnia 2012 r., znak: CF/DSOZ/2012/073/0686/W/33672/HKL wynika, że Państwa stanowisko jest jednym z wielu wystąpień organizacji zawodowych zrzeszających pielęgniarki i położne, o zwiększenie nakładów na finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej. Powyższe wystąpienia napływały do Funduszu nie tylko w okresie konsultacji projektu zarządzenia określającego warunki finansowania świadczeń w roku 2013, ale także w ciągu całego roku. Jednakże, z uwagi na aktualną sytuację finansową Funduszu, nie mogły one zostać pozytywnie rozpatrzone. Przyjęta w sierpniu br. Planem finansowym Funduszu wysokość środków finansowych na finansowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (poz) ustalona została w oparciu o stawki kapitaacyjne obowiązujące w roku 2012, zatem ich wzrost w chwili obecnej, przy niezmiennym planie przychodów Funduszu, nie jest możliwy. Ponadto, Prezes Narodowego Funduszu poinformował, że w dniu 27 listopada 2012 r., na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP), w Centrali Funduszu odbyło się spotkanie z Prezes NRPiP Panią Grażyną

Rogała - Pawelczyk i przedstawicielami Rady, celem omówienia postulatów zgłoszonych przez NRPiP dotyczących m.in. warunków finansowania świadczeń pielęgniarskich w poz. W trakcie spotkania, Fundusz przekazał informację o negatywnym rozpatrzeniu zgłoszonych postulatów, uzasadnił przyczyny podjętej decyzji oraz przekazał informacje o możliwości powrotu do rozmów dotyczących finansowania świadczeń póź, w II kwartale 2013 r. Jednocześnie Pani Prezes Narodowego Funduszu wskazała, aby jednak wnioski o zwiększenie finansowania określonych świadczeń, mogły być uwzględnione przez Fundusz przy planowaniu kosztów finansowania świadczeń, powinny posiadać wiarygodne i odzwierciedlające stan faktyczny, uzasadnienie kosztowe.

Podsumowując powyższe, Departament podkreśla, że Minister Zdrowia dostrzega kluczową rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kształtowaniu postaw prozdrowotnych dzieci i młodzieży oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz działania na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie. Minister Zdrowia współpracuje także z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych. Celem tej współpracy jest doskonalenie istniejącego systemu opieki zdrowotnej, w szczególności w obszarze zadań realizowanych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Z poważaniem
Jolanta Skolimowska
Z-ca Dyrektora

Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W KOSZALINIE

I.dz.13/II/2013

Koszalin, dnia 28.01.2013 r.

Pani Agnieszka Pachciarz
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

W imieniu środowiska pielęgniarek realizujących świadczenia zdrowotne w środowisku nauczania i wychowania zwracam się do Pani Prezes o wyjaśnienie, czy Dyrektorzy Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia będą posiadali w nowym roku kontraktowania upoważnienia na wyrażenie zgody na odstąpienie od zapisów w III części załącznika nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z podstawowej opieki zdrowotnej.

Pytanie to wynika z zapisów zarządzenia nr 86/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2012 roku zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna

Zalecane liczby świadczeniobiorców określone zostały dla lekarza poz, pielęgniarki poz oraz położnej poz. Pielęgniarki medycyny szkolnej jako jedynej nie wymieniono w zarządzeniu, co budzi ogromny niepokój w sytuacji realizacji świadczeń i finansowania ich przez Fundusz po przekroczeniu sztywno określonej i dookreślonej w rozporządzeniu liczby świadczeniobiorców w zależności od typu szkoły.

Brak dyspozycji dla Dyrektorów Wojewódzkich Oddziałów

Narodowego Funduszu Zdrowia przyczyni się do nieprawidłowości w realizacji i dostępie do świadczeń pielęgniarki szkolnej przy znanych wszystkim problemach wynikających z:

- braku pielęgniarek z odpowiednim wykształceniem,
- niżu demograficznego (liczba uczniów w szkołach, co roku ulega zmniejszeniu),
- dostosowania godzin dostępności do świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej uzależnionej od liczby uczniów oraz typu szkoły,
- najniższego finansowania medycyny szkolnej spośród wszystkich dziedzin podstawowej opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania realizujący świadczenia z zakresu medycyny szkolnej proszą o równe traktowanie podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne.

Z poważaniem
Przewodnicząca ORPiP
Justyna Laska

Do wiadomości:

1. Beata Cholewka - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych
2. Dagmara Korbasińska - Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka
3. Julita Jaśkiewicz - Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału NFZ
4. Grażyna Rogala Pawelczyk - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko w sprawie interpretacji pojęcia „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru”

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
NIPIP-NRPiP-DM.0025.243.2012

Warszawa, 14 września 2012 r.

Pani
Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor

W związku z licznymi zapytaniami pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii dotyczącymi rozumienia pojęcia „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237. poz. 165 ze zm.) zwracam się z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska, czy praca pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii, które nie pracują na bloku operacyjnym może być uznana za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu powyższej ustawy.

Z poważaniem
Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

MINISTERSTWO ZDROWIA
 Departament Pielęgniarek i Położnych
 MZ-PP-0762-8234-2/BW/12

Warszawa, dnia 2012 -11- 05

**Pani
 Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
 Prezes Naczelnej Rady
 Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 14 września 2012 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.0025.243.2012 w sprawie interpretacji pojęcia „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt. 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. Nr 237. poz.165 z późn. zm.). Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w związku z przekazaną korespondencją dokonał wnikliwej analizy obowiązujących uregulowań w tym zakresie.

Departament wskazuje, że zgodnie z ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z. późn. zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2009 r., do prac w szczególnym charakterze zaliczone zostały, wymienione w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

Ponadto, wyjaśnienia w sprawie określenia „w warunkach ostrego dyżuru” zostały rozstrzygnięte w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, który zamieszczony został na stronach Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl.

Z ww. Komunikatu wynika, że prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru to nie tylko prace wykonywane w ramach obowiązków pracowniczych, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym (wynikającym ze wskazań życiowych), ale również inne prace tego personelu (w ramach obowiązków pracowniczych), które są wykonywane w ramach czasu pracy, kiedy istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, skutkującego koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym. Pojęcie „w warunkach ostrego dyżuru” oznacza nieuchronność wystąpienia zdarzenia, które powoduje konieczność, udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych. Nieuchronność występowania takich zdarzeń skutkuje tym, że od pracowników pracujących w tych warunkach wymagane są kryteria określone w art. 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych (szczególna odpowiedzialność oraz szczególna sprawność psychofizyczna).

Ponadto, zgodnie z art. 3 ust. 5 omawianej ustawy, warunkiem zaliczenia wykonywania ww. prac do okresu, od którego zależy uzyskanie prawa do emerytury pomostowej jest wykonywanie tych prac w pełnym wymiarze czasu pracy, co znajduje potwierdzenie w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. sygn. akt I OSK 421/11 (LEX nr 996963).

Należy również mieć na względzie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. sygn. akt II UK 164/11 (LEX nr 1171289), który w pkt. 1 stanowi, iż „Wykaz prac określonych w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy z 2008 r. o emeryturach pomostowych jest zamknięty i nie podlega uzupełnieniu”, co oznacza, że cech

pracy „o szczególnym charakterze” lub „w szczególnych warunkach” nie mogą posiadać inne prace, choćby sposób ich wykonywania i ich jakość mogła obniżyć się z wiekiem”.

Odnosząc się bezpośrednio do treści Państwa pisma. Departament zwraca także uwagę na zamieszczony na stronach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.emeryturypomostowe.gov.pl. obszerny poradnik do ustawy o emeryturach pomostowych: *Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze*, przeznaczony dla pracodawców i osób odpowiedzialnych za sporządzanie wykazu stanowisk prac wykonywanych w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze oraz ewidencji osób zatrudnionych na tych stanowiskach (str. 64-65). Wynika z niego, że przepisy o emeryturach pomostowych obejmują laki personel medyczny zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych jak: lekarze dyscyplin zabiegowych, anestezjology, pielęgniarki operacyjne (m.in. instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologiczne, pielęgniarki perfuzjonistki), wchodzący w skład zespołów operacyjnych działających w ramach ostrego dyżuru.

W związku z czym, zdaniem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, za pracowników tych będą opłacane składki na Fundusz Emerytur Pomostowych. Będą oni także ujęci w ewidencji pracowników wykonujących prace o szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze oraz będą mogli ubiegać się o przyznanie emerytury pomostowej, jeżeli zostały spełnione kryteria ujęte w art. 3 ust. 5 oraz art. 4 ustawy o emeryturach pomostowych.

Kryterium dotyczące wykonywania tych prac w warunkach ostrego dyżuru wynika z konieczności działania w warunkach, które są szczególnie trudne do przewidzenia i w których stosowanie określonych procedur zapewniających bezpieczeństwo własne i innych osób jest często utrudnione. Właśnie ten aspekt, czyli działanie w warunkach nagłości i nieprzewidywalności, decyduje o szczególnym charakterze pracy personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, i kwalifikuje wykonujących ją pracowników do przyznania emerytur pomostowych.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, prace personelu medycznego w oddziałach dyscyplin zabiegowych, intensywnej terapii, aczkolwiek bardzo obciążające emocjonalnie i stresujące, są wykonywane według określonych procedur, których stosowanie minimalizuje ryzyko zdrowotne zarówno dla pracownika, jak i pacjenta.

Należy jednak mieć na względzie fakt, że jedynym podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest płatnik składek, u którego praca ta jest wykonywana, w tym przypadku reprezentowany przez kierownika podmiotu leczniczego. Kierownik podmiotu leczniczego bowiem zawiera z pracownikiem umowę o pracę oraz jest przełożonym pracownika.

Kontrola prawidłowości zakwalifikowania określonej pracy jako wykonywanej w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze przebiega w trybie art. 41 ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku nieumieszczenia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub pracę o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę (pkt 2 wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 1 lutego 2011 r., sygn. akt II SA/Rz 1107/10).

Od decyzji inspektora pracy, zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego z kolei decyzja będzie mogła być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Jednocześnie Departament wskazuje, że zarówno przytoczony na wstępie pisma Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika Nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia

2008 r. o emeryturach pomostowych, jak również „Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze” zawarte w Poradniku do ustawy o emeryturach pomostowych, które zamieszczone zostały na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej są nadal aktualne.

Z poważaniem
Beata Cholewa
Dyrektor

Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Opieka geriatryczna

Rosnąca liczba osób starszych to ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia świadczącego takie usługi jak promocja zdrowia, rehabilitacja czy opieka nad osobami w wieku geriatrycznym. Starsi ludzie wymagają bardzo szczególnej opieki, ponieważ ich potrzeby i oczekiwania są różne, nawet gdy podobne wydają się ich warunki życia i stan zdrowia. Postęp cywilizacyjny, rozwój techniki i medycyny wpłynęły na wydłużenie życia ludzkiego i spowodowały wzrost liczby osób w podeszłym wieku. Dla każdego człowieka okres starości wiąże się w mniejszym lub większym stopniu z upośledzeniem funkcji życiowych. Opieka pielęgniarska staje się wówczas jednym z najważniejszych działań medycznych. Pielęgnowanie w geriatric to wyuczona, celowa i zaplanowana działalność pielęgniarki realizowana na rzecz osób w podeszłym wieku, wymagająca cierpliwości, delikatności i konsekwencji. Takie działania, zaplanowane indywidualnie w zależności od potrzeb człowieka w starszym wieku, wzbogacone wiedzą z geriatric, psychologii, pielęgniarstwa klinicznego i etyki czyni to działanie profesjonalnym.

Aby nauczyć się nowego oraz pogłębić i usystematyzować swoje wiadomości wzięłam udział profesjonalnie zorganizowanym w kursie specjalistycznym dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej, który został przeprowadzony w siedzibie OIPIP w Koszalinie w ramach projektu „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”.

Tego typu szkolenie dla pielęgniarek to nowe przedsięwzięcie edukacyjne mające na celu stworzenie podstaw do nowej jakości opieki geriatrycznej w Polsce. Opracowany w ramach projektu program kształcenia jest nowością na rynku szkoleniowym w tym zakresie. Biorąc udział w kursie realizowanym na podstawie tego programu zdobyłam wiedzę i umiejętności przydatne w codziennej praktyce. Dodatkowo całość została sfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Dla mnie i koleżanek biorących w nim udział oznaczało to, że nie ponosiłyśmy żadnych kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji. Dodatkowo otrzymaliśmy wsparcie finansowe w postaci zwrotu kosztów zakwaterowania

i dojazdu na szkolenie. W trakcie trwania zajęć Panie Lilianna i Bożena dbały o techniczną i organizacyjną oprawę naszych szkoleniowych spotkań. Zawsze miałyśmy przygotowane materiały edukacyjne, teczki, notatniki, długopisy i pen-drive. Panie dbały także aby nie zabrakło nam sił w przyswajaniu i utrwalaniu wiadomości poprzez dostarczanie smacznych kanapek, świeżych owoców oraz urozmaiconych dwu daniowych obiadów. Bez ograniczeń były do naszej dyspozycji soki, herbata i kawa. Nad wszystkim czuwała Przewodnicząca scalając wysiłki poszczególnych osób, aby całość była spójna i „dopięta na ostatni guzik”.

W trakcie siedmiodniowego kursu z zakresu opieki geriatrycznej pogłębiłam umiejętności współpracy w zespole interdyscyplinarnym w zakresie pielęgnowania osób w podeszłym wieku z uwzględnieniem odmienności wynikających z przewlekłych chorób somatycznych, zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń sprawności funkcjonalnej. W trakcie zajęć warsztatowo-seminaryjnych zgłębiłam możliwości komunikowania się z pacjentem posiadającym ograniczenia w komunikacji, co jak wiadomo jest warunkiem dobrej współpracy. Natomiast na ćwiczeniach pod czujnym okiem Pań Jolanty Wdowiak i Anny Burdziej zapoznałam się z zasadami całościowej oceny geriatrycznej oraz możliwościami wykorzystania COG w pracy pielęgniarki z pacjentem w podeszłym wieku.

Zwieńczeniem wysiłków zarówno wykładowców jak i naszych był egzamin w formie testu a następnie rozdanie certyfikatów potwierdzających ukończenie kursu specjalistycznego dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej.

Zachęcam do wzięcia udziału w kolejnych edycjach szkolenia, które mają być organizowane aż do II kwartału 2015r i nadal będą bezpłatne dla uczestników a może staną się motywacją do dalszego rozwoju zawodowego.

Arleta Rudzińska
Kurs geriatryczny - grudzień 2012 r.



Postęp w opiece nad pacjentem z NIETRZYMANIEM STOLCA

Biegunka stanowi częsty problem komplikujący leczenie pacjentów w warunkach oddziałów intensywnej terapii i może przyczynić się do pogorszenia ostatecznego wyniku leczenia.

W przeprowadzonym badaniu prospektywnym, u 33% pacjentów hospitalizowanych stwierdzono nietrzymanie stolca podczas pobytu w szpitalu, przy czym ich odsetek w oddziałach intensywnej terapii był dwukrotnie wyższy niż w pozostałych oddziałach szpitalnych (odpowiednio 58% i 24%). Ogółem, 79% pacjentów oddaje płynny lub półpłynny stolec i u osób tych, 11 razy częściej miało miejsce nietrzymanie stolca niż u osób oddających stolec twardy albo miękki-uformowany. Nietrzymanie stolca stanowi ogólnie uznany czynnik ryzyka dla powstawania odleżyn, które z kolei przyczyniają się do wzrostu śmiertelności, chorobowości, wydłużenia czasu hospitalizacji i kosztów leczenia. Stanowią one też czynnik ryzyka dla przenoszenia zakażeń szpitalnych. Dlatego opanowanie nietrzymania stolca stanowi jeden z priorytetowych problemów w oddziałach intensywnej terapii.

Pierwszym krokiem w postępowaniu jest identyfikacja oraz jeśli to możliwe, eliminacja przyczyny nietrzymania stolca. Niestety, nietrzymanie stolca u pacjentów szpitalnych, szczególnie w oddziałach intensywnej terapii, często ma przyczynę nieznaną, może być wynikiem działania wielu czynników albo być skutkiem prowadzonego leczenia, którego nie można przerwać. Dlatego postępowanie mające na celu zatrzymanie albo zmianę kierunku przepływu stolca ma zasadnicze znaczenie dla zmniejszenia częstości zapalenia skóry w okolicy odbytu.

Ochrona skóry przed wilgocią i uszkodzającymi substancjami chemicznymi zawartymi w stolcu staje się sprawą priorytetową. System Flexi-Seal® Fecal Management System stosowany w celu kontroli wydalania stolca u pacjentów nie kontrolujących wydalania stolca, a których stolec jest płynny albo półpłynny. System składa się z miękkiego, silikonowego rękawa o długości ok. 1 m, zaopatrzonego w pierścieniowy, silikonowy, niskociśnieniowy balonik na jednym z końców i łącznik kolnierzowy na drugim końcu, służący do połączenia z workiem zbiorczym.

Usunięcie powietrza z balonika umożliwia atraumatyczne wprowadzenie go do bańki odbytnicy. Balonik posiada specjalną, oznaczoną na niebiesko (wersja Flexi Seal® SIGNAL) kieszonkę na palec służącą do wprowadzania go poprzez zwieracz odbytu. Rękaw silikonowy ma 23 mm średnicy, ale przy wprowadzaniu go średnica zmniejsza się do 8 mm. Balonik pokrywa się żelem ułatwiającym aplikację i wprowadza się przez zwieracz odbytu tak, aby znalazł się on w bańce odbytnicy. Balonik wypełnia się do 45 ml wody albo soli fizjologicznej, dzięki czemu osiąga on obwód 53 mm przy ciśnieniu nieprzekraczającym 57 mm Hg wytwarzanym przez standardową strzykawkę. Rękaw silikonowy ma w ścianie dwa dodatkowe kanały o średnicy 1 mm, z których każdy połączony jest z oddzielnym przewodem silikonowym, odchodzącym od głównej części rękawa w jego połowie. Wolny koniec każdego przewodu ma standardową końcówkę zastawkową typu Luer. Jeden kanał jest połączony z balonikiem i służy do jego napełniania i odciągania cieczy przed usunięciem z ciała pacjenta. Drugi koniec silikonowego rękawa jest przewieszony na plastikowym łączniku, który można powiesić na bocznej krawędzi łóżka i wykorzystać do przymocowania worka zbiorczego.

Kontrolowana zbiórka stolca stanowi jeden z priorytetowych problemów w oddziałach intensywnej terapii, mając na celu zmniejszenie ryzyka zapalenia skóry w okolicy odbytu i rozprzestrzeniania się zakażeń szpitalnych. W celu oceny bezpieczeństwa systemu Flexi-Seal® Fecal Management System do kontrolowanej zbiórki stolca przeprowadzono badanie kliniczne, obejmujące 42 pacjentów z nietrzymaniem stolca i biegunką.



System kontrolowanej zbiórki stolca stosowano przez okres do 29 dni. Pierwszych 11 pacjentów (wszyscy leczeni w warunkach oddziału intensywnej terapii) miało wykonaną wyjściową proktoskopię; 8 z nich miało powtórzone badanie endoskopowe na zakończenie obserwacji. Pozostałych 31 pacjentów (również leczonych na oddziałach intensywnej terapii) nie miało wykonywanego badania endoskopowego.

W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono, że po użyciu opisywanego systemu śluzówka odbytnicy pozostawała niezmienną u wszystkich pacjentów, u których wykonano endoskopowe badanie na początku i na końcu leczenia. Lekarze i pielęgniarki stwierdzili zgodnie, że system można łatwo założyć, wyjąć i zutylizować, a jego użycie pozwoliło na lepszą, kontrolowaną zbiórkę stolca. System okazał się praktyczny, przyjazny dla pacjenta i personelu, efektywny i oszczędzający czas. Stan skóry poprawił się albo pozostał dobry u ponad 92% pacjentów. Zażalenia pacjentów na dyskomfort, ból, pieczenie albo podrażnienie były rzadkie. Objawy niepożądane wystąpiły u 11 pacjentów (26%). Zgon (nie związany w żaden sposób z badanym systemem) miał miejsce u 5 pacjentów. U 2 osób pojawiły się rozległe odleżyny, a u 1 – krwawienie z przewodu pokarmowego po 4 dniach leczenia. Wobec powyższych wyników można stwierdzić, że system kontrolowanej zbiórki stolca jest bezpieczny i powinien być stosowany u hospitalizowanych pacjentów z biegunką i nietrzymaniem stolca.

Korzyści z zastosowania systemu:

- **Redukuje ryzyko uszkodzeń skóry**
-System Flexi-Seal® FMS został zaprojektowany aby zminimalizować ryzyko rozprzestrzeniania się stolca płynnego i półpłynnego w obrębie pacjenta
- **Pomaga chronić przed rozprzestrzenieniem się infekcji**
-Kontrolowana zbiórka stolca płynnego i półpłynnego w systemie zamkniętym zmniejsza ryzyko uszkodzenia skóry, infekcji wewnątrz odbytowych oraz rozprzestrzeniania się infekcji wraz z wylewanym stolcem
- **Poprawia opiekę nad pacjentem**
-System Flexi-Seal® FMS zapewnia komfort pacjenta
-Ponad 600.000 pacjentów, u których z powodzeniem zastosowano system na świecie
- **Redukuje czas pracy personelu**
-System Flexi-Seal® FMS jest łatwy w użyciu: maksymalny czas potrzebny do założenia to 10 minut. Dalsza opieka to jedynie kontrola i wymiana worków zbiorczych

Flexi-Seal® SIGNAL® FMS

Jak skutecznie komunikować się?



*Porozumiewanie się,
poza snem zajmuje nam 70% czasu,
w tym: 32% mówienie, 42%-57% słuchanie.*

Pielęgniarki i położne w swojej codziennej pracy muszą komunikować się ze współpracownikami oraz pacjentami. Od tego zależy bezpieczeństwo naszych podopiecznych oraz sprawne wykonywanie procedur medycznych. Wszyscy porozumiewamy się w języku polski z domieszką łaciny w tzw. „języku medycznym”. Wydawać by się mogło, że powinniśmy nawzajem dobrze się komunikować, a rzeczywistość pokazuje, iż problemy wynikają z braku zrozumienia przekazywanych komunikatów.

Komunikacja to proces porozumiewania się poszczególnych osób, grup lub instytucji. Celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą oraz informacjami. Proces ten odbywa się na różnych poziomach przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki. Natomiast komunikacja interpersonalna podejmowana jest w określonym celu i przybiera formy wymiany sygnałów werbalnych, niewerbalnych i wokalnych.

Proces komunikacji wymaga kontroli tego, co i jak przekazujemy oraz sprawdzania, jak nasz komunikat rozumie odbiorca. Skuteczna komunikacja występuje wówczas, gdy nasz rozmówca odbiera treść komunikatu, która jest zgodna z naszą intencją. Wypowiadany słowom towarzyszą zazwyczaj różne gesty i zachowania, dzięki którym lepiej rozumiemy komunikat. Bywa jednak i tak, że słowa, które mówimy nie współbrzmiają z tym, co wyraża nasza twarz.

Problemy ze zrozumieniem drugiego człowieka utrudniają współdziałanie i wzajemną pomoc. Istnieje wiele złych nawyków utrudniających porozumiewanie się i współdziałanie. Należą do nich między innymi:

- Ocenianie (uogólnianie - używanie zwrotów: zawsze, nigdy, wszyscy, itp.; mówienie o cechach danej osoby zamiast o konkretnych sytuacjach; oskarżanie, obwinianie, osądzenie - mówienie komuś, że jego zachowania, pomysły, cechy są dobre lub złe; krytykanctwo - szukanie tylko słabych stron u innych; „etykietowanie” - stosowanie szybkich klasyfikacji czyjegos zachowania, pomysłów).
- Pouczanie i decydowanie za innych (dawanie rad, rozkazywanie, moralizowanie, grożenie, zawstydzanie).
- Niesłuchanie tego, co mówią inni (przerwywanie lub jednocześnie mówienie z kimś, zajmowanie się czymś innym, pokazywanie braku skupienia uwagi, zadawanie nieadekwatnych pytań).
- Przypisywanie swojemu rozmówcy tego czego nie powiedział.
- Wypytywanie, przesłuchiwanie dla zaspokojenia własnej ciekawości.

Pełny proces komunikowania się powinien przebiegać w dwóch kierunkach. Z jednej strony nadawca przekazuje swój komunikat, z drugiej odbiorca reaguje w taki sposób, że zwrótnie przesyła wiadomość nadawcy.

Efektywność komunikacji uzależniona jest od podobieństwa umiejętności komunikacyjnych, postaw, wykształcenia, doświadczeń społecznych i kultury uczestników

tego procesu. Im większe różnice w obrębie wymienionych cech tym większe prawdopodobieństwo niepowodzenia w komunikacji. Nieefektywność komunikacji oznacza, że znaczenie wiadomości, stworzone przez odbiorcę, będzie różnić się od znaczenia przyjętego przez nadawcę. Skuteczne komunikowanie się zachodzi, zatem wówczas, gdy wiadomość zostanie właściwie zrozumiana.

Poszczególne kanały przekazu informacji mają zróżnicowany wpływ na kształtowanie ogólnej oceny wypowiedzi. I tak treść wyrażona poprzez słowa wpływa jedynie w 7% na odbiór informacji, przekaz zawarty w tonie głosu decyduje w 38%, a mimika twarzy decyduje w 55% o ostatecznym efekcie przekazanego komunikatu.

Komunikacja werbalna - mowa

Najczęściej wskazuje się trzy zasadnicze rodzaje komunikacji – werbalną, niewerbalną i pisemną. Komunikacja ustna stanowi najczęstszy sposób przekazywania znaczenia między ludźmi. Do popularnych form komunikacji ustnej zaliczymy przemówienia, rozmowy indywidualne czy grupowe, nieformalne sieci plotek i pogłosek. Do zasadniczych zalet tego rodzaju komunikacji należą szybkość i łatwość uzyskania sprzężenia zwrotnego. Wadą tej formy jest podatność na zniekształcenia. Podatność na zniekształcenia komunikatów rośnie przy większej liczbie osób, które biorą udział w ich przekazywaniu. Wiąże się to bezpośrednio z różnicami w interpretacji wiadomości. Jeśli zatem komunikaty przekazywane są ustnie wzdłuż linii podporządkowania w organizacji pojawia się znaczne ryzyko zniekształcenia komunikatów. Dla ilustracji tego rodzaju zakłóceń warto przypomnieć sobie zabawę w „głuchy telefon”, gdzie pierwotny komunikat, po przejściu przez kolejne ogniwa łańcucha ulega znacznej deformacji. Wiadomość na wejściu często odbiega od komunikatu wyjściowego.

Komunikacja pisemna

Do komunikatów pisemnych zaliczymy formy jak notatki, raporty, e-maile, zawiadomienia i wszelkie inne metody przekazywania słów czy symboli na piśmie. Komunikaty pisemne mają tę przewagę nad ustnymi, że są materialne, sprawdzalne i mogą być przechowywane przez długi okres czasu. Cechy te nabierają dużego znaczenia przy złożonych i obszernych komunikatach. Możliwość ponownego przypomnienia treści rozbudowanego komunikatu w niezmienionej formie jest w wielu sytuacjach niezwykle przydatne. Zwykle tworząc komunikat pisemny poświęcamy mu więcej uwagi, przez co jest bardziej logiczny i precyzyjny od wypowiedzi ustnej. Wymaga to jednak więcej czasu, przez co forma ta jest mniej przydatna, gdy chcemy szybko przekazać komunikat.

Półgodzinna wypowiedź może zawierać więcej informacji niż komunikat pisemny, na którego przygotowanie poświęciliśmy te same pół godziny.

Dodatkową przeszkodą jest utrudnione sprzężenie zwrotne, a często jego brak. Komunikaty pisemne nie mają wbudowanego mechanizmu sprzężenia zwrotnego, stąd często nie mamy pewności, że wiadomość dotarła do odbiorcy oraz, że została właściwie zinterpretowana.

Do najczęściej wykorzystywanych form komunikacji pisemnej w zakładach opieki zdrowotnej zaliczamy: tablice informacyjne, pisma do pracowników, plakaty, broszury, ankiety czy procedury i standardy.

Podczas komunikacji ustnej z pacjentem mamy możliwość poproszenia o odpowiedź zwrotną i możemy wytłumaczyć to czego pacjent nie zrozumiał. Natomiast wadą komunikacji ustnej jest używanie fachowych medycznych pojęć zrozumiałych dla personelu, lecz nie zawsze znanych pacjentowi np. „Wykonamy na cito badania”. Dodatkowo istnieje ryzyko, że pacjent to co usłyszał szybko zapomni i nie będzie miał możliwości ponownego uzyskanie informacji.

W przypadku przekazania pacjentowi informacji pisemnej np. o zabiegu operacyjnym, któremu będzie poddany, informacja może być dokładniejsza i pacjent kilkakrotnie może do niej powracać jeżeli czegoś zapomni. Problemem jest brak możliwości wyjaśnienia pacjentowi zwrotów, których nie rozumie. Komunikacja pisemna jest bardziej czasochłonna, gdyż informacja dla pacjenta musi zostać zredagowana.

Komunikacja niewerbalna

Komunikacji werbalnej zwykle towarzyszy forma niewerbalna, na jaką składa się:

- Gestykulacja, a więc ruchy rąk, dłoni, palców, nóg, stóp, głowy i korpusu ciała;
- wyraz mimiczny twarzy – jego bogate możliwości przekazywania zarówno stanów psychicznych, jak i informacji obiektywnych;
- dotyk i kontakt fizyczny – w zróżnicowanej gamie od łagodnego głaskania do brutalnego uderzenia;
- wygląd fizyczny – sposób ubierania się, czesania, ozdabiania, malowania, ekspozycji wizualnej zarówno mężczyzn, jak i kobiet;
- dźwięki paralingwistyczne – takie, jak westchnienia, pomruki, płacz, sapanie, gwizdanie, jęki, śmiech, przydźwięki w rodzaju „eee”, „yyy”, czyli wszelkie odgłosy które nie tworzą słów i ich części;
- kanał wokalny – intonacja, akcentowanie, barwa głosu, rytm mówienia, szybkość mówienia, wysokość głosu;
- spojrzenia – kontakt wzrokowy, w którym jakość i długość spojrzeń jest znaczącym elementem komunikacji;
- dystans fizyczny między rozmówcami – odległość między nimi w trakcie rozmowy jest ważną informacją m.in. o wzajemnych postawach, poziomie intymności sympatii itd.; niemal niezależną problematyką jest zjawisko „inwazji” w przestrzeń osobistą człowieka, zbliżenie się na odległość poniżej 40cm, a także „inwazja” wzrokowa, dźwiękowa, zapachowa;
- pozycja ciała – tu najważniejsze są: poziom napięcia bądź rozluźnienia i otwartość bądź zamknięcie;
- organizacja środowiska – w skali osobistej (architektura wnętrza) i w skali publicznej (komunikowanie poprzez architekturę i urbanistykę) – chodzi o użycie form przestrzennych jako komunikatów estetycznych, ideologicznych i użytkowych; do tej grupy zaliczamy też tak szeroką skalę zjawisk, jak meble, obrazy, zdjęcia jako komunikaty.

Wymiana spojrzeń otwiera kanał komunikacji poprzedzając wymianę słów. Zdarzają się również sytuacje, kiedy unikanie kontaktu wzrokowego ma zapobiec dalszemu etapom rozmowy. Uważna obserwacja rozmówcy ma na celu dostrzeżenie informacji zwrotnej w stosunku do przekazywanych przez mówcę komunikatów. Zauważono rozszerzanie się źrenic przy oglądaniu obiektów szczególnie atrakcyjnych, zwężają się natomiast przy oglądaniu obiektów nieciekawych czy niechcianych. Tego rodzaju reakcji człowiek nie jest w stanie świadomie kontrolować. Z kolei ilość mrugnięć zmniejsza się w stanach zmęczenia i letargu. Spojrzeniem możemy ponadto wyrażać naszą postawę wobec danej relacji interpersonalnej



z rozmówcą poprzez okazanie uznania, szacunku, sympatii czy lekceważenia albo niechęci. Częściej spoglądamy na osoby o wyższym statusie, co może wiązać się z faktem, że osoby ważne warte są naszej większej uwagi. Na odczucie sympatii ma również wpływ długość utrzymywanych spojrzeń. Unikanie, odwracanie wzroku może być sygnałem blokady komunikacyjnej. Kiedy ktoś unika naszego wzroku możemy odczuwać obojętność, niechęć czy wręcz antypatię. Rodzaj kontaktu wzrokowego jest jednym z istotniejszych kryteriów w rozróżnianiu typów „ciepłych” – „zimnych”.

Zachowania ciepłe to np. otwarte spoglądanie w oczy, dotykanie rąk rozmówcy, częste uśmiechy, otwarta pozycja ciała, żywa gestykulacja czy też potakujące ruchy głowy. Natomiast zachowania zimne to np. unikanie dotyku, surowy wyraz twarzy, zimne spojrzenia, zamknięta pozycja ciała, ręce złożone i nieruchome, wydymanie warg lub zaciskanie ich.

Istotną barierą na drodze do efektywnej komunikacji mogą być **różnice językowe**. Aby komunikat został właściwie przekazany słowa muszą mieć takie samo znaczenie dla nadawcy i dla odbiorcy. Określenie szybkiej zmiany w otoczeniu będzie miało inny wydźwięk dla specjalisty w dziedzinie najnowszych technologii niż dla archeologa. Przeszkodą jest również posługiwanie się specjalistycznym żargonem czy używanie słów o dużym znaczeniu symbolicznym.

Na sposób zrozumienia komunikatów wpływają również **reakcje emocjonalne**. Sytuacja zagrożenia utraty pozycji lub prestiżu może ograniczyć naszą zdolność oceny treści komunikatów i spowodować naszą reakcję obronną. Negatywna reakcja na treści przekazywane przez innych może hamować komunikację lub powodować zniekształcenia w rozumieniu treści. Najbardziej utrudniają komunikację emocje skrajne, takie jak triumf czy depresja. W takich sytuacjach jesteśmy skłonni pomijać nasze racjonalne i obiektywne procesy myślowe i zastępować je emocjonalnymi sędziami.

Ludzie charakteryzują się ograniczoną zdolnością do przetwarzania danych. Może prowadzić to do **przeciążenia informacyjnego**, jeśli ilość informacji, jakie otrzymujemy przekroczy naszą zdolność do ich posegregowania i wykorzystania. Skutkiem tego może być wybiórcze traktowanie, pomijanie lub zapominanie informacji.

Istotną barierą w efektywnej komunikacji jest poddawanie informacji manipulacji, takiej jak jej **filtrowanie**. Istotą tego rodzaju działania jest selekcjonowanie i fałszowanie informacji w celu wywołania określonej reakcji, na przykład akceptacji przełożonego. Czynniki, takie jak lęk przed przekazaniem złej wiadomości albo pragnienie sprawienia szefowi przyjemności, często prowadzą do tego, że pracownicy mówią zwierzchnikowi to, co ich zdaniem chce usłyszeć. Zniekształcają treść wiadomości, aby przedstawić ją w najbardziej korzystnym świetle.

Duże znaczenie w komunikacji interpersonalnej ma jej **aspekt niewerbalny**. Błędy percepcyjne wynikają często z niewłaściwej pozycji ciała rozmówcy, jego mimiki i gestów. Często przyczyną tych błędów mają swoje źródło w odmiennościach kulturowych.

Efektywność komunikacji maleje przy braku spójności pomiędzy komunikatami werbalnymi i pozasłownymi.

Aktywne słuchanie

Słyszenie to wyłącznie czynność percepcyjna, mimowolna dokonująca się za sprawą receptorów w obrębie narządu słuchu. Słuchanie natomiast jest czynnością selektywną, która obejmuje zarówno czynność receptorów słuchowych jak również proces interpretacji odbieranych bodźców słuchowych.

Aktywne słuchanie angażuje umysł słuchacza w znacznie większym stopniu. Wymaga podążania za tokiem myślenia rozmówcy, przyjmowania jego punktu widzenia, etc.

Nie można mówić o skutecznej komunikacji jeżeli osoba z którą staramy się skomunikować nie będzie nas aktywnie słuchała.

Zasady dobrego komunikowania się

Nasza skuteczność, jako mówcy zależy zarówno od formy wypowiedzi, jak i przekazywanej treści. Warto, zatem przestrzegać reguł dotyczących się zarówno odpowiedniego przygotowania wypowiedzi, jak też konkretnych zaleceń w kwestii sposobu prowadzenia rozmowy. Najistotniejsze zasady dobrej komunikacji to:

1. Poznaj samego siebie – musimy mieć świadomość własnych celów, zamierzeń, cech, preferencji, temperamentu i motywów. Trudno oczekiwać zrozumienia ze strony innych, kiedy sami nie potrafimy zrozumieć siebie. Nadawca powinien mieć jasność tego, co chce przekazać odbiorcy.
2. Uwzględniaj chwiejność uwagi rozmówcy – nikt nie jest w stanie odebrać wszystkich naszych przekazów bez względu na to, co mówimy i w jaki sposób. Trzeba liczyć się ze zmiennością uwagi słuchaczy, ich selektywnością, przekręcaniem sensu naszych wypowiedzi. Należy ponadto unikać przeładowania informacyjnego pamiętając o ograniczeniach w zdolności do przetwarzania danych.
3. Licz się z uczuciami drugiej strony – powinniśmy zwracać uwagę na stan psychiczny, kondycję emocjonalną słuchacza. Konieczne jest, aby uwzględniać w wypowiedzi perspektywę odbiorcy i używać odpowiedniego kodu czy rodzaju argumentacji.
4. Zwracaj uwagę na sens, a nie na formę wypowiedzi. Zrozumienie treści kierowanych do nas przekazów jest pełniejsze, gdy staramy się uchwycić sens całej wypowiedzi, a nie poszczególnych jej fragmentów czy słów. Treść powinna być odbierana w kontekście poruszanego zagadnienia. Zasadniczym błędem jest wrywanie poszczególnych fragmentów przekazu z jego całościowego

kontekstu czy zwracanie przesadnej uwagi na sposób wypowiedzi.

5. Spróbuj przyjąć punkt widzenia swoich oponentów. Spojrzenie na sprawę z pozycji partnera, chwilowa zamiana ról jest szczególnie przydatna w sytuacjach narastającego niezadowolenia partnerów i narastającego konfliktu.
6. Mówmy w sposób jasny, rzeczowy. Zagmatwany sposób przedstawiania swoich poglądów, nieodpowiednio dobrana treść wypowiedzi, nadmierne i przesadne używanie przenośni to częste błędy w przekazie komunikatów. Zasadniczym mankamentem jest konstruowanie długich, złożonych zdań, w których mówca pragnie pochwalić się elokwencją, tracąc przy tym na efektywności komunikacji.
7. Wspieraj słowa komunikacją niewerbalną. Należy zwrócić szczególną uwagę na spójność komunikacji werbalnej i pozasłownej tak, aby uniknąć sprzecznych lub niejasnych komunikatów.

Podsumowując, warto podkreślić, że komunikacja międzyludzka w pracy personelu medycznego odgrywa tak samo ważną rolę jak sam proces leczenia. Zachęcam do zaobserwowania jak komunikacja przebiega w naszym otoczeniu i co my sami możemy zrobić żeby komunikacja była bardziej skuteczna.

Monika Zaremba
Redaktor Biuletynu



UWAGA DELEGACI

XXVIII

OKRĘGOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Koszalinie

odbędzie się w dniu 16 marca 2013 roku (Sobota) o godz. 9:30
w sali konferencyjnej ENERGA OPERATOR SA
w Koszalinie przy ul. Morskiej 10

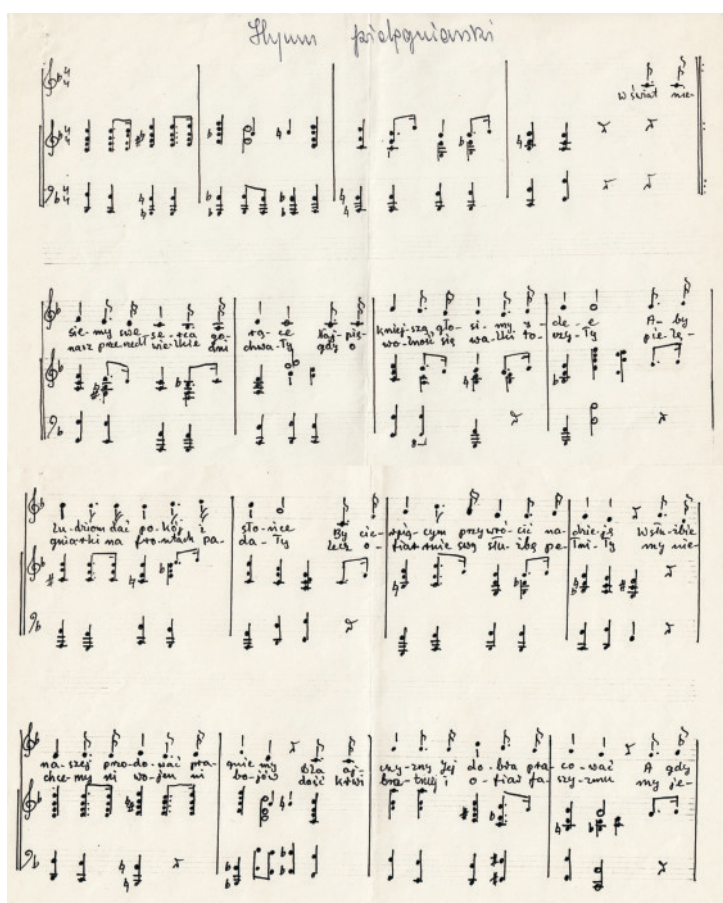
Prosimy o zabranie mandatu delegata!
Obecność Delegatów obowiązkowa!

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej
odprawiona zostanie Msza Św.

w niedzielę, 12 maja 2013 r. o godz. 16:00 w Katedrze Koszalińskiej.

Serdecznie zapraszamy!



W świat niesiemy swe serca gorące
Najpiękniejszą głosimy ideę
Aby ludziom dać pokój i słońce
By cierpiącym przywrócić nadzieję.

Zawód nasz przeszedł wielkie dni chwały
Gdy o wolność się walki toczyły
Pielęgniarki na frontach też były
I ofiarnie swą służbę pełniły.

W służbie naszej przodować będziemy
Dla Ojczyzny – Jej dobra pracować
A gdy trzeba i ginąć będziemy
Aby życie człowieka ratować.

My nie chcemy, ni wojen, ni bojów
Dość krwi bratniej i ofiar faszystu
My jesteśmy siostrami pokoju
Służyć chcemy idei humanizmu.

Rajd Rowerowy z okazji Dnia Pielęgniarki i Położnej

Koszalińskie Stowarzyszenie Rowerowe „Roweria”
zaprasza na Pielęgniarski Rajd Rowerowy z okazji Dnia Pielęgniarki i Położnej

Termin: 11.05.2013 r., godz. 10:00

Miejsce zbiórki: Amfiteatr w Koszalinie

Trasa: 20-30 km

Trasa przewidziana dla osób początkujących, bezpieczna, do pokonania dla każdego, nawet po trudnym dyżurze nocnym. W ramach Rajdu przewidujemy dobrą zabawę połączoną z konkursami na wesoło i z posiłkiem regeneracyjnym.

Spotykamy się niezależnie od pogody.

Szczegóły Rajdu: tel. 607 667 273, 602 397 022

Zgłoszenia uczestników do 20.04.2013 r.: tel. 602 196 882

Serdecznie zapraszamy - Organizatorzy Rajdu

KUPON PROMOCYJNY
WAŻNY DO 31.05.2013 r.
Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie



Autoryzowana Pracownia Instytutu Jadwiga Centrum Dystrybucji i Sprzedaży Kosmetyków

ul. Ks. Domina 5/9, Koszalin

kontakt: Mariola Kantorska tel. 692 494 050

Zabieg eksfoliacji kwasami AHA

Eksfoliacja to zabieg złuszczenia, usuwania suchej, zrogowaciałej warstwy naskórka za pomocą stężonych kwasów owocowych. Kuracja może być przeprowadzana przez cały rok.

Usunięcie zewnętrznej warstwy naskórka powoduje głębokie oczyszczenie i odblokowanie porów skóry, jej rewitalizację, odświeżenie i rozjaśnienie. Po zabiegu powstaje nowa, delikatna, gładka i lepiej nawilżona skóra.

Peeling w niczym nie ogranicza aktywności zawodowej, nie wyklucza z życia codziennego. Skóra po zabiegu złuszcza się stopniowo, w sposób prawie niewidoczny, łatwy do ukrycia po zastosowaniu kremu. Złuszczenie kończy się w przeciągu tygodnia.

Zabiegi peelingu można stosować nie tylko na twarz, ale także na dekolt, szyję, dłonie, plecy czy ciało. Jednak nie można kwasów nakładać na zbyt duże powierzchnie.

Wskazania:

Prawie każda cera, a szczególnie:

- gruba, tłusta, łojotokowa
- trądzik grudkowo-krostkowy, zaskórniki
- blizny po trądziku
- rozszerzone pory skórne
- skóra dojrzała
- z oznakami starzenia
- sucha i wiotka
- z przebarwieniami

Przeciwwskazani:

- podrażnienia
- trądzik w fazie aktywnej
- opryszczka
- łuszczyca
- grzybica
- trądzik różowaty
- skóra z ubytkami (skaleczenia, otarcia)

Jak działają kwasy AHA i BHA?

Mechanizm działania polega na zwiększeniu odległości pomiędzy komórkami i osłabieniu wiązań pomiędzy nimi, co prowadzi do eliminacji zewnętrznych komórek warstwy rogowej. Zmniejsza się grubość tej warstwy co daje skórze widoczne efekty.

Efekty

Ogólna poprawa wyglądu skóry:

- skóra staje się gładka, świetlista, odzyskuje swój ładny kolor
- poprawa napięcia i zawartości skóry
- zmniejszenie zmarszczek
- wzmocnienie struktury kolagenu oraz przyśpieszenie syntezy kolagenu
- odbudowa włókien sprężystych i poprawienie elastyczności skóry
- nawilżenie
- rozjaśnienie przebarwień - zapobieganie zbijaniu się pigmentu w brytki
- regulacja i normalizacja gruczołów łojowych
- ochrona przed zaskórnikami - oczyszczenie i zabezpieczenie przed ponownym zapchaniem mieszków włosowych
- ściąganie rozszerzonych porów skóry
- wygładzenie blizn trądzikowych

Opracowano na podstawie: Katalog zabiegów - pielęgnacja, regeneracja, wyszczuplanie, Jadwiga Instytut Kosmetyczno-Medyczny Laboratorium Biodnowy

KUPON ZNIŻKOWY
peeling kawitacyjny
w cenie
TYLKO 15,00 zł
tel. 692 494 050

Nowe akty prawne – www.mz.gov.pl

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 listopada 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Dz.U.12.1316 → z dnia 28 listopada 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 listopada 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Dz.U.12.1373 → z dnia 7 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych

Dz.U.12.1441 → z dnia 20 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Dz.U.12.1422 → z dnia 18 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru

Dz.U.12.1373 → z dnia 7 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Dz.U.12.1422 → z dnia 18 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru

Dz.U.12.1373 → z dnia 7 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Dz.U.12.1421 → z dnia 18 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 11 grudnia 2012 r.

w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami

Dz.U.13.5 → z dnia 4 stycznia 2013 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 11 grudnia 2012 w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów prowadzących bazy danych w zakresie ochrony zdrowia

Dz.U.12.1458 → z dnia 27 grudnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Dz.U.13.15 → z dnia 7 stycznia 2013 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Dz.U.12.1545 → z dnia 31 grudnia 2012 r.

UBEZPIECZENIE

– co trzeba i co warto posiadać?

Po wejściu nowej ustawy od 01.01.2012, każda pielęgniarka wykonująca swoją pracę w ramach zgłoszonej indywidualnej praktyki pielęgniarskiej, jest zobowiązana do posiadania obowiązkowej polisy Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą. Ponieważ, jest to ubezpieczenie obowiązkowe, ogólne warunki ubezpieczenia, tak jak w przypadku innych ubezpieczeń obowiązkowych, stanowi Rozporządzenie Ministra Finansów, w tym przypadku 22.12.2013, które określa zakres ochrony ubezpieczeniowej i sumy gwarancyjne. W przypadku praktyki pielęgniarskiej minimalną sumę gwarancyjną (można posiadać wyższą) stanowi **30.000 EURO na jedno zdarzenie i 150.000 EURO na wszystkie zdarzenia** w okresie obowiązywania polisy. To ubezpieczenie dotyczy roszczeń wyłącznie z tytułu bezpośredniego wykonywania czynności zawodowych na pacjencie, wyłącza natomiast odpowiedzialność polegającą na zniszczeniu lub utracie rzeczy, mienia, polegającą na zapłacie kar umownych czy kosztów prawnika, w przypadku rozpoczynającego się procesu sądowego. W związku z tym, jako uzupełnienie, proponujemy ubezpieczenie dobrowolne odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenie „Koszty Ochrony Prawnej” w 3 wariantach, zabezpieczające koszty prawników, asystę prawną i zabezpieczenie kosztów procesowych obu stron, w przypadku przegranej sprawy przez naszego klienta, nawet do sumy 100.000 złotych. Reasumując, ubezpieczenie obowiązkowe, jest konieczne wyłącznie dla prowadzących działalność w formie praktyki pielęgniarskiej, jest natomiast niepotrzebne dla osób w pracujących w ramach umowy o pracę czy umowy zlecenia, jeśli te nie mają zgłoszonej działalności

gospodarczej. Roszczenia wynikające z takich umów, zabezpiecza również dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu. Dla zabezpieczenia własnej osoby podczas wykonywania np. zabiegów, iniekcji, proponujemy ubezpieczenie od zarażenia się HIV/WZW. Przewiduje ono natychmiastową wypłatę kosztów badań na tę okoliczność (np. w przypadku zakłucia), zabezpieczenie w leki antyretrowirusowe i w przypadku niepowodzenia – odszkodowanie z tytułu zarażenia się wirusem HIV/WZW.

W razie pytań i wątpliwości, nasi Przedstawiciele są do Państwa dyspozycji, a więcej informacji na ten temat oraz innych ubezpieczeń, znajdziecie Państwo na naszej stronie www.interpolska.pl.

Teresa Stanisławska

Dyrektor Przedstawicielstwa

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska SA

75-820 Koszalin ul. Konstytucji 3-go Maja 7



Agencja Usług Oświatowych „OMNIBUS” Sp. z o.o.

zaprasza wszystkie chętne pielęgniarki do wzięcia udziału w specjalizacji w dziedzinie

PIELĘGNIARSTWA KARDIOLOGICZNEGO DLA PIELĘGNIAREK

1. Chętne osoby proszone są o zgłaszanie uczestnictwa w specjalizacji składając wniosek o dopuszczenie do specjalizacji, który jest dostępny na stronie internetowej organizatora www.omnibus-edu.pl

2. Wnioski wraz z załącznikami proszę składać w siedzibie organizatora osobiście lub listownie!!!!

Załącznikami do wniosku są:

- zaświadczenie o przepracowaniu w zawodzie pielęgniarki co najmniej 2 lat w okresie ostatnich 5 lat.
- kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki,

3. Szkolenie obejmuje:

- 660 h dydaktycznych zajęć teoretycznych tj. **27 zjazdów - piątek, sobota, niedziela- w okresie od stycznia 2013 roku do czerwca 2014 roku**

- 609 h dydaktycznych zajęć praktycznych tj. **33 dni robocze w okresie trwania specjalizacji to jest od stycznia 2013 roku do czerwca 2014 roku**

4. Data postępowania kwalifikacyjnego: **marzec / kwiecień 2013**

5. Miejsce szkolenia: zajęcia teoretyczne: Koszalin

zajęcia praktyczne: staże odbywać się będą na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie

6. Cena za szkolenie wynosi **5 500,00 zł** (płatne w ratach).

7. Zapewniamy: aktualne materiały dydaktyczne, doświadczoną kadrę wykładowców, doświadczonych opiekunów staży, dajemy gwarancję należytego przygotowania do egzaminu państwowego ze względu na duże doświadczenie (przeprowadziliśmy 51 edycji specjalizacji w różnych dziedzinach pielęgniarstwa, w których przeszkoliliśmy 1 080 pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych, którzy uzyskali tytuł specjalisty)

W sprawie szczegółowych informacji prosimy o kontakt telefoniczny pod numerami telefonu

748675204 lub 691 119 666 lub 609 046 744



Agencja Usług Oświatowych „OMNIBUS” Sp. z o.o.

zaprasza wszystkie chętne pielęgniarki oraz wszystkich chętnych pielęgniarzy do wzięcia udziału w specjalizacji w dziedzinie

PIELĘGNIARSTWA ZACHOWAWCZEGO DLA PIELĘGNIAREK

- Chętne osoby proszone są o zgłaszanie uczestnictwa w specjalizacji składając wniosek o dopuszczenie do specjalizacji, który jest dostępny na stronie internetowej organizatora www.omnibus-edu.pl
- Wnioski wraz z załącznikami proszę składać w siedzibie organizatora osobiście lub listownie!!!!
Załącznikami do wniosku są:
- zaświadczenie o przepracowaniu w zawodzie pielęgniarki co najmniej 2 lat w okresie ostatnich 5 lat,
- kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Szkolenie obejmuje:
 - 725 h dydaktycznych zajęć teoretycznych tj. **29 zjazdów - piątek, sobota, niedziela - w okresie od marca 2013 roku do września 2014 roku (19 miesięcy)**
 - 385 h dydaktycznych zajęć praktycznych tj. **33 dni robocze w okresie trwania specjalizacji to jest od marca 2013 roku do września 2014 roku**
- Data rozpoczęcia: **marzec 2013**
- Miejsce szkolenia: zajęcia teoretyczne: Koszalin**
zajęcia praktyczne: większość staży odbywać się będzie na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
- Cena za szkolenie uzależniona jest od ilości uczestników - im więcej osób tym niższa cena, nie większa jednak niż **5 500,00 zł** (płatne w ratach).
- Termin egzaminu państwowego: **sesja wiosenna 2015**
- Zapewniamy: aktualne materiały dydaktyczne, doświadczoną kadrę wykładowców, doświadczonych opiekunów staży, dajemy gwarancję należytego przygotowania do egzaminu państwowego ze względu na duże doświadczenie (*przeprowadziliśmy 51 edycji specjalizacji w różnych dziedzinach pielęgniarstwa, w których przeszkoliliśmy 1 080 pielęgniarek/ pielęgniarzy/położnych, którzy uzyskali tytuł specjalisty*)

W sprawie szczegółowych informacji prosimy o kontakt telefoniczny pod numerami telefonu 748675204 lub 691 119 666 lub 609 046 744

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE

ul. Zwycięstwa 190, 75-611 Koszalin, tel./fax 094/341-11-02

Regon: P-330033099 NIP 669-10-91-728

www.oipip-koszalin.org e-mail: izba@oipip-koszalin.org

HARMONOGRAM REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

W I PÓŁROCZU 2013 ROKU

Kursy kwalifikacyjne:

| L.p. | Dziedzina szkolenia | Przewidywany termin rozpoczęcia kursu | Planowana liczba uczestników | Przewidywany koszt kursu (PLN) |
|------|--|---|------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek (490 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 20 | 1.550 |
| 2 | Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek (473 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 20 | 1.500 |
| 3 | Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek (505 godzin) | LUTY | 20 | 1.580 |
| 4 | Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych (515 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 20 | 1.430 |
| 5 | Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek (493 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 20 | 1.400 |
| 6 | Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywna opieka dla pielęgniarek (530 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 20 | 1.525 |

HARMONOGRAM REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO W I PÓŁROCZU 2013 ROKU

Kursy doksztalające:

| L.p. | Zakres szkolenia | Przewidywany termin rozpoczęcia kursu | Planowana liczba uczestników | Przewidywany koszt kursu (PLN) |
|------|---|---|------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Pielęgniarstwo diabetologiczne dla pielęgniarek i położnych (14 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 140 |
| 2 | Profilaktyka zakażeń szpitalnych dla pielęgniarek i położnych (15 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 140 |

Kursy specjalistyczne:

| L.p. | Zakres szkolenia | Przewidywany termin rozpoczęcia kursu | Planowana liczba uczestników | Przewidywany koszt kursu (PLN) |
|------|---|---|------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych (90 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 580 |
| 2 | Leczenie ran dla pielęgniarek (225 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 950 |
| 3 | Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych (41 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 310 |
| 4 | Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych (90 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 510 |
| 5 | Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych (105 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 500 |
| 6 | Terapia bólu ostrego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (56 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 380 |
| 7 | Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (49 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 360 |
| 8 | Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (80 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 490 |
| 9 | Szczepienia ochronne noworodków dla położnych (40 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 305 |
| 10 | Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek (90 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 530 |
| 11 | Pielęgnowanie pacjenta w warunkach leczenia uzdrowiskowego dla pielęgniarek (160 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 870 |
| 12 | Poradnictwo dietetyczne dla pielęgniarek i położnych (119 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 550 |

I Ogólnopolska Konferencja dla Położnych

Organizowana przez Komisję ds. Położnych
przy Warszawskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
Białobrzegi 14 - 16.06.2013 r.

„Zawód położnej w systemie polskiej opieki zdrowotnej”

REJESTRACJA I OPŁATY

Koszt uczestnictwa 600 zł wpłaty do 30 kwietnia 2013.

Cena obejmuje: uczestnictwo, zakwaterowanie, wyżywienie, materiały konferencyjne, dojazd

Wpłatę należy dokonać na nr subkonta WOIPiP 51 1240 6292 1111 0010 4969 8858 z dopiskiem - Konferencja Położnych - Białobrzegi 2013

Liczba uczestników ograniczona do 160 osób. O przyjęciu decyduje kolejność zgłoszeń.

Rejestracja do 30 kwietnia 2013.

ZGŁOSZENIA

e-mail: merytoryczny@woipip.pl lub pocztą na adres: Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Nowy świat 63, 00-042 Warszawa

MIEJSCE KONFERENCJI

ul. Spacerowa 35 Białobrzegi gm. Nieporęt

Centrum Konferencyjno-Rekreacyjne Promenada

tel. 22 211 51 00 fax 22 211 55 00 e-mail: marketing@promenadacountry.pl

BIURO KONFERENCJI - kontakt: Magda Pander

Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Nowy świat 63, 00-042 Warszawa

tel. 22 8268477 wew. 107, tel. kom: 508 152 896

DOJAZD DNIA 14.06.13

Zbiórka i odjazd autobusu o godz. 11³⁰ przy Pałacu Kultury i Nauki od strony Kinoteki

Informacja dla osób nie korzystających z transportu zbiorowego: Autobus 705 R – Rynia ze stacji Metro Marymont.

Parking na terenie ośrodka jest bezpłatny

**SZCZEGÓŁOWY PROGRAM KONFERENCJI ORAZ KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA DO POBRANIA
NA STRONIE INTERNETOWEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE**

PATRONAT HONOROWY

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
dr n.med. Grażyna Rogala - Pawelczyk

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego
mgr Leokadia Jędrzejewska

Komitet Organizacyjny

Komisja ds. Położnych
mgr Barbara Duda
mgr Małgorzata Gadomska
lic. poł. Jolanta Smokowska
lic. poł. Teresa Wójcik

Przypomnienie

o obowiązkach informacyjnych spoczywających na pielęgniarkach i położnych

Obowiązująca od dnia 1 stycznia 2012 r. nowa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz.1039 z późn. zm.) nałożyła na pielęgniarki i położne wykonujące zawód na podstawie:

- umowy o pracę,
 - stosunku służbowego oraz
 - umowy cywilnoprawnej,
- nowe obowiązki informacyjne.**

Zgodnie z art. 19 ust.2 ustawy, pielęgniarki i położne wykonujące zawód w formach, o których mowa wyżej są **obowiązane, w terminie 14 dni** od dnia nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej, **poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych** właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- 2) datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony - datę zakończenia umowy;
- 3) miejsce wykonywania zawodu.

Okręgową radę pielęgniarek i położnych **powiadomić należy także o rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy**, w terminie **14 dni** od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia umowy (art. 19 ust. 3 ustawy).

Na osoby, które w dniu wejścia w życie ustawy tj. 1 stycznia 2012 r. wykonywały już zawód w ramach stosunku pracy, stosunku służbowego bądź na podstawie umowy cywilnoprawnej nałożony został natomiast obowiązek przekazania danych, o których mowa wyżej, **do końca marca 2012 r. (art. 101 ustawy).**

Zgodnie z art. 43 ust. 3 i art. 44 ust.1, pkt 20) dane te gromadzone są i aktualizowane w rejestrze pielęgniarek i położnych.

Niezależnie od powyższego, stosownie do art. 46 wszystkie pielęgniarki i położne wpisane do rejestru, są obowiązane do **niezwłocznego zawiadomienia** właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych **o wszelkich zmianach danych objętych wpisem**, jednak nie później niż w terminie **14 dni** od dnia ich powstania.

Zmiany danych pielęgniarki i położnej wpisanych do rejestrów dokonuje się na podstawie **pisemnego oświadczenia** pielęgniarki lub położnej(art. 48 ust. 5).

Obowiązek aktualizacji przez członków samorządu danych w rejestrze pielęgniarek i położnych wynika także z przepisów naszej ustawy korporacyjnej - **art.11 ust.2 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz.1038).**

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 13 grudnia 2012 r.

w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2013 r.

Na podstawie art. 70 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707) ogłasza się, co następuje:

- 1) limit miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2013 r. wynosi 1850;
- 2) kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2013 r. wynosi nie więcej niż 4337 zł.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Na podstawie art. 70 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi limity miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa i ogłosi w formie obwieszczenia w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 grudnia na rok następny, uwzględniając zapotrzebowanie na specjalistów z poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa i dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz zapotrzebowanie na osoby legitymujące się ukończoną specjalizacją. Niniejszy projekt obwieszczenia stanowi wykonanie ww. upoważnienia ustawowego. W 2013 r. limit miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację wynosi 1850. Natomiast kwota dofinansowania ze środków publicznych jednego miejsca szkoleniowego wynosi nie więcej niż 4 337 zł.

W latach 2005 - 2007 kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego ze środków publicznych wynosiła 4 120 zł, w 2008 r. wynosiła 4 215 zł, natomiast w latach 2009 - 2012 wynosiła 4 337 zł. Ogółem wydatki przeznaczone na dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych, rozpoczynających się w 2013 r., zgodnie z projektem niniejszego obwieszczenia, wyniosą 8 023 450 zł, w tym:

- w 2013 r. – 2 775 000 zł,
- w pozostałych latach 5 248 450 zł.

Przewiduje się wydatkowanie, w odniesieniu do jednego miejsca szkoleniowego, z łącznej kwoty 4 337 zł w roku:

- 1) 2013 – średnio – 1 500 zł;
- 2) 2014 i 2015 – średnio – 2 837 zł.

Komunikat w sprawie formy składania wniosków o wpis do rejestru praktyk zawodowych

Zgodnie z art. 106 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) rejestry podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzi się w systemie teleinformatycznym: wnioski o wpis powinny być składane w postaci elektronicznej.

Dnia 6 grudnia 2012 r. wyszło rozporządzenie zmieniające §18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 września 2011 r., wskazując, że w okresie do dnia 31 marca 2013 r. dopuszcza się składanie wniosków w formie papierowej.

Począwszy od 1 kwietnia 2013 r. wnioski o wpis do rejestru praktyk zawodowych, zmianę wpisu do rejestru oraz wykreślenia z rejestru składa się **wyłącznie w postaci elektronicznej** (§14 rozporządzenia).

ZAKŁADANIE KONTA W APLIKACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

1. Wchodzimy na stronę Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą dostępną pod adresem: www.rpwdl.csioz.gov.pl.
2. W sekcji „Praktyki pielęgniarek i położnych” należy kliknąć w link „Aplikacja dla Praktyk Zawodowych”.
3. Na stronie logowania po kliknięciu w link „Jeżeli nie masz konta w systemie, załóż je tutaj” zostanie wyświetlony formularz rejestracyjny. Należy go poprawnie wypełnić (login i hasło wymyślamy samodzielnie).
4. W następnym kroku dokonujemy aktywacji konta. Zatem logujemy się do swojej poczty i otwieramy e-maila, a następnie klikamy w link aktywacyjny. Jeśli nie dokonano

aktywacji konta (nie otrzymaliśmy stosownego komunikatu) należy skopiować cały link i wkleić go do przeglądarki.
5. Logujemy się do aplikacji przy użyciu login i hasła.

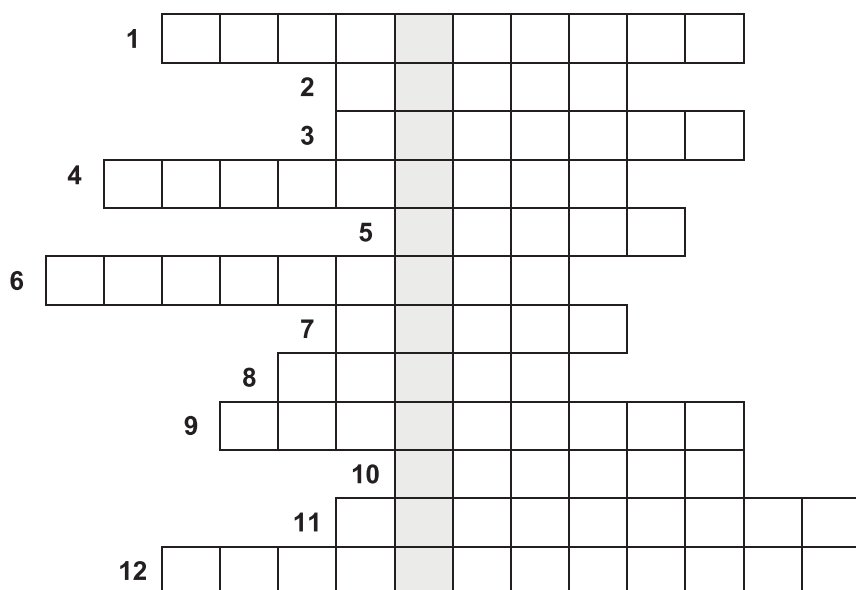
Jeżeli posiadasz księgę rejestrową i chciałabyś uzyskać do niej uprawnienia, zaloguj się do aplikacji i zajrzyj na zakładkę „Jak uzyskać uprawnienia do ksiąg rejestrowych”. Znajdujący się na tej stronie wniosek należy wydrukować i poprawnie wypełnić. Jeśli nie znasz numeru swojej księgi rejestrowej, skorzystaj z ogólnodostępnej wyszukiwarki w sekcji „Praktyki Pielęgniarek i położnych”. Możesz ją wyszukać, wprowadzając pojedyncze dane np.: numer prawa wykonywania zawodu czy nazwisko. Wypełniony wniosek odeślij do Izby na pocztę izba@oipip-koszalin.org, na fax 94/3489097 bądź dostarcz osobiście.

Średni czas rozpatrywania takiego wniosku to dwa dni. Po tym okresie prosimy ponownie zalogować się do Aplikacji dla Praktyk Zawodowych i sprawdzić czy na zakładce z zaświadczeniami znajduje się aktualne zaświadczenie. Jeśli tak jest, to oznacza, iż użytkownik posiada uprawnienia do swojej księgi rejestrowej i od tej pory może wstawiać dla niej wnioski o zmianę i o wykreślenie z rejestru.

Uwaga, jeśli wniosek o wpis został wstawiony w Aplikacji dla Praktyk Zawodowych, to po dokonaniu wpisu do księgi przez pracownika Izby takiemu użytkownikowi automatycznie są nadawane uprawnienia do jego księgi rejestrowej.

Informujemy jednocześnie, iż każdy wniosek powinien być opatrzony podpisem elektronicznym. Dlatego już teraz prosimy zaopatrzyć się w kartę z certyfikatem kwalifikowanym jednego z centrum certyfikacji: Certum, KIR, Sigillum, MobiCert lub CenCert bądź w profil zaufany ePUAP. Profil zaufany ePUAP to bezpłatna metoda potwierdzania tożsamości w elektro-nicznych kontaktach z administracją.

KRZYŻÓWKA nr 5



1. Częsta infekcja jamy ustnej drożdżakiem
2. Niemowlak w nim śpi
3. Pęcherzyki z płynem występują w wyniku przegrzania
4. Dziecko urodzone przedwcześnie
5. Skala do oceny noworodka
6. W nim wcześniak
7. Proces występujący u kobiet między 37-41 tygodniem ciąży
8. ... jelitowa, wywołuje silny płacz niemowlęcia
9. Dziecko od urodzenia do 4 tygodnia życia
10. Pomocny w dolegliwościach dziąsłowych
11. Kiedyś była z tetry
12. KMnO₄

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 4, której hasło brzmiało: „Wesołych świąt” wygrała Pani Teresa Łosiewicz z Połczyna-Zdroju.

Nagrodę można odebrać osobiście w siedzibie OIPIP. Hasło, które będzie rozwiązaniem krzyżówki można przesyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPIP. Termin nadsyłania rozwiązań: **15.05.2013 r.**

Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową.

Imię i nazwisko zwycięzcy, wyłonionego w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.



rozmowa z Jadwigą Krężlewicz
- Pielęgniarką Naczelną
Specjalistycznego Zespołu
Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie

Dlaczego została Pani pielęgniarką?

Niestety nie było to moim najskrytszym marzeniem. Mówię niestety bo teraz trudno byłoby mi się wyobrazić w innym niż to środowisku; i to zarówno środowisku człowieka potrzebującego naprawdę holistycznej opieki pielęgniarskiej (do której - nie mama wątpliwości - polskie pielęgniarki są naprawdę rzetelnie przygotowane) jak również środowisku zawodowym, pielęgniarskim: z jego codziennymi problemami - i dochodzeniem do rozwiązań; z jego smutkami - i radościami; ze słabościami i wątpliwościami - połączonymi nierozzerwalnie z dumą towarzyszącą wykonywaniu tej profesji. Choć nie było to najskrytszym marzeniem, śmiało mogę powiedzieć, że poniekąd zawód ten wyssałam z mlekiem Matki (a troszkę i Babci). Moja Mama przez 35 lat pracowała w charakterze asystentki pielęgniarskiej a od 1967 roku do samej emerytury pracowała właśnie w SZGiChP. Do dziś pozostaje zagorzałą fanką i popularyzatorką tego zawodu. Zdarzało mi się od starszych pacjentek niejednokrotnie odbierać słowa najwyższego uznania dla pracy mojej Mamy. Jestem z tego dumna a jednocześnie mam poczucie jak i do czego to zobowiązuje.

Co Pani najmilej wspomina z pracy pielęgniarki?

Myślę, że jak większość pielęgniarek pierwsze chwile w zawodzie. Mój debiut zawodowy miał miejsce w ówczesnej filii naszego Zespołu tj. Oddziale III na Rokosowie. Moją pierwszą i niezapomnianą Oddziałową była śp. Pani Danuta Gawlak - kobieta mądra, sprawiedliwa, preferująca dyscyplinę pracy a jak się potem okazało także właścicielka „gołębiego serca”. Przepięknie położony obiekt z koroną tarasów obsadzonych pelargoniami, wiosną tonący wśród ogromnych kwitnących rododendronów. Wprawdzie daleko ale jaki wtedy był wspaniały klimat w pracy, zespół naprawdę współpracujących ludzi...A do tego pacjenci: z ogromnym szacunkiem do personelu, choć ciężko chorzy i oczekujący od nas pomocy, wsparcia. Pamiętam, że chyba czas płynął wtedy jakoś wolniej...choć pracy nie było mniej i nie zawsze była ona bezpieczna (np. chloraminę rozpuszczało się w misce metalowej w zasadzie własną ręką); całonocne porządki w zabiegowym, metalowe sterylizatory, przepisywanie wizytówek na drzwiach pokoi pacjentów. Pierwsze przyjaźnie, koleżanki z zaprzyjaźnionej piętro niżej Dermatologii...

Jakiego pacjenta zapamiętała Pani najlepiej?

Był to bardzo sympatyczny siwy staruszek. Niestety nie dane mi było długo się nim opiekować, bo odszedł; ale w okolicznościach, które dziś na szczęście zdarzają się już rzadko a ja je pamiętam do dziś i to w bardzo intensywnych barwach. Był to rozległy krwotok płucny. Ale pamiętam też wówczas młodego człowieka z ciężką astmą. Widuję go do

Pielęgniarka...

dziś - dystyngowany, bardzo dbający o swoje zdrowie i siebie starszy pan. Systematycznie pojawiający się u pulmonologa w naszej poradni. Niekiedy wspominamy dawne czasy...

Z kim się Pani najlepiej współpracowało?

Długo musiałabym wymieniać, lista jest bogata i każdy się czymś zawodowym dzielił; bo przecież dziewczyny ze zbliżonym do mojego peselem biegły do szkół pielęgniarskich ani nie dla kasy ani nie dla kariery. Ale jedną z tych osób z pewnością była „Lidka”-pielęgniarka, której zadaniem było wprowadzenie mnie w arkana tego zawodu w tym oddziale. Osoba bardzo wymagająca, pracowita, która nigdy na nocnym dyżurze nie zmużyła nawet oka. Nauczyła mnie na czym naprawdę polega ta praca. Pokazała jak ważne obok zabiegów, czynności pielęgnacyjnych i porządkowych jest poświęcenie pacjentowi zwykłej uwagi i zatrzymania swojego czasu dla jego naprawdę wielkich problemów.

Jaki dzień utkwił Pani w pamięci?

Zawsze z ogromną atencją traktowałam 12 maja. Będąc młodą pielęgniarką ogromnie wyczekiwałam słów uznania, szacunku, docenienia poświęcenia i zaangażowania ze strony zarówno pacjentów jak i przełożonych. A teraz od kilku lat staram się aby pielęgniarki, które mam honor i przyjemność reprezentować będąc Pielęgniarką Naczelną były również uhonorowane np. piękną różą wręczoną przez Dyрекcję naszego Zespołu każdej z pięćdziesięciu pielęgniarek.

Jakie ma Pani hobby?

Ogromną sympatią obdarzyłam zajęcia jogi w jednym z koszalińskich ośrodków rekreacji. Uczęszczałam na zajęcia kilka lat. Bez szaleństwa, nadmiernej dynamiki a jednocześnie efektywnie i skutecznie w zakresie ogólnej sprawności fizycznej. Dziś ćwiczę bardziej amatorsko ale dołożyłam długie spacery do lasu. Ponadto bardzo lubię robić na drutach i projektować potrawy w poszukiwaniu nowych smaków i kolorów.

Czy Pani zdaniem pielęgniarki powinny pracować do 67 roku życia?

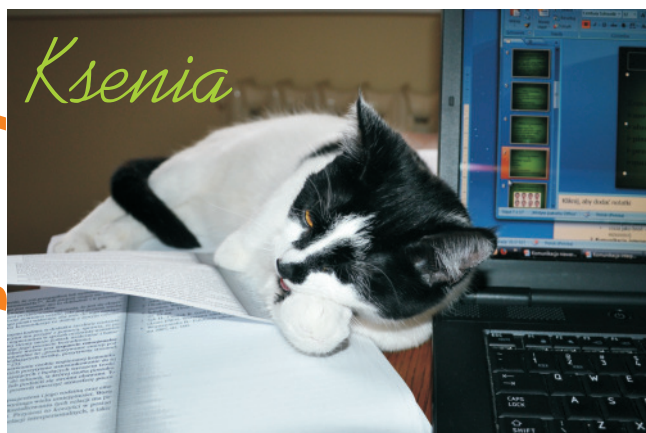
Dziś codzienna praca pielęgniarki jest ogromnie absorbującym i wyczerpującym przedsięwzięciem. Zarówno fizycznie jak i emocjonalnie. A do tego „drugi etat” w domu...Nie rozumiem przesłanek jakimi kierują się nasi politycy w kreowaniu takich projektów. Po pierwsze należałoby skupić uwagę na prawdziwej promocji tego zawodu i wówczas szeroką falą wprowadzać młode mądre kadry. A po drugie możemy być w tym wieku najstarsze na oddziale i będziemy „nieelegancko” wyglądały.

Dziękuję bardzo za rozmowę

SUDOKU 1

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | | 4 | | 5 | | 3 | |
| 1 | | 5 | | | | 2 | | 8 |
| | 6 | | | 8 | | | 9 | |
| | | 6 | 8 | 3 | 7 | 1 | | 9 |
| 5 | 8 | | | | | | 6 | 2 |
| 7 | | 9 | 5 | 6 | 2 | 4 | | |
| | 7 | | | 5 | | | 2 | |
| 9 | | 8 | | | | 3 | | 4 |
| | 3 | | 7 | | 9 | | 1 | |

Mój Pupil



Zapraszamy wszystkich czytelników do zamieszczania na łamach Biuletynu, zdjęć swoich pupili. W tym numerze prezentujemy Kicię Ksenię, która odpoczywa po ciężkiej nauce.



Król Lew (The Lion King) w Lyceum Theatre na Wellington Street w Londynie



To, co dziś najbardziej nam kojarzy się z Londynem, to Pałac Buckingham - siedziba rodziny królewskiej, Big Ben, London Eye, czerwone budki telefoniczne, czarne taksówki i charakterystyczne, dwupiętrowe czerwone autobusy miejskie. Londyn to także miejsce wielu narodowości i kultur. Coraz większą i znaczącą grupą emigrantów stanowią również Polacy, którzy przyjeżdżają do Londynu w poszukiwaniu pracy. Byłam w Londynie już kilkakrotnie i odwiedziłam wiele ciekawych i atrakcyjnych miejsc. Tym razem poza zwiedzaniem, moja córka zrobiła mi niespodziankę i zaprosiła do teatru (ang. Lyceum Theatre) na musical "Król Lew" (ang. The Lion King). Teatr jest olbrzymi, ma ponad 2000 miejsc i mieści się w budynku z XVII wieku. Budynek ten jest wyjątkowy, bogato zdobiony w rokokowym stylu, odrestaurowany i przekształcony do organizowania dużych musicali i oper. Od ponad 13 lat stał się domem dla muzycznej wersji Króla Lwa.

Król Lew (ang. The Lion King) to animowany film Walta Disneya, który opowiada o losach młodego lwa Simby, następcy tronu Lwiej Krainy. Fabuła filmu pokazuje losy Simby - młodego lwa, który poznaje swoje miejsce w "Wielkim kręgu życia" po stracie swego wspaniałego ojca - Króla Mufasy, zabitego przez zdradliwego brata. Simba by zostać królem musi zmierzyć się z przeznaczeniem i odnaleźć własną drogę życia pokonuje szereg przeszkód. Ta przepiękna historia o losach lwiątka zmieniającego się w króla zwierząt, jest przede wszystkim historią o szczęściu, miłości i odpowiedzialności, która zafascynowała i zdobyła serca milionów rodzin nie tylko w Polsce, ale także na całym świecie.

Nie mogłam sobie wyobrazić tego przedstawienia, ale jak się okazało było to fantastyczne i wspaniałe widowisko a dla mnie cudowne przeżycie. Film dla dzieci doskonale przerobiony przez reżysera w prawdziwe dzieło sztuki. Wystrój wnętrz, gigantyczne dekoracje, wizualne techniki, zwierzęta nie z tego świata, bogate kolory odtwarzały dokładnie rozległe afrykańskie sawanny. Wspaniała muzyka Eltona Johna i Tima Rice, doskonała gra aktorów w pięknych kostiumach, wspaniałe głosy, teksty mówione i śpiewane, tańce w rytm afrykańskiej muzyki sprawiły, że ta parogodzinna podróż w głąb dzikiej Afryki stworzyły nastrój egzotyki i niezwykłości i skutecznie oderwały, nie tylko mnie od codziennej gonitwy i chaosu. Wszyscy bez wyjątków byli oszołomieni i zachwyceni rewelacyjnymi maskami, fantastycznymi kostiumami a przede wszystkim niezapomnianymi brzmieniami. Niespodzianka się udała i sprawiła mi dużo radości, bo razem z tysiącami widzów miałam okazję obejrzeć jedno z najpiękniejszych musicalowych przedstawień, jakie zdołał wykreować człowiek i postępowe techniki.

Grażyna Margas



fot. Grażyna Margas

Zachęcamy do wspólnego zwiedzania świata i dzielenia się wrażeniami z naszymi Czytelnikami.

*„Akceptacja śmierci i protest przeciw niej:
dwie nieusuwalne strony naszego życia”*

Leszek Kotakowski

Koleżance

Bogusławie Dudzic

wyrazy współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIA

Składają
Pielęgniarki z Oddziału Wewnętrznego B
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie



Wyrazy głębokiego współczucia

Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-
Położniczego

Bożenie Czarneckiej

z powodu śmierci

Mamy

składa
Dyrekcja Regionalnego Szpitala
w Kołobrzegu

"Nie odchodzi ten, kto zostaje w sercach bliskich"

Składamy głębokie wyrazy współczucia
Oddziałowej

Bożenie Czarneckiej

z powodu śmierci

M a m y

Pracownicy Oddziału
Ginekologiczno-Położniczego
Regionalnego Szpitala
w Kołobrzegu

**„A gdy serce twe przytłoczy myśl, że żyć nie warto,
z łez ocieraj cudze oczy,
choć twoich nie otarto...”**

M.Konopnicka

Wyrazy głębokiego współczucia

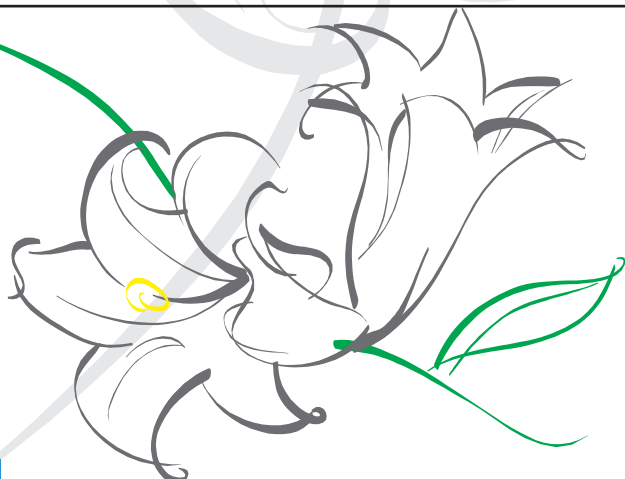
Koleżance

Halinie Ulidowskiej

z powodu śmierci

Syna

składają
Pielęgniarki i Położne
oraz współpracownicy
Szpitala Polskiego Połczyn Zdrój



Na wielkanocnym stole



Składniki:

- 50 dag mąki
- 15 dag cukru pudru
- 15 dag margaryny Kasi
- 10 żółtek
- 7 dag drożdży
- 3/4 szklanki mleka
- 5 dag rodzynek
- 15 dag migdałów
- 5 dag smażonej skórki pomarańczowej
- 1 szczypta soli
- 1 kieliszek likieru migdałowego lub kilka kropli aromatu migdałowego

Babka wielkanocna

1. Połowę przesianej mąki wsypać do miski. Mleko zagotować i natychmiast wlać do mąki cienkim strumieniem, cały czas mieszając drewnianą łyżką, aby nie zrobiły się grudki. Po dokładnym wymieszaniu powinna powstać jednolita gładka masa.
2. Drożdże z łyżką cukru i kilkoma łyżkami zimnego mleka rozetrzeć na papkę, dodać do przygotowanej mąki, gdy ta nieco przestygnie i będzie letnia. Wymieszać, nakryć lnianą ściereczką i pozostawić do wyrośnięcia.
3. Migdały sparzyć wrzącą wodą, obrać ze skórki, zmielić w maszynce do migdałów. Rodzynki przebrać, umyć, osuszyć. Skórkę pomarańczową pokroić jak najdrobniej.
4. Kasie stopić, lekko przestudzić. Żółtka z cukrem utrzeć do białości.
5. Wyrośnięty rożczyn połączyć z resztą przesianej mąki z solą, dodać utarte żółtka, likier migdałowy oraz migdały. Ciasto wyrabiać drewnianą łyżką, wlewając po trochu letnią Kasie. Wyrabiać tak długo, aż będzie odstawać od łyżki i ścianek naczynia.
6. Dodać oprószone mąką rodzynki i skórkę pomarańczową. Wymieszać, przełożyć do wysmarowanej Kasia formy, wypełniając ją do połowy wysokości. Nakryć lnianą ściereczką i pozostawić do wyrośnięcia.
7. Gdy ciasto wyrośnie i wypełni formę, wstawić do piekarnika nagrzanego do 170-190°C i upiec na złoty kolor. Pozostawić w formie do wystygnięcia.
8. Babkę można polukerować lub nasączyć ponczem.

Przepis pochodzi z książki: „Z Kasia Ci się upiecze” Warszawa 1996



SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC - rys historyczny

W kwietniu 1951r. została zorganizowana pierwsza **Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza** wówczas o nazwie Centralna Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza z siedzibą w prywatnym, jednopokojowym pomieszczeniu, przy ulicy Zwycięstwa 12 m 6. Dyrektorem tej placówki został dr med. Feliks Pawłowicz.

Pierwszymi pracownikami byli: Irena Gellert – kierownik kancelarii, Czesława Szczepankowska – referent sanitarno-prewencyjny, Krystyna Pawłowicz – statystyk medyczny, Henryk Niepokojczycki – księgowy.

W okolicznych zakładach przeciwgruźliczych pracowało trzech lekarzy fizyiatrów a istniało już Sanatorium Przeciwgruźlicze dla dorosłych w Rokosowie pod Koszalinem, na 110 łóżek, oddział gruźlicy płuc dla dorosłych w szpitalu miejskim w Słupsku, na 38 łóżek oraz poradnie przeciwgruźlicze w Koszalinie i Białogardzie.

Z dniem 1 listopada 1951 r. na miejsce dotychczasowego dyrektora został powołany dr med. Jan Kryśka. W miesiącu grudniu tego roku Centralna Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza została przeniesiona do pomieszczeń Miejskiej Przychodni Obwodowej w Koszalinie, przy ul. Alfreda Lampe 24, gdzie otrzymała 9 pomieszczeń.

Z dniem 1 stycznia 1952 roku została uruchomiona część poradniana z niektórymi gabinetami specjalistycznymi. Lata 1952–1955 były okresem organizacji pozostałych gabinetów specjalistycznych w samej Przychodni Przeciwgruźliczej, jedenastu Powiatowych Poradni Przeciwgruźliczych i jednej rejonowej w Połczynie-Zdroju oraz we wszystkich powiatach – stałych punktów szczepień BCG i Wojewódzkiej Kolumny Ruchomej Szczepień BCG.

Dalsza organizacja placówek medycznych przedstawiała się następująco:

- w roku 1952 zostało uruchomione Prewentorium w Machowinie pow. Słupsk dla chłopców w wieku 7 – 14 lat,
- w I kwartale 1953 zorganizowane zostało Prewentorium w Lasku Północnym dla dzieci w wieku przedszkolnym,
- w I kwartale 1954 Prewentorium dla dziewcząt w wieku 7 – 14 lat w Machowinku pow. Słupsk,
- w I kwartale 1952 zostało zorganizowane Sanatorium dla gruźlicy kostno – stawowej dla dzieci w Tucznie Krajeńskim,
- na początku roku 1953 zorganizowano oddział gruźlicy płuc dla dorosłych w szpitalu powiatowym w Miastku.

Po zorganizowaniu wszystkich gabinetów specjalistycznych Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej oraz placówek terenowych pionu gruźlicy rozpoczęto starania o budowę pomieszczeń na Wojewódzką Przychodnię Przeciwgruźliczą. W wyniku tych starań w roku 1956 włączono do planu państwowego na rok 1957 budowę Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej wraz z oddziałem szpitalnym na 100 łóżek w Koszalinie przy ul. Niepodległości 44-48.

Budowę obiektu rozpoczęto **17 maja 1957** i zakończono oddając budynek do użytku w dniu **10 grudnia 1960** roku. Obiekt budowało Koszalińskie Przedsiębiorstwo Budownictwa Miejskiego a kierownikiem robót był inż. Stefan Myszkiewicz. Nadzór techniczny z ramienia dyrekcji budowy sprawował inż. Stefan Kosiński. Głównym projektantem i nadzór autorski prowadził inż. Stanisław Barański. Koszt budowy wraz z wyposażeniem gmachu wyniósł 21 450 000 zł. Kubatura budynku wynosiła 22 408 metrów kwadratowych.

W owym czasie w Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej pracowało 119 osób w tym 11 lekarzy a na terenie województwa zatrudnionych było 7 lekarzy fizyiatrów z II stopniem specjalizacji, 15 lekarzy z I stopniem specjalizacji, 6 - ściu w okresie zdobywania specjalizacji oraz 9 – ciu lekarzy o innych specjalnościach.

W Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej zorganizowano 8 gabinetów lekarskich, pracownię RTG, RTG małoobrazkowy stały i ruchomy oraz laboratorium analityczno – bakteriologiczne.

Dział szpitalny został uruchomiony dnia **16 stycznia 1961** roku. Znajdowały się tam: oddział męski liczący 63 łóżka z ordynatorem lek. med. Zdzisławem Batyńskim oraz pielęgniarką oddziałową Eugenią Kmitą a także oddział kobiecy z ordynatorem lek. med. Danutą Łuszczewską – Tomaszewską i pielęgniarką oddziałową Olgą Łazutą. Przełożoną pielęgniarek została Aniela Rzucilo a od 1965 roku została nią następnie Krystyna Szornak.

W latach 1967 – 1968 Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza wygrała konkurs na najlepszy zakład przeciwgruźliczy w województwie koszalińskim zdobywając na własność puchar przechodni (zajmujący do dziś poczynne miejsce w gabinecie Dyrektora) ufundowany przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Koszalinie.

Wiosną 1969 roku Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza została wzbogacona o nowy obiekt. Przyjęto do użytku zaplecze gospodarcze, które było długo oczekiwane i rozwiązywało wiele trudności związanych z racjonalnym rozmieszczeniem i wykorzystaniem urządzeń gospodarczych i pomocniczych; poprawiło też w znaczący sposób warunki pracy załogi i zapewniło właściwe bezpieczeństwo i higienę pracy. Oddane do użytku zaplecze gospodarcze pozwoliło racjonalnie rozmieścić magazyny, dopomogło w rozbudowie pomieszczeń rehabilitacyjnych oraz umożliwiło rozwiązanie wielu innych doskwierających dotąd kwestii związanych z działalnością zarówno przychodni jak też i oddziałów szpitalnych. W budynku zaplecza gospodarczego umiejscowiono ponadto kiosk „ruchu” a także kawiarnię służącą zarówno pacjentom jak i pracownikom naszego zakładu.

Całość obiektu uzupełniana jest na bieżąco bogatą infrastrukturą zieleni. Pracownicy wykazują dużą troskę o cały obiekt biorąc licznie udział w organizowanych czynach społecznych na rzecz firmy z którą się mocno utożsamiają.

Tek prężna działalność i zaangażowanie wszystkich pracowników owocuje ogromnym uznaniem w środowisku oraz wieloma dyplomami i listami gratulacyjnymi.



Specjalistyczny Zespół
Gruźlicy i Chorób Płuc
ul. Niepodległości 44-48
75-252 Koszalin
tel. 094 342-20-51 do 53
fax. 094 342-33-39