



Morze Spraw

Nr 3 (94) 2013 r. (ROK XXI) ISSN 1231-4846

BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Wychowanie s. 4

Joga w życiu pielęgniarek i położnych s. 20

Zmiany w uprawnieniach rodzicielskich s. 25

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Czas wakacji i odpoczynku wielu z nas ma już za sobą. Pogoda w tym roku dopisała, było słonecznie, no może trochę za gorąco, ale daliśmy radę. Wakacje to dla jednych czas odpoczynku, dla innych zaś zdobywanie doświadczenia zawodowego, rozwijanie zainteresowań i zawieranie nowych znajomości. Jedni w tym samym czasie odpoczywali za to inni pracowali często więcej niż



Justyna Laska
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

przez cały rok. A to dlatego, że w okresie wakacji nasz region odwiedza bardzo duża ilość turystów. Powinien cieszyć nas fakt, że wiele osób przyjezdnych korzystających z pomocy medycznej chwali poziom opieki i warunki udzielania świadczeń.

Mając na względzie zbliżający się okres jesienny proponuję skorzystanie z rabatowych usług kosmetyczki lub zainteresowanie się jogą, jako sposobem na zregenerowanie sił i nie poddawanie się jesiennej chandrze. Bardzo ważnym elementem jest nabieranie sił i pozytywne nastawienie do rzeczywistości.

By nie zapomnieć o letnim odpoczynku zachęcam wszystkich do przesyłania reportaży z wyjazdów dalekich i bliskich. W tym numerze „Morza Spraw” sprawozdanie z Finału De The Tall Ships Races 2013 jaki miał miejsce na początku sierpnia w Szczecinie. Tak niedaleko a na światowym poziomie.

Zachęcam by po urloпах ponownie zaangażować się w działalność naszej Izby. A już dziś zapraszam na Konferencję naukowo szkoleniową „Wokół noworodka” organizowaną w dniu 17 października 2013 r. przez Komisję Położnych działającą przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie. Więcej informacji na stronie 27.

Zapraszam również do lektury artykułów, m.in. „Wychowanie”, „Joga w życiu pielęgniarek i położnych”, „Gruźlica - porady zdrowotne”. Życzę miłej lektury i powrotu do pracy z nowymi siłami i energią.

Przewodnicząca ORPiP
Justyna Laska



Jesienne przetwory

Ogórki w curry

3 kg ogórków
2 litry wody
4 szklanki cukru
3 łyżki soli
3 łyżki curry
¼ litra octu (3 szklanki), ocet 1:7
cebula pokrojona w krążki
gorczyca

Z wody octu, cukru, soli i curry sporządzić zalewę, dodać cebulę, gotować przez 2 minuty. Ogórki pokroić w plastry grubości około 1 cm. Ogórki rozłożyć do słoików. Do każdego słoika dodać po pół łyżeczki gorczycy. Na wierzch położyć cebulę można dodać liść selera. To wszystko zalać wrzącą zalewą. Pasteryzować 5-7 min.

Ogórki z miodem

1 litr wody
1 szklanki octu
1 1/2 szklanki cukru
1 łyżka miodu

To wszystko razem zagotować.

2 kg ogórków pokroić w paski i posolić, odstawić na godzinę. Po godzinie odlać wodę. Do każdego słoika włożyć ząbek czosnku, koper, gorczycę i pokrojone ogórki. Zalać wrzącą zalewą i pasteryzować 5-7 min.

Dynia marynowana

Składniki:

1 szkl. octu
4 szkl. wody
2,5 szkl. cukru
sól

przyprawy: goździki, cynamon, liść laurowy, ziele angielskie.

Wykonanie:

Wodę, ocet, cukier, sól oraz przyprawy zagotować. Dynię obrać, usunąć miąższ z pestkami i pokroić w kostkę, a następnie zblanszować wrzątkiem. Dynię włożyć do słoiczków i zalać przygotowaną marynatą. Słoiczki gotować 20 min.

Dynia marynowana jest wyśmienitym dodatkiem do mięs podawanych na ciepło i zimno. Smaczne!

DZIAŁY TEMATYCZNE

| | |
|-------------------------------|----|
| DOBRA PRAKTYKA | 4 |
| KALENDARIUM | 7 |
| WOKÓŁ SAMORZĄDU | 8 |
| AKTUALNOŚCI | 20 |
| WARTO WIEDZIEĆ | 22 |
| PORADY PRAWNE | 25 |
| SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE | 27 |
| OGŁOSZENIA | 31 |
| W WOLNEJ CHWILI | 32 |
| WARTO ZOBACZYĆ | 33 |
| KONDOLENCJE | 34 |

WAŻNE DATY

- 01.09 Światowy Dzień AIDS
 21.09 Światowy Dzień Osób z Chorobą Alzheimerera
 28.09 Światowy Dzień Serca
 01.10 Międzynarodowy Dzień Lekarza
 10.10 Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego
 17.10 Dzień Walki z Rakiem
 24.10 Dzień walki z otyłością
 09.11 Światowy Dzień Jakości
 14.11 Światowy Dzień Chorych na Cukrzycę

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-Introligatorska
 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 czynne: pn-wt w godz. 7:30-17:00,
 śr, czw, pt w godz. 7:30-15:30

Sekretariat OIPiP
 - 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 tel. 94 342 59 93

WYCHOWANIE

WYCHOWANIE DZIŚ,
ODNOŚ SIĘ DO CAŁEGO ŻYCIA LUDZKIEGO,
STAJE SIĘ WYCHOWANIEM CAŁOŻYCIOWYM



I. POJĘCIE WYCHOWANIA

Mówiąc o pojęciu wychowania trzeba wspomnieć o samej pedagogice, która jest „matką” wychowania. Wychowanie jest nieodłączną częścią pedagogiki, więc początki jej powstania można traktować jako początki samego wychowania. Pedagogika to nauka o wychowaniu, teoria działalności wychowawczej. Na jej gruncie formułuje się cele, treści, metody, środki i formy procesu wychowawczego.

Wychowanie obecnie oznacza wszelkie celowe oddziaływanie ludzi dojrzałych przede wszystkim na dzieci i młodzież, tak aby w nich kształtować określone pojęcia, uczucia, postawy i dążenia. Działanie wychowawcze zawiera w sobie opiekę, dostarczanie rozrywki, kultury, wychowanie ideowe człowieka, a obok tego nauczanie, szkolenie oraz przygotowanie go, do różnych zadań. Kształcenie w różnych kierunkach, oświatę, reklamę, poradnictwo, oddziaływanie jednych ludzi na drugich. Działalność ta odbywa się w rodzinie, szkole, organizacjach młodzieżowych, zakładach pracy, teatrze, muzeum i kinie.

Używając słowa „wychowanie” myślimy o:

- działaniu wychowawczym (czynnościach wychowawczych)
- warunkach, okolicznościach, bodźcach (sytuacjach wychowawczych)
- wynikach (wytworze wszystkich działań i warunków)
- zachodzących zmianach (o całkowitym procesie rozwoju wychowawczym człowieka)

Wychowanie jest trudne do zdefiniowania, nie można wymienić wszystkich definicji z powodu ich ogromnej liczby. Jednak można je podzielić na kilka grup:

1. Najstarsze definicje podkreślają istotę dla wychowania przede wszystkim działanie wychowawców na wychowanków i urabianie ich. Występują działania, metody jak oddziaływać by wychować. Mają charakter prakseologiczny /prakseologia nauka o działaniu i dobrej robocie/.

2. Przeciwstawna grupa definicji podkreśla nie celowe urabianie wychowanka przez wychowujące społeczeństwo, lecz swobodny wzrost dziecka. Wychowanie jest procesem samorządnego rozwoju nabywanego przez wychowanka. J. DOUGHTON definiuje „... wychowanie jest procesem rozwoju, który zachodzi w indywidualnej jednostce jako rezultat jej działalności w środowisku i jej reakcji na środowisko”. Podobnie J. DEWEY mówi, że „...wychowanie jest procesem wzrastania jednostki w społeczną świadomość ogółu”.

3. Trzecia grupa określeń wychowania zwraca uwagę na warunki i bodźce przyczyniające się do rozwinięcia wychowania. O. DECROLY rozumie: „...wychowanie do życia przez życie”. Wychowanie jako „szkoła wspólnoty”, czyli wychowanie przez zabawę, pracę, rozmowę, wyrażone jako sytuacje wychowawcze.

4. Czwarta grupa definicji skupia uwagę na wytworach i osiągniętych skutkach działania wychowawczego. Ale chodzi tu o ostateczny wynik wychowawczy i tak E. DURKHEIM określa „...wychowanie jako oddziaływanie pokoleń dorosłych te, które jeszcze nie dojrzały do życia społecznego”

II. ZJAWISKA PRZEMIAN W WYCHOWANIU

Początkowo wychowanie dotyczyło jednostek, obecnie odbywa

się grupowo- w zespołach, szkołach, drużynach harcerskich. Zmiana charakteru wychowania z indywidualnego na grupowe, przyczyniło się do powstania nowych instytucji wychowawczych, które specjalizują się zarówno w opiece nad małymi dziećmi (żłobek, przedszkole), opiece nad dziećmi opuszczonymi (domy dziecka, przytułki, rodziny zastępcze), nad dzieckiem przestępczym (izby dziecka), w pracy kulturalnej i wychowawczej (domy kultury, świetlice).

Do sprawowania funkcji wychowawczych opiekuńczych i dydaktycznych zostały powołane placówki, które mają ustaloną strategię, hierarchię w realizacji podjętych celów.

- Żłobki pełnią funkcje opiekuńcze i wychowawcze, zapewniając prawidłowy rozwój fizyczny, dbałość o higienę, odżywianie i sen.
- Przedszkola jako placówki dydaktyczno-wychowawcze przygotowują dzieci do rozpoczęcia nauki szkolnej, dbają o rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny poprzez zabawę.
- Szkoły podstawowe oddziałują wychowawczo przez system norm, wymagań, wzorców. Doskonałą wiedzę wykorzystując już zdobyta.
- Gimnazja pracują z młodzieżą w okresie intensywnego dorastania, którego dynamika stwarza problemy wychowawcze.
- Szkoły ponadgimnazjalne (licea i technika) kształcą młodzież w wieku przyswajania i uwewnętrzniania się systemu wartości lub wpływów wychowawczych rodziny, grup, instytucji.

III. RODZAJE WYCHOWANIA

W procesie wychowania przekazywane jest młodemu pokoleniu dziedzictwo poprzednich generacji. Społeczeństwo potrzebuje jednostek świadomych, twórczych, krytycznych, zdolnych i chętnych do wprowadzania zmian społecznych. Celem wychowania jest osiągnięcie określonych wyników poprzez wielokierunkowe oddziaływanie, które możemy podzielić na następujące grupy:

- w zależności od przedmiotu wychowania - sfery wyodrębnionej w osobowości wychowanka tj. umysłowe, religijne, moralne, fizyczne, seksualne, estetyczne.
- ze względu na wiek osoby wychowywanej (dzieci, dorośli, ludzie starsi)
- uwzględniając podejście do wartości:
 - normatywne, aksjologiczno-relatywistyczne
- ze względu na sposób kierowania procesem wychowawczym:
 - dyrektywne, autorytarne, niedyrektywne.



Wychowanie współczesne różnie rozumiane, zwykle utożsamiane z odgórnym kierowaniem wychowawców na rozwój wychowanków. Wychowawca w pełni odpowiedzialny jest za ich rozwój i wie najlepiej, czego potrzebują, w jakim kierunku powinni podążać, co im zagraża i od czego ich chronić lub jako współodpowiedzialny za ich wychowanie, przygotowanie ich do przyszłego życia, pokazując postępowania zgodne z zasadami, normami i wartościami moralnymi.

IV. CECHY WYCHOWANIA

Wychowanie bez wartości jest niemożliwe, najczęściej określa sens podejmowanego celu wychowania, przy czym nie każdy cel jest wartościowy.

1. **Intencjonalność:** wychowawca jest świadomy swoich celów i drogi do ich osiągnięcia, nieświadomość naraża go na działania mało skuteczne, nieprzemysłane, przypadkowe. Oprócz narzucania określonego sposobu postępowania dajemy też możliwość wyboru.

2. **Złożoność:** uwarunkowania zewnętrzne to co otacza człowieka i wewnętrzne jego samopoczucie, stan zdrowia, aspiracje, dążenia i potrzeby.

3. **Interakcyjność:** współdziałanie wychowanka i wychowawcy ze sobą na zasadzie wspólnej wzajemności, gdzie podopieczny jest godnym partnerem swego nauczyciela. Sam kieruje własnym działaniem, współdziała z innymi ludźmi zasługuje na dialog i wysłuchanie.

4. **Relatywność:** trudność przewidywania skutków wychowawczych wynikającej ze złożonej dynamiki ludzkiej osobowości, która często poddaje się wpływom środowiska lokalnego, rówieśniczego jak i środkiem masowego przekazu.

5. **Długotrwałość:** osobowość podlega przemianom prawie przez całe życie.

Dlatego o wychowaniu można powiedzieć nie tylko w odniesieniu do dzieci i młodzieży, lecz także do osób dorosłych. Nawet ludzie w podeszłym wieku są w stanie się czegoś nauczyć i przeobrażać wewnętrznie. Poprawnie działający proces wychowania to organizowanie współżycia i współdziałania dzieci, młodzieży i dorosłych.

V. ŚRODOWISKO WYCHOWAWCZE

Na wychowanie człowieka mają wpływ standardy życiowe, perspektywy, poziom kultury, przyswojone normy i wartości. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie jej członkowie zaspokajają potrzeby biologiczne, psychiczne, gdyż naturalną funkcją rodziny jest posiadanie i wychowanie dzieci. W zależności do typu rodziny - rodzina lepiej lub gorzej spełnia swoje funkcje opiekuńczo wychowawcze. Dba o dziecko, by mogło się harmonijnie rozwijać, wzrastać, doskonalić, przebywać w dobrych warunkach rozwoju psychicznego, zapewnić mu odpowiednie warunki do nauki, zabawy, miejsce do spania. Ważne jest by nie doznało krzywd psychicznych i fizycznych.

Warunki życia dziecka powinny być tak zorganizowane, by sprzyjały jego wszechstronnemu rozwojowi, gdyż głodne, śpiące, nie spokojne, przestraszone i zmęczone nie wykorzystuje swych możliwości rozwojowych. Poprzez naśladowanie, przyswajają sobie sposoby działania, wartości, normy, postawy wobec zwierząt, ludzi i otaczającego je świata. Pamiętajmy, jeśli my dorośli okazujemy dziecku miłość to ono uczy się kochać, jeżeli obserwuje agresję i klótnie, staje się niegrzeczne, klótniwe wykazuje agresję. Dorastając, coraz częściej powiela zaobserwowane i przyswojone zachowania i reakcje członków własnej rodziny. Rodzice stawiają od początku wyraźne granice, co jest dozwolone, a co nie jest i dzieci czują się bezpieczne, wiedzą czego mogą się spodziewać. Poznają normy, standardy, a także rolę dziecka w zależności od oczekiwań rodziców wobec nich. Podstawę systemu wartości wynosimy z domów rodzinnych, który jest modyfikowany i uzupełniany przez inne środowiska wychowawcze, grupy rówieśnicze i instytucje dydaktyczno wychowawcze.

Sposób wychowania zależy od osoby przekazującej wiedzę i sposobu przekazywanej treści. Najmniej sprawcze jest nienarodzone jeszcze dziecko znajdujące się w łonie matki, albowiem jest ono obiektem działań podejmowanych przez rodziców i jego krewnych. Bardziej sprawcze są dzieci ruchowo

samodzielne, to jest potrafiące samodzielnie chodzić, jeść, porozumiewać się z innymi, podczas wspólnych posiłków potrafią już podtrzymać łączące je z nimi więzy społeczne.

Dziecko zdobywa wiedzę konieczną do tego, by ukonstytuować się jako osoba, poprzez uczestniczenie w szeregu sytuacji, przez doświadczanie świata, poznawanie go metodą prób i błędów. Obserwując, więc dorosłych bierze udział w ich życiu i próbuje ich naśladować. Oznacza to, że „budowanie elementów” osoby odbywać się może tylko na drodze praktyki. Na początku dziecko jako osoba nierozumna, we wczesnym dzieciństwie jest zależne od innych.

Człowiek postrzegany jest jako ciało i umysł, stanowi nierozłączną całość, która przeobraża się w trakcie życia, to znaczy ulega zróżnicowaniu od stosunkowo prostego w budowie noworodka, a kończąc na skomplikowanym dorosłym. Ciało ulega zmianom biologicznym (proces dojrzewania) nie mamy na niego wpływu, duże możliwości możemy wykorzystać w procesie rozwoju umysłu.

O przemianie dziecka w dorosłego decyduje wiek biologiczny jednostki oraz osiągnięcie przez nią odpowiedniego rozwoju cielesnego i umysłowego, o tym stadium orzekają specjaliści (nauczyciele, lekarze, psychologowie) na podstawie kryteriów ustalonych przez naukę, medycynę i psychologię stąd też odpowiedni wiek i stadium rozwoju decydują o rozpoczęciu odpowiednich etapów życia społecznego: domu, szkoły, pracy zawodowej, zawierania związków małżeńskich, macierzyństwa.

Na początku obowiązkiem rodziny jest zadbać o to, aby jej potomek był najedzony i zdrowy, a następnie ukazać mu możliwość rozwoju uzdolnień, pokierować jego życiem, poprowadzić drogą dobra, pokazać zgubne konsekwencje złych nawyków

W wieku przedszkolnym dzieci w grupkach zabawowych poznają swoje możliwości, to jak oceniają ich koledzy, uczą się reguł życia grupowego. W szkole podstawowej łączą się w grupy rówieśnicze zgodnie z płcią, mając inne zainteresowania.





W gimnazjach tworzą się grupy mieszane, ale tu wychowawca musi czuwać nad prawidłowym funkcjonowaniem, bo powstają tu grupy nieformalne jak blokery i szalikowcy o nastawieniu negatywnym do otaczającej ich rzeczywistości.

Pomiędzy dorosłością a dzieciństwem pojawia się nowa faza rozwoju - młodość, określone mianem wieku krytycznego, przynosi podwójne zagrożenie. Jest niebezpieczny dla dorastającego człowieka, narażony na nieśmiałość, pasję działania, konsekwencje wynikłe z własnej seksualności. Młódzież zaczyna się skupiać ze względu na swoje zainteresowania np. komputerowe, motoryzacyjne, muzyczne. W tym wieku powstają przyjaźnie, trwające niekiedy całe życie. Tworzą się też grupy młodzieży związane chęcią działania w jakiejś dziedzinie życia np. wolontariusze pracujący w hospicjach, szpitalach itp.

Dużą rolę odgrywają środki masowego przekazu radio, telewizja, prasa, internet, które nie tylko informują, ale często przenikają świat różnych wyborów człowieka. Świat mediów wpływa na zdobywanie wiedzy, wyjaśnia, wizualizuje treści, pobudza emocjonalnie, intelektualnie wartości i idee. Ale łatwy dostęp do szeroko pojętych mas-mediów kryje w sobie wiele zagrożeń. Przebywając w wirtualnym świecie, gier i filmów, fałszuje się obraz rzeczywistości, lansuje różne mody. Młodzi ludzie tracą kontakt z rzeczywistością, nie są w stanie funkcjonować w realnym życiu z realnymi przyjaciółmi i coraz częściej potrzebna jest pomoc terapeutyczna.

Wielkie znaczenie w tym procesie mają idole. Młodzi ludzie są pod ich wpływem. Wpływają oni na ich poglądy, zainteresowania, gusty, ubiór; są źródłem buntu przeciw normom i zachowaniom społecznym, religijnym, moralnym nie licząc się ze zdaniem dorosłych. Kształtując młodzież dbamy o tolerancję, podnosimy poziom kulturalny, patriotyczny, ukazujemy pozytywne strony zachowań prozdrowotnych.

Natomiast dorosły jest sam odpowiedzialny za siebie, sam decyduje o swoim planie życiowym, sam boryka się z trudnościami jego realizacji, sam odpowiada wobec społeczeństwa za swoją działalność. Praca wychowawcza ze starszymi wymaga większej wyrozumiałości, subtelności, tolerancji, taktu i ludzkiego podejścia. Zwłaszcza chorzy wymagający opieki i pomocy osób drugich, wrażliwi są na nietakt ze strony otoczenia.

Nawet ludzie w podeszłym wieku są w stanie nauczyć się czegoś, realizują się „będąc na emeryturze, znajdując zastępcze zajęcia, utraconą miłość, nawiązując nowe przyjaźnie”. Okres późnej dorosłości nie jest schyłkiem życia, lecz dalszym etapem możliwości rozwoju w rodzinie, grupie „Koła Emerytów i Rencistów”. Nowym sensem życia może być udział w zajęciach „Uniwersytetu Trzeciego Wieku”, co daje poczucie wartości, że się rozwijają i są dowartościowani w społeczeństwie. Koncentrują się na pomocy w codziennych obowiązkach własnym dzieciom i wnukom. Poza tym uprawiają działkę, czytają, czy też chodzą na basen.

Wychowanie dziś to wprowadzenie wychowanka w każdym wieku w różne dziedziny życia społecznego i przygotowanie go do funkcjonowania w rzeczywistości. Wychowując możemy poprzez: naukę, pracę, sztukę i sport. Nauka stała się istotną częścią życia- wiedza naukowa jest przedmiotem informacji dla ludzi. Całość zdobytej wiedzy to światopogląd. Praca jest pierwszą szkołą życia uczącą poszanowania porządku dobrej organizacji pracy. W życiu człowieka sport to: zdrowie, aktywność, sprawność i tężyzna fizyczna. Sztuka rozbudza wrażliwość na piękno otaczającego nas świata. Ucząc przekazujemy wartości kulturowe społeczeństwa, wzorce zachowań i postaw ukazując tradycyjny styl życia.

PODSUMOWANIE

Podsumowując przytoczone argumenty, że wychowanie to nieustający proces trwający przez całe życie człowieka od narodzin aż do śmierci. To całość wpływów i oddziaływań, kształtujący nasz rozwój w poszczególnych fazach życia i przygotowujący nas do życia w rodzinie i społeczeństwie.

Zgadzam się ze słowami S. Kunowskiego, że „...wychowanie dziś odnosi się do całego życia ludzkiego, staje się wychowaniem całościowym.” Każdy człowiek- niezależnie od stopnia swej dojrzałości czy dorosłości podlega rozwojowi przez całe życie. Potrzebuje kogoś, z kim mógłby dzielić się swymi myślami, spostrzeżeniami, odczuciami, wrażeniami i kto gotów byłby mu pomóc w trudnych sytuacjach życiowych. Z takim postępowaniem mamy do czynienia dziś zaczynając od wczesnego dzieciństwa aż do starości. To wychowanie stanowi istotę całościowego rozwoju człowieka oraz wszelkie ujemne i dodatnie wpływy ludzi, jak i środowiska na kształtowanie jego charakteru. Jest jednym z centralnych problemów społecznych. Każdy człowiek ma jakiś system wartości, którym się kieruje oraz cele i ideały, do których dąży.

Ten długotrwały ciągnący się całe życie proces zachodzących zmian na który oddziałuje szereg zjawisk np.: szerzenie się wpływów wychowawczych w dół i w górę życia ludzkiego, gdyż dotyczą one nie tylko uczniów w szkole, dzieci w domu, ale obejmują niemowlęta, opiekę nad matką, przygotowanie do małżeństwa i założenia rodziny, młodzież akademicką i pracującą, dorosłych korzystających z oświaty, dokształcającą się inteligencją twórczą, wiernych w kościele a nawet starców.

Całościowe wychowanie powoduje, że człowiek staje się mądrzejszy i lepszy. Z wychowaniem tym łączą się cele osiągnięte w poszczególnych etapach rozwoju, wywołujące szereg zmian zachodzących w wychowanku, których głównym sprawcą jest bardzo szeroko pojęty wychowawca. To on poprzez odpowiednie długotrwałe oddziaływanie na wychowanka prowadzi go drogą rozwoju do wytyczonego przez siebie celu. A celem tym jest w pełni ukształtowana jednostka ludzka, żyjąca w określonym społeczeństwie według reguł i standardów zachowań przyjętych przez to społeczeństwo, które zmienia się i ewoluuje a wraz z tymi zmianami zmieniają się wzorce wychowawcze. Bo co było kiedyś nie do pomyślenia w sferze zachowań standardów moralnych dziś może stać się normą. Tak, więc wychowanie dziś, staje się wychowaniem całościowym kształtowanym przez wychowawców i wychowanków, w ciągłej sztafecie pokoleń.

Każdy może mieć inne zdanie o wychowaniu, każdy może tę definicję interpretować inaczej, gdyż jest to bardzo szerokie pojęcie. Jedno jest pewne, obojętnie gdzie się człowiek znajduje, działają na niego bodźce wychowania, kształtujące jego rozwój i przygotowanie do życia. A czy będzie ono dobre czy też nie świadczyć będzie osobowość tego człowieka.

Janina Leszczyk
Licencjat pielęgniarstwa
Patronka sp. z o.o. Szczecinek

KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



CZERWIEC 2013 ROK

| | |
|-----------------------|--|
| 03 czerwca 2013 r. | posiedzenie Komisji Socjalnej |
| 10 czerwca 2013 r. | posiedzenie Komisji Kształcenia ds. refundacji |
| 11 czerwca 2013 r. | posiedzenie Prezydium ORPiP |
| 12 czerwca 2013 r. | posiedzenie Komisji ds. położnych |
| 18-19 czerwca 2013 r. | udział przewodniczącej ORPiP w Koszalinie w posiedzeniu NRPiP w Warszawie |
| 18 czerwca 2013 r. | warsztaty edukacyjne dla położnych i pielęgniarek zorganizowane przez OIPiP w Koszalinie firmę PELARGOS nt. „Rany i odparzenia – pielęgnacja i leczenie /małe dziecko/ i Kolka u niemowląt |
| 21 czerwca 2013 r. | uroczyste spotkanie z pielęgniarkami emerytkami |
| 25 czerwca 2013 r. | posiedzenie ORPiP |
| 27 czerwca 2013 r. | posiedzenie Komisji Epidemiologicznej |
| 28 czerwca 2013 r. | udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu Rady Społecznej WSPL Szczecinek |

LIPIEC 2013 ROK

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| 04 lipca 2013 r. | posiedzenie Komisji ds. Położnych |
| 16 lipca 2013 r. | posiedzenie Prezydium ORPiP |

SIERPIEŃ 2013 ROK

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| 21 sierpnia 2013 r. | posiedzenie Prezydium ORPiP |
|---------------------|-----------------------------|

OPINIA W SPRAWIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH WYKONYWANYCH PRZEZ POŁOŻNE

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO
I POŁOŻNICZEGO
mgr Leokadia Jędrzejewska

Wrocław, dnia 29 czerwca 2013 r.

Kwestię uprawnień położnych do wykonywania szczepień ochronnych, należy rozpatrywać z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących uregulowań prawnych, w tym:

1. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.),
2. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 243, poz. 1570 ze zm.),
3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086 ze zm.),
4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Ad. 1. Zasady wykonywania zawodu położnej i zakres uprawnień

uregulowane zostały w przepisach ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej zm.) i są zgodne z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2005/36/WE z dnia 7 września 2005 r., w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ww. ustawy, wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w tym:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu porodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- 6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- 8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielny udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,

b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Wskazane wyżej świadczenia odnoszą się do określonej grupy świadczeniobiorców usług położnej w tym: do kobiety w okresie przedkoncepcyjnym, ciężarnej, rodzącej, położnicy, noworodka, kobiety w każdym okresie życia (w zakresie prokreacji, ginekologii, onkoginekologii). Pośród nich nie ma wymienionych świadczeń kierowanych do niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym.

Ad. 2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wskazuje w art. 17. ust. 6 osoby, które upoważnione są do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych, są nimi lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje określone na podstawie ust. 10 pkt 3 i zobowiązuje Ministra Zdrowia do ustalenia kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Niezależnie od powyższego osoby wymienione w rozporządzeniu – lekarz lub felczer, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadający kwalifikacji, ale posiadający 2,5 letnią praktykę w zakresie szczepień ochronnych, zgodnie z art. 67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r., mogą je wykonywać do 31 grudnia 2015 r. ale zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w ramach kompetencji zawodowych.

OPINIA W SPRAWIE WYKONYWANIA KTG PRZEZ POŁOŻNĄ

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
mgr Leokadia Jędrzejewska

Położna zgodnie z art. 5 ust. 1, pkt 1 i 3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 174 poz 1039), jest upoważniona do udzielania świadczeń zdrowotnych wobec kobiety ciężarnej i rodzącej w przebiegu ciąży i porodu fizjologicznego polegających m.in. na rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej, prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej. Uwzględniając posiadane kwalifikacje i kompetencje zawodowe położnej, może ona wykonywać samodzielnie, zgodnie z § 4 pkt. 2f rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych

i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) świadczenia diagnostyczne w opiece okołoporodowej, w tym: wykonywanie i interpretację badań służących ocenie stanu zdrowia płodu i ciężarnej, polegających na: – badaniu położniczym zewnętrznym, – badaniu położniczym wewnętrznym, – kardiokografii. Prowadzawca nie uzależnia samodzielnego wykonywania ww. świadczeń przez położną, od ukończenia kursu specjalistycznego czy szkolenia specjalizacyjnego.

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie pobierania i oznaczenia przez pielęgniarkę badań laboratoryjnych w oddziałach szpitalnych

Zgodnie z art. 4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Samodzielne wykonywanie przez pielęgniarkę badań diagnostycznych zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

§ 1 pkt 2 lit. c-h przywołanego rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnego bez zlecenia lekarskiego czynności wskazanych w cytowanym wyżej rozporządzeniu. Należą do nich:
- kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiału do badań diagnostycznych pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- kierowanie na badania lub pobieranie materiału do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocinę, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny) pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
- oznaczenia glikemii za pomocą glikometru,
- wykonywania pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnografii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Załącznik nr 1 do przywołanego rozporządzenia wskazuje, że pielęgniarka jest uprawniona do samodzielnego pobierania krwi, ale nie jest uprawniona do samodzielnego wykonania badania krwi i materiałów oraz autoryzacji wyników badań. Zgodnie z art. 2 pkt 4 i art. 6 i 6a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 144, poz. 1529 z późniejszymi zmianami) do wykonania badania uprawniony jest wyłącznie diagnosta laboratoryjny lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie przydatnej w diagnostyce, licencjat analityki medycznej oraz osoba posiadająca studia wymienione w art. 7 ust 1 pkt 2 ustawy i mając prawo do podjęcia kształcenia podyplomowego. Autoryzację wyniku badań może przeprowadzić tylko i wyłącznie diagnosta lub lekarz z odpowiednią specjalizacją. Pobrane przez pielęgniarkę materiały do badań powinny być przekazane do badań diagnostycznych.

Wykonywanie przez pielęgniarkę badań między innymi tj. oznaczenie równowagi kwasowo-zasadowej, elektrolitów jonogram w oddziałach szpitalnych stanowi naruszenie art. 6 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, który wskazuje, że czynności diagnostyki laboratoryjnej muszą być wykonywane w laboratorium.

Kraków, 14.11.2012 r.

dr hab. Maria Kózka

Opinia

**Krajowego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa
w sprawie podawania przez pielęgniarki środków
kontrastowych oraz wymaganych kwalifikacji
pielęgniarek w tym zakresie**

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.Nr 174, poz. 1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Podawanie kontrastu choremu w trakcie badań diagnostycznych zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2011 r., Nr 51, poz. 265), z którego wynika, że lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji może zlecić innym lekarzom, radiofarmaceutom, technikom elektroradiologii lub pielęgniarkom wykonywanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radiofarmaceutyczne. Lekarze ci sprawują nadzór nad wykonywaniem zleconych czynności. Natomiast minimalne wymagania dla jednostki ochrony zdrowia udzielającej świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nowotworowych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku (Dz.U. z 2011 r. Nr 48, poz. 253).

Z § 8 i 9 przywołanego rozporządzenia wynika, że w jeżeli procedury tego wymagają, w jednostkach ochrony zdrowia, w pracowniach rentgenowskich zatrudnia się pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także obsługi strzykawki automatycznej. W jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnia się podczas trwania procedury, opiekę anestetyczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestetycznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny.

W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276).

Z przytoczonych aktów prawnych wynika, że pielęgniarka zatrudniona w Pracowni Tomografii Komputerowej wykonuje zlecenia lekarskie w zakresie podawania środków kontrastowych w strzykawce automatycznej pod nadzorem lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje.

Pielęgniarka nie posiada uprawnień do podawania leków, środków kontrastowych bezpośrednio dożylnie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). W przypadku procedur radiologii zabiegowej pielęgniarka powinna posiadać ukończone kształcenie podyplomowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku.

Kraków, listopad 2012 r.

dr hab. Maria Kózka

Opinia

**w sprawie cewnikowania pęcherza moczowego
u dzieci przez pielęgniarki środowiska nauczania
i wychowania z dnia 12.04.2013 r.**

Zakres świadczeń, który powinien być realizowany przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, określa

Załącznik nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.X.2010 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowe zadania mieszczą się w obszarze profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej. Jednakże pkt 4 ust 2 Części I załącznika nr 4 do w/w rozporządzenia określa świadczenia w odniesieniu do dzieci z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w sposób następujący:

„... sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarstwach oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na której liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych, koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole...”.

Co to oznacza?

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie tylko może, ale powinna wykonać zabieg/procedurę związaną z cewnikowaniem pęcherza moczowego u ucznia, jeśli uczeń ma stwierdzoną chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność, a wykonanie tego zabiegu np. odbarczenie moczu, jest konieczne do wykonania w trakcie pobytu ucznia w szkole. Taki zabieg może być wykonany tylko na zlecenie lekarza POZ, na liście którego znajduje się uczeń i w porozumieniu z tym lekarzem, a nie na zlecenie poradni specjalistycznej. Oczywiście niezależnie od zlecenia lekarskiego, powinna być zgłoszona prośba rodziców i ich zgoda oraz zgoda ucznia, jeśli skończył 16 lat.

Nie istnieje akt prawny, który ograniczałby kompetencje pielęgniarek do cewnikowania tylko dziewczynek i wyłączałby z tych kompetencji cewnikowanie chłopców. Pielęgniarki wykonujące zabiegi/procedury cewnikowania pęcherza u uczniów, powinny posiadać wiedzę i umiejętności w stosowaniu zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego dzieci obojga płci. Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, które nie wykonywały tych procedur, bądź ich umiejętności się zdezaktualizowały (co jest rzeczą oczywistą, jeśli zabiegów nie wykonuje się na co dzień), wówczas powinny nabyć wiedzę i umiejętności w toku kształcenia podyplomowego. Może to być krótki kurs doskonalący, który zostanie zorganizowany na bazie najbliższego ośrodka pediatrycznego przez podmiot prowadzący kształcenie.

**Krajowy Konsultant
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek**

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2013-06-24

**Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb
Pielęgniarek i Położnych w sprawie określenia
warunków tworzenia kierowniczych stanowisk
pielęgniarskich i położniczych**

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013 r. póź. 217) w art. 49 wskazuje, iż w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowiska: kierownika; zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem; ordynatora; naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek; pielęgniarki oddziałowej.

Na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 49 ust. 8 ww. ustawy, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 182).

Natomiast w Taryfikatorze kwalifikacyjnym, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, póź. 896), szczegółowo określono kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Otóż, przepis art. 49 ww. ustawy odnosi się tylko do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami i reguluje sposób obsady stanowisk w drodze konkursu, enumeratywnie wymienionych w ust. 1 tego przepisu. Zgodnie z art. 49 ust. 2 ww. ustawy konkurs na stanowisko kierownika oraz zastępcy kierownika podmiotu ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska — kierownik. Z unormowań zawartych w powyższym przepisie wynika, że podmiotom odpowiedzialnym za dokonanie obsady stanowisk wskazanych w art. 49 ust. 1 ww. ustawy nie pozostawiono swobody w wyborze osoby, i tym samym zatrudnienia tych osób bez przeprowadzenia konkursu.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na treść art. 42 ust. 1 ww. ustawy, który przewiduje, iż urząd podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie, określa statut. W związku z tym, określenie rodzajów poszczególnych stanowisk, o których mowa w art. 49 ust. 1 ww. ustawy może być również przedmiotem regulacji statutowej.

Niemniej jednak, statut podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie może odmiennie regulować spraw odrębnie unormowanych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Samodzielność aktu wewnętrznego w zakresie kształtowania ustroju i struktury organizacyjnej danego podmiotu obejmuje zatem wyłącznie sprawy nieuregulowane w ustawie. Natomiast ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jak i ww. rozporządzenie przewidują określone elementy ustroju działania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w tym w szczególności obsadę stanowiska naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek, precyzując dodatkowo warunki, jakie muszą spełniać osoby zatrudnione na tych stanowiskach.

Orzecznictwo sądów administracyjnych wskazuje, że stanowisko naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą jest obligatoryjne. Zgodnie z wyrokiem WSA w Gliwicach z dnia 15 października 2010 r. (sygn.: IV Sa/GI 519/10) powoływanie osób na stanowiska naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarki, o których mowa w art. 44a ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie w art. 49 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), wymaga przeprowadzenia konkursu. W związku z tym, jeżeli w akcie wewnętrznym danego podmiotu usunięto te stanowiska lub wprowadzono na ich miejsce inne stanowiska, dla obsadzenia których konkurs nie jest wymagany, to stanowi to „obejście” prawa. W ocenie sądu nie jest możliwe odejście od stanowisk określonych w ustawie i wprowadzenia stanowisk, które są sprecyzowane i wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami. Ponadto Wojewódzki Sąd Administracyjny w sentencji wyroku przyjął tezę, iż: „możliwe jest wprowadzenie stanowisk przewidzianych w statucie szpitala, ale tylko i wyłącznie obok tych, które wymagane są przez ustawę”. Podobne stanowiska zostały przedstawione w innych wyrokach sądów administracyjnych (zobacz: wyrok WSA z dnia 18 stycznia 2011 r. sygn.: III SA/Kr 571/10, wyrok WSA z dnia 13 października 2009 r. sygn.: III SA.KR 265/09).

Należy zaznaczyć, że przepis art. 49 ust. 1 ww. ustawy nie określa stanowiska sensu stricto nazwanego jako: dyrektor ds. pielęgniarstwa, co nie oznacza, że kierownik danego podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami tego podmiotu nie może utworzyć takiego stanowiska pracy. Istotne jest jednak to, że kierownik nie może np. poprzez zmianę statutu wprowadzić zmiany organizacyjnej, która powodowałaby zastąpienie stanowisk

wybieanych w trybie konkursowym, wskazanym w art. 49 ust. 1 ww. ustawy przez inne stanowiska, którym odpowiadałyby te same obowiązki i uprawnienia (np. zastąpienie stanowiska naczelnego pielęgniarki, stanowiskiem dyrektora ds. pielęgniarstwa). W doktrynie podkreśla się, że „że wszelkie działania mające na celu nieobsadzenie stanowisk wymienionych z nazwy w art. 49 ust. 1 ww. ustawy i zamieszczonych w regulaminie organizacyjnym, a w ich miejsce - tworzenie w zakresie merytorycznym tożsamym z tymi stanowiskami - inaczej nazwanymi komórkami organizacyjnymi i innych stanowisk, będą stanowiły próbę obejścia przepisów ww. ustawy”.

Natomiast, NSA w wyroku z dnia 27 sierpnia 2008 r. (sygn. II OSK 666/08) stwierdził, że: „Skoro art. 44 ust. 1 ustawy wymaga, by stanowisko naczelnego pielęgniarki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (poza wyjątkiem wskazanym w tym przepisie) obsadzone był w wyniku konkursu, a osoba ta powinna legitymować się określonym w Taryfikatorze kwalifikacyjnym wykształceniem i stażem pracy, to wykreślenie ze statutu tego stanowiska i zastąpienie go innym, nieprzewidzianym w przepisach, któremu miałyby być przypisane te same obowiązki i uprawnienia, jakie miała osoba zatrudniona na stanowisku naczelnego pielęgniarki w oczywisty sposób narusza obowiązujące przepisy i wykracza poza zakres spraw, które mogą być uregulowane w statucie (...)”.

Powyższy wyrok NSA, choć odnosił się do kwestii dotyczącej stanowisk konkursowych w okresie obowiązywania ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), to dotyczy w tym samym zakresie uregulowań, o których mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że statut podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie może określać poszczególnych stanowisk wybieranych w trybie konkursowym w sposób inny niż jest to uregulowane w art. 49 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej, gdyż nie może odmiennie regulować spraw unormowanych ww. ustawie. Swoboda podmiotów w zakresie kształtowania ustroju i struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może obejmować wyłącznie sprawy nieuregulowane w ustawie, które również nie mogą być z tą ustawą sprzeczne.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 20.03.2013

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

Zakres spraw regulowanych w rozporządzeniu z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, które weszło w życie w dniu 1 stycznia 2013 r., wynika z upoważnienia określonego w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), który wskazuje, że Minister Zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Rozporządzenie nie zawiera przepisów regulujących zatrudnienie czy też organizację pracy, a jedynie wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm.

Rozporządzenie zawiera kryteria, które powinny być uwzględnione przy określaniu kategorii opieki, do której może zostać zakwalifikowany pacjent, co z kolei powinno być ważnym elementem przy określaniu zasad opieki nad pacjentem i stanowić podstawę do podejmowania przez kierownika podmiotu leczniczego decyzji dotyczącej liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych na danym oddziale.

Kierownik, zarządzający konkretnym podmiotem leczniczym, zna wszystkie jego uwarunkowania, które wpływają na zapewnienie opieki nad pacjentem.

Ostateczna decyzja w sprawie ustalenia minimalnej liczby pielęgniarek i położnych, zatrudnianych np. na danym oddziale powinna uwzględniać opinie przedstawicieli samorządu zawodowego i związków zawodowych dla których uprawnienie do opiniowania norm ustalonych przez kierownika podmiotu leczniczego wynika z przepisu art. 50 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Wypracowanie, w drodze tych uzgodnień, norm zatrudnienia to zadanie i odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego, który podlega przepisom rozporządzenia.

Rozporządzenie zawiera załączniki przy wykorzystaniu których można określić kategorię opieki dla poszczególnych pacjentów, istotne jest ustalenie średnich czasów świadczeń pielęgniarstkich pośrednich, bezpośrednich i średniego czasu dyspozycyjnego pielęgniarki, właściwych dla danej jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego, a następnie na podstawie wzoru można obliczyć minimalną normę zatrudnienia.

Wartości czasów dla wykonania świadczeń pielęgniarstkich są opisane w dostępnej literaturze fachowej na podstawie wcześniej przeprowadzonych badań. Mogą być one wykorzystywane lub modyfikowane w zależności od specyfiki danego podmiotu, sposobu organizacji pracy i innych kryteriów.

Należy zauważyć, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314) podobnie jak nowe rozporządzenie określało sposób ustalania minimalnych norm w zakładach opieki zdrowotnej/podmiotach leczniczych, a nie zatrudnienia. Rozporządzenie to było aktem prawnym, który obowiązywał 12 lat, dlatego też świadczeniodawcy byli zobowiązani ustalać minimalne normy zatrudnienia zgodnie z zapisami powyższego aktu prawnego i stosować je w praktyce.

Przepisy nowego rozporządzenia zapewniają podmiotom leczniczym wystarczającą ilość czasu na ustalenie nowych, zgodnych z rozporządzeniem norm (ostateczny termin ich określenia upływa 31 marca 2014 r.).

Ponadto regulacje w zakresie stosowania minimalnych norm obowiązują każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą realizujący świadczenia gwarantowane finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych.

Każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstkiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.). Przy czym należy podkreślić, iż w przypadku pielęgniarek i położnych, zgodnie z § 4a ust. 4, zapewnienie opieki pielęgniarstkiej lub położnych, w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu, następować będzie z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.). Zgodnie z przepisami wskazanej ustawy niniejsze normy zatrudnienia pielęgniarek dotyczą podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Natomiast zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta

między świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do zarządzenia Nr72/20011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. z późn. zm, w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju; leczenie szpitalne, w części określającej warunki wspólne wobec świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji, świadczeniodawca zobowiązany jest do „udokumentowanego zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstkiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia zgodnie z przepisami § 4a ust.1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

MINISTER ZDROWIA

Stanowisko dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przypomnienia o obowiązku przestrzegania zapisów Konwencji Nr 149 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarstkiego oraz zapisów Zalecenia Nr 157 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarstkiego

Zgodnie z art. 83 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy ma obowiązek przestrzegania prawa Rzeczypospolitej Polskiej. Prawa w Polsce są stanowione przez organy władzy publicznej, tworzone w ramach demokratycznego systemu funkcjonowania państwa. Prawa te stanowione są zgodnie z zasadami określonymi w Konstytucji, zarówno co do sposobu, jak i co do treści z przestrzeganiem określonych reguł i zasad. W systemie demokratycznym prawo obowiązujące w państwie powinno odpowiadać interesom i dążeniom społeczeństwa, które wszak ma wpływ na wybór swoich reprezentantów, na ich działalność, na treść ustanawianych norm prawnych (por. W. Skrzydło, Komentarz do art. 83 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej). Zgodnie z art. 87 ust. 1 Konstytucji RP, źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. Przepis art. 8 Konstytucji RP, stanowi że jest ona najwyższym prawem Rzeczypospolitej Polskiej, a jej przepisy stosuje się bezpośrednio chyba, że Konstytucja stanowi inaczej. Drugie miejsce w hierarchii źródeł prawa zajmują umowy międzynarodowe, ratyfikowane przez Polskę za uprzednią zgodą wyrażoną w ustawie i ogłoszone w Dzienniku Ustaw (art. 91 Konstytucji). Katalog źródeł prawa pracy, został z kolei ustanowiony w art. 9 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, póź. 94, z późn. zm.) - dalej: „K.p.". Zgodnie z tym przepisem, źródłami prawa pracy są Kodeks pracy oraz inne ustawy i akty wykonawcze, określające prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowienia układów zbiorowych pracy i innych opartych na ustawie porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy. Hierarchia źródeł prawa pracy oraz oparty na zasadzie uprzywilejowania pracownika mechanizm rozwiązywania sprzeczności między nimi, wynika z art. 9 § 2 K.p. Zgodnie z tym przepisem, w pierwszym rzędzie wzajemne prawa i obowiązki stron stosunku pracy reguluje umowa o pracę, w zakresie w niej nieuregulowanym - regulamin pracy i inne zakładowe regulacje prawne, a następnie źródła prawa powszechnie obowiązującego (Kodeks pracy, ustawy i przepisy wykonawcze).

Regulacje prawne niższego rzędu (umowa o pracę

i unormowania o charakterze zakładowym) mogą kształtować warunki indywidualnych stosunków pracy w sposób odmienny niż akty prawa wyższego rzędu, ale ukształtowanie to nie może być dla pracowników mniej korzystne niż to, co przewidziano w przepisach powszechnie obowiązujących. Konwencja nr 149 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, przyjęta w Genewie 21 czerwca 1977 r. została ratyfikowana przez Polskę oraz ogłoszona w Dzienniku Ustaw (Dz. U. z 1981 r. Nr 2, poz. 5) i weszła w życie w stosunku do Polski dnia 4 listopada 1981 r. Ujęte w formę konwencji, wnioski dotyczące zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, uzupełnione postanowieniami zawartymi w Załeceniu Nr 157 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącym zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, na gruncie prawa polskiego znajdują odzwierciedlenie w przepisach zawartych m.in. w:

- ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), która określa w szczególności zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, a ponadto reguluje zagadnienia związane z kształceniem zawodowym oraz kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych;

- ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038), określającej organizację i zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, który reprezentuje osoby wykonujące te zawody oraz sprawuje pieczęć nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony;

- ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217), będącej aktem o zasadniczym znaczeniu, z punktu widzenia funkcjonowania podmiotów leczniczych, w szczególności określającym także normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych (w tym pielęgniarek i położnych). Jedynie przykładowo należy wskazać, że podstawowa dobową normą czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym (w tym pielęgniarek i położnych), w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Z kolei w art. 94 te same ustawy dopuszczona została możliwość przedłużenia wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem, iż takiego rozkładu czasu pracy nie można stosować w stosunku do pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami. Z kolei w art. 95 ustawy o działalności leczniczej, ustawodawca uregulował kwestie związane z pełnieniem dyżuru medycznego, definiowanego jako wykonywanie czynności zawodowych poza normalnymi godzinami pracy. Zgodnie z tym przepisem dyżur medyczny mogą pełnić jedynie pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym. Oznacza to, iż dyżur medyczny mogą pełnić tylko osoby, których podstawę zatrudnienia stanowi stosunek pracy. Ponadto dyżury medyczne mogą być pełnione jedynie przez pracowników tych podmiotów leczniczych, które wykonują stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Ustawa o działalności leczniczej dopuszcza możliwość wydużania tygodniowej normy czasu pracy pracownika, który może pełnić dyżur medyczny, powyżej 48 godzin (tzw. Klauszula opt-out). Uregulowanie to, może być jednak zastosowane jedynie wobec pracowników którzy wyrazili na to pisemną, dobrowolną zgodę. Pracownik może cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, informując o tym pracodawcę na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. W ustawie o działalności leczniczej znalazły się również regulacje związane z okresem wypoczynku. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Pracownikowi

pełniącemu dyżur medyczny, odpoczynek dobowy musi zostać udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru. Ponadto w art. 99 ustawy o działalności leczniczej, ustawodawca przewidział dodatki dla pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, których wysokość jest uzależniona od pory i dnia wykonywania pracy. W związku z powyższym, należy podkreślić, że celem działań podejmowanych zarówno przez Ministra Zdrowia jak również inne organy i instytucje państwowe powinno być i jest zapewnienie przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, ale również wprowadzanie mechanizmów usprawniających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz służących poprawie bezpieczeństwa nie tylko pacjentów, ale również personelu medycznego.

Aleksander Sopiński
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

MINISTER ZDROWIA

Warszawa 2013-06-24

Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie zmiany zapisów w ustawie emerytalnej w kierunku obniżenia wieku emerytalnego dla kobiet do 60 lat oraz niezrównywania wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn

Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do ingerowania w przepisy dotyczące emerytur, ponieważ ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, póź. 1227) należy do właściwości Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

Dlatego też kwestie dotyczące wieku emerytalnego pielęgniarek i położnych były konsultowane z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wskazało, iż jedną z generalnych zasad przeprowadzonej trzynastu lat temu reformy systemu emerytalnego, było wprowadzenie ujednoczonego, powszechnego wieku emerytalnego, wynoszącego 60 lat w przypadku kobiet oraz 65 lat w przypadku mężczyzn. Wprowadzenie tej zasady było konieczne przede wszystkim ze względu na zmieniające się warunki demograficzne. Wdrożenie jednolitego wieku emerytalnego wymagało uchylecia przepisów dających możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę m. in. z tytułu pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Tylko dla osób pracujących w ekstremalnych warunkach, na mocy ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, póź. 1656, z późn. zm.), utworzono odrębny, przejściowy system emerytur pomostowych.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wskazało, iż w okresie minionego trzynastolecia trendy demograficzne, niestety nie uległy zmianie. Także obecnie systematycznie maleje liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym.

Od roku 1990 liczba ta zmalała o ok. 4,1 mln. Do 2035 r. prognozuje się dalszy spadek o ponad 1,6 mln. Równocześnie stale rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym. W chwili obecnej jest to blisko 6,3 mln osób, jednakże w następnych latach nastąpi jej znaczny przyrost, jak się przewiduje, o ponad 3,3 mln osób do 2035 roku. Liczba osób w wieku produkcyjnym - a więc tych, które mogą sfinansować świadczenia emerytalne - na przestrzeni ostatnich kilku lat ustabilizowała się na poziomie ok. 24,5 mln osób. Ta sytuacja ulegnie jednak dalszemu pogorszeniu.

W świetle powyższego, w opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, konieczne były dalsze decyzje dotyczące wieku emerytalnego. I tak zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 maja 2012r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach

z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. póź. 637), od dnia 1 stycznia 2013 r. wiek emerytalny jest stopniowo podwyższany docelowo do 67 lat. Poziom 67 lat zostanie osiągnięty w przypadku mężczyzny w 2020 r., a w przypadku kobiet w 2040 roku. Nowe regulacje obejmują kobiety urodzone po 31 grudnia 1952 r. oraz mężczyzn urodzonych po 31 grudnia 1947 r.

Podwyższenie i zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn nastąpi we wszystkich systemach emerytalnych, w których obecnie prawo do przejścia na emeryturę lub w stan spoczynku przysługuje po osiągnięciu wieku 60 lat przez kobietę i 65 lat przez mężczyznę. Tak więc głównym wyzwaniem dla Polski w najbliższych latach będzie zwiększenie liczby osób aktywnych zawodowo i podejmujących zatrudnienie, co jest kluczowe dla rozwoju gospodarczego i zwiększenia innowacyjności polskiej gospodarki. Najważniejszym efektem podniesienia wieku emerytalnego przewidzianego w ustawie z dnia 11 maja 2012r. z punktu widzenia rozwoju gospodarczego - będzie powstrzymanie spadku zatrudnienia, a w konsekwencji utrzymanie wzrostu PKB oraz wpływów podatkowych do przedsiębiorstw, które nie będą zmuszone do likwidacji miejsc pracy w nadchodzącym okresie ograniczenia podaży pracy.

Równocześnie w opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, ujednoczenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat, w związku z przyjętą przez Sejm w dniu 11 maja 2012 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, nie naruszy uprawnień do emerytury pomostowej.

Na podstawie przepisów tej ustawy pielęgniarki i położne mogą ubiegać się o prawo do emerytury pomostowej już w wieku 55 lat, jeżeli wykonują pracę o szczególnym charakterze wymienioną w art. 3 ust. 3 do ustawy o emeryturach pomostowych i w zał. nr 2 do tej ustawy oraz spełniają pozostałe kryteria ustawowe, od których zależy ustalenie prawa do emerytury pomostowej.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

Narodowy Fundusz Zdrowia
Centrala w Warszawie
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dnia 11.06.2013 r.

*Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*

W odpowiedzi na pismo znak: NIPiP-NRPIP-DM.0021.52.13 z dnia 14 maja 2013 r. oraz wcześniejszą korespondencję dotyczącą tematyki poruszanej w przedmiotowym piśmie, uprzejmie informuję:

W odniesieniu do kwestii przedstawienia szczegółowej informacji dotyczącej planowanych przez Fundusz od 1 czerwca 2013 r. zmian w kontraktowaniu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

Jak sygnalizowano wstępnie w trakcie spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) w dniu 27 listopada 2012 r., w przypadku świadczeń pielęgniarstwa póź., planowane zmiany miały dotyczyć wyodrębnienia na podstawie obowiązującego zakresu zadań pielęgniarstwa poz., grupy świadczeń szczególnie kosztochłonnych i objęcie ich odrębnym, poza stawką kapitacyjną, finansowaniem na podstawie cen jednostkowych. Wprowadzenie wzmiankowanych rozwiązań od 1 czerwca 2013 r. (termin ten podtrzymał Pan Prezes Zbigniew Teter w swoim piśmie znak: CF/DSOZ/2013/076/0234/W/04948/HKL) miało być powiązane ze zmianami w zakresie kwalifikacji świadczeniobiorców z list poz do kapitacyjnego finansowania świadczeń, wynikającymi z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”. Jednakże

z uwagi na przedłużenie aktualnie obowiązujących zasad finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej do końca 2013 r., (zarządzenie Nr 24/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2013 r.) zakładany wcześniej termin, musiał ulec przesunięciu. Fundusz nie posiada bowiem dodatkowych środków finansowych, które mógłby przeznaczyć w bieżącym roku na ich realizację zamierzonych zmian.

Dziękuję jednocześnie za przesłane przez NRPIP pismami z dnia 11,25 i 26 kwietnia bieżącego roku, propozycje katalogu świadczeń pielęgniarstwa, które mogłyby podlegać finansowaniu na podstawie cen jednostkowych. Wskazane rozwiązania przyjęte zostały do wiadomości i po dokonaniu analizy przesłanego materiału, w miarę posiadanych możliwości finansowych, zostaną wzięte pod uwagę przy określaniu warunków finansowania świadczeń na 2014 rok.

W odniesieniu do proponowanych przez NRPIP zmian w obowiązujących przepisach prawa, przekazanych pismem znak: NIPiP-NRPIP-DM.0021.93.12 z dnia 29 października 2012 r.:

Wyjaśniam, że w kwestiach zmian w obowiązującym prawodawstwie, Fundusz nie jest stroną uprawnioną do prowadzenia uzgodnień oraz podejmowania działań legislacyjnych. Dlatego też postulaty zawarte w w/w piśmie, nie były przedmiotem omówienia na spotkaniu w dniu 27 listopada 2012 r. (zgodnie z treścią pkt 1 protokołu spotkania, przedstawiciele Funduszu przedstawili w jego trakcie jedynie stanowisko w sprawie postulatów, których realizacja nie wykracza poza kompetencje Funduszu), ani też obecnie, nie znajduje uzasadnienia organizowanie celowego spotkania w ich sprawie.

W odniesieniu do kwestii zapewnienia przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (poz) materiałów opatrunkowych pacjentom w całym okresie leczenia, w kontekście przepisów § 5 ust. 5 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, póź. 484) zwanych dalej „OWU”:

Przepisy aktów prawnych obowiązujące świadczeniobiorców przy realizacji świadczeń będących przedmiotem umów zawartych z Funduszem, należy czytać i stosować łącznie. Zatem w przypadku świadczeń pielęgniarstwa poz., obowiązek zaopatrywania się przez świadczeniobiorcę we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy (§ 5 ust 5 OWU), odnosić się może wyłącznie do takiego zakresu w ramach zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń, jaki został objęty gwarancją finansowania świadczeń ze środków publicznych na podstawie odnośnych przepisów 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.). Wszelkie interpretacje wykraczające poza zakres wynikający z w/w rozporządzenia są nieuprawnione.

Wyjaśniam dodatkowo, że w lecznictwie ambulatoryjnym, w przypadkach postępowania w stanach przewlekłych, o ile przepisy szczególne lub warunki umowy nie stanowią inaczej, leki, produkty lecznicze i materiały opatrunkowe, zarówno te o charakterze podstawowym, jak też opatrunki specjalistyczne, dostępne są dla świadczeniobiorców w obrocie aptecznym, na ogólnie obowiązujących zasadach. Żaden podmiot leczniczy nie ma obowiązku zaopatrywania pacjentów w ten asortyment na własny koszt, ani też wykonywania świadczeń, których zakres wykracza poza warunki zawartej umowy. Nadmieniam również, że o stanowisko do Funduszu w przedmiotowej sprawie zwróciło się także Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce. Wystąpienie dotyczyło treści odpowiedzi udzielonej przez Wielkopolski ÓW NFZ na zapytanie jednego z podmiotów realizujących umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa poz. Poza wyżej wymienionym, nie wpłynęły do Centrali Funduszu inne zgłoszenia. Kserokopię zajętego stanowiska przekazuję w załączeniu. W odniesieniu do postulatu o podjęcie przez Fundusz działań w zakresie wprowadzenia odrębnego druku deklaracji wyboru lekarza poz., pielęgniarstwa poz., położnej poz.:

Jak już wielokrotnie wyjaśniano w latach poprzednich, wprowadzenie w 2007 r. do stosowania, nowego wzoru deklaracji, zbierającego na jednym druku w/w oświadczenia woli ubezpieczonych, miało na celu w szczególności uproszczenie procedur administracyjnych obciążających ubezpieczonych w związku z koniecznością, wypełniania powtarzających się w bardzo wielu przypadkach, danych na trzech odrębnych egzemplarzach deklaracji (dane o umowach wskazują, że w POZ na jednego świadczeniodawcę przypadają średnio 2,33 zakresy świadczeń będące przedmiotem realizowanych umów). W celu ograniczenia występowania kontrowersyjnych metod stosowanych przez świadczeniodawców PÓZ dla pozyskania pacjentów, wobec zgłoszeń środowiska pielęgniarek i położnych. Fundusz zamieścił bezpośrednio pod tytułem dokumentu uwagę informująca, że:

- „Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (tzn. lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.”

Stanowisko Funduszu w sprawie wskazywanych przez Panią Prezes praktyk stosowanych przez podmioty lecznicze wzajemnie wobec siebie, jest więc jawne i czytelne. W związku z brakiem istotnych merytorycznych przesłanek do zmiany wzoru dokumentu oraz niską oceną skuteczności powrotu do stosowania odrębnych druków dla wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, w przeciwdziałaniu występującym zjawiskom, w opinii Funduszu brak jest podstaw do wprowadzenia postulowanej zmiany.

W odniesieniu do zapytania o „istnienie możliwości udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej przez pielęgniarkę zatrudnioną w domu pomocy społecznej, w miejscu pobytu pacjenta innym niż miejsce zatrudnienia”:

Podkreślenia wymaga, że zatrudnienie pielęgniarki w domu pomocy społecznej, nie ma żadnego związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umów zawieranych przez Fundusz ze świadczeniodawcami. Zatem zatrudnienie to, nie daje pielęgniarce uprawnień do udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zarówno na rzecz podopiecznych danego domu pomocy społecznej, jak też zamieszkałych poza nim.

Wyjaśniam jednocześnie, że Fundusz nie gromadzi informacji o miejscach zatrudnienia pielęgniarek zgłaszanych przez świadczeniodawców do realizacji umów i nie jest stroną w procesie decyzyjnym dotyczącym kwestii zatrudnienia personelu u świadczeniodawców. Wymaga natomiast, aby świadczeniodawcy w stosunku do osób zgłaszanych do realizacji umów, w celu zapewnienia świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń określonej ich warunkami, przestrzegali przepisu § 6 ust. 4 OWU. Pomimo, że przepis ten nie wskazuje na jednostki pomocy społecznej, czy też inne jednostki nie będące świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt 41 ustawy, stosować go należy odpowiednio. Zwracam jednocześnie uwagę, że zgodnie z przepisami § 36 ust. 6 OWU, w przypadku stwierdzenia przez Fundusz w toku prowadzonej kontroli realizacji umowy, przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez okresu wypowiedzenia.

W nawiązaniu do prośby o przekazanie informacji o świadczeniach wykonanych w 2012 r. przez pielęgniarki poz, położne poz, pielęgniarki szkolne oraz pielęgniarki długoterminowej opieki domowej, w załączeniu przesyłam odmówne zestawienie obrazujące wykonanie świadczeń objętych obowiązkiem Sprawozdawczym z realizacji umów.

Z poważaniem
Leszek Szalak
p. o. Zastępcy Dyrektora Departamentu Opieki
Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
NIPiP-NRPIP-DM.002L65.13

Warszawa, dnia 5 lipca 2013 r.

Pani Agnieszka Pachciarz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

W nawiązaniu do pisma, sygnowanego przez Pana Leszka Szalaka, Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierającego odpowiedzi na pisma Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnioskuję po raz kolejny o pilne spotkanie z Panią Prezes.

Zdziwienie nasze budzi fakt, że od początku 2013 r. korespondencja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotycząca wyznaczenia terminu spotkania przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia z przedstawicielami NRPIP pozostaje nadal bez odpowiedzi, a wszelkie działania samorządu pielęgniarek i położnych, zmierzające do ustalenia wspólnych rozmów są ignorowane. Niezrozumiałym jest, że w ten sposób dyskryminowane jest nasze środowisko zawodowe, tak liczna grupa specjalistów /świadczeniodawców udzielających świadczeń na rynku usług zdrowotnych, czy szansę spotkania z Panią Prezes mają tylko lekarze rodzinni?

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje pilnych rozwiązań i naprawienia wadliwych zapisów, które rodzą kontrowersje, są niespójne z obowiązującymi ustawami w ochronie zdrowia, likwidują samodzielność zawodową i degradują rolę pielęgniarstwa rodzinnego (pielęgniarki rodzinnej) do roli podwykonawcy. Nie mogę się zgodzić ze stwierdzeniem, iż realizacja naszych postulatów (zmian legislacyjnych, w tym również proponowanych zmian w Zarządzeniach Prezesa NFZ) wykracza poza kompetencje Funduszu, jak również z odpowiedzią: „... nie znajduje uzasadnienia organizowanie celowego spotkania w ich sprawie”. Szanowna Pani Prezes, zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów, o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008r., Nr 81, poz. 484), to przecież Prezes Funduszu podejmuje decyzje w sprawach określonych w ustawie, koordynuje współpracę Funduszu z samorządami zawodów medycznych, określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii także Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Dlaczego więc, Fundusz nie jest adresatem naszych postulatów?

Natomiast, w odniesieniu do problemów, dotyczących deklaracji wyboru i przedstawienia w tej kwestii argumentacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, udzielenie takiej odpowiedzi cyt: „... w związku z brakiem istotnych merytorycznych przesłanek do zmiany wzoru dokumentu oraz niską oceną skuteczności powrotu do stosowania odrębnych druków dla wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, ... w opinii Funduszu brak jest podstaw do wprowadzenia postulowanej zmiany” jest kolejnym dowodem na odrzucenie zgłaszanych przez NRPIP propozycji. Jakie zatem merytoryczne przesłanki dla Funduszu są istotne, jak nie informacje uzyskane z 45 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych?

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek

i Położnych oczekuje, iż Pani Prezes potraktuje powyższą kwestię jako znaczącą dla prawidłowej organizacji i funkcjonowania pracy pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej i wyznaczy spotkanie z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w jak najkrótszym terminie.

Tematyka, która powinna być przedmiotem rozmów została zawarta w korespondencji przesyłanej do Narodowego Funduszu Zdrowia od lutego do maja 2013 r.

Z poważaniem
Prezes NRPiP
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

MINISTER ZDROWIA

Warszawa 2013.06.24

Stanowisko
dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek
i Położnych w sprawie prawa pielęgniarek
i położnych do urlopu na poratowanie zdrowia

Urlop dla poratowania zdrowia jest to szczególne uprawnienie, przysługujące tylko niektórym grupom zawodowym z uwagi na szczególny rodzaj i warunki wykonywanej przez nich pracy np. nauczycielom.

W odniesieniu do nauczycieli podstawą prawną udzielenia im takiego urlopu jest art. 73 ust. 11 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2005 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. Nr 233, poz. 1991).

Należy zauważyć, iż w kontekście m.in. wysokich kosztów związanych z udzielaniem urlopów dla poratowania zdrowia nauczycielom, w Ministerstwie Edukacji Narodowej podjęto prace nad projektem założeń do ustawy o zmianie ustawy Karta Nauczyciela oraz niektórych innych ustaw regulujących w odmienny sposób powyższe kwestie.

W ramach nowelizacji ww. ustawy planuje się doprecyzowanie zasad, trybu i kryteriów udzielenia urlopu nauczycielowi. Proponowane zmiany określają m.in., iż urlop dla poratowania zdrowia będzie udzielany nauczycielowi w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia choroby zagrażającej wystąpieniem choroby zawodowej lub innej choroby spowodowanej działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Planuje się także zmiany w zakresie wymiaru urlopu poprzez proporcjonalne jego obniżenie, stosownie do okresu przepracowanego w danym roku.

W związku z brakiem udokumentowanych danych o wpływie wykorzystywanych urlopów na obniżenie absencji chorobowej oraz na poprawę stanu zdrowia i podtrzymanie aktywności zawodowej nauczycieli, wydaje się, że idea udzielenia im nauczycielom nie sprawdziła się w dotychczasowym kształcie. Dlatego też, w opinii Pani dr Ewy Wągrowskiej - Koski, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny pracy, wprowadzenie przedmiotowego urlopu dla innych grup zawodowych, w tym pielęgniarek i położnych, wydaje się wątpliwe i mogące budzić kontrowersje, również ze względu na wysokie koszty dla budżetu państwa będące efektem wprowadzenia takiego przywileju.

Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński

MINISTER ZDROWIA

Warszawa

Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek
i Położnych w sprawie poprawy finansowania
świadczeń udzielanych przez pielęgniarki w
środoisku nauczania i wychowania

W aktualnym stanie prawnym warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do ustawy:

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 139, poz. 1139, z późn. zm.) - określające rodzaj i zakres świadczeń profilaktycznych wykonywanych u dzieci i młodzieży,
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133) - określające organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia, zwanymi „uczniami”.

Zgodnie z przepisami, profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami sprawują: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (na podstawie deklaracji wyboru złożonej przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka), lekarz dentysta oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentysta sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w zlokalizowanym w szkole gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Narodowy Fundusz Zdrowia wskazuje, że postulaty o podwyższenie stawek kapitacyjnych w finansowaniu świadczeń pielęgniarki szkolnej, są tożsame z postulatami zgłoszonymi przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych w okresie konsultacji projektu zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna na rok 2013 i lata następne. Postulaty te, z uwagi na sytuację finansową Funduszu, nie mogły zostać rozpatrzone pozytywnie i w bieżącym roku decyzja w ich sprawie nie ulegnie zmianie. Ponadto, Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że stanowiska w przedmiotowej sprawie zostały przez Fundusz przyjęte do wiadomości i w miarę posiadanych możliwości finansowych, zostaną wzięte pod uwagę przy określaniu warunków finansowania świadczeń na 2014 rok.

Natomiast w kwestii wniosku o dodatkowe, poza stawką kapitacyjną, finansowanie w świadczeniach pielęgniarki szkolnej, „niektórych świadczeń np. programów profilaktycznych”, Narodowy Fundusz Zdrowia podkreślił, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, nie przewidują możliwości realizacji przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania programów profilaktycznych finansowanych poza stawką kapitacyjną, tym samym nie jest możliwe dodatkowe, poza stawką kapitacyjną, finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński

MINISTER ZDROWIA

Warszawa

**Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek
i Położnych w sprawie poprawy finansowania
świadczeń pielęgniarskiej opieki
długoterminowej domowej**

Zasady realizacji świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.) oraz zarządzeniu Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmienionego zarządzeniem Nr 20/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 78/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2012 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej finansuje świadczenia zdrowotne, które pielęgniarka realizuje w sposób kompleksowy, zgodnie z ustalonym przez siebie planem opieki, w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne. Jednostką rozliczeniową w finansowaniu świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest osobodzień. Kontraktowanie w/w świadczeń odbywa się w trybie konkursu ofert lub rokowań. Cena jednostki rozliczeniowej jest przedmiotem oferty składanej przez świadczeniodawcę i podlega procedurze negocjacji w procesie kontraktowania, zgodnie z przepisami art. 142 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

Odnosząc się do kwestii zwiększenia stawki za osobodzień w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, że należy złożyć wniosek sporządzony zgodnie z Procedurą zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów, która dostępna jest na stronie internetowej NFZ, w zakładce „Komunikaty” z dnia 8 września 2011 r.

Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że świadczeniodawcy realizujący świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej w Polsce, składają oferty w konkursach ofert, proponując stawki niższe, niż oczekiwane przez Oddziały Wojewódzkie NFZ. Średnia cena za osobodzień w 2012 r. wynosiła 26 zł, a w br. wynosi 25 zł. Oznacza to, że koszty realizacji przedmiotowych świadczeń u różnych świadczeniodawców, są na zbliżonym poziomie.

W odniesieniu do propozycji preferowania w zasadach kontraktowania świadczeń przyznawania dodatkowych punktów w procesie oceny ofert, podmiotów z doświadczeniem w udzielaniu świadczeń określonego zakresu. Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że powyższa kwestia jest sprzeczna z przepisami art. 134 ust. 1 ustawy, albowiem zgodnie z jego treścią „Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji”.

W zakresie spełniania przez świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy wymagań koniecznych do zawarcia umowy i realizacji świadczeń będących jej przedmiotem, świadczeniodawca obowiązany jest spełniać je już w dniu złożenia oferty.

Co do sugestii bezlimitowego kontraktowania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej (obejmowanie chorych opieką bez okresu oczekiwania), proponowane rozwiązanie nie jest możliwe do przyjęcia przez Fundusz, ani w ocenie obowiązujących przepisów prawa - świadczenia opieki długoterminowej, bez względu na ich formę,

podlegają systemowi kolejek oczekujących, ani w ocenie możliwości ekonomicznych płatnika.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

MINISTER ZDROWIA

Warszawa

**Stanowisko
dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek
i Położnych w sprawie ujednoczenia dokumentacji
pielęgniarki/położniczej we wszystkich
podmiotach leczniczych na terenie całego kraju**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.) zawiera kompleksowe regulacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Przepisy rozporządzenia obowiązują również pielęgniarki i położne udzielające świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, tak też w ramach praktyk indywidualnych albo grupowych.

Rozporządzenie wskazuje rodzaje dokumentacji oraz zakres informacji i danych, jakie powinna ona zawierać. W tym znaczeniu można uznać, iż jest to dokumentacja jednolita. Natomiast wprowadzanie jednakowych wzorów poszczególnych rodzajów druków, wiążących dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń pielęgniarskich, nie wydaje się celowe, w szczególności z uwagi na coraz szersze zastosowanie postaci elektronicznej dokumentacji medycznej. Wyjątek stanowi karta obserwacji przebiegu porodu, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Wprowadzenie wzorów dokumentacji medycznej w całym zakresie wymaga zmiany brzmienia delegacji ustawowej, na podstawie której wydawane jest rozporządzenie Ministra Zdrowia. Dokumentacja pielęgniarska winna spełniać wymogi ww. rozporządzenia, szczegółowo odzwierciedlać wykonane świadczenia i czynności pielęgniarskie oraz sytuację pacjenta w kontekście oddziaływania pielęgniarskiego na jego stan zdrowia i funkcjonowania oraz być komplementarna do pozostałej dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej prowadzonej w podmiocie leczniczym.

Należy podkreślić, że odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym, w tym za rodzaj, zakres i sposób przetwarzania prowadzonej dokumentacji medycznej ponosi jego kierownik, który może wprowadzić, wypracowane przez pielęgniarską kadrę kierowniczą wspólnie z pielęgniarkami podmiotu leczniczego, wzory formularzy i zasady ich wypełniania.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

MINISTER ZDROWIA

Warszawa

**Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek
i Położnych w sprawie wprowadzenia do treści
rozporządzeń Ministra Zdrowia tzw. koszykowych
orzędzeń Prezesa NFZ kryteriów: norm
zatrudnienia oraz kwalifikacyjnych pielęgniarek
i położnych, (minimalne kwalifikacje oraz
obligatoryjnie wyższy poziom kwalifikacji) do
warunków kontraktowania świadczeń zdrowotnych
realizowanych w ramach środków publicznych
i zróżnicowania wartości jednostek rozliczeniowych
świadczeń zdrowotnych w zależności od poziomu
kwalifikacji pielęgniarek i położnych**

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowanej obowiązany jest do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.). Przy czym należy podkreślić, iż w przypadku pielęgniarek i położnych, w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu, następować będzie z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek i położnych, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217).

Zgodnie z przepisami wskazanej ustawy niniejsze normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwami. Natomiast zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W świetle powyższego każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą finansowaną ze środków publicznych, zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, obowiązany jest do spełnienia warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej określonych w tzw. rozporządzeniach koszykowych.

Kwestia dotycząca zapewniona właściwej obsady pielęgniarskiej uregulowana jest również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które określa, iż niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, każdy Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia Prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranej z NFZ umowy. W materiałach tych w wybranych świadczeniach gwarantowanych zawarte są także warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych, np. w oddziale neonatologicznym (I poziom referencyjny) do zapewnienia całodobowej opieki wskazane jest zapewnienie pielęgniarek lub położnych - równoważnik co najmniej 0,44 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko (stanowisko) noworodkowe; w oddziale udarowym do leczenia udaru mózgu - zapewnienie pielęgniarek - równoważnik co najmniej I etatu na jedno łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnik co najmniej I etatu na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej - nie mniej niż równoważnik 12 etatów. Kwalifikacje są również określone np. dla pielęgniarek anesteziologicznych, opieki długoterminowej domowej. Jak też pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Należy też nadmienić, iż zasady i tryb postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.) wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 25 i art. 146 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy.

Jednocześnie należy wskazać, że Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, co określa art. 134 ww. ustawy.

Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Niedopuszczalne jest stosowanie do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców np. wyłączenie przepisów rozporządzenia z dnia 31 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz. U. poz. 1545). Należy jednocześnie podkreślić, iż fakt przystąpienia oferenta (indywidualne praktyki pielęgniarskie) do konkursu ofert nie oznacza, że jego oferta zostanie wybrana bez względu na jej ostateczną ocenę punktową.

Zatem kwestia wprowadzenia jednakowych kryteriów kontraktowania świadczeń zdrowotnych, np. wymóg zapewnienia pielęgniarek lub położnych specjalistek w dziedzinach pielęgniarstwa może spowodować trudności w realizacji niektórych świadczeń gwarantowanych, z uwagi na zróżnicowaną liczbę pielęgniarek i położnych posiadających wymaganą specjalizację w dziedzinach pielęgniarstwa w poszczególnych rejonach kraju.

Zmiana innych przepisów np. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922, z późn. zm.), w perspektywie powinna doprowadzić do wyrównania liczby pielęgniarek i położnych specjalistek w dziedzinach pielęgniarstwa w poszczególnych rejonach kraju. Wówczas będzie można wprowadzić zmiany w tZW. rozporządzeniach koszykowych poprzez określenie kryteriów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek i położnych. Wcześniejsze wpisanie tego wymogu, bez zapewnienia wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej i położnych, może spowodować trudności w kontraktowaniu świadczeń gwarantowanych.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

MINISTER ZDROWIA

Warszawa

**Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek
i Położnych w sprawie podjęcia inicjatywy
ustawodawczej dotyczącej skróconego
czasu pracy pielęgniarek pracujących na oddziale
chemioterapii, w związku z narażeniem zawodowym**

Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych został uregulowany w dziale III (art. 93-99) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217). Zgodnie z art. 93 czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Wedle nieobowiązującej od I lipca 2011 r. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), część pracowników obowiązywała

skrócona norma czasu pracy, tj. 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ustawa o działalności leczniczej przewidziała zrównanie czasu pracy ww. grupy pracowników do wymiaru 7 godzin 35 minut normy dobowej i 37 godzin 55 minut normy tygodniowej, w art. 214 wprowadzając jednakże trzyletni okres przejściowy, w którym pracowników tych obowiązują jeszcze skrócona norma czasu pracy.

Zatem do dnia 1 lipca 2014 r. pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej - stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, jak również pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektorii, obowiązująć będzie skrócony dobowy oraz tygodniowy wymiar czasu pracy (który nie może przekroczyć 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym), jeżeli do ich podstawowych obowiązków należą te wskazane w art. 214 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Zrównanie czasu pracy, o którym mowa powyżej, oparte zostało na wnioskach wynikających z analizy stanu obecnego oraz możliwych skutków jego zmiany, popartej opiniami specjalistów oraz przykładem innych krajów UE. Wnioski te wykazały, że skracanie czasu pracy nie jest skuteczną i optymalną metodą zapobiegania negatywnym skutkom wykonywania pracy w szkodliwych warunkach. Uznaje się bowiem, że najbardziej efektywną i zaleconą metodą jest respektowanie przez pracodawców norm Kodeksu pracy, w szczególności obowiązku przestrzegania przepisów bhp oraz systematycznego monitorowania wszystkich zagrożeń na poszczególnych stanowiskach pracy. Zatem zrównanie czasu pracy ww. grupy pracowników z czasem pracy obowiązującym pozostałych pracowników, nie będzie miało wpływu, na zdrowie tych pierwszych oraz nie spowoduje pogorszenia bezpieczeństwa ich pracy. Jednocześnie uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi w chwili obecnej żadnych prac legislacyjnych, mających na celu zmianę przedmiotowych regulacji prawnych.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

MINISTER ZDROWIA

Warszawa

Stanowisko

dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie wprowadzenia oddzielnych druków deklaracji wyboru świadczeniodawcy - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Projekt ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który zawiera propozycje zmian dotyczące sposobu wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki, został skierowany do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych w dniu 15 maja 2013 roku. Projekt przewiduje zmianę polegającą na dodaniu do obowiązującej deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej również deklaracji wyboru świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej tak, aby deklaracja nie traciła ważności w przypadku zmiany miejsca pracy przez lekarza, pielęgniarkę czy położną. Jest to ułatwienie pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych, a świadczeniodawcom -

zarządzania i rozliczania usług z Narodowym Funduszem Zdrowia w przypadku występujących po stronie świadczeniodawców zmian podmiotowych (np. odejścia lekarza, pielęgniarki czy położnej). Obecnie deklaracja wyboru ma charakter deklaracji imiennej, co powoduje, że w przypadku zmian w tym zakresie zarówno pacjenci jak i świadczeniodawcy mają problemy

Nowelizacja art. 28 i 56 nie wprowadza żadnych zmian, czy ograniczeń w zakresie prawa wyboru przez pacjenta różnych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, czyli np. praktyk zawodowych lekarskich czy pielęgniarskich. W szczególności nowelizacja nie wprowadza obowiązku jednoczesnego wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej u tego samego świadczeniodawcy. Wynika to z dodanych do art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustępów 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wskazuje lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej.

1b. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru, o którym w ust. 1a, może wskazać lekarza, pielęgniarkę lub położną udzielających świadczeń u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami. ”

Pacjent będzie mógł wybrać dowolnego lekarza, pielęgniarkę lub położną składając, tak jak dotychczas, jedną lub kilka deklaracji wyboru - z tą formalną różnicą, że będzie to również wybór świadczeniodawcy, u którego dany lekarz, pielęgniarka lub położna udzielają świadczeń. Tak jak dotychczas, w przypadku zmiany miejsca zatrudnienia przez wybranego przez siebie lekarza, pielęgniarkę czy położną, pacjent będzie mógł wybrać nowego świadczeniodawcę, u którego osoba ta rozpoczęła udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ponadto projekt przewiduje dodanie w art. 56 ust. 3 do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wzór deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie wzór deklaracji wyboru jest określany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Proponuje się, aby rozporządzenie było wydawane po uprzednim zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przedmiotowy projekt w ramach konsultacji społecznych został przesłany również do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz opublikowany na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

MINISTER ZDROWIA

Warszawa

Stanowisko

dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie wprowadzenia jednolitego bazowego katalogu diagnoz i procedur pielęgniarskich i położniczych (ICNP)

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej „ICNP”, zwana dalej Klasyfikacją, jest międzynarodowym standardem opisującym m. in. diagnozy oraz wynikające z nich czynności pielęgniarskie i położnicze. W systemie ochrony zdrowia funkcjonuje kilkanaście różnego rodzaju klasyfikacji, dotyczących np. schorzeń, diagnoz, samodzielności

psychoruchowej pacjentów itp., które merytorycznie obejmują podstawowe aspekty pracy pielęgniarki/położnej. Dostrzegając główny cel, polegający na potrzebie unifikacji procedur w procesie opieki pielęgniarskiej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia nie kwestionuje znaczenia Klasyfikacji, jej upowszechnienia i wykorzystania, czego wyrazem są dotychczasowe prace realizowane w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

Najczęściej wskazywanym przez przedstawicieli środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych do osiągnięcia celem, związanym z wprowadzeniem Klasyfikacji jest ujednoczenie języka opisującego praktykę pielęgniarską.

W przypadku rozważenia podjęcia decyzji o wdrożeniu Klasyfikacji wprowadzane w ramach niej dane mogłyby dostarczać do systemu e-Zdrowie bieżącej informacji m.in. o diagnozach pielęgniarskich, planowaniu opieki pielęgniarskiej, stosowanych procedurach, zużywanych lekach, materiałach medycznych itp.

Wśród istotniejszych, zastosowań Klasyfikacji w praktyce pielęgniarskiej warto też wymienić jej przydatność w:

- monitorowaniu liczby personelu pielęgniarskiego, w aspekcie m.in. oceny potrzeb kadrowych,
- rzetelnej wycenie świadczeń,
- kształtowaniu wysokości wynagrodzeń pielęgniarki w relacji do faktycznie wykonanych zadań,
- obszarze jakości opieki pielęgniarskiej; zakłada się pozytywny wpływ zastosowania Klasyfikacji na wzrost poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu medycznego, w tym zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych, poprzez bieżące monitorowanie działań i interwencji pielęgniarskich.

Niemniej proces wprowadzania Klasyfikacji będzie niewątpliwie wiązał się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów, wynikających m.in. z:

- potrzeby przeszkolenia kadry pielęgniarskiej i położniczej w zakresie posługiwania się Klasyfikacją, (prognozowane przez Przewodniczącą Rady ds. e-Zdrowia potrzeby szkoleniowe dotyczyłyby przeszkolenia około 20 tys. osób, tzw. liderów) oraz docelowo objęcie przeszkoleniem pielęgniarek i położnych, które w tym zakresie nie zostały objęte programem kształcenia;
- konieczności zakupu przez podmioty lecznicze programów użytkowych (licencji) oraz przez niektóre z podmiotów zakupu dodatkowego wyposażenia w postaci sprzętu informatycznego o parametrach użytkowych umożliwiających korzystanie z aplikacji.

Należałoby również wspomnieć, że dotychczas głównym źródłem informacji m. in. o zasobach kadrowych pielęgniarek i położnych jest statystyka publiczna, w tym resortowa. W ocenie Ministerstwa Zdrowia możliwość zastosowania Klasyfikacji o zasięgu ogólnopolskim byłaby uwarunkowana potrzebą wcześniejszego zbadania, czy dzięki jej wykorzystaniu zbierane informacje będą: kompletne, rzetelne, aktualne i czyjej zastosowanie będzie przydatne w ramach sprawozdawczości publicznej.

Przy okazji należy dodać, iż stosowany obecnie system rozliczeń Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcami w zakresie świadczeń pielęgniarskich nie wymaga korzystania z Klasyfikacji, który bazuje na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, powszechnie nazywanej - ICD-10 (§ 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.).

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia dotychczasowa wiedza w kwestii efektów pełnego praktycznego zastosowania Klasyfikacji do rozliczania procedur pielęgniarskich w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest jeszcze niewystarczająca, aby pozwalała na arbitralne wprowadzenie Klasyfikacji do systemu, poprzez zmianę ww. rozporządzenia, albowiem mogłoby to przynieść skutki odbiegające od oczekiwanych.

Poza ogólnym algorytmem postępowania medycznego, wynikającym z bezpośredniego przetłumaczenia procedur na

język polski, przygotowanie takich procedur powinno również uwzględniać m.in.: dostępność środków w systemie, w tym przewidzianych na finansowanie skutków wprowadzenia Klasyfikacji, poziom wyposażenia podmiotów leczniczych w sprzęt i materiały, a także zawierać uregulowania w kwestiach organizacyjnych bezpośrednio związanych z opieką pielęgniarską/położniczą.

Ponadto wydaje się, że procedury powinny być skorelowane zarówno ze strukturą organizacyjną podmiotu, jak również obowiązującą w nim organizacją i trybem pracy oraz wynikającymi z nich zakresami odpowiedzialności pracowników medycznych (pielęgniarek, położnych) np. w poszczególnych oddziałach, izbie przyjęć, szpitalnym oddziale ratunkowym lub w podstawowej opiece zdrowotnej.

Powyższe uwarunkowania wskazują na potrzebę opracowania i doprecyzowania, wynikających z Klasyfikacji, odpowiednich procedur, które byłyby właściwe dla profilu działalności leczniczej, uwzględniając specyfikę poszczególnych podmiotów leczniczych.

Nieodzwonne zatem wydawałoby się uruchomienie Klasyfikacji w formie pilotażowej, sprawdzenie i poddanie ocenie uzyskanych wyników na bazie tzw. próbki reprezentatywnej, a następnie porównanie ich z dotychczas funkcjonującym systemem prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej oraz rozliczeń z płatnikiem świadczeń pielęgniarskich.

W kwestii realizacji postulatów środowiska pielęgniarskiego wpisującego się w realizację programu e-Zdrowie, Ministerstwo Zdrowia już od kilku lat pilotuje zadania wynikające z ww. programu.

Nadmieniam, iż w tej sprawie zostały uruchomione czynności, zlecone podległej jednostce, tj. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Jednostka ta od kilku lat realizuje projekt Systemu Informacji Medycznej pod nazwą e-Zdrowie. Wprowadzenie zatem Klasyfikacji będącej częścią programu e-Zdrowie, byłoby możliwe po wcześniejszym uruchomieniu systemu informatycznego w ramach ww. programu.

W toku realizacji prac wdrożeniowych programu e-Zdrowie pod roboczą nazwą: Platformy P I obejmującej Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz Platformy P2 (Platforma udostępniania on - line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych), stanowiących części składowe elektronicznego projektu e-Zdrowie, CSIOZ poinformowało Ministerstwo Zdrowia o uzyskaniu zgody Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej na niekomercyjne udostępnianie Klasyfikacji podmiotom wykonującym działalność leczniczą, stanowiąc przyczynek do dalszych prac nad wdrożeniem spójnej terminologii.

Powołana przez Dyrektora CSIOZ Rada do spraw e-Zdrowia w pielęgniarstwie, z zadaniem współdziałania z CSIOZ w zakresie projektów e-Zdrowia, aktualnie prowadzi prace nad elektroniczną dokumentacją pacjenta w odniesieniu do opieki pielęgniarskiej. Poza eksperckim wsparciem projektu e-Zdrowie kolejnym istotnym zadaniem Rady w opiece pielęgniarskiej jest również przedstawianie rekomendacji dla przedsięwzięć o charakterze edukacyjnym i informacyjno-promocyjnym,

W toku kontynuacji podjętych prac, pozwalających na sukcesywne wypracowywanie kolejnych elementów modelu Klasyfikacji, stanowiących bazę do podjęcia ewentualnej decyzji o jej wdrożeniu, której nadrzędnym założeniem jest poprawa funkcjonowania systemu opieki pielęgniarskiej, Ministerstwo Zdrowia nadal liczy na aktywną współpracę ze środowiskiem pielęgniarek i położnych w tej sprawie.

**Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopiński**

Joga w życiu pielęgniarek i położnych



Większość współczesnych ludzi poszukuje w swoim życiu chwili wytchnienia i zatrzymania w codziennym pędzie. Ulega trendom, modom by być zdrowym, silnym, pięknym, mieć cudowne życie, wspaniałą rodzinę, sukcesy w pracy, grono przyjaciół i właściwie ciągle goni, poszukuje. Czy w związku z tym niczego nie mają na stałe? Czy muszą wszystko zdobywać, o wszystko walczyć? Gdzie pogubili spokój, wewnętrzną pewność i zadowolenie z siebie? Nieustannie robimy coś by być zdrowym lub zdrowszym. Czy to znaczy, że jesteśmy chorzy? Widzimy niedostatki, braki, mając w zasadzie wszystko czego potrzeba do szczęścia i wspaniałego danego życia.

Jak to odnaleźć? – zadajemy sobie pytanie. Metod jest wiele: prostych, łatwych i tanich. Wymieńmy kilka: relaksacja, ćwiczenia oddechowe, koncentrujące, ćwiczenia psychofizyczne, medytacja, wizualizacja, dobra lekkostrawna dieta i wiele innych. Poszukując obszaru, który spełni wszystkie powyższe oczekiwania znajdujemy jogę.

Czym jest joga ?

Joga jest częścią kultury indyjskiej, systemem filozoficznym. Nie jest religią. Ma uniwersalne zastosowanie. Praktykują ją ludzie na całym świecie, bowiem jest ona sztuką i praktyczną, doświadczalną nauką zajmującą się zdrowiem i szczęściem człowieka. Z racji swej uniwersalności zajmuje się jego ciałem, psychiką i duchem.

Od samego początku spotkanie z jogą jest doświadczeniem; każdy sam musi dojść do jej owoców, zwiększając swoją fizyczną, psychiczną i duchową moc. Stając się krok po kroku człowiekiem bardziej otwartym, zrównoważonym emocjonalnie, nabieramy i umacniamy w sobie wiele cech, z którymi łatwiej, spokojniej i lepiej nam się żyje. Każdy praktykujący jogę wie, że człowiek jest pewną całością na którą składa się jego ciało fizyczne wraz ze zmysłami, umysłem i jego myślami, emocjami a także intuicją i duchem.

Joga jest ścieżką o 8 stopniach, w których każdy jest ważny i potrzebny. Większość ludzi zachodu praktykuje 3 stopień jogi czyli asany – postawy, traktując na początku tę formę jako zwykłe ćwiczenia fizyczne służące poprawieniu sylwetki, ogólnemu usprawnieniu, usunięciu dolegliwości fizycznych, odreagowaniu stresu. Motywacja na tym etapie jest dobra, choć

bardzo odległa od tego co joga nam jeszcze może dać. Jednak z czasem pod okiem wykształconego nauczyciela jogi, efekty same zaczną przychodzić automatycznie na wszystkich poziomach.

Asany podzielone są na grupy – podstawowych grup jest 7. Praktykując je odpowiednio, wpływamy harmonijnie na całe ciało, uwalniamy je od napięć i sztywności, wykonując ruchy we wszystkich możliwych kierunkach ciała, uwalniamy bloki energetyczne, zalegające w ciele toksyny, oczyszczając je nie tylko w obrębie układu ruchu, a więc mięśni, stawów, ale także w obrębie wszystkich narządów, układów ciała.

Takie ciało przyjemnie rozciągnięte, uwolnione od napięć i przeciążeń staje się lekkie i zdrowe, poprzez praktykę wzmacnia się fizycznie, poprawia się ogólna kondycja i siła oraz wytrzymałość mięśniowa. Umysł się uspakaja, staje się bardziej jasny i zrównoważony, szybciej i łatwiej się odpręża.

Z czasem zaczynamy doświadczać wewnętrznej harmonii, równowagi i spokoju, a to pozwala na życie spojrzeć inaczej, pełniej, doświadczając i odkrywając w sobie nowe pokłady człowieczeństwa.

Po opanowaniu podstawowego programu asan, kiedy czujemy się lepiej, chcemy iść dalej, zaczynamy ćwiczyć oddech, techniki relaksu i częściej się uśmiechając, czując że świat jest coraz bardziej kolorowy i przyjazny odkrywamy pomału, że wszystko co ważne i piękne jest w nas. Widzimy, że nie warto tak pędzić, że można pięknie i mądrze żyć, nie denerwując się z byle powodu. Zaczynamy nabierać dystansu do wielu spraw, które zatruwały nas i nasze codzienne szczęście.

Następnie sięgamy do prostej i wspaniałej techniki koncentracji umysłu, a potem do medytacji. Zaledwie kilka minut dziennie wystarczy poświęcić, by poczuć to wspaniałe uczucie odprężenia i uwolnienia się od napięć i stresów.

Jednak to wszystko, cała praktyka jogi, którejkolwiek jej ścieżki - wymaga decyzji, uporządkowania i czasu, a to już jest praca nad sobą. Nie każdy ma charakter by pokonać własne słabości, nie każdy chce zmieniać swoje życie na lepsze. A nikt za nas tego nie zrobi. Tylko w naszych rękach i umysłach jest moc i prawo do zmian.

W pięknym zawodzie który reprezentujecie Państwo, w zawodzie którego podstawą jest służenie i pomoc ludziom w ich cierpieniu i bólu jest bardzo ważne człowieczeństwo, współczucie, empatia. Wasza obecność, czuwanie, pomoc i cała praca wymagają siły fizycznej, równowagi emocjonalnej i mocy duchowej. Dźwiganie nie tylko ludzkich ciał ale i ich problemów jest ciężarem jaki codziennie nosicie. Wasza odporność, siła fizyczna i duchowa jest niezbędna do uprawiania tego w gruncie rzeczy posłannictwa. Żadne maszyny, leki, nie zastąpią ludzkiej mądrości, oddania i wsparcia jakie dajecie codzien wielu ludziom. Dlatego zadbajcie także o siebie, o swój komfort psychiczny i dobrostan fizyczny. Zróbcie to dla siebie, swoich bliskich i swoich pacjentów.

Zachęcam do zmian, do odkrywania nowych obszarów życia a takim z pewnością jest joga. Proszę jednak by rozpocząć jej praktykę pod okiem doświadczanego nauczyciela, który uważnie i mądrze poprowadzi Was na początku, dając silne wsparcie i dobre nawyki.

Życzę Państwu dużo zdrowia i zadowolenia na codzien, miłości i radości, która jest w Was, pogody ducha i spokoju.

Życie umyka i jest kruche co sami najlepiej wiecie, więc żyjcie każdą chwilą nie marnując ani jednej.

*Z pozdrowieniami
Dyplomowany nauczyciel jogi
mgr Agata Biernat*

Dlaczego chodzę na Jogę?

Na zajęcia jogi pierwszy raz poszłam dzięki zachęce mojej koleżanki Zosi, która powiedziała, że ćwiczenie jogi jest fajniejsze niż aerobik. Poszłam i zostałam. To już szósty rok. Na początku wszystkie pozycje jogi wydawały się bardzo trudne do prawidłowego wykonania. Postronny obserwator powiedziałby, że na jodze leżymy, stoimy lub siedzimy. Czasami też wisimy na sznurach. Wydaje się to niby takie proste, ale często po zajęciach wychodzimy w mokrych koszulkach. Osobiście najbardziej lubię wiszenie na linach do góry nogami i stanie na głowie. Przypominają mi się dziecięce lata zwisania głową w dół na trzepaku. Po zajęciach jogi czuję się bardzo dobrze, nie tylko fizycznie ale także psychicznie. Wykonywanie ćwiczeń zgodnie z oddechem uspokaja i wycisza. W czasach gdy każda z nas jest zabiegana, zestresowana i zmęczona polecam kilka pozycji jogi, które nas uspokoją i pozwolą spojrzeć na świat z innej perspektywy. Polecam!

Monika

Chodzę na jogę od wielu lat, dopingowana przez moją niezwykle systematyczną koleżankę - Monikę. To ona motywuje mnie do wyjścia z domu, ruchu, zrobienia czegoś tylko dla siebie, choć prawdę mówiąc nieraz z chęcią zostałabym w domu, leżąc pod kocym i czytając. Oprócz „koleżeńskiej” motywacji są i inne: chęć utrzymania sprawności, spotkanie z fajnymi dziewczynami z grupy, relaks. Joga pozwala mi również w zmaganiach z bólem kręgosłupa i astmą. Zbawienne są dla mnie asany przygotowane dla tych schorzeń, pozwalające na rozluźnienie mięśni, czy narządów wewnętrznych. Po ich wykonaniu – mimo ogromnego wysiłku – czuję się naprawdę świetnie, choć czasami na drugi dzień zakwasy bywają naprawdę straszne. Oczywiście mam swoje ulubione pozycje i te, których wykonanie przyprawia mnie o zawrót głowy. Zawsze jednak przy ich wykonaniu jest mnóstwo pracy, okraszanej dobrym humorem, śmiechem i ... wiedzą na temat idei jogi, przekazywanej nam w bardzo ciekawy sposób przez naszego nauczyciela – Agatę. Po kilku już latach wspólnych ćwiczeń jogi tworzymy zgrany zespół, nazwany przez Agatę „łagodnie średnio-zaawansowanym”. Ma rację! Naszym (moim) celem nie jest możliwość wykonania „kwiata lotosu”, w którym będziemy medytować, lecz przyjemne spędzenie czasu i dobre samopoczucie. Najbardziej spajają naszą grupę wspólne wyjazdy i coroczne bałkarnawałowe. Proponuję spróbować, bo warto!

Julita

Joga pozwala mi pokonać ograniczenia mojego ciała. Z biegiem lat coraz bardziej odczuwam dolegliwości nabyte podczas wielu lat pracy jako położna w sali porodowej. Na zajęciach jogi uczę się pozycji, które mogę powtarzać w domu i dzięki temu rozluźniam wybrane partie mięśni. Joga to jedyne ćwiczenia, które nie skracają mięśni, a wręcz odwrotnie, wydłużają je. Po intensywnej jodze często na drugi dzień wstają ze specyficznym bólem mięśni (efekt użycia mięśni o których zapomniałam). Ale za to samopoczucie jest o wiele lepsze. Zachęcam wszystkie koleżanki, niezależnie od wieku, by spróbowały poćwiczyć jogę. Gwarantuję dobre samopoczucie!

Zofia



Bionyks

Koszalin, Budynek basenu KOSiR.

Zapisy do „grupy zerowej jogi” - numer telefonu 602 373 013
Zajęcia odbywać się będą w poniedziałki i środy o godz. 20⁰⁰

JOGA

ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU

Podaj profesjonalny schemat demakijażu

Upominki, ufundowane przez Instytut Jadwiga wygrały następujące osoby: Anna Iwanisik, Teresa Łosiewicz, Jolanta Ogonowska, Irena Rek, Marta Wandycz.

Nagrody można odebrać osobiście w siedzibie OIPIP.

KUPON PROMOCYJNY
WAŻNY DO 30.11.2013 r.
Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie



Autoryzowana Pracownia Instytutu Jadwiga Centrum Dystrybucji i Sprzedaży Kosmetyków

ul. Lniana 1A, Koszalin

kontakt: Mariola Kantorska tel. 692 494 050

POLSKI PEELING ENZYMATYCZNY z granulkami wosku jojoba



- łagodnie usuwa zrogowaciałą warstwę naskórka,
 - zmiękcza i wygładza skórę,
 - przyspiesza regenerację skóry,
- usuwa przebarwienia i inne defekty skóry,
 - delikatnie rozjaśnia skórę,
- pobudza skórę do działania, stymuluje wzrost naskórka,
 - poprawia koloryt,
- niszczy stare warstwy skóry, które funkcjonują nieprawidłowo i zastępuje je tzw. „skórą normalną” np. przy przebarwieniach,
- substancją aktywną jest enzym proteolityczny, rozpuszczający rogową warstwę naskórka, dzięki czemu twarz i ciało wyglądają młodziej,
- skóra staje się zdrowsza, gładsza, znikają płytsze zmarszczki,
 - nie zawiera elementów ściernych w związku z czym nie powoduje podrażnień i infekcji mogących powstać w wyniku stosowania peelingu mechanicznego,można wykonać przed każdym zabiegiem odżywczym, regenerującym lub jako samodzielny zabieg.

POLSKI NATURALNY PEELING z mikrocząstkami wosku jojoba

- skutecznie usuwa suchy naskórek z twarzy, szyi, dekoltu, ciała,
- trące drobinki wosku jojoba działają wygładzająco, oczyszczająco, nawilżająco,
- skóra staje się miękka i elastyczna,
- dokładnie oczyszcza skórę z powierzchniowych, zrogowaciałych warstw naskórka,
- wygładza, rozjaśnia i odświeża skórę,
- ułatwia wchłanianie substancji odżywczych,
- nadaje się do każdego rodzaju skóry.



KUPON W CENIE
kwasy lub
peeling i maseczka

50,00 zł

tel. 692 494 050

Kwasy AHA i BHA

szczegółowe informacje w numerze 1/2013 Biuletynu

Opracowała: Mariola Kantorska

Gruźlica

porady zdrowotne



Jest chorobą infekcyjną, która zwykle dotyczy płuc, może jednak zajmować także inne narządy. Choroba powoduje powstawanie w tych narządach wielu drobnych guzków zwanych „gruźelkami”, które stopniowo zastępują prawidłowe struktury i częściowo niszczą tkanki, pozostawiając puste przestrzenie, czyli „jamy”. Gruźlica rozwija się powoli, wciągu tygodni, a nawet miesięcy. Nie leczona w połowie przypadków kończy się śmiercią. Jeśli zastosuje się właściwe leczenie może całkowicie ustąpić, niekiedy jednak pozostawia blizny i zniekształcenia w narządach spowodowane zbyt późnym rozpoczęciem terapii.

Co powoduje gruźlicę?

Gruźlica jest wywoływana przez bakterię zwaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*). Jest to bakteria rozmnażająca się bardzo powoli, niewrażliwa na antybiotyki aktywne wobec większości innych bakterii (np. powodujących zwykle zapalenie płuc lub infekcje).

Kto choruje na gruźlicę?

Choroba jest przenoszona przez chorych na gruźlicę płuc na osoby zdrowe. Kiedy chory na gruźlicę kaszle lub kicha, wydalą drobne kropelki, zawierające prątki gruźlicy, które są wdychane przez osoby znajdujące się w jego otoczeniu. U osób zdrowych bakterie są wychwytywane i niszczone przez mechanizmy obronne płuc. Jednakże jeśli te mechanizmy działają zbyt wolno lub są niewydolne, lub jeśli ilość bakterii jest bardzo duża, mogą one namnażać się i powodować chorobę. Każdy może zachorować na gruźlicę, jednak osoby o osłabionym lub uszkodzonym układzie odpornościowym (małe dzieci, palący papierosy, chorzy na cukrzycę, osoby otrzymujące leki obniżające odporność oraz zakażeni wirusem HIV) mają większe ryzyko rozwoju choroby gdy są narażeni na kontakt z osobą chorą.

Jakie są objawy gruźlicy?

Gruźlica może wywoływać objawy ogólne, występujące w każdej ciężkiej infekcji. Może również powodować objawy związane z zajęciem poszczególnych narządów.

Objawy ogólne gruźlicy

Gorączka, osłabienie, utrata apetytu, utrata masy ciała.

Objawy związane z zajęciem narządami

Dotyczące płuc: kaszel, wykrztuszenie, ból w klatce piersiowej.

Dotyczące węzłów chłonnych: powiększenie węzłów chłonnych.

Dotyczące kości i stawów: bóle kości i stawów.

Żaden z tych objawów nie jest typowy dla gruźlicy (wszystkie mogą być spowodowane innymi chorobami), jednak ich powolne narastanie powinno zasugerować możliwość gruźlicy.

W jaki sposób można uniknąć choroby?

Ryzyko zachorowania może być zmniejszone przez zastosowanie szczepionki BCG (*Bacillus Calmette – Guerin*). Szczepionka częściowo zabezpiecza przed chorobą małe dzieci, lecz nie jest zalecana dla dorosłych. Nie jest łatwo rozpoznać gruźlicę, lecz jeśli dowiesz się, że chorujesz, powinieneś unikać czynników ryzyka, takich jak palenie papierosów, aby nie pogorszyć przebiegu choroby. Osoby, które mają kaszel, zwłaszcza trwający przez długi czas, z towarzyszącą gorączką, potami nocnymi i utratą masy ciała,

powinny udać się do lekarza i wykonać odpowiednie badania celem wykrycia gruźlicy. Jest to szczególnie ważne jeśli znajdują się w stanie osłabionej odporności lub pochodzą z kraju, gdzie gruźlica występuje często. Członkowie rodziny chorego na gruźlicę również powinni poddać się badaniom umożliwiającym wykrycie choroby. Pacjenci otrzymujący leczenie przeciwprątkowe powinni być regularnie kontrolowani przez lekarza, aby ocenić, czy ich stan się poprawia i czy nie mają objawów ubocznych lub powikłań leczenia.

W jaki sposób mogę się dowiedzieć, że jestem chory?

Osoby z objawami sugerującymi gruźlicę (przewlekły kaszel, utrata masy ciała, nocne poty) powinny mieć wykonane badanie radiologiczne klatki piersiowej (RTG), a jeśli jest ono nieprawidłowe – badanie płwociny. W niektórych przypadkach mogą być konieczne dodatkowe badania (tomografia komputerowa, bronchoskopia), aby potwierdzić rozpoznanie. Im wcześniej choroba zostanie wykryta, tym większe szanse na całkowite wyleczenie.

Jak powinienem się zachowywać, jeśli jestem chory?

Gruźlica jest chorobą uleczalną, chociaż leczenie jest długie i złożone. Jeśli prątki są odporne na jeden lub więcej leków, leczenie się wydłuża. Przy prawidłowym leczeniu pacjenci odczuwają poprawę już po kilku tygodniach, bardzo ważne jest jednak dokończenie leczenia. W przeciwnym wypadku choroba może nawracać i stać się oporna na niektóre leki. Dlatego właśnie sumienne przyjmowanie leków i regularne kontrole lekarskie są tak ważne. Jest to szczególnie ważne gdy leczenie jest dłuższe lub zawiera więcej leków niż zazwyczaj (w gruźlicy odpornej na wiele leków).

Oporność prątka gruźlicy

Wszystkie typy gruźlicy są wywoływane przez tę samą bakterię, jednak ze względu na możliwość rozwoju oporności na leki leczenie bywa prowadzone według różnych schematów. Osoby z chorobą wywołaną przez szczepki odporne na leki mogą zarażać innych, którzy od początku będą chorować na gruźlicę oporną. Bakteria może stać się oporna na leki jeśli:

- chory otrzymuje niewłaściwe leki,
- chory przyjmuje złą dawkę leku,
- chory nie zakończył pełnego cyklu leczenia.

W tych przypadkach pacjenci muszą być leczeni różnymi zestawami antybiotyków i czas leczenia może być wydłużony nawet do 2 lat. Kiedy bakteria staje się oporna leczenie jest bardzo trudne, ale chorzy nadal mogą być wyleczeni, jeżeli leki będą odpowiednio dobrane i regularnie przyjmowane. Oporności można zapobiegać poprzez stosowanie właściwych leków i dopilnowanie, aby pacjenci przyjmowali je regularnie i przez odpowiedni czas.

Opracowano na podstawie materiałów informacyjnych zredagowanych z pomocą eksperta w zakresie gruźlicy, dr Jean – Pierre Zellwegera, członka Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (ERS – European Respiratory Society) skupiającego czołowych europejskich ekspertów w dziedzinie medycyny, aby zapewnić pacjentom informacje oraz zwrócić publiczną uwagę choroby układu oddechowego.

**Materiały zebrała
Jadwiga Krężlewicz
Pielęgniarka Naczelna SZGiCHP**

Final The Tall Ships Races 2013



Szczecin
03-06.08.2013 r.

W dniach 3-6 sierpnia odbył się finał regat The Tall Ships Races 2013. Najpiękniejsze żaglowce świata po raz kolejny zawitały do Polski a Szczecin był gospodarzem Finału The Tall Ships Races po raz drugi. Do miasta wpłynęło ok. 100 żaglowców z 16 krajów, a wśród nich „Fryderyk Chopin” (zwycięzca TSR 2012), „Dar Młodzieży”, meksykański „Cuauhtemoc”, rosyjski „Kruzenshtern”, „Shabab Oman” z Omanu, „Libertad” z Argentyny, „Danmark” z Danii, „Black Diamond of Durham” z Wielkiej Brytanii. Przez wszystkie dni trwania imprezy pokłady żaglowców były dostępne dla zwiedzających, chętnych do wzięcia udziału w tej niezapomnianej morskiej przygodzie nie brakowało.

Finał regat TSR 2013 honorowym patronatem objął Prezydent RP Bronisław Komorowski, a oficjalne otwarcie nastąpiło w sobotę na pokładzie Daru Młodzieży. W niedzielę w godzinach popołudniowych odbyła się parada wszystkich załóg, każda z nich prezentowała się wspaniale, barwny korowód uśmiechniętych marynarzy przeszedł przez ulice miasta, któremu towarzyszyły licznie zgromadzeni ludzie. Parada rozpoczęła się na Wałach Chrobrego a zakończyła w Teatrze Letnim w Parku Kasprowicza, tam też odbyła się ceremonia wręczenia nagród za regaty, które wiodły z Aarhus w Danii przez Helsinki i Rygę do Szczecina.

Zlot żaglowców to nie tylko niezwykle wydarzenie dla mieszkańców i turystów Szczecina, to także okazja do wspaniałego świętowania i zabawy. Organizatorzy zaplanowali wiele dodatkowych imprez towarzyszących oraz liczne atrakcje, które dostarczyły wszystkim wielu niezatartych w pamięci wrażeń. Na scenach ustawionych na Wałach Chrobrego i Łasztowni odbywały się koncerty polskich i światowych gwiazd muzyki, między innymi koncert Eska Music Awards 2013 i koncert głównej gwiazdy programu, kanadyjskiej piosenkarki Nelly Furtado. W programie znalazły się również koncerty szantowe, warsztaty i zajęcia dla dzieci, zawody sportowe oraz pikniki i jarmarki. Było mnóstwo dobrej zabawy dla wszystkich, którzy odwiedzili tę imprezę a była to rekordowa liczba, bo aż (jak podały media) 2,5 miliona osób.

Dodam, że również pojechałam zobaczyć te imponujące żaglowce, bez pośpiechu krążyłam pomiędzy paradnie stojącymi żaglowcami i jachtami, przyglądałam się pięknym liniom kadłubów i załogom ubranym w reprezentacyjne stroje. Atmosfera tam panująca była niezwykła, pełna zapachu morza, wiatru rozwiewającego włosy i radosnych pozdrowień marynarzy ze wszystkich zakątków świata. Był to dla mnie dzień pełen wrażeń a niesamowity jego klimat jeszcze jakiś czas zostanie w mojej pamięci.

Grażyna Margas



Rok 2013 - rok zmian w uprawnieniach rodzicielskich



Z dniem 17 czerwca 2013 r. weszły w życie znowelizowane ustawą z dnia 28 maja 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2013.675) przepisy Kodeksu pracy dotyczące uprawnień rodzicielskich.

Celem zmian wprowadzonych zmian było wydłużenie możliwości sprawowania przez rodziców osobistej opieki nad dzieckiem oraz stworzenie szerszych możliwości łatwiejszego godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych przez pracowników, tak przez matki, jak i przez ojców. Od tej daty rodzicom wszystkich dzieci, **urodzonych po 31 grudnia 2012 r.**, przysługuje: urlop macierzyński, dodatkowy urlop macierzyński, urlop rodzicielski, z których tylko urlop macierzyński ma charakter obowiązkowy, zaś wykorzystanie dodatkowego urlopu macierzyńskiego jak i urlopu rodzicielskiego zależne jest od woli osób uprawnionych.

Urlop macierzyński

Nowe przepisy nie wprowadziły zmian ani w wymiarze, ani w zasadach wykorzystywania „podstawowego” urlopu macierzyńskiego. Tak jak do tej pory jego długość zależy od liczby dzieci urodzonych podczas jednego porodu. Wspomniany okres zgodnie z art. 180 K.p. wynosi:

a) **20 tygodni** w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie, w tym **14 tygodni** zarezerwowanych tylko dla matki. Istnieje możliwość **częściowego wykorzystania urlopu macierzyńskiego przez ojca-urlop „macierzyński”** (nie mylić z urlopem ojcowskim, który jest odrębnym urlopem należnym w wymiarze 2 tygodni i może być wykorzystany przez ojca do ukończenia przez dziecko 12 m-ca życia — art. 182¹K.p.).

b) w przypadku urodzenia więcej dzieci przy jednym porodzie urlop macierzyński wynosi:

31 tygodni - dwoje dzieci przy jednym porodzie,

33 tygodnie - troje dzieci przy jednym porodzie,

35 tygodni - czworo dzieci przy jednym porodzie,

37 tygodni - pięcioro dzieci przy jednym porodzie.

Nowością, jest wprowadzenie możliwości wykorzystania **przed przewidywaną datą porodu nie więcej niż 6 tygodni urlopu macierzyńskiego, a nie jak do tej pory tylko 2-ch tygodni.** (art. 180 § 3K.p. w nowym brzmieniu).

Dodatkowy urlop macierzyński

Wymiar dodatkowego urlopu macierzyńskiego został wydłużony i wynosi:

- **do 6 tygodni** - w przypadku urodzenia jednego dziecka,

- **do 8 tygodni** - w przypadku urodzenia więcej dzieci przy jednym porodzie.

Dodatkowy urlop macierzyński może być wykorzystywany tylko **bepośrednio** po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego. Dodatkowy urlop macierzyński wykorzystywany może być **jednorazowo** albo nie więcej niż w **2-ch częściach**, przypadających bezpośrednio jedna po drugiej w **wymiarze tygodnia lub jego wielokrotności.**

Z uprawnienia do dodatkowego urlopu macie-

rzyńskiego skorzystać może pracownik-ojciec wychowujący dziecko na równi z pracownicą-matką dziecka. Ojciec dziecka może bowiem skorzystać z niniejszego prawa zarówno, gdy wcześniej wykorzystuje urlop macierzyński po skróceniu korzystania z takiego urlopu przez matkę, jak i wówczas, gdy pracownica wykorzystwała w całości urlop macierzyński w wymiarze określonym przez K.p. Dodatkowy urlop macierzyński można łączyć z pracą w niepełnym wymiarze czasu pracy nie wyższym jednak niż ½ etatu – urlopu udziela się wówczas na pozostałą część wymiaru czasu pracy. Wniosek pracownika o łączenie dodatkowego urlopu z pracą w niepełnym wymiarze nie jest jednak bezwzględnie wiążący dla pracodawcy. Pracodawca może go nie uwzględnić, jeśli nie jest to możliwe ze względu na organizację lub rodzaj pracy. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca obowiązany jest poinformować pracownika na piśmie (art. 182¹ § 6 K.p.). W tym samym czasie z urlopu macierzyńskiego i dodatkowego urlopu macierzyńskiego może korzystać tylko jedno z rodziców (*tak jak dotychczas - nic się nie zmieniło*).

Urlop rodzicielski – nowa instytucja, nowe uprawnienie dla rodziców,

Od 17 czerwca 2013 r. rodzice dzieci urodzonych po 31 grudnia 2012 roku otrzymali nowe uprawnienie - **urlop rodzicielski w wymiarze do 26 tygodni**. Liczba tygodni jest stała i nie zależy od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie. Urlop rodzicielski przysługuje bezpośrednio po wykorzystaniu dodatkowego urlopu macierzyńskiego w pełnym wymiarze. Można go wykorzystać od razu w całości lub maksymalnie w 3 częściach następujących bezpośrednio jedna po drugiej. Żadna z części urlopu rodzicielskiego nie może być krótsza niż 8 tygodni. Z urlopu rodzicielskiego mogą skorzystać oboje rodzice dziecka, przy czym nowe przepisy stwarzają możliwość skorzystania z różnych wariantów tego urlopu: całą pulę urlopu wykorzystuje jeden rodzic, rodzice dzielą się urlopem lub oboje rodzice przebywają jednocześnie na urlopie rodzicielskich (każde z nich będzie miało wówczas prawo do 13 tygodni nominalnego wymiaru urlopu rodzicielskiego).

Urlop rodzicielski można łączyć z pracą w niepełnym wymiarze, tak jak to ma miejsce w przypadku dodatkowego urlopu macierzyńskiego. Wniosek pracownika o łączenie urlopu z pracą w niepełnym wymiarze nie jest także bezwzględnie wiążący dla pracodawcy. Pracodawca może go nie uwzględnić, jeśli nie jest to możliwe ze względu na organizację lub rodzaj pracy. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika na piśmie (art. 182^{1a} § 6 K.p. w zw. z art. 182¹ § 6 K.p.). Wprowadzono jednakowe **14-dniowe** terminy do składania wniosków o udzielenie urlopów bądź rezygnacji z nich.

Zasiłek macierzyński

Za czas urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego przysługuje zasiłek macierzyński na zasadach i warunkach określonych odrębnymi przepisami (art. 184 K.p.).

Zasiłek macierzyński w wysokości:

- **100 %** wynagrodzenia będzie się należał za okres urlopu macierzyńskiego i dodatkowego urlopu macierzyńskiego tj przez pierwsze 26 tygodni (i odpowiednio 39, 41, 43 i 45 – przy urodzeniu większej liczby dzieci)

- **60 %** podstawy wymiaru zasiłku za okres urlopu rodzicielskiego. Jeśli matka nie później niż 14 dni po porodzie zadeklaruje, że korzystać będzie z **pełnego urlopu** (łącznie z dodatkowym i rodzicielskim) to przez cały ten okres wypłacany będzie zasiłek macierzyński w wysokości **80 %** wynagrodzenia za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, oraz urlopu rodzicielskiego.

Uwaga!

Od 1 października 2013 r. zająd także korzystne dla rodziców zmiany dotyczące urlopu wychowawczego, wprowadzone ustawą z dnia 26 lipca 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy. Informacja o powyższych zmianach w następnym wydaniu Biuletynu.

Irena Renda
radca prawny OIPIP w Koszalinie

NOWE AKTY PRAWNE

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 4 lutego 2013 r. w sprawie wzorów dokumentów o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
jDz.U.13.222 → z dnia 18 lutego 2013 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 25 marca 2013 r. w sprawie klasyfikacji danych i systemu kodów w Systemie Informacji Medycznej
Dz.U.13.473 → z dnia 19 kwietnia 2013 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej
Dz.U.13.463 → z dnia 16 kwietnia 2013 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
Dz.U.13.969 → z dnia 19 czerwca 2013 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego
Dz.U.13.750 → z dnia 28 czerwca 2013 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 7 sierpnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego



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

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

PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO 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

1. 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.

2. Szkolenie obejmuje:

- 395 h dydaktycznych zajęć teoretycznych tj. **16 zjazdów - piątek, sobota, niedziela - w okresie od września 2013 roku do marca 2015 roku (18 miesięcy)**
- 805 h dydaktycznych zajęć praktycznych tj. **63 dni robocze w okresie trwania specjalizacji to jest od września 2013 roku do marca 2015 roku (18 miesięcy)**

3. Data rozpoczęcia: **druga połowa września 2013**

4. **Miejsce szkolenia:** zajęcia teoretyczne: **Koszalin**

zajęcia praktyczne: większość staży odbywać się będzie na terenie działania
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalin

5. 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).

6. Termin egzaminu państwowego: **sesja jesienna 2015**

7. Zapewniamy: aktualne materiały dydaktyczne, doświadczoną kadrę wykładowców, doświadczonych opiekunów staży, dajemy gwarancję należytego przygotowania do egzaminu państwowego ze względu na duże doświadczenie (**przeprowadziliśmy 60 edycji specjalizacji w różnych dziedzinach pielęgniarstwa, w których przeszkoliliśmy 1 500 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

**Komisja Położnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
zaprasza do udziału w Konferencji naukowo szkoleniowej**

WOKÓŁ NOWORODKA

**która odbędzie się dnia 17 października 2013 r. (czwartek)
w Europejskim Centrum Edukacyjnym - Koszalin, ul. Chałubińskiego 15**

1. Program konferencji

WYKŁADY 9.00 - 13.00

- 9.00 - 9.25 *Rejestracja uczestników*
 9.25 - 9.30 *Przywitanie gości - przewodnicząca ORPiP - Justyna Laska*
 9.30 - 10.00 *Edukacja poporodowa - poprawa relacji personel medyczny - rodzice*
Tomasz Grzegorzewski - Ogólnopolski Program Edukacji Poporodowej Razem Łatwiej Szkoła Matek i Ojców
 10.00 - 10.50 *Żółtaczka noworodka - dr n. med. Justyna Tołłoczko*
 10.50 - 11.05 *Higiena intymna kobiet aktywnych, ciężarnych i w połogu - Krzysztof Sokół PLIVA FEM*
 11.05 - 11.35 **Przerwa kawowa**
 11.35 - 12.15 *Realizacja Standardu Opieki Okołoporodowej dr n. med. Dorota Ćwiek - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo - Ginekologicznego*
 12.15 - 12.30 *Im więcej wiedzą, tym więcej się uczą Bartosz Krupiński*
prezentacja produktowa firmy Mead Johnson Nutrition
 12.30 - 13.00 *Resuscytacja krążeniowo - oddechowa noworodka Przemysław Małecki*
 13.00 - 13.15 *Komórki macierzyste - fakty Ewa Barwikowska Polski Bank Komórek Macierzystych*
 13.15 - 14.15 **Przerwa obiadowa**

WARSZTATY 14.15 - 17.00 (zajęcia w grupach)

- Resuscytacja krążeniowo - oddechowa noworodka Przemysław Małecki*
Rehabilitacja noworodka Katarzyna Sabat
Usprawnianie położnicy po porodach zabiegowych Piast Bazyliński
 17.00 **Zakończenie, wręczenie certyfikatów**

Karty uczestnictwa prosimy kierować na adres: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Zwycięstwa 190, 75-950 Koszalin
 drogą elektroniczną na adres izba@oipip-koszalin.org, faxem na nr 094 348 90 97 w terminie **do 10.10.2013 r.**
Liczba miejsc ograniczona, o udziale decyduje kolejność zgłoszeń

Koszt uczestnictwa 30 zł

Wpłatę należy dokonać **do 10.10.2013 r.** na konto: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Bank PEKAO S.A. II/ O/ Koszalin 32124036531111000041892750 z dopiskiem Konferencja **WOKÓŁ NOWORODKA**

Nie przewiduje się zwrotu kosztów z tytułu rezygnacji z konferencji.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa, prosimy o niezwłoczny kontakt z organizatorem - tel. 94/ 342 59 93, 94/ 347 15 78

2. Karta uczestnictwa

Karta zgłoszenia

Konferencja naukowo szkoleniowa **WOKÓŁ NOWORODKA**
 17 października 2013 r.
 Europejskie Centrum Edukacyjne Koszalin, ul. Chałubińskiego 15

Imię i nazwisko
 Adres do korespondencji

 Tel. komórkowy
 e-mail
 Zatrudnienie (nazwa jednostki i adres)

 Stanowisko

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis



SZKOŁA MATEK I OJCÓW



RAZEM ŁATWIEJ

Komitet Naukowy:

Przewodniczący:

Prof. Jacek Rudnicki

Prof. Mara Katarzyna
Borszevska Kornacka
Prof. Ewa Dmoch Gajzlerska
Prof. Marek Szczepański
Prof. Angelo Rella; Włochy
Dr n.med. Katarzyna
Augustyniuk
Dr n.med Justyna Tołłoczko
Leokadia Jędrzejewska

PATRONAT NAUKOWY



Komitet Organizacyjny:

Razem Łatwiej s.c.

Magdalena Grzegorzewska,
Tomasz Grzegorzewski,
ul. Grobelna 7 lokal 204
Pabianice 95-200

www.razemlatwiej.pl

tel. 42 291 371 91

GSM 692 895 250

KONTO: ALIOR BANK

13 2490 0005 0000 4510 4872 3889

Razem Łatwiej s.c. ul.

**Sienkiewicza 2/4,
95-200 Pabianice**

W tytule przelewu prosimy

wpisać: KONGRES 2013r.

oraz dane uczestnika

II MIĘDZYNARODOWY KONGRES

Ogólnopolski Program Edukacji Poporodowej Szkoła Matek i Ojców



*Bo warto
walczyć RAZEM!
Razem Łatwiej!*



ZAPROSZENIE

Firma Razem Łatwiej s.c. wspólnie z Pomorskim Uniwersytem Medycznym
Klinika Patologii Noworodka w Szczecinie Serdecznie Zaprasza na
konferencję naukowo-szkoleniową organizowaną w ramach Ogólnopolskiego Programu
Edukacji Poporodowej SZKOŁA MATEK I OJCÓW Razem Łatwiej, pt.:

„ Jakość życia noworodka (wczesniaka) – walka i troska”

która odbędzie się w **KOŁOBRZEGU** w dniach **1-3 grudnia 2013r.**

Miejscem szkolenia i pobytu będzie **HOTEL MARINE *******

Pięciogwiazdkowy widok na morze

PLANOWANE ZAGADNIENIA TEMATYCZNE:

Jakie wsparcie otrzymuje w Polsce rodzina wcześniaka, na co może liczyć?;
Fizjoterapia wcześniaka – prawidłowe podnoszenie, noszenie, wsparcie rozwoju;
Muzykoterapia; Koalicja dla Wcześniaka, szczepienie wcześniaków;
Zasady bezpieczeństwa wcześniaka i noworodka urodzonego o czasie po wypisie do domu;
Zasady bezpieczeństwa matki po wypisie do domu; Pielęgnacja wcześniaka
i noworodka urodzonego o czasie ; Kompetencje położnej; Wentylacja wcześniaka;
Rozpoznanie rzadkich chorób; Żywnienie wcześniaka; Konsekwencje wcześniactwa.
Granice możliwości ratowania wcześniaków; Metody oceny rozwoju wcześniaka;
Sposób i procedura organizacji banku mleka kobiecego; WARSZTATY

Sesja Plakatowa: Tematyka dowolna, zgodna z wybranym zagadnieniem
poruszonym na Kongresie. Zgłoszenia prosimy nadsyłać nie później niż do dnia 30.10.13r.

**Kongres skierowany jest do personelu medycznego oddziałów
ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych, lekarzy, pielęgniarek
i położnych, wszystkich grup zawodowych, dla których ratowanie życia,
zdrowie i bezpieczeństwo dzieci urodzonych przedwcześnie jest bliskie.**

ZGŁOSZENIA: Prosimy o wypełnienie **FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO**

umieszczonego na stronie internetowej www.razemlatwiej.pl

Całkowity koszt: 795 zł – możliwość płatności w ratach (do dnia 30 września 2013 r.)

OPLATA zawiera:

Koszty uczestnictwa: udział w sesjach i warsztatach, materiały szkoleniowe, certyfikat
Koszt zakwaterowania i wyżywienia w pięciogwiazdkowym Hotelu MARINE *****
2 noclegi , 2 śniadania, przerwy kawowe, 2 obiady, 2 uroczyste kolacje (gala i wigilijna)
**Możliwość korzystania z basenu pływackiego i rekreacyjnego, bogatego
kompleksu saun, groty śnieżnej, jacuzzi zewnętrznego, siłowni**

Uczestnicy Kongresu otrzymają certyfikat i punkty edukacyjne

Warunkiem udziału w Kongresie jest przesłanie wypełnionego FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO
oraz dokonanie wpłaty. O uczestnictwie decyduje kolejność wpłat. OGRANICZONA LICZBA MIEJSC.

Zapraszamy!

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE
75-611 Koszalin ul. Zwycięstwa 190
tel./fax 94/ 341 11 02

HARMONOGRAM REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
W II PÓŁROCZU 2013 ROKU

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) | wrzesień | 15 | 950 |
| 3 | Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych (41 godzin) | wrzesień | 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 lecznictwa 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 |

Osoby zainteresowane szkoleniem prosimy o nadsyłanie kart zgłoszeń na adres:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie ul. Zwycięstwa 190
 bądź przesyłanie drogą elektroniczną na adres: e-mail: izba@oipip-koszalin.org
Zgłoszenia przyjmujemy również osobiście w siedzibie OIPiP w Koszalinie w pokoju nr 317
Szczegółowych informacji udzielamy pod numerem telefonu (94) 3411102
Kosztu kursu uzależniony jest od liczby zgłoszeń

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) | wrzesień | 20 | 1.550 |
| 2 | Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek (473 godzin) | wrzesień | 20 | 1.500 |
| 3 | Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek (505 godzin) | październik | 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 anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek (530 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 20 | 1.525 |
| 7 | Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych (517 godzin) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 20 | 1.560 |

Kursy doształcające:

| 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 podstawowe i uzupełniające:

| L.p. | Zakres szkolenia | Przewidywany termin rozpoczęcia kursu | Planowana liczba uczestników | Przewidywany koszt kursu (PLN) |
|------|---|---|------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (15 godz. - kurs podstawowy) | rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń | 15 | 160 |
| 2 | Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (9 godz. - kurs uzupełniający)* Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4 lata od czasu odbycia szkolenia podstawowego! | wrzesień październik listopad grudzień | 15 | 140 |



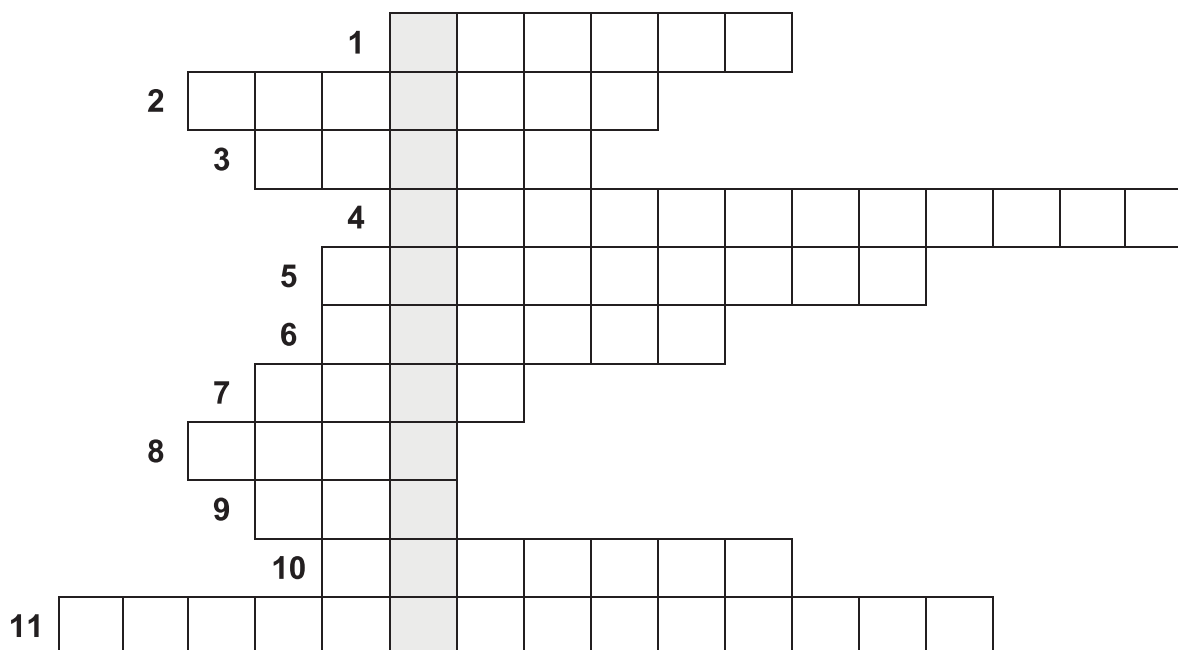
Agencja Usług Oświatowych „OMNIBUS” Sp. z o.o.

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

PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO DLA PIELĘGNIAREK PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DLA PIELĘGNIAREK PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO DLA PIELĘGNIAREK PIELĘGNIARSTWA POŁOŻNICZEGO DLA POŁOŻNYCH PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO 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!!!!

KRZYŻÓWKA nr 7



1. Jedna z dwóch w sercu
2. Zabiegowe leczenie arytmii serca
3. Pompa ssąco-tłocząca w organizmie człowieka
4. Pobudza serce do pracy przy reanimacji
5. Możemy mieć podwyższone lub niskie
6. Do obserwacji pracy serca przez 24 godziny
7. Inaczej tętno
8. USG serca
9. Elektrokardiogram
10. Tkanka serca
11. Badanie uwidaczniające naczynia wieńcowe

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 6, której hasło brzmiało: „Chirurgia” wygrała Pani Marta Wandycz z Koszalina.

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: **15.11.2013 r.**

Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową.

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



rozmowa z Pani mgr Marią Korotką - Kierownikiem pionu pielęgniarskiego w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Koszalinie

Co skłoniło Panią do wybrania zawodu pielęgniarki?

W moim przypadku trudno mówić o powołaniu czy też świadomym i racjonalnym wyborze - był to czysty przypadek. W wieku czternastu lat nie miałam specjalnie spreyczowanych planów, kim zostanę jak dorosnę. Wybrałam Liceum Medyczne i tak zaczęła się moja przygoda z zawodem pielęgniarki. Z perspektywy 30 lat pracy w zawodzie wiem, że dobrze wybrałam to jest właśnie to, co chciałam robić.

Co Pani najmilej wspomina z pracy pielęgniarskiej?

Praca pielęgniarki to kontakt z drugim człowiekiem i nie będę odkrywczą, jeżeli powiem, że najmilejsze jest to kiedy możemy pomagać choremu człowiekowi i mimo cierpienia, często bólu pacjent dziękuje za naszą opiekę szczerym uśmiechem.

Jakiego pacjenta zapamiętała Pani najbardziej ze swojej pracy zawodowej?

W czasie trzydziestu lat pracy zetknęłam się z ogromną ilością pacjentów od noworodków po osoby zaawansowane wiekiem i tak naprawdę każdy pacjent to oddzielna historia i ta bardzo miła i ta trochę mniej miła.

Z kim się Pani najlepiej współpracowało?

Trudno byłoby wymieniać tu wszystkich, po prostu zabrakłoby czasu. Tak się składa, że w życiu miałam trochę szczęścia i na swojej drodze spotkałam wielu wspaniałych ludzi, z którymi współpracowałam począwszy od lat szkolnych (z łezką w oku wspominam wspaniałych nauczycieli jak i swoje koleżanki z ławy szkolnej), zresztą był to wyjątkowy rocznik. Potem w pracy zawodowej cały zespół ludzi od lekarzy,

Pielęgniarka...

pielęgniarek poprzez techników na administracji skończywszy. To ludzie, którzy pokazali „nie szkolne” oblicze pracy w tym zawodzie. Miałam również to szczęście, że przez kilka ładnych lat współpracowałam z koleżankami pielęgniarkami w samorządzie zawodowym. Był to wyjątkowy czas w moim życiu, spotkałam wówczas wspaniałe pielęgniarki i położne. Oczywiście nie mogę w tym miejscu nie powiedzieć o koleżankach pielęgniarkach, z którymi obecnie pracuję. Jest to wyjątkowy zespół ludzi, mogę z całą odpowiedzialnością powiedzieć, że to najwspanialsze pielęgniarki. Poza profesjonalizmem w pracy, wykazującą się ogromem serdeczności, szacunkiem a to jest bardzo cenne w życiu.

Jaki dzień utkwił Pani w pamięci?

Musimy się cofnąć w czasie do zajęć praktycznych z okresu szkolnego. W początkowym okresie nauki zawodu zajęcia praktyczne odbywały się na salach demonstracyjnych. Uczyliśmy się wszystkiego najpierw na sobie, raz byłyśmy pielęgniarką a raz pacjentem. Przyszedł czas na naukę wykonywania iniekcji najpierw podskórnych. Dopóki nie dotyczyło to prawdziwego wkłucia – ćwiczyliśmy „na sucho” - sprawa była banalnie prosta. Kiedy jednak przyszedł czas na „prawdziwy” pierwszy w życiu zastrzyk a w dodatku miałam go zrobić jako pierwsza w grupie, przestało to być już takie proste. Naprawdę niewiele widziałam, w oczach miałam pełno łez a serce łomotało ze strachu. Ale to już historia.

Jakie ma Pani hobby?

Najchętniej czas wolny spędzam na łonie natury, ponieważ pozwala ona mi się wyciszyć, zrelaksować a spacer po lesie jest w tym przypadku rzeczą najprzyjemniejszą. Poza tym oczywiście piesze wycieczki po górach. Za każdym razem można odkryć coś nowego i pięknego. W tym roku zapuściliśmy się w Kotlinę Kłodzką, jeżeli ktoś jest miłośnikiem gór a nie był w tej części Polski, na pewno znajdzie tam wiele urokliwych miejsc.

Czy Pani zdaniem pielęgniarki powinny pracować do 67 roku życia?

Praca pielęgniarki wymaga dużej siły fizycznej, psychicznej i mocnych nerwów. Bardzo często pielęgniarki nie mają do dyspozycji nowoczesnego sprzętu szczególnie, jeżeli chodzi o pacjentów leżących. W związku z charakterem pracy dochodzi do schorzeń kręgosłupa, chorób stawów, w związku ze stresem - chorób nowotworowych. W świetle tego co powiedziałam odpowiedź jest prosta - pielęgniarki nie powinny pracować do 67 roku życia.

Dziękuję bardzo za rozmowę

SUDOKU

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

Mój Pupil



Zapraszamy wszystkich czytelników do zamieszczania na łamach Biuletynu, zdjęć swoich pupili. W tym numerze prezentujemy Kajtka, który uwielbia wolność.



Hiszpania

- atrakcje i skarby Katalonii

Antoniego Gaudiego. Podziwiliśmy najbarwniejszą hiszpańską ulicę Las Ramblas z piękną gotycką starówką, wzgórze Montjuïc z pałacem Narodowym, platformą widokową i obiektami olimpijskimi, perełki Antonio Gaudiego; Parc Güell, Casa Batlló, Casa Milà i wreszcie największa z nich – Katedra Sagrada Família. Oczywiście w takim mieście jak Barcelona nie mogło zabraknąć emocji sportowych. Widzieliśmy słynny stadion i wielką fetę kibiców po wygranym meczu. W godzinach wieczornych wzięliśmy udział w pokazie Font Magica - to podświetlane fontanny tworzące widowiskowy spektakl „światło i dźwięk”.

Kolejny dzień to rejs wzdłuż dzikiego, skalistego wybrzeża Costa Brava do miasteczka o pocztówkowej urodzie Tossa de Mar. Jest to pięknie położona dawna rybacka osada, która ze względu na zachowanie swego oryginalnego charakteru uważana jest za perełkę Costa Brava. Ten rejs i pobyt w miasteczku zagwarantował nam niezapomniane widoki i wrażenia.

No i w końcu wyczekiwany wyjazd do Montserrat - to zapierające dech w piersiach widoki, malownicze krajobrazy i niesamowite formacje skalne o przedziwnych kształtach. Na tym zadziwiającym krajobrazowo wzgórzku podziwiliśmy Klasztor Benedyktynów, który wybudowano po tym jak w cudownych okolicznościach odnaleziono figurkę Matki Boskiej. Kontakt z la Morenetą ma magiczne właściwości - dotknięcie figurki powoduje, że w ciągu roku spełniają się życzenia i prośby, z którymi przyjeżdżamy do klasztoru.

W drodze powrotnej jeszcze jeden nocleg tranzytowy na terenie Francji tym razem w okolicach Strasburga. Rano po śniadaniu wyruszamy na zwiedzanie tego pięknego miasta. Obowiązkowy spacer po starym mieście, gdzie zobaczyliśmy Katedrę Notce Dame, place Gutenberga, malownicza dzielnicę Petite France słynącą z pięknych domów z pruskiego muru. Mielliśmy okazję zobaczyć z bliska Parlament, Radę Europy i Trybunał Sprawiedliwości.

Wróciliśmy do Polski z pięknymi wspomnieniami, mnóstwem niezapomnianych wrażeń i przeżyć, opaleniem i wypoczęciem. Niebawem spotkamy się przy ognisku, jak co roku o tej porze i będziemy wspominać, ale też planować następną wyprawę. Gdzie tym razem??? Jest tyle miejsc, które warto zobaczyć...

Danuta Bralewska
Szpital Wojewódzki w Koszalinie

Katalonia położona jest między Pirenejami a Morzem Śródziemnym, od dawna uważana jest za najważniejszy hiszpański region turystyczny. Jest krainą niesamowicie urozmaiconą, posiadającą liczne zabytki historyczne sięgające okresu rzymskiego, muzea, centra różnorodnych sportów, parki rozrywki czy aguaparki. Miejscowa ludność kultywuje tradycje - liczne festiwale i święta odbywają się przez cały rok. Region turystyczny posiada dobrze rozwiniętą infrastrukturę, mnóstwo atrakcji, malowniczy krajobraz: od długich piaszczystych plaż do skalistego urwistego wybrzeża, od nizin i mokradeł po wysokie na ponad 2000 metrów góry. Tereny wyżynno-górskie dominują w głębi lądu (Pireneje, Góry Katalońskie), obszary o charakterze nizinnym znajdują się wyłącznie na wybrzeżu i w dolinach dużych rzek (Ebro, Llobregat). Panuje tu wspaniała hiszpańska atmosfera, którą spotkać można i odczuć w każdym miejscu.

Katalonia leży w strefie klimatu podzwrotnikowego, umiarkowanie wilgotnego; dominuje tu przepiękna roślinność śródziemnomorska. Dobrze rozwinięte jest rolnictwo oraz sadownictwo (winorośl, owoce cytrusowe i oliwki).

Z Koszalina wyruszyliśmy o 2 w nocy... środek nocy, ale nikomu nie chciało się spać. Jedziemy przecież do Hiszpanii, to nasza kolejna wycieczka planowana od kilku miesięcy - tyle nowych wrażeń i beztroskiej laby przed nami... kto by tam myślał o spanyu. Mimo deszczowej pogody w znakomitych nastrojach jedziemy przez Polskę i Niemcy do Francji, na pierwszy tranzytowy nocleg w centralnej Francji.

Drugiego dnia po wczesnym francuskim śniadaniu kontynuacja naszej podróży przez Francję. Na trasie zatrzymujemy się w Avignon - mieście papieżu, słynącym z murów obronnych, romańskiej katedry Notre Dame, Pałacu Papieskiego oraz oczywiście „niedokończonego mostu w Avignon” - mostu św. Benezeta. Myślę że wielu z nas zanuciło sobie w myślach fragmenty piosenki naszej niezapomnianej Ewy Demarczyk... W późnych godzinach wieczornych docieramy do Lloret de Mar w Hiszpanii. Jest to miejscowość na malowniczym, skalistym wybrzeżu Costa Brava, 70 km od Barcelony. Jeden z najpopularniejszych wakacyjnych kurortów regionu Katalonii, którego niezliczona ilość atrakcji powoduje, że każdy znajdzie tu coś dla siebie. Oprócz pobliskich parków wodnych Waterworld oraz Marineland w mieście znajdują się atrakcje dla amatorów sportów wodnych. Jesteśmy zakwaterowani w hotelu Copacabana, który zagwarantował nam wysoki poziom świadczonych usług. Obiekt położony jest ok. 450 m od głównej plaży, na jego terenie znajduje się basen. W bezpośrednim sąsiedztwie hotelu znajdują się sklepy, restauracje oraz kafejki internetowe. Hotel znany jest z wysokiego standardu obsługi oraz bardzo dobrej kuchni. Codziennie mieliśmy okazję rozkoszować się różnorodnością potraw z kuchni hiszpańskiej, francuskiej i oczywiście polskiej. Na stołach królowały także owoce i ryby śródziemnomorskie.

Następnego dnia rano po śniadaniu wyruszyliśmy małymi grupkami lub indywidualnie na zwiedzanie hiszpańskiej riwery. Był to tzw. dzień wolny na wypoczynek i plażowanie. A wieczorem po kolacji małe spotkanie integracyjne z grupą i spacer po Lloret de Mar wśród tysięcy świateł, cudownie oświetlonych zamków i wzgórz.

Następnego dnia po wczesnym śniadaniu wyruszamy do Barcelony. To niezwykle miasto znacznie różni się od reszty kraju. Posiada własną wyrafinowaną kulturę, co szczególnie widać w niespotykanej architekturze



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

*„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci”*

Joli Bolimowskiej

głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci

córki Martyny

składają

koleżanki i koledzy
z Oddziału Chirurgii Naczyniowej
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie



**Zawsze wesola i pomocna
Niosłaś dobro dla chorych ludzi.
Tęskni za Tobą cała Patronka,
że już się więcej nie obudzisz.**

Najszczerze wyrazy współczucia dla

męża i syna

z powodu utraty słońca ich życia

Ewy Nawrockiej

Składają

Zarząd, Personel i Pacjenci

*„Śmierć boli nie tych, którzy odchodzą,
Lecz tych, co wśród żywych pozostają”*

Wyraz głębokiego współczucia

**Koleżance
Reginie Kabała**

z powodu śmierci

TATY

składają
pielęgniarki i położne
SP ZOZ MSW w Koszalinie

„Nie odchodzi ten, kto zostaje w sercach bliskich”

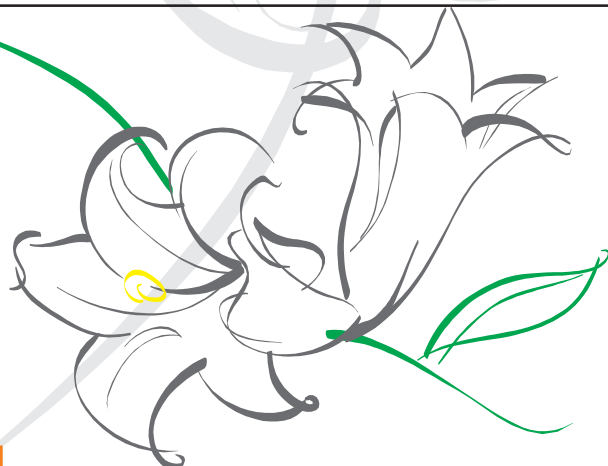
Wyraz głębokiego współczucia

**Koleżance
Elżbiecie Trypuć**

z powodu śmierci

TATY

składają
pielęgniarki i położne
SP ZOZ MSW w Koszalinie





Augustów, Suwałki Sejny, Serwy



wspomnienia z wakacji...



Lato kojarzy się nam ze słońcem pozytywnie wpływającym na nasze samopoczucie, długimi dniami i ciepłymi nocami, ale przede wszystkim jest to okres wypoczynku. Wyczekiwanych wolnych dni od pracy, pośpiechu, stresu... Chociaż polskie lato jest kapryśne i często płata nam pogodowe figle obdarowując na przemian zimmem i deszczem, innym razem falami upałów, to wszyscy czekamy na nie z utęsknieniem planując urlopy.

Obecnie chętnie korzystamy z ofert biur podróży proponujących wyjazdy za granicę, do ciepłych krajów, gdzie nie musimy martwić się o dobrą pogodę, a deszcz jeśli się pojawi, jest jedynie incydentem. Jestem jednak przekonana, że nie tylko Chorwacja, Egipt czy Grecja są krajami gwarantującymi udany wypoczynek.

Polska ma wiele uroczych miejsc, które zadziwiają swym naturalnym pięknem, do których z chęcią się wraca i na nowo odkrywa... Jednym z takich zakątków jest Puszcza Augustowska. To największy obszar leśny naszego kraju rozciągający się od doliny górnej Biebrzy poprzez Równinę Augustowską, aż po Sejeńszczyznę. W jego skład wchodzi Wigierski Park Narodowy oraz północna część Biebrzańskiego Parku Narodowego. Najbardziej popularnymi miejscowościami są: Augustów, Suwałki, Sejny, Serwy.

Puszcza Augustowska, to raj dla rowerzystów. Wiodą przez nią najbardziej malownicze szlaki rowerowe, dzięki którym możemy podziwiać Kanał Augustowski, dotrzeć do Świętego Miejsca w Dolinie Rospudy, nad Biebrzę i jej rozlewiska, jak również w okolice uroczej i niezwykle czystej Czarnej Hańczy. Ciekawostką są bagna rozciągające się między innymi w okolicy wsi Strzelcowizna. Nie sposób nie wspomnieć o przepięknym jeziorze Wigry, należącym do Pojezierza Suwalskiego, nad którym w klasztorze Kamedułów wypoczywał Jan Paweł II w trakcie jednej ze swoich pielgrzymek do Polski (1999r.).

Atrakcyjne leśne tereny możemy pokonywać także pieszo lub samochodem po dość dobrze oznaczonych szlakach pieszych oraz asfaltowych i żwirowych drogach w miejscach udostępnionych dla zmotoryzowanych turystów.

Jedną z najbardziej popularnych i ulubionych atrakcji

turystycznych Puszczy Augustowskiej są spływy kajakowe wiodące przez najpiękniejsze szlaki rzek: Rospudy, Czarnej Hańczy, Marychy, Blizny oraz przez Kanał Augustowski i jego śluzy. Miłośnicy kąpeli w czystych jeziorach, wędkarze, żeglarze mogą wybrać pobyt nad jednym z jezior Pojezierza Augustowskiego. Są to: Necko, Rospuda, Białe, Sajno, Serwy, a także Studzieniczne.

Spędzając wolne dni na Suwalszczyźnie i Podlasiu nie musimy martwić się, że brak dobrej aury zepsuje nam urlop. Nawet podczas chłodnych, deszczowych dni możemy znaleźć coś dla siebie. Możemy skorzystać z usług Żeglugi Augustowskiej oferujących rejsy statkami po Kanale Augustowskim oraz większych jeziorach augustowskich. Turyści wybierają również rejsy gondolami zarówno po okolicznych jeziorach jak również rzeką Rospudą. Na wycieczkę po puszczy można udać się wagonikami Wigierskiej Kolejki Wąskotorowej. Dla chętnych turystów organizowane są niedrogie jednodniowe atrakcyjne wycieczki do Wilna, Trok, Kowna oraz aquaparku w Druskiennikach.

Miłośnicy dobrego jadła również się nie zawiodą! Tu, w miejscowościach Puszczy Augustowskiej możemy rozsmakować się w regionalnych potrawach i zakochać się w nich bez pamięci. Popularnością wśród wczasowiczów cieszą się kartacze, kakory, czenaki oraz bliny. W upalne dni wyśmienicie smakuje chłodnik litewski. Koneserzy dobrych trunków mogą skosztować prawdziwego litewskiego kwasu chlebowego oraz wysokoprocentowych litewskich nalewek miodowych (50% Suktinis, 75% Żalgiris). Nazwy owych dań i trunków są jak widać tajemnicze i celowo ich nie wyjaśnię zachęcając tym samym do odwiedzenia tych stron i spróbowania proponowanych potraw w sprawdzonych jadalniach: Zajeździe u Lecha w Suchej Rzeczce, barze Pod Jelonkiem w Jeleniewie oraz karczmie Dom Litewski w Sejnach.

Serdecznie zapraszam i zachęcam do odpoczynku w Puszczy Augustowskiej wszystkich szukających spokoju, ceniących naturę, miłośników aktywnego wypoczynku jak również wielbicieli dobrego jedzenia.



Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koszalinie

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska powstała w 1981 r. Do 1996 r. mieściła się w dwóch starych budynkach mieszkalnych przy ul. Bema 10 i 16. W 1996 r. została przeniesiona do świeżo wyremontowanego budynku przy ul. Zwycięstwa 204 a. Wraz z nadejściem w 1999 r. reformy ubezpieczeń społecznych, Przychodnia otrzymuje status Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej i staje się placówką ogólnodostępną.

Obecnie sprawuje opiekę w rodzaju POZ nad około 10 tys. zadeklarowanych pacjentów. Ponadto udzielamy świadczeń medycznych w rodzajach Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (chirurgia ogólna, ortopedia i traumatologia, kardiologia, okulistyka, otolaryngologia, neurologia, dermatologia, ginekologia), Stomatologia i Rehabilitacja. Dysponujemy Poradnią Medycyny Pracy z bardzo dobrze wyposażoną Pracownią Psychologii Pracy. Wykonujemy szereg badań diagnostycznych takich jak: rtg cyfrowe, USG narządowe, badania USG Dopplera, USK, EKG, próby wysiłkowe, EKG i RR Holtera, audiometria, spirometria, tonometria bezkontaktowa, perymetria, badania laboratoryjne. Pracujemy na nowoczesnym i stale odnawianym sprzęcie i aparaturze medycznej. Placówka jest w pełni z informatyzowana i prowadzi dokumentację medyczną w wersji elektronicznej. Posiadamy certyfikat systemu zarządzania jakością ISO 9001-2008.



Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Zwycięstwa 204 A, 75 - 640 Koszalin
sekretariat tel. (94) 345-68-25 fax (94)345-61-02

rejestracja (94)343-77-92

e-mail: info@wspl.koszalin.pl <http://www.wspl.koszalin>