



Morze Spraw

Nr 3 (106) 2016 r. (ROK XXIV) ISSN 1231-4846

BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Dyplom i co dalej? s. 10

Realizacja zleceń lekarskich s. 16

Ordynowanie leków i wypisywanie recept s. 29

Szanowni Koleżanki i Koledzy



Bożena Wojcikiewicz
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

Jesteśmy po sezonie urlopowym mam nadzieję, że oderwaliśmy się na chwilę od codzienności, aby zaczerpnąć trochę energii do pracy i codziennych zmagañ. Proszę, dzielcie się na łamach biuletynu tą energią i radosnymi chwilami z podróży, urlopów, gdyż ponoć „nie samym chlebem człowiek żyje”. W tej refleksyjnej jeszcze nucie, zachęcam w myśl Flauberta „Najlepsza część życia mija nam na mówieniu – jest za wcześnie, a potem za późno” na dzielenie się swoimi marzeniami i pasjami, które realizujecie lub które są jeszcze przed wami. Warto zacząć swoją pasję. Ja swoją pasję zaczęłam realizować od niedawna, ale o tym innym razem.

Wrzesień, to miesiąc kolejnego wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek - kilka informacji w tym zakresie ze strony NRPiP, MZ i NFZ. Dla samorządu jest to okres intensywnej pracy związany z opiniowaniem podwyżek w podmiotach leczniczych. Mam nadzieję, że rozporządzenie MZ dotyczące wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych z 2015 r. będzie obowiązywać przez kolejne lata.

Od 16 września rozpoczęliśmy szkolenie w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept z pozyskanych środków unijnych (4 edycje do końca roku). Dalej uważam, że dodatkowe uprawnienia i odpowiedzialność powinniśmy wiązać się z dodatkowym wynagrodzeniem, w tej kwestii jako że m.in. odciążamy lekarzy w POZ, w zakresie porady recepturowej. Zapraszam do udziału, bo w 2017 r. planujemy następne 4 edycje.

Pan Minister Zdrowia, w dokumencie „Narodowa Służba Zdrowia” przedstawił zmiany w systemie ochrony zdrowia, stawiając na ewolucyjne zmiany, ale jak na razie dla naszego środowiska są to zmiany rewolucyjne. Myślę tutaj o zmianach w poz i kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek – czyli zamysł powrotu do systemu kształcenia pielęgniarek sprzed 20 lat (licea medyczne). Przywołam w tym miejscu anegdotę: Idzie turysta ulicą, patrzy na zegar na wieży jest 12.00. Idzie dalej, na ratuszu jest 11.50, idzie dalej a na wieży kościelnej jest 11.45. Zaniepokojony mówi: „chyba idę w złą stronę”. Panie Ministrze, chyba idziemy w złą stronę, czasu nie cofniemy. Przedstawiam stanowisko ORPiP w tej sprawie oraz wspólne stanowisko NRPiP, OZZPiP i PTP.

W doniesieniach medialnych czytaliśmy o domniemanej pomyłce pielęgniarki, która spowodowała zgon dziecka. Ministerstwo Zdrowia nie czekając na fakty zarządziło poprzez konsultantów wojewódzkich obowiązek przeszkolenia pielęgniarek w zakresie wykonywania zleceń lekarskich. Czyż problem nie dotyczy obu zawodów medycznych, w realizacji tego obowiązku? Więcej w stanowisku NRPiP w tej kwestii.

W lipcu i sierpniu miałam przyjemność wręczania praw wykonywania zawodu licencjatów pielęgniarstwa. Cieszę się, że ok. 50% z nich zasiliło polski system ochrony zdrowia. Są to te pielęgniarki, które wierzą, że polskie pielęgniarstwo doczeka się lepszego jutra. O losach absolwentów pielęgniarstwa, ich przyszłości - zapraszam do własnych refleksji w artykule „Dyplom i co dalej”. Aby być na bieżąco, nieustannie zachęcam do odwiedzania strony internetowej naszej Izby.

Z wyrazami szacunku i pozdrowieniami

Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPiP

DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA	4
KALENDARIUM	7
WOKÓŁ SAMORZĄDU	8
AKTUALNOŚCI	22
OPINIE PRAWNE	26
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	29
W WOLNEJ CHWILI	31
WARTO ZOBACZYĆ	32
KONDOLENCJE	34

WAŻNE DATY

- 01.09 Światowy Dzień AIDS
 21.09 Światowy Dzień Osób z Chorobą Alzheimera
 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

Zespół redakcyjny: Bożena Wojcikiewicz, Grażyna Margas, Monika Zaremba, 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
 - Bożena Wojcikiewicz
Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady
 - Justyna Laska
 - Zdzisław Piekarski

Sekretarz Okręgowej Rady
 - Krystyna Morawska

Skarbnik Okręgowej Rady
 - Katarzyna Nowak

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
 - Małgorzata Szmít
 pełni dyżur w siedzibie OIPiP w Koszalinie przy ul. Zwycięstwa 190 IIIp. w każdy drugi i ostatni wtorek miesiąca w godz. 15:30-16:30

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
 - Jolanta Kiekisz

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej
 - Jolanta Stolarek

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

Sekretariat OIPiP
 - Bożena Pstrągowska
 email: izba@oipip-koszalin.org

Dział Prawa Wykonywania Zawodu
 - Barbara Taterka
 email: pwz@oipip-koszalin.org

Dział Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
 - Liliana Kowalewska
 email: szkolenia@oipip-koszalin.org

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

GERIATRIA

**„Starość nie jest chorobą,
a tylko ostatnim etapem życia człowieka”**

W tym numerze Biuletynu publikujemy kolejną część artykułu opisującego zagadnienie geriatry.

Skutki upadków u osób w wieku geriatrycznym możemy podzielić na skutki fizyczne oraz psychiczne. Do konsekwencji fizycznych zaliczmy złamanie szyjki kości udowej (90%) oraz w miejscach takich jak: nadgarstek, żebra, kręgi, staw skokowy, staw kolanowy. Skutki unieruchomienia to także konsekwencje psychologiczne i społeczno-ekonomiczne. Często upadkom towarzyszy zespół powypadkowy (lęk, bierność, depresja). Przekłada się to na wzrost zapotrzebowania na opiekę instytucyjną.

Nietrzymanie moczu jest kolejnym problemem mogącym występować u osób w wieku geriatrycznym.

Zdolność utrzymywania moczu w pęcherzu zależy od:

- ◆ prawidłowej czynności dolnego odcinka układu moczowego,
- ◆ sprawnego umysłu,
- ◆ możliwości poruszania się
- ◆ odpowiedniej motywacji
- ◆ zręczności manualnej

W miarę starzenia w dolnym odcinku układu moczowego następują zmiany:

- ◆ zmniejsza się pojemność pęcherza
- ◆ pojawia się konieczność niezwłocznego oddania moczu
- ◆ zmniejsza się szybkość wypływu moczu
- ◆ pojawiają się skurcze ściany pęcherza

Nietrzymanie moczu (inkontynencja) wg Międzynarodowego Stowarzyszenia ds. Kontynencji -ISC to mimowolna utrata moczu stwierdzana obiektywnie jako problem higieniczny i społeczny. To schorzenie przewlekłe, szeroko rozpowszechnione w społeczności, które ogranicza możliwość wykonywania podstawowych zadań życiowych, wymaga długiej i regularnej opieki lekarskiej, jest trudno wyleczalne, stanowi problem dla społeczeństwa.

Na nietrzymanie moczu cierpi 10-15% każdego społeczeństwa, w starszym wieku problem ten wzrasta do 35%.

Skutkiem nietrzymania moczu jest dezorganizacja życia i pogorszenie jego jakości z powodu:

- ◆ wstydu
- ◆ bezradności
- ◆ obniżenia poczucia własnej wartości
- ◆ poczucia niepełnej wartości społecznej
- ◆ izolacji społecznej
- ◆ depresji

Jest to także problem ekonomiczny. Największe wydatki ponoszone są na: opiekę, leczenie powikłań (infekcje moczowe, zakażenia i podrażnienia skóry) oraz stosowanie produktów wchłaniających. Koszty leczenia przyczynowego (leki, operacje) są równe 10-letniemu używaniu produktów wchłaniających!

Nietrzymanie moczu jest następstwem nakładania się różnych chorób lub stanów na fizjologiczne zmiany inwolucyjne w obrębie układu moczowego, w związku z tym może mieć charakter przejściowy lub utrwalony.

Przejściowe NTM pojawia się pod wpływem zadziałania



dotaddkowego czynnika, którego eliminacja przywraca stan wyjściowy. Może ewoluować w utrwalone NTM jeżeli przyczyna pozostaje nieleczone. Nie można jednak rozpoznawać utrwalonego NTM tylko w oparciu o długość procesu.

Odwracalne przyczyny przejściowego nietrzymania moczu to:

D - delirium

I - infekcje dróg moczowych

A - troficzne zapalenie cewki moczowej i pochwy

L - leki

Z - zaburzenia psychiczne, zwłaszcza depresje

N - nadmierna objętość wydalanego moczu (niewydolność krążenia, hiperglikemia)

O - ograniczenie ruchów

K - kałowe zatkanie

Przyczyny Utrwalonego NTM można podzielić na neurologiczne i pozaneurologiczne takie jak: nowotwory, kamica, choroby cewki moczowej, stresowe NTM, osłabienie mięśni dna miednicy (u kobiet), nadpobudliwość lub obniżona aktywność mięśnia wypieracza oraz niewydolność lub niedrożność drogi odpływu moczu.

Nietrzymanie moczu może być:

- 1) wysiłkowe (WNM) – najczęstsze, występuje u 50-70% pacjentów
- 2) nagłe NTM - objawia się mimowolnym gubieniem moczu poprzedzonym uczuciem nagłego parcia na mocz, u 20-40% pacjentów
- 3) mieszane NTM - połączenie dwóch w/w rodzajów
- 4) moczenie nocne - wyciek moczu podczas snu
- 5) odruchowe - okresowe niekontrolowane skurcze mięśnia wypieracza i nieświadome oddawanie moczu.

NTM

Wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje wtedy, kiedy mięśnie miednicy nie są w stanie w odpowiedni sposób uciskać cewki moczowej. Wtedy najmniejszy wysiłek, taki jak kaszel czy kichnięcie powoduje popuszczanie moczu. Zmusza to pacjentki do stałego noszenia podpasek, a wraz z rozwojem schorzenia, nawet pieluch. 15-30 % kobiet ma problem z nietrzymaniem moczu. Diagnostyka różnicowa nietrzymania moczu wykonywana jest na podstawie badań laboratoryjnych, badania per rectum, badania neurologicznego, badania ginekologicznego, oceny urologicznej, badania ultrasonograficznego, badania urodynamicznego oraz cystografii. Trzeba pamiętać, że nie można rozpoznawać utrwalonego NTM tylko w oparciu o długość procesu!

Leczenie zachowawcze polega na leczeniu infekcji dróg moczowych poprzez:

- ◆ estrogenoterapię u kobiet
- ◆ adenektomię u mężczyzn
- ◆ oczyszczenie rectum i regulację wypróżnień
- ◆ obniżenie ciężaru ciała
- ◆ leczenie kaszlu.

Leczenie farmakologiczne i chirurgiczne stosuje się głównie w nadreaktywności pęcherza. Poprzez stosowanie leków antycholinergicznycy uzyskuje się: zahamowanie czynności skurczowej pęcherza, zmniejszenie częstości oddawania moczu w dzień i w nocy oraz eliminację parcia nagłego i nietrzymania moczu.

Do zabiegów kwalifikowane są osoby prawie wyłącznie w przypadku wysiłkowego NTM z dużym nasileniem wysiłkowego NTM, chorzy, u których zawiodło leczenie zachowawcze, mężczyźni z wysiłkowym NTM w następstwie uszkodzenia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej po operacjach w obrębie miednicy mniejszej, po zabiegach usunięcia gruczołu krokowego.

U kobiet wykonuje się zabiegi przezpochwowe z użyciem taśm syntetycznych, których zadaniem jest podpieranie środkowej części cewki moczowej oraz ćwiczenia mięśni Kegla. Pozwala to na wzmocnienie mięśnia łonowo-guzicznego i naukę kontrolowania i wzmocnienia mięśni dna miednicy. Ćwiczenia polegają na zaciskaniu mięśni pochwy i odbytu na ok. 8-10 sekund. Należy je powtarzać w krótkich odstępach czasu przez co najmniej 20 minut.

Systematyczne stosowanie ćwiczeń powoduje wzmocnienie mięśni, zwiększa ich elastyczność, co zapobiega opuszczaniu się narządów i wysiłkowemu niestrzymaniu moczu. Ćwiczenia mięśni Kegla poprawiają postawę ciała, ogólną kondycję ciała oraz jakość życia, w tym życia seksualnego.

W metodzie biofeedback wykorzystuje się aparaturę elektroniczną, która pokazuje podłączonej do niej osobie (w formie sygnału akustycznego albo świetlnego), jak mocno i jak długo kurczy ona mięśnie.

Aquaflex - stożki dopochwowe do ćwiczeń mięśni dna miednicy.

Celem opieki pielęgniarskiej jest kształtowanie świadomości konieczności oddania moczu oraz utrzymanie higieny.

Plan opieki powinien uwzględniać: obserwację, naukę samoobserwacji dotyczącą: częstości oddawania moczu, pojawiania się parcia oraz niekontrolowanego oddawania moczu. Na tej podstawie można prowadzić trening mikcyjny, tj. świadome oddawanie moczu w tych godzinach, w których zaobserwowano bezwiedne moczenie. Zadaniem pielęgniarki jest nadzór, przypominanie i zachęcanie pacjentek do regularnego wykonywania ćwiczeń Kegla, trening mikcyjny oraz regularne opróżnianie pęcherza co 3-4 godz. (także w nocy). Konieczny jest łatwy i szybki dostęp do toalety! Stałe lub okresowe cewnikowanie pęcherza moczowego u chorych z nieogódnymi się odleżynami wymagających prowadzenia bilansu płynów.

Celem opieki pielęgniarskiej nad chorym z założonym cewnikiem moczowym jest zapobieganie powikłaniom: zakażeniu, pogrubieniu ścian pęcherza i utracie jego kurczliwości.

Stosując cewnikowanie zewnętrzne zapewnić należy dwa komplety cewników na dzień, drugi na noc i specjalne mocujące majtki. Stosowanie cewników zewnętrznych u mężczyzn (uridomów) zmniejsza niebezpieczeństwo wprowadzenia infekcji do dróg moczowych lecz wymaga współpracy ze strony pacjenta. Można także stosować wkładki urodynamiczne lub pampersy. Pielęgniarka szczególną uwagę powinna zwrócić na skórę okolicy kroczka.

Ostre zatrzymanie moczu jest stanem nagłym w urologii. Może ono wystąpić u mężczyzn w wieku podeszłym, wymaga szybkiego opróżnienia pęcherza moczowego i ustalenia przyczyny. U chorych w wieku podeszłym z ostrym zatrzymaniem moczu często występuje zaparcie stolca z zaleganiem mas kałowych w odbytnicy, majaczenie i objawy ogólnoustrojowe. U osób starszych ostre zatrzymanie moczu może wymagać hospitalizacji w celu leczenia przyczynowego. Ostre zatrzymanie moczu może wywołać lub nasilić choroby współistniejące.

Ostre zatrzymanie moczu jest to nagła, bolesna niezdolność do samodzielnego oddania moczu pomimo rozciągniętego pęcherza moczowego. Stan ten może prowadzić do zakażenia, niewydolności nerek i przewlekłej dysfunkcji pęcherza moczowego. Mężczyźni w wieku podeszłym są najbardziej zagrożeni (10-30%). Wynika to ze zwiększającej się z wiekiem częstości występowania łagodnego rozrostu gruczołu krokowego prowadzącego do łagodnego powiększenia stercza – najczęstszej przyczyny ostrego zatrzymania moczu spowodowanego niedrożnością. Choroby współistniejące oraz przyjmowanie wielu leków mogą zmieniać obraz kliniczny, utrudniać rozpoznanie i leczenie oraz zwiększać częstość

powikłań i śmiertelność w przebiegu ostrego zatrzymania moczu.

Nietrzymanie stolca to niezdolność gromadzenia kału i wydalania go w ogólnie przyjęty i społecznie akceptowany sposób w pełni kontrolowany przez człowieka. Nietrzymanie stolca to bezwiedne oddanie stolca co najmniej 2 razy w miesiącu. Jest pierwszą przyczyną umieszczania osób w wieku podeszłym w domach opieki. To objaw wstydlivy, rzadko werbalizowany przez pacjentów w gabinetach lekarskich, rzadko odnotowywany jest w statystykach dużo rzadziej niż rzeczywiście występuje. Najbardziej precyzyjne dane są z domów opieki gdzie problem ten stwierdza się u około 50% pensjonariuszy.

Przyczyny nietrzymania stolca to między innymi:

- ◆ ciężkie zaparcia z niedrożnością kałową
- ◆ nadużywanie środków przeczyszczających
- ◆ biegunki
- ◆ starzenie się
- ◆ upośledzenie funkcji poznawczych
- ◆ choroby nerwowo-mięśniowe
- ◆ ograniczony dostęp do toalety
- ◆ unieruchomienie, zwłaszcza wśród osób przebywających w instytucjach opiekuńczych lub szpitalach



Dla oceny stopnia zaawansowania nietrzymania stolca są wykorzystywane różne skale. Najczęściej używana jest skala Wexnera gdzie wynik: 0 pkt oznacza doskonałą kontrolę nad oddawaniem stolca, a 20 pkt – całkowite nietrzymanie stolca.

Leczenie zachowawcze polega na modyfikacji diety, planowym korzystaniu z toalety, ułatwieniu dostępu do toalety oraz fizjoterapii najlepiej połączonej z biofeedback. Brak poprawy w wyniku leczenia zachowawczego wymaga dalszej diagnostyki tj. badania endoskopowego.

W diagnostyce nietrzymania stolca wystarczy proste badanie kliniczne z wnikliwymi wywiadami, oglądaniem okolicy kroczka i badaniem per rectum. Pozwala na natychmiastowe wyłonienie przyczyny nietrzymania stolca u osoby w wieku podeszłym. Wykonanie MRI, USG wewnątrzodbytwego, defekografii, manometrii odbytu to końcowy etap diagnostyki, której zadaniem jest sprecyzowanie odpowiedniego leczenia, na tym etapie często już chirurgicznego.

Problem nietrzymania stolca potęguje się w przebiegu choroby podstawowej. Kiedykolwiek się pojawi, pacjent może pozostawać albo całkowicie nieświadomy albo wywołuje to u niego objawy frustracji i niepokoju.



Pacjenci przebywający w szpitalu lub instytucjach opiekuńczych zanieczyszczający się z powodu trudności w adaptacji: bezradności, wyobcowania, trudności w orientacji przestrzennej, niechęci do korzystania z toalety.

Pielęgnacja wymaga analizy przyzwyczajzeń - zachowań „wstępnych” towarzyszących temu zjawisku. Dokładna analiza tych zachowań pozwoli wypracować model korzystania z toalety przez chorego. Regularność wizyty chorego w toalecie, min. 2-3 razy w ciągu dnia. Używać zawsze tych samych udogodnień, np. krzesła toaletowego lub „zwykłej” toalety. To wypracuje odruchowe myślenie o związku tej rzeczy-udogodnienia z aktem wypróżnienia u chorego. Zapewnij bezpieczeństwo i komfort w toalecie.

Należy sprawdzić ogrzewanie oraz oświetlenie. Zapewnić udogodnienia jak poręcze i uchwyty. Sprawdzić, czy toaleta jest stabilna i na dobrej wysokości dla chorego, preferowane jest wyposażenie które można dostosowywać do indywidualnych potrzeb chorego.

Jeżeli nie można sobie poradzić z uregulowaniem mechanizmów oddawania stolca, zastosować można pewne udogodnienia, które zabezpieczą chorego jak: odpowiednie ubrania, pieluchomajtki, prześcieradła, majtki zabezpieczające. Większość tych produktów jest jednorazowych. Niektóre mają różną zdolność pochłaniania substancji płynnych. Opiekę nad pacjentami z nietrzymaniem stolca o konsystencji płynnej lub półpłynnej ułatwia system do kontrolowanej zbiórki stolca.



ZAPARCIA

Dane epidemiologiczne wskazują, że z powodu zaparcia stolca cierpi od 10 do 20 procent populacji, choć częściej objaw ten występuje u osób w wieku podeszłym. O zaparciu możemy mówić wtedy, gdy wypróżnienie następuje rzadziej niż trzy razy w tygodniu. Zaparcie stolca pojawia się wtedy, gdy wydłużony jest czas wędrowki pokarmu przez przewód pokarmowy i stolec jest oddawany rzadziej niż raz na 3 dni lub jest on twardy, co związane jest z nadmiernym jego wysuszeniem (odwodnieniem) lub uczuciem niepełnego wypróżnienia. Częstość występowania zaparcia rośnie z wiekiem. Po 65 r. ż. znacznie wzrasta. Zaparcia występują częściej u kobiet niż u mężczyzn.

Zaparcia można podzielić na dwie grupy: zaparcia czynnościowe i zaparcia wtórne (będące wynikiem innej określonej choroby). Obecnie zaparcie czynnościowe najczęściej definiuje się na podstawie spełnienia kryteriów rzymskich III:

Kryteria diagnostyczne, zaparcia czynnościowego to co najmniej 2 z poniższych:

- nasilone parcie co najmniej przy co czwartej defekacji,
- brylowate lub twarde stolce co najmniej przy co czwartej defekacji,
- co najmniej uczucie niepełnego wypróżnienia przy co czwartej defekacji,
- uczucie przeszkody w odbycie lub w odbytnicy co najmniej przy co czwartej defekacji konieczność ręcznego wspomaganie

wypróżnienia (ręczna ewakuacja stolca, unoszenie dna miednicy) co najmniej przy co czwartej defekacji,
– <3 wypróżnienia tygodniowo.

Zaparcie jest dolegliwością bardzo powszechną. Statystyki prowadzone w różnych krajach na świecie potwierdzają, że problem zaparcia dotyczy między 1,9% a 27,2% ogólnej populacji, z przewagą wartości między 12% i 19%. Ocenia się, że średnio w Europie objawy obstrukcji zgłasza 17,1% społeczeństwa. Płeć żeńska, warunki socjoekonomiczne oraz wykształcenie wpływają na częstość występowania tej dolegliwości.

Stosunek kobiet do mężczyzn cierpiących na zaparcie wynosi 2,2:1. Częstość występowania wzrasta z wiekiem, zwłaszcza po 65. roku życia. Szacuje się, że ok. 40% pacjentów geriatrycznych przebywających poza instytucjami opiekuńczymi cierpi na objawy zaparcia stolca

Wydłużenie czasu pasażu treści pokarmowej u osób starszych powodowane jest głównie przedłużonym magazynowaniem stolca w dystalnym odcinku jelita, podczas gdy pasaż przez jelito powyżej odbytnicy wydaje się nie zmieniać z wiekiem. Podsumowując wyniki badań dotyczących wpływu różnych czynników na rozwój zaparcia u osób starszych dominujące znaczenie okazują się mieć zmiany dotyczące funkcji odbytnicy i odbytu, a nie czas pasażu treści pokarmowej. Udowodnione są zmiany w dystalnym odcinku jelita grubego w postaci obniżenia ciśnienia spoczynkowego w odbytnicy i siły skurczu zwieraczy odbytu, co prawdopodobnie ma największy wpływ na powstawanie objawów obstrukcji.

Przyczynami zaparcia są najczęściej: dieta uboga w błonnik, mała aktywność fizyczna oraz złe nawyki związane z defekacją w postaci ignorowania wczesnych bodźców fizjologicznych.

Pomimo, że wiek jest najważniejszym pojedynczym czynnikiem ryzyka rozwoju zaparcia, sam proces starzenia wydaje się mieć niewielki bezpośredni wpływ na funkcjonowanie układu pokarmowego. Wynika to głównie z dużej rezerwy funkcjonalnej układu pokarmowego. Wydaje się, że najważniejszymi czynnikami wpływającymi na pasaż treści pokarmowej w obwodowych odcinkach jelita grubego mają choroby oraz leki powszechnie przepisywane osobom w wieku podeszłym. Zwraca również uwagę częste współwystępowanie neurologicznych, endokrynologicznych i innych stanów chorobowych, które mogą stanowić niezależne przyczyny obniżenia motoryki układu pokarmowego u osób starszych.

Według wielu autorów największy wpływ na motorykę układu pokarmowego w tej grupie pacjentów mają:

- ◆ choroby neurologiczne,
- ◆ unieruchomienie w łóżku z przyczyn medycznych bądź psychicznych,
- ◆ obniżona zdolność do wysiłku,
- ◆ nieprawidłowa dieta,
- ◆ depresja.

Poniższa lista zawiera uporządkowane przyczyny zaparcia u osób w wieku podeszłym:

Leki na receptę: opiaty (np. morfina), leki antycholinergiczne, leki przeciwdepresyjne z grupy trójcyklicznych (np. amitryptylina), antagoniści receptorów wapnia (np. werapamil), leki stosowane w leczeniu choroby Parkinsona (np. amantadyna), sympatykomimetyki (np. efedryna), leki psychotropowe (np. chloropromazyne), diuretyki (np. furosemid), leki antyhistaminowe (difenhydramina).

Leki bez recepty: leki alkalinizujące kwas solny (głównie zawierające wapń), suplementacja wapnia, suplementacja żelaza, leki przeciwbiegunkowe (np. loperamid), niesteroidowe leki przeciwzapalne (np. ibuprofen).

W następnych nr Biuletynu będą ukazywały się kolejne części Publikacji na temat Geriatrii. Zachęcamy czytelników do lektury tych także ważnych zagadnień w życiu każdego człowieka.

KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



CZERWIEC 2016 ROK

<p>9-10 czerwca 2016 r. 16 czerwca 2016 r.</p>	<p>udział Okręgowych Rzeczników OIPIP w Koszalinie w szkoleniu Rzeczników w Szczecinie. udział Bożeny Wojcikiewicz Przewodniczącej ORPiP w Koszalinie w uroczystościach z okazji XXV-lecia samorządu pielęgniarek i położnych OIPIP w Słupsku.</p>
<p>16 czerwca 2016 r.</p>	<p>udział członków naszego samorządu w ogólnopolskim spotkaniu pielęgniarek i położnych POZ w Poznaniu w celu wypracowania wspólnego stanowiska wobec planów MZ zmierzających do likwidacji samodzielnych podmiotów leczniczych.</p>
<p>21-23 czerwca 2016 r.</p>	<p>Bożena Wojcikiewicz Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.</p>
<p>21 czerwca 2016 r.</p>	<p>odbyło się spotkanie edukacyjne dla pielęgniarek i położnych zorganizowane przez Komisję ds. Położnych i firmę Peralgos nt. „Pierwsza pomoc dla noworodków i niemowląt” oraz „Poród w pozycjach wertykalnych”.</p>
<p>22 czerwca 2016 r. 23 czerwca 2016 r.</p>	<p>w siedzibie OIPIP w Koszalinie odbyło się posiedzenie Komisji Epidemiologicznej. w siedzibie OIPIP w Koszalinie odbyło się spotkanie pielęgniarek i położnych POZ w sprawie zmian systemowych w POZ.</p>
<p>27 czerwca 2016 r.</p>	<p>Egzamin kurs specjalistyczny „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka” dla pielęgniarek i położnych.</p>
<p>28 czerwca 2016 r. 29 czerwca 2016 r.</p>	<p>posiedzenie członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych udział członków OIPIP w Ogólnopolskiej Pikiecie zorganizowanej w Warszawie w sprawie zmian systemowych w POZ.</p>

LIPIEC 2016 ROK

<p>5 lipca 2016 r. 5 lipca 2016 r. 07 lipca 2016</p>	<p>posiedzenie Prezydium ORPiP. odbyło się szkolenie członków Zespołu Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych. udział członków OIPIP w Koszalinie w konferencji zorganizowanej przez Klub Poselski Kukiz 15 na temat sytuacji w POZ. Konferencja odbyła się w Warszawie.</p>
<p>21 lipca 2016 r. 27 lipca 2016 r.</p>	<p>posiedzenie Prezydium ORPiP w Koszalinie. egzamin dla pielęgniarek po 5-letniej przerwie wykonywania zawodu.</p>

SIERPIEŃ 2016 ROK

<p>2 sierpnia 2016 r. 9 sierpnia 2016 r. 30 sierpnia 2016 r.</p>	<p>posiedzenie Komisji Kształcenia ds. Refundacji. egzamin dla pielęgniarek po 5-letniej przerwie wykonywania zawodu. posiedzenie Prezydium ORPiP.</p>
---	--

WRZESIEŃ 2016 ROK

<p>9 września 2016 r. 13 września 2016 r.</p>	<p>egzamin dla pielęgniarek po 5-letniej przerwie wykonywania zawodu. udział Przewodniczącej I i II kadencji Marii Pomarańskiej, Justyny Laska Przewodniczącej V i VI kadencji oraz Bożeny Wojcikiewicz, Przewodniczącej VII kadencji ORPiP w uroczystościach z okazji 25-lecia samorządu pielęgniarek i położnych w Warszawie.</p>
<p>13-15 września 2016 r. 22 września 2016 r. 27 września 2016 r. 28 września 2016 r.</p>	<p>Bożena Wojcikiewicz uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. posiedzenie Komisji Kształcenia ds. refundacji. posiedzenie ORPiP. udział Bożeny Wojcikiewicz w Komisji konkursowej na pielęgniarkę przełożoną w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu.</p>

PAŹDZIERNIK 2016 ROK

<p>5 października 2016 r. 5 października 2016 r.</p>	<p>udział Bożeny Wojcikiewicz Przewodniczącej ORPiP w Koszalinie w inauguracji roku akademickiego 2016/2017 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koszalinie. egzamin dla pielęgniarek po 5-letniej przerwie wykonywania zawodu.</p>
--	--

Z bliska

Jesteśmy przewodniczkami

Z prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w jubileuszowym dla samorządu roku, w bliskości Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej rozmawia Ewa Sawicka.



Pani kadencja przypada na wyjątkowy czas – w tym roku przypada jubileusz 25-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. To dobra okazja, żeby przypomnieć sobie i innym, czemu służy ta organizacja i jakie ma zasługi. O czym przede wszystkim warto pamiętać?

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powstał w 1991 roku. Głównym jego zadaniem jest sprawowanie nadzoru nad należytym wykonywaniem obu zawodów. Z perspektywy minionych 25 lat widać, jak wiele udało się osiągnąć, ale też, że jeszcze więcej jest do zrobienia. Już pięć lat po jego powołaniu powstała ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, która reguluje całkowicie i od podstaw funkcjonowanie zawodów pielęgniarki i położnej. W tej ustawie osadzony jest też kodeks etyki zawodowej, który został przyjęty uchwałą nr 9 podczas IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w grudniu 2003 r. To ważny akt prawny, który nakłada na osoby wykonujące nasze zawody obowiązek etycznego zachowania zarówno w stosunku do pacjentów, jak do siebie nawzajem. Kodeks obowiązuje w niezmiennym kształcie do tej pory. W tej kadencji będziemy się pochylać nad nim w celu doprecyzowania niektórych zapisów, ponieważ świat medyczny się zmienia, zmieniają się technologie. Nie wiem na przykład, czy nie należałoby przemyśleć tak często w ostatnich latach dyskutowanej klauzuli sumienia.

Udało nam się również zrównać sposób kształcenia polskich pielęgniarek z unijnym. W tej chwili mamy uniwersytecki system kształcenia: pierwszy stopień – licencjat, drugi stopień – magister, i to jest niewątpliwie osiągnięcie. Udało nam się również bardzo dobrze zorganizować od strony prawnej kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

W tej chwili pielęgniarki mogą zdobywać najwyższy, mistrzowski stopień, czyli specjalizację w 17 dziedzinach pielęgniarstwa. Obok tego istnieje możliwość pogłębiania wiedzy na kursach

dokształcających i specjalistycznych. Ważnym elementem podnoszenia kwalifikacji było stworzenie studiów pomostowych, z których skorzystały pielęgniarki i położne mające ukończone licea medyczne i szkoły pomaturalne.

Kolejnym sukcesem było wejście w życie dyrektywy unijnej, która zrównywała polskie pielęgniarki z pielęgniarkami z krajów tzw. starej Unii. W 2005 r., a więc tuż po wejściu naszego kraju do UE, polskie pielęgniarki i położne mające wyższe wykształcenie dostały prawo wykonywania zawodu w każdym kraju unijnym bez konieczności nostryfikowania dyplomów. W 2013 r. uznane zostały kwalifikacje także polskich pielęgniarek – absolwentek liceów medycznych na zasadzie praw nabytych (a nie systemem ogólnego), a także złagodzone zostały warunki uznawania kwalifikacji położnych i pielęgniarek, absolwentek szkół pomaturalnych.

Z tej swobody podejmowania pracy w całej UE skorzystało bardzo wiele pielęgniarek i położnych. Emigracja zarobkowa to jeden z głównych czynników braku odpowiedniej liczby pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej...

Zatrzymanie pielęgniarek i położnych, szczególnie młodych (bo luka pokoleniowa w obu zawodach jest faktem), to jedno z najpilniejszych zadań, jakie przed nami stoją. Jako samorząd zawodowy jesteśmy razem ze związkami zawodowymi w stałym dialogu ze stroną rządową w tej kwestii. W ciągu ostatnich lat nastąpiła znaczna pauperyzacja obu zawodów. Wystarczy przypomnieć, że za czasów premiera Tadeusza Mazowieckiego i ministra pracy i polityki socjalnej Jacka Kuronia wskaźnik wynagrodzeń dla pielęgniarek wynosił 1,3 średniej krajowej, a dla lekarzy 1,7. Jeśli zarobki spadały poniżej tego poziomu, następowała indeksacja. Jak to wyglądało potem, dobrze wszyscy wiemy. W tej chwili średnia płaca pielęgniarki i położnej to 3500 zł, a średnia krajowa wynosi 4 tys. zł. Dlatego pielęgniarki w ubiegłym roku wyszły na ulice i protestowały. Przyznana wówczas wóczas podwyżka 4 × 400 zł brutto to też proteza. I to bardzo wadliwie przydzielana.

Zdaniem NRPiP jedynym sposobem, by praca pielęgniarek i położnych zaczęła być właściwie opłacana, jest powrót do tej praktyki i wpisanie do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zapisu gwarantującego wynagrodzenie na poziomie 1,5 średniej krajowej pielęgniarki wchodzącej do zawodu, a specjalistce do dwóch średnich krajowych. Obecny rząd obiecał, że stworzy akt prawny regulujący kwestię wynagrodzeń wszystkich zawodów medycznych. Samorząd zawodowy i związki chcą mieć oczywiście wpływ na to, jakie te zapisy będą. Myślę, że to jest właściwy kierunek.

Urealnienie płac to ważny czynnik podniesienia prestiżu zawodu, może się jednak okazać niewystarczającą zachętą do podejmowania pracy przez absolwentów studiów pielęgniarskich...

Obecnie tylko jedna trzecia absolwentów występuje o prawo wykonywania zawodu. Ginie nam ²/₃ doskonale wykształconych młodych ludzi. To ogromna strata. Potrzebujemy ich w systemie, dlatego samorząd zawodowy opracował projekt „Staż–pierwsza praca”, który przedstawił ministrowi zdrowia. Nie chodzi tu o roczne staże (jak w przypadku rezydentur), ale 2–3-letnie pełnopłatne zatrudnienie. Taki okres jest niezbędny, by przywiązać do zawodu młodego człowieka. I wyrobić w nim przekonanie, że może wykonywać go w Polsce.

Jak liczna grupa absolwentów mogłaby liczyć na tego typu pierwszą pracę?

Zdaniem samorządu zawodowego program powinien być skierowany do wszystkich absolwentów, czyli ok. 3–4 tysięcy osób. Oczywiście nie możemy oczekiwać, że 100 proc. absolwentów z niego skorzysta, ale już 80 proc. byłoby wielkim sukcesem.

To bardzo ambitny plan, wymagający jednak, jak sądzę, dużych nakładów finansowych. Skąd wziąć na to środki?

Zdajemy sobie z tego sprawę, dlatego uważamy, że oprócz Ministerstwa Zdrowia w projekt mogłoby się włączyć Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Aktywizacja zawodowa młodych ludzi jest jednym z ich zadań. Samorządowi zawodowemu zależy, żeby osoby, które zdecydowały się ukończyć tak wymagające studia, nie rezygnowały z pracy w zawodzie już na starcie, bo w innym, wymagającym mniejszych kwalifikacji i nie tak odpowiedzialnym szybciej znajdując zatrudnienie za podobne lub wyższe wynagrodzenie.

Jak pokazują badania socjologiczne, kryterium dochodowe, choć bardzo ważne, dla młodych ludzi nie jest jednak najważniejsze. Dla nich liczą się też inne, niewymierne, wartości takie jak możliwość samorealizacji, łatwość godzenia pracy z życiem osobistym, poczucie bycia ważnym członkiem danej społeczności...

Zawód pielęgniarki, położnej w ciągu ostatnich 25 lat stał się samodzielny, wymaga posiadania znacznych umiejętności i szerokiej wiedzy. Stąd nałożony ustawą obowiązek nieustannego podnoszenia kwalifikacji i kształcenia na poziomie podyplomowym. Ta samodzielność to też jedno z większych osiągnięć samorządu zawodowego. Obecnie pielęgniarka, położna to specjalistka, do której zadań należy nie tylko pielęgnowanie chorego i realizacja zleceń lekarskich, ale też wykonywanie skomplikowanych zabiegów oraz szeroko pojęta promocja zdrowia, edukacja pacjenta. Nastąpiło przesunięcie zadań z typowo opiekuńczych, które powinni już w pełni przejąć opiekunowie medyczni, w kierunku samodzielnie wykonywanych czynności, w tym też takich jak ordynowanie leków i przepisywanie recept. W ostatnim ćwierćwieczu pozycja pielęgniarki, położnej w systemie znacząco wzrosła. Z pracy pod nadzorem lekarskim doszliśmy do pełnej samodzielności (oczywiście jako członkowie zespołów terapeutycznych), a nawet w kierunku nadzorowania (opiekunowie medyczni) i koordynowania pracy innych, bo to pielęgniarka i położna są najbliższą pacjentowi, posiadają przy tym niezbędną wiedzę pozwalającą ocenić jego stan i podjąć decyzję, w którym momencie pacjentowi niezbędna jest pomoc lekarska, a w jakim zakresie o swoje zdrowie może zadbać sam przy pomocy i pod nadzorem pielęgniarki lub położnej. Także my mamy przecież w zakresie swoich obowiązków czynności lecznicze. Jestem przekonana, że jeśli tylko umożliwimy absolwentom podjęcie pracy na godziwych warunkach, to większość z nich pokocha ten zawód. Nie ma nic piękniejszego niż satysfakcja, jaką daje widok pacjenta, który wraca do zdrowia.

Tej samodzielności trzeba jednak ciągle bronić. Czy wpuścić na oddziały ratowników medycznych, którzy uzyskali większe uprawnienia niż pielęgniarki, nie świadczy o tym, że pielęgniarki wciąż muszą walczyć ze stereotypem bycia „średnim personelem medycznym”?

Tak, to swoisty paradoks. Stanowczo przeciwko temu protestujemy.

Na ile skuteczne?

Pan minister Radziwiłł obiecał, że to rozporządzenie obowiązywać będzie tylko przez pół roku, bo jest to program pilotażowy. Mam nadzieję, że tak będzie. Nam bardziej zależy, żeby na oddziały zamiast ratowników wszedł personel pomocniczy, pracujący pod nadzorem pielęgniarki. Ratownicy nie chcą tej podległości, chcą wykonywać swój zawód samodzielnie, bo do tego byli przygotowywani. I w systemie ratownictwa to się sprawdza, ale nie na oddziałach. W Ministerstwie Zdrowia zabiegamy o to, by pielęgniarki uzyskały szerokie wsparcie w postaci opiekunów medycznych. Uważamy, że to już ten czas, kiedy proste czynności higieniczno-sanitarne przy pacjencie

powinien przejąć personel o niższych kwalifikacjach, żeby pielęgniarki, których jest coraz mniej, mogły skupić się na czynnościach wyspospecjalistycznych.

To nie jedyny program pilotażowy obecnego Ministerstwa Zdrowia, który budzi zaniepokojenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Drugim jest KOC, czyli program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży...

Jako NRPIP podjęliśmy stanowisko odrzucenia w całości tego projektu, ponieważ wnosi on dużo niebezpieczeństw dla pacjentek, kobiet w ciąży. My, jeżeli chodzi o wykonywanie zawodu położnej, chcielibyśmy jako NRPIP, aby do końca zadziałał standard opieki okołoporodowej. Taki standard już od ok. trzech lat istnieje, bo obowiązuje rozporządzenie o standardzie, natomiast w praktyce nie do końca działa. Myślę, że byłby on wystarczający.

Nie sposób też nie wspomnieć przy okazji kontrowersji, jakie budzą pomysły Ministerstwa Zdrowia dotyczące organizacji POZ...

Zmiany w POZ są potrzebne i my tę potrzebę widzimy. Chcemy tylko usiąść wspólnie i powiedzieć panu ministrowi o rozwiązaniach, które chcielibyśmy wdrożyć.

Jakie są szanse na to, by głos środowiska został wysłuchany?

Myślę, że spore. Na spotkaniu z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej pan minister Radziwiłł zapewniał, że jest człowiekiem dialogu i czuje się ministrem wszystkich medycznych grup zawodowych, a w swoich decyzjach będzie kierował się przede wszystkim dobrem pacjentów, a nie interesem lekarzy. Temu służy powoływanie zespołów i wdrażanie programów pilotażowych. Mają one być platformą umożliwiającą wypracowanie najlepszych rozwiązań. Mam nadzieję, że tak właśnie się stanie.

Byłby to niewątpliwym sukces. A skoro sięgamy już w przyszłość, o czym marzy prezes NRPIP VII kadencji?

Chciałabym, żeby praca pielęgniarki i położnej była tak zorganizowana, by miała ona czas dla pacjenta. Żeby z osoby przemęczonej, zestresowanej nadmiarem obowiązków, przytłoczonej biurokratycznymi procedurami stała się prawdziwą przewodniczką pacjenta, edukatorką uczącą chorego i jego bliskich prozdrowotnych zachowań. Żeby pielęgniarki i położne miały czas nie tylko na wykonanie niezbędnych zabiegów, ale też na zwykłe, a tak potrzebne bycie z pacjentem, potrzymanie go za rękę, gdy tego potrzebuje.

Ważne przy tym jest, by kształcenie podyplomowe przestało być prywatną sprawą, odbywającą się kosztem wolnego czasu i opłacaną z własnych pieniędzy, a stało się częścią systemu zatrudnienia. Żeby pracodawcy potrafili stworzyć przejrzyste procedury i ścieżki awansu zawodowego. Jestem przekonana, że jeśli tak się stanie, chętnych do wykonywania obu zawodów nie zabraknie.



Dyplom: co dalej?

Jak już wcześniej wspomniałam, miałam olbrzymią przyjemność wręczenia praw wykonywania zawodu naszym licencjatom pielęgniarstwa.

Od powstania Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie ilość absolwentów w tym roku była najwyższa, ale tylko 50 % zgłosiło się po prawo wykonywania zawodu celem podjęcia zatrudnienia. Mam nadzieje ze pozostali licencjaci kontynuują naukę na studiach magisterskich. Tak naprawdę jest to kropla w morzu potrzeb kadry pielęgniarskiej na naszym terenie bo mury uczelni opuściło w ciągu 4 lat zaledwie 133 pielęgniarki w tym 74% odebrało prawo wykonywania zawodu a 10 % poprosiło o dokument potwierdzający kwalifikacje w krajach Unii Europejskiej.

W tym roku akademickim w kraju jak donoszą media notuje się wzrost o ok. 20-40% popytu na studia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. U nas w PWSZZ zgłosiło się nieco ponad 60 % w stosunku do limitu ale jeszcze trwa rekrutacja. Powiedziałyby się, że zawody pielęgniarki i położnej wracają do łask. Jednak nie ma się co łudzić, studenci kształcą się często z myślą o pracy zagranicą. Wynagrodzenia pielęgniarek w krajach europejskich są nawet dziesięciokrotnie wyższe niż w Polsce. Prawdą jest, że kształcimy głównie kadry na rynek zachodni. Często pytam osoby ubiegające się o dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe w UE, dlaczego Pani/ Pan wyjeżdża? Wtedy relacjonują propozycję polskiego pracodawcy na 2000,00 zł brutto i wymieniają kwoty wynagrodzenia proponowane w krajach UE oraz fakt opieki nad 5-8 pacjentami na dyżurze, a nie 20 i więcej.

Już dzisiaj w Polsce brakuje 100 tysięcy pielęgniarek. W Polsce mamy średnio 5,3 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, zaś średnia unijna wynosi 9,8

W wielu miastach pod drzwiami uniwersyteckiej auli czekają na absolwentów rekruterzy do pracy zagranicą a dyrektorzy polskich szpitali żalą się, że nie mają pieniędzy na zatrudnienie pielęgniarek, choć bardzo ich potrzebują. Niewątpliwie brakuje strategii dla pielęgniarstwa w tym zakresie w ramach programu MZ. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje rozwiązania np. program staży dla młodych pielęgniarek i położnych. Warto znaleźć pieniądze, bo właśnie ci absolwenci od razu po studiach podejmą pracę i być może pozostaną w tych miejscach pracy, w Polsce. Istotnym rozwiązaniem, które postulujemy od dłuższego czasu jest wpisanie pielęgniarek w system kontraktowania świadczeń zdrowotnych, co znacznie wpłynie na zmniejszenie obciążenia pracą pielęgniarek. Niestety, strategią dla polskiego pielęgniarstwa jest dzisiaj propozycja MZ powrotu do kształcenia pielęgniarek na poziomie liceów medycznych.

Cieszę mnie fakt, że zainteresowanie studiami pielęgniarstwiem wzrasta, ale pamiętajmy, że te osoby, które dokonują tego wyboru zdają sobie sprawę z tego co robią. Mamy w Polsce świetnie zorganizowany system kształcenia pielęgniarek, których praca jest bardzo ceniona zagranicą. Jeśli jednak decydenci i polski system opieki zdrowotnej nie będzie szanował pracy pielęgniarek, nie będzie widział znaczenia tego zwozu oraz oferował niezbędnych i godnych warunków zatrudnienia i wynagradzania, nadal będziemy obserwować ucieczkę pielęgniarek z kraju. Boję się dzisiaj deklarować studentom 1 roku pielęgniarstwa, że będzie lepiej w polskim systemie ochrony zdrowia, w zakresie warunków zatrudnienia dla pielęgniarek i położnych, ale mam nadzieję, że tak będzie.

Ostatnio, pomyślałam na deficyt kadry pielęgniarek i położnych w kraju jest pozyskiwanie przez szpitale, we współpracy z uczelniami Ukrainek, które podejmą naukę na studiach licencjackich w Polsce. Czy czasami nie będzie to tylko przystanek w drodze na rynki pracy w UE?

B. Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPIP w Koszalinie



Jakie są wymogi i warunki zatrudnienia pielęgniarek z Ukrainy w Polsce?

Warunkiem podjęcia pracy w Polsce w zawodzie pielęgniarki przez pielęgniarkę z Ukrainy jest przyznanie jej prawa wykonywania zawodu pielęgniarki przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

Z uwagi, iż Ukraina nie należy do państw członkowskich Unii Europejskiej, obywatele tego państwa są cudzoziemcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

W myśl przepisu art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.i.p., cudzoziemcowi może być przyznane prawo wykonywania zawodu na stałe albo na czas określony, jeżeli:

- 1) posiada zezwolenie na pobyt stały;
- 2) posiada urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim;
- 3) przedstawi zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki lub położnej na podstawie przepisów obowiązujących w państwie, w którym dotychczas wykonywał zawód;
- 4) przedstawi zaświadczenie odpowiedniego organu państwa, którego jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
- 5) posiada świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych bądź uzyskane w innym państwie świadectwo uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia takiej szkoły, zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem, że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;
- 6) ma pełną zdolność do czynności prawnych;
- 7) jego stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub wykonywanie zawodu położnej;
- 8) odbył 6-miesięczny staż adaptacyjny we wskazanym podmiocie leczniczym;
- 9) wykazuje nienaganną postawę etyczną. Z obowiązku odbycia 6-miesięcznego stażu adaptacyjnego we wskazanym podmiocie leczniczym zwolnieni są cudzoziemcy, którzy ukończyli szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej

(art. 35 ust. 2 u.z.p.i.p.). Stosownie do art. 35 ust. 3 u.z.p.i.p., okręgowa rada pielęgniarek i położnych może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia na pobyt stały, który spełnia warunki określone w art. 35 ust. 1 pkt 2-8 u.z.p.i.p.

W chwili obecnej obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Rozporządzenie to określa:

- 1) ramowy program stażu adaptacyjnego, dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej;
- 2) sposób i tryb odbywania oraz zaliczania stażu;
- 3) szczegółowy zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej w okresie odbywania stażu;
- 4) warunki, jakie powinien spełniać podmiot leczniczy, w którym są odbywane staże.

W związku z art. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw rozporządzenie utraci swą moc najpóźniej z dniem 4 listopada 2016 r. W miejsce ww. rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia zobowiązany jest do wydania w drodze rozporządzenia nowych przepisów określających tę materię.

Zgodnie z obowiązującym aktualnie rozporządzeniem, warunkiem rozpoczęcia stażu adaptacyjnego jest przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych, wpisanie cudzoziemca na listę członków okręgowej izby pielęgniarek i położnych a następnie skierowanie tej osoby do podmiotu organizującego staż. Natomiast uzyskanie takiego prawa poprzedzone musi być spełnieniem warunków zawartych w art. 35 ust. 1 u.z.p.i.p., co zostało opisane wyżej.

Dodać należy ponadto, że cudzoziemiec chcący podjąć zatrudnienie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej musi spełniać warunki określone w art. 87 i nast. ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Źródło: *sip.lex.pl*

Autor odpowiedzi: *Choromańska Iwona*

Odpowiedzi udzielono: 6 lipca 2016 r.

**Serdeczne podziękowania
dla wszystkich pielęgniarek
oraz całego personelu Oddziałów:
Kardiologii, Wewnętrznego C
z Pododdziałem Diabetologii
oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie**

**Za troskę, życzliwość, empatię
oraz profesjonalne podejście
do pacjenta w opiece nad
moim tatą Ryszardem Łyszykiem**

**Wyrazy wdzięczności
Anna Iwanisik**

**Serdeczne podziękowania
dla koleżanek pielęgniarek i całego personelu
Oddziału Dziecięcego z Pododdziałem
Diabetologii Dziecięcej
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie**

**za okazane wsparcie i troskę
w trudnych chwilach choroby
MOJEGO TATY**

**Wyrazy wdzięczności
Anna Iwanisik**

**Stanowisko Nr 3
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 lutego 2016 r.**

**w sprawie zabezpieczenia środków finansowych dla
pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach
zabiegowych i punktach szczepień**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o spowodowanie należnych wypłat z tytułu wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień.

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 roku w Warszawie pomiędzy OPZZPiP, NRPiP a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia wskazuje między innymi, iż Pielęgniarki wykonujące zawód u świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna są upoważnione do otrzymania podwyżki.

W świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jasno została określona definicja pielęgniarki POZ, ustawa i zawarte Porozumienia nie wskazują, że ma być to pielęgniarka posiadająca aktywną listę świadczeniobiorców tylko pielęgniarka POZ. Naszą intencją podczas rozmów było objęcie podwyżką wszystkich pielęgniarek i położnych, aby zapewnić im średnio wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400,00 zł. Każdy świadczeniodawca, który wykazał uprawnione pielęgniarki i położne miały otrzymać po 400,00 zł na etat pielęgniarki albo położnej albo równoważnik etatu.

W świetle zebranych informacji z okręgowych izb pielęgniarek i położnych, NRPiP stwierdza iż ponad 3 tysiące pielęgniarek w skali kraju wykonujących świadczenia zdrowotne w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień nie zostało objętych podwyżkami z uwagi na mylną interpretację zapisów rozporządzenia MZ z dnia 14 października 2015 roku zmieniające rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej która spowodowała jedynie podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania i higienistki szklonej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o pilne działania Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ w celu ujednoczenia postępowań i naprawienia powyższych błędnych interpretacji przez niektórych świadczeniodawców zatrudniających pielęgniarki w gabinetach i punktach szczepień.

**Sekretarz NRPiP
Prezes NRPiP
Joanna Walewander
Zofia Małas**

**Komunikat w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń
dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych i punktów
szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej**

NIPIP-NRPIP-DM.002.168.2016.TK
Warszawa, dnia 17.08.2016 r.

Pan/Pani
Przewodniczący/a ORPiP
/wszystkie/

Szanowni Państwo
Na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia ukazał się komunikat dotyczący zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w praktykach lekarskich w gabinetach zabiegowych i szczepień. Poniżej treść komunikatu dla Państwa wiadomości i ewentualnego wykorzystania.

Aktualności Centrali
Komunikat DSOZ
16-08-2016

W związku z opublikowanym 27 czerwca br. zarządzeniem Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, co następuje.

Z dniem 1 lipca 2016 r. uległa zwiększeniu z 1,12 na 1,18, a począwszy od września 2016 r. na 1,2, wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitałową przypisaną w warunkach rozliczania świadczeń lekarza POZ, do grupy świadczeniobiorców w wieku od 40 do 65 roku życia.

Celem wzrostu jest między innymi zapewnienie środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, uczestniczących w realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, w szczególności jako personel prowadzonych gabinetów zabiegowych i punktów szczepień.

Dokonana zmiana zgodna jest z treścią Porozumień zawartych z Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia i stanowi realizację postulatów przedstawicieli ww. organizacji świadczeniodawców, a także środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, o zapewnieniu przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości ww. współczynnika korygującego stawkę kapitałową w finansowaniu świadczeń lekarza POZ, do poziomu gwarantującego realizację wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, odpowiednio do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Informuje jednocześnie, że wykorzystanie wskazanych wyżej środków przez świadczeniodawców zgodnie z celem, na jaki zostały przekazane będzie przedmiotem zainteresowania Funduszu.

źródło - Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

**Z poważaniem
Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska**

**HARMONOGRAM POSTĘPOWANIA W SPRAWIE
ROZDZIELENIA KOLEJNEJ RATY PODWYŻKI DLA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – ZA OKRES OD DNIA
1 WRZEŚNIA 2016 R. DO DNIA 31 SIERPNI 2017 R.
Opublikowany 18 sierpnia 2016**

Kwestie związane ze zwiększeniem wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w okresie od dnia 1 września 2016 r. reguluje § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem”. Uregulowana w tym przepisie procedura postępowania jest analogiczna do procedury wdrożenia podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych od dnia 1 września 2015 r.

Z powołanych przepisów wynika następujący harmonogram postępowania w sprawie zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w 2016 r. (w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.):

1 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitałowa stawka roczna (patrz niżej), mają obowiązek sporządzić według stanu na dzień **1 sierpnia 2016 r.** informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tych świadczeniodawców, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz

w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia.

nie później, niż do 14 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia, informację, o której mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać **do dnia 14 sierpnia 2016 r.** dyrektorom właściwym oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Informacje te przekazuje się za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

nie później, niż do dnia 28 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia, na podstawie przekazanych informacji dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, **w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych informacji**, do przedstawienia świadczeniodawcom zmian umów o udzielanie określonych wyżej świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących:

- wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., pozwalających zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi^[1] w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej o 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia od dnia 1 września 2015 r.);

- postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Powyższe nie dotyczy umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna. W przypadku tych umów, zgodnie z § 4 ust. 6 rozporządzenia dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani z mocy prawa do uwzględnienia w wysokości kapitacyjnej stawki rocznej od dnia 1 września 2016 r. postanowień dotyczących wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób gwarantujący pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnym podstawowej opieki zdrowotnej średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 800,00 zł (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia od dnia 1 stycznia 2016 r.). Następnie dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia powinni przekazać świadczeniodawcom odpowiednie zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

niezwłocznie

Zgodnie z § 4 ust. 7 rozporządzenia do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 3-10 tego rozporządzenia regulujące kwestię uzupełnienia podwyżki dla pielęgniarek i położnych za okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Analogicznie, zgodnie z § 4 ust. 8 rozporządzenia, także do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4-9 i ust. 10 zdanie pierwsze tego rozporządzenia.

Zatem w świetle powyższego – zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia – świadczeniodawcy **niezwłocznie po otrzymaniu od dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej** mają obowiązek przekazać propozycje podziału dodatkowych środków

finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo

- upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1.

nie później, niż w ciągu 21 dni

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia świadczeniodawcy przekazują propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo

- upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1 w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków porozumienia w sprawie podziału tych środków albo uzyskania pozytywnej opinii przedstawiciela tego samorządu w sprawie sposobu ich podziału, **w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji.**

niezwłocznie

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia **niezwłocznie po zawarciu porozumienia albo uzyskaniu pozytywnej opinii**, o których mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia podpisane zmienione umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kopią porozumienia albo kopią pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału tych środków.

W przypadku zaś niezawarcia porozumienia albo nieuzyskania pozytywnej opinii, o których mowa powyżej – zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia – świadczeniodawcy mają obowiązek dokonać **niezwłocznie** podziału tych środków. W takim przypadku świadczeniodawcy mają obowiązek **niezwłocznie** przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia kopie dokumentów potwierdzających dokonanie tego podziału wraz z podpisanymi zmienionymi umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Niewykonanie przez świadczeniodawców któregośkolwiek ze wskazanych w niniejszej informacji obowiązków skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pamiętać należy również, że w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia w okresie 1 września 2016 r. – 31 sierpnia 2017 r. jednej z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w kolejnej umowie dotyczącej tego samego rodzaju świadczeń należy uwzględnić zmienione w opisany powyżej sposób postanowienia dotyczące wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, w tym także środków uwzględnionych w nowej wysokości kapitacyjnej stawki rocznej.

**Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska**

Sporządził Andrzej Ryłski prawnik NIPiP

[1] Przez wynagrodzenie wraz z pochodnymi należy rozumieć miesięczne wynagrodzenie, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pielęgniarki albo położnej dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy (§ 2 ust. 2 rozporządzenia).

Minister Zdrowia
Warszawa, 6 lipca 2016 r.
MZ.PPA.0762.3.2016/BW

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na Pani Apel z dnia 6 czerwca 2016 r., skierowany do Pani Beaty Szydło - Prezesa Rady Ministrów w sprawie podjęcia działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej - pismo z dnia 6 czerwca 2016 r., znak: NIPiP-NRPiP-DS.015.188.2016.MK, otrzymane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów przy piśmie z dnia 8 czerwca 2016 r., znak: SPRM.222.3.94.2016JP, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do poprawy wynagrodzenia pielęgniarek i położnych informuję, że Ministerstwo Zdrowia doceniając rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, podejmuje szczególnie intensywne, wielokierunkowe działania, aby spowodować zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych, a także poprawić status materialny pielęgniarek i położnych, stosownie do finansowych możliwości budżetu państwa i płatnika jakim Jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego też w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarkom i położnym. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. póź. 1400 i 1628) zapewniające dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. Zakończono I etap realizacji przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którym wzrostem wynagrodzeń objęto od 1 września 2015 r. pielęgniarki i położne wykonujące zawód i bezpośrednio realizujące świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, bez względu na formę zatrudnienia.

Od 1 stycznia 2016 r. realizowany Jest II etap, w ramach którego wzrostem wynagrodzeń są obejmowane pielęgniarki i położne realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, a od 1 września 2016 r. nastąpi wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w zakresie nocne) i świątecznej opieki zdrowotnej, finansowane na podstawie stawek ryczałtowych, stosownie do wielkości obszaru zabezpieczenia. Realizacja przepisów ww. rozporządzenia przez podmioty lecznicze, na terenie całego kraju, podlega stałemu monitoringowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach przedmiotowego rozporządzenia zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r.

Obecnie, zgodnie z ww. rozporządzeniem, pielęgniarki i położne otrzymują dodatkowe środki finansowe w wysokości 400 zł, na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Kwota ta stanowi kwotę „brutto brutto”, tzn. wliczone są w niej - dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, wraz ze składnikami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, tj- wynagrodzenie wraz z pochodnymi.

Jak wspomniano powyżej przedmiotowe rozporządzenie zapewnia dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o:

- 1) 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę 400 zł wskazaną powyżej;
- 2) 1200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;
- 3) 1600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2.

Ponadto informuję, że aktualnie w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, będącego zespołem branżowym przy Radzie Dialogu Społecznego, prowadzone są prace nad rozwiązaniem systemowym normującym kwestię wynagrodzeń w ochronie zdrowia. W dniu 4 kwietnia br. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło partnerom społecznym wstępną propozycję projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która ma stanowić materiał wyjściowy dla opracowywanego rozwiązania docelowego. W toku dyskusji nad tą propozycją zarówno strona związkowa, jak i strona pracodawców podkreślały konieczność wskazania źródeł finansowania wszelkich rozwiązań dotyczących kwestii płacowych. Z inicjatywy członków Zespołu dodatkowo powołany został podzespół roboczy do spraw projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, które odbyło się w dniu 21 czerwca br. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił wstępny projekt ustawy regulującej minimalne wynagrodzenia zasadnicze pracowników medycznych podmiotów leczniczych. Podstawowym założeniem projektowanego rozwiązania jest ustanowienie dla pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wysokości minimalnych wynagrodzeń zasadniczych stanowiących krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz współczynnika pracy określonego dla każdej z grup zawodowych. Strona pracodawców oraz NSZZ „Solidarność” i OPZZ uznali za zasadne prowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia dalszych prac nad projektem przedmiotowej regulacji. Partnerzy społeczni wnioskowali o prowadzenie prac legislacyjnych bez zbędnej zwłoki Forum Związków Zawodowych wstrzymało się od głosu i zapowiedziało zgłoszenie swojego stanowiska co do trybu prowadzenia prac nad tym projektem w terminie późniejszym.

Mając powyższe na uwadze pragnę jednak zapewnić, że realizacja podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych będzie kontynuowana na dotychczasowych zasadach.

W odniesieniu do poprawy wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce, informuję, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1000 mieszkańców w beżpośredniej opiece nad pacjentem, który wynosi 5,4. Mając na uwadze powyższy wskaźnik, resort zdrowia zaplanował w perspektywie finansowej 2014-2020 w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego realizację działań, których celem Jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych,

W procesie programowania wsparcia ze środków Unii Europejskiej, w tym w szczególności w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju brały pod uwagę sytuację kadry pielęgniarskiej i położniczej w Polsce Punktem wyjścia dla planowanej interwencji EFS w latach 2014-2020, dotyczącej wsparcia kadr systemu ochrony zdrowia, były wystąpienie w niedługiej perspektywie czasu znacznego deficytu wśród kadr pielęgniarek i położnych oraz zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Mając na uwadze wagę wyzwań w kontekście kadry medycznej w Polsce, w tym w szczególności dotyczących pielęgniarek i położnych oraz biorąc pod uwagę zakres interwencji możliwej do sfinansowania z EFS, podjęto decyzję o skoncentrowaniu działań dedykowanych rozwojowi kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój [PO WER). Na te działania wyodrębniono specjalną oś priorytetową Wsparcie dla obszaru zdrowia, w której na kształcenie kadr medycznych zostanie przeznaczony ok. 221 mln euro.

Interwencja zaplanowana w PO WER będzie oddziaływała na kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości kształcenia praktycznego poprzez tworzenie Centrów Symulacji Medycznej, a jej głównym celem jest zwiększenie liczby absolwentów studiów

na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Zaplanowano, że docelowa wartość wskaźnika w 2023 r - dodatkowa liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskają uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wyniesie 10 625 osób.

W listopadzie 2015 r. Minister Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich ogłosił konkurs pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków”.

Przedmiotem konkursu jest realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Projekty składane w odpowiedzi na przedmiotowy konkurs zakładają przygotowanie programu rozwojowego, który przyczyni się do wzrostu o min. 25% liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwa i/lub położnictwa u Projektodawcy w stosunku do średniej liczby absolwentów tych kierunków (poziom licencjata pielęgniarstwa i/lub położnictwa) z ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu. Projekty realizowane będą w formie partnerstwa uczelni z podmiotami leczniczymi lub związkami pracodawców branży ochrony zdrowia, które zgodnie z założeniem konkursu mają zapewnić zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) dla minimum 15% absolwentów przez okres co najmniej 12 miesięcy od chwili zakończenia udziału w projekcie. Jednocześnie zatrudnienie nowych pielęgniarek i położnych (absolwentów uczelni, z którą została podpisana umowa partnerska) nie może spowodować zmniejszenia wskaźnika zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym w odniesieniu do danych z ostatnich trzech lat. Wnioskodawcą mogą być szkoły wyższe publiczne bądź niepubliczne, kształcące na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo, których jednostki spełniają w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu warunki, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo na poziomie licencjata - zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym. Alokacja na konkurs wynosi: 90 mln PLN. Nabór wniosków trwa do 5 lutego 2016 r.

W odpowiedzi na przedmiotowy konkurs złożono 21 wniosków, W wyniku oceny formalno - merytorycznej 11 wniosków zostało ocenionych pozytywnie i zgodnie z procedurą konkursową, wnioski zostały skierowane do negocjacji, które zakończyły się 3 czerwca br. Do dofinansowania zostały wybrane projekty, które bezwarunkowo uzyskały 60 punktów oraz co najmniej 60% punktów w poszczególnych kategoriach oceny spełniania kryteriów merytorycznych. Lista rankingowa 11 wybranych uczelni w ramach przedmiotowego konkursu znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl

Dodatkowo w ramach PO WER Ministerstwo Zdrowia od października 2015 r. rozpoczęło realizację projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarstwa”, komplementarnego do projektu ukierunkowanego na zwiększenie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Celem projektu jest poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających wzrost liczby pielęgniarek i położnych zatrudnianych w polskim systemie ochrony zdrowia.

W ramach projektu zaplanowano m.in. takie działania jak:

- wprowadzenie rozwiązań systemowych, przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc i poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych.
- prowadzenie nadzoru nad wdrażaniem standardów kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków, wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne,
- prowadzenie bieżącej analizy standardów kształcenia pielęgniarek i położnych pod kątem konieczności wprowadzenia zmian wynikających m.in. z aktualnych trendów demograficznych, epidemiologicznych i wejścia w życie nowych technologii,
- prowadzenie corocznej oceny stosowania norm zatrudnienia,

wskaźnika migracji pielęgniarek i położnych oraz wdrożenie pilotażu dot. standaryzacji opieki pielęgniarstwa w podmiotach leczniczych,

- diagnozowanie potrzeb kadrowych pracodawców pod kątem wymaganych kwalifikacji zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarstwa,
- analizowanie rynku usług pielęgniarstwa - ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich form zatrudnienia oraz migracji pielęgniarek i położnych,
- wypracowanie modelu współpracy pomiędzy uczelniami a podmiotami leczniczymi w celu uprządkowania systemu kształcenia pielęgniarek i położnych,
- przeprowadzenie audytów na uczelniach w zakresie tworzenia Centrów Symulacji Medycznej dla pielęgniarek i położnych,
- wsparcie pielęgniarek i położnych (studentów, absolwentów) w zakresie procesu kształcenia na rzecz wykonywania zawodu w ramach utworzonej platformy internetowej pn. Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa.

Ponadto ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego wspierane będzie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju. Rozstrzygnięty został konkurs na Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, dofinansowanie otrzyma 27 projektów. Do konkursu zgłoszono 63 wnioski. Do dofinansowania zostały skierowane projekty, które przeszły pozytywnie ocenę form a In o-merytoryczną wg kolejności na liście rankingowej i do wysokości dostępnej alokacji. W ostatnim czasie zwiększona została wysokość środków w konkursie. Dzięki temu możliwe było zakontraktowanie 27 najlepiej ocenionych projektów, tj. wszystkich, które uzyskały punkty premiujące i co najmniej 112,5 pkt. podczas oceny Całkowita alokacja wynosi 68 776 682,53 zł. W dniu 23 maja br. Ministerstwo Zdrowia podpisało pierwsze umowy w ramach konkursu wspierającego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Zgodnie z założeniami, kwalifikacje podniesie ok. 30 000 przedstawicieli tych zawodów.

W ramach realizowanych projektów pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z następujących kursów:

- ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych,
- wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,
- pielęgniarstwo onkologiczne,
- wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.
- opieka pielęgniarstwa nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
- pielęgniarstwo psychiatryczne
- rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi
- wykonanie badania śpi ro metrycznego,
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek.

Kształcenie będzie prowadzić 27 podmiotów z całego kraju. Dzięki temu dostęp do kursów będzie dogodny dla uczestników. Lista projektów wybranych do dofinansowania znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl.

Przewiduje się, że wdrożenie ww. mechanizmów doł. wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wpłynie na poprawę warunków pracy tych grup zawodowych oraz spowoduje, że pielęgniarki i położne pracujące w polskim systemie ochrony zdrowia nie będą rezygnowały z wykonywania zawodu, a absolwenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo chętniej, niż dotychczas będą podejmować zatrudnienie w zawodzie. Zakłada się także, że działania podjęte na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wpłyną również na zwiększone zainteresowanie młodzieży podejmowaniem nauki w tych zawodach, a pośrednio przyczynią się do wzrostu wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce. Jednocześnie powyższe działania mają także na celu zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zapobieganie zjawisku ewentualnej emigracji zarobkowej tych grup zawodowych do krajów UE w kolejnych latach.

**Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu - Marek Tombarkiewicz**

Warszawa, dn. 29 lipca 2016r.

Komunikat
w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne
zadań wynikających z procesu
leczenia i realizacji zleceń lekarskich,
w tym podawania leków różnymi drogami.

Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych przypomina o bezwzględnym przestrzeganiu przez pielęgniarki i położne przepisów prawa w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2014.1435, z późn. zm.), natomiast zasady odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych określa ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn zm.).

Zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej:

- ♦ wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji (art. 4 ust. 1 pkt 5, odpowiednio art. 5 ust. 1 pkt 8).
- ♦ Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 ust. 1).
- ♦ Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust.1).
- ♦ Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 15 ust.2).
- ♦ W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3).

Powyższy przepis określa, iż zlecenia lekarskie, które zobowiązana jest wykonać pielęgniarka/położna, zawsze ma być sporządzone przez lekarza pisemnie. Zlecenie powinno być zapisane czytelnie i zawierać wszystkie dane i wskazania (datę sporządzenia zlecenia, nazwę leku, postać leku, dawkę, drogę podania, czas podania, podpis osoby zlecającej itp.), niezbędne do jego wykonania. Jeżeli pisemne zlecenie wydane przez lekarza, jest niezrozumiałe, budzi wątpliwości lub nie zawiera wszystkich danych koniecznych do jego wykonania, wówczas pielęgniarka/położna jest zobowiązana porozumieć się w tej sprawie z lekarzem wydającym powyższe zlecenie i ustalić sposób postępowania, który powinien być określony pisemnie w karcie zleceń. Taka procedura przekazywania przez lekarza zleceń pielęgniarskiej/położnej minimalizuje możliwość pomyłki wynikającej z niezrozumienia zlecenia lub niewłaściwej jego interpretacji.

Odstąpienie od warunku realizacji pisemnego zlecenia lekarskiego jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy zachodzi konieczność, podejmowania działań w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Bezpośrednio po zakończeniu wykonywania zleceń w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pielęgniarka/położna jest zobowiązana udokumentować swoje działanie w dokumentacji medycznej na podstawie otrzymanego w formie pisemnej zlecenia lekarskiego.

Zgodnie z przepisami ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, członkowie samorządu są zobowiązani:

- ♦ postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 11 ust. 1),
 - ♦ sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe (art.11 ust. 2).
- Pielęgniarka i położna jako członek samorządu podlega odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej „przewinieniem zawodowym” (art.36 ust. 1).

Ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, jak również bezpieczeństwo pielęgniarki/położnej niedopuszczalne jest wykonywanie zleceń lekarskich, przekazywanych w innej formie niż forma pisemna.

W związku z powyższym należy przywołać przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069), które określają między innymi, iż dokumentacja medyczna, jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej oraz wskazują, że dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi w szczególności historia choroby. Natomiast do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 4) kartę gorączkową,
- 5) **kartę zleceń lekarskich;**

Powyższe przepisy precyzują także zasady prowadzenia dokumentacji wskazując, iż:

- ♦ każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu,
- ♦ wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Przepisy cytowanego rozporządzenia obowiązują każdą osobę wykonującą zawód medyczny i ich znajomość nie powinna pozostawiać wątpliwości, co do zasad ich stosowania.

Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych po uzgodnieniu z Konsultantami Krajowymi w dziedzinie pielęgniarstwa, dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego oraz dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego przekazuje przedmiotowy Komunikat do środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych w celu przypomnienia przepisów prawa ważnych dla wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikających z przyjmowania i realizacji zleceń lekarskich.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia informuje, że zwróciło się do Wojewodów z prośbą o zobowiązanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa do nawiązania współpracy z pielęgniarską kadrą kierowniczą (dyrektorzy i zastępcy dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne, przełożone pielęgniarek) w podmiotach leczniczych w zakresie przeprowadzenia szkoleń dla pielęgniarek i położnych, dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich, w szczególności przygotowania i podawania zleconych leków.

Ministerstwo Zdrowia przypomina także, że na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce System Ochrony Zdrowia, podzakładce Pielęgniarki i Położne zamieszczone są następujące opinie i stanowisko:

1. Pani Beata Ostrzyckiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa Rodzinnego.

Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe /rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewów kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (tj. żelazo i antybiotyki).

2. Pani dr n. med. Krystyny Piskorz - Ogórek, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

Opinia w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylinopochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych.

3. Pani dr hab. dr n. hum. Marii Kózki, prof. UJ, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa.

Stanowisko w sprawie podawania przez pielęgniarkę penicyliny prokainowej w warunkach ambulatoryjnych.

Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
Dr n. o zdr. Beata Cholewka

Wytyczne Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne z dnia 29 lipca 2016 r.

1. Założenia ogólne

Za organizację szkolenia i nadzór w danym podmiocie leczniczym odpowiedzialna jest pielęgniarska kadra kierownicza (dyrektor lub zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, naczelna pielęgniarka, przełożona pielęgniarek).

2. Osoby uczestniczące w szkoleniu

Wszystkie pielęgniarki i położne zatrudnione w podmiocie leczniczym.

3. Zawartość merytoryczna szkolenia

Szkolenie powinno obejmować tematykę związaną z bezpieczeństwem wykonywania przez pielęgniarkę i położną świadczeń zdrowotnych, w tym realizacji zleceń lekarskich. Szkolenie obejmuje poziom podstawowy i specjalistyczny.

Zalecane tematy:

I. Poziom podstawowy

1. Prawne uwarunkowania wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę i położną, w tym wykonywania zleceń lekarskich i odmowa ich wykonania.
2. Zasady dokumentowania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę i położną - podstawy prawne.
3. Ryzyko zdarzeń niepożądanych związanych z podawaniem leków w pracy pielęgniarki i położnej - analiza przypadków.
4. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki w sytuacji popełnienia błędu.

II. Poziom specjalistyczny

1. Bezpieczeństwo w podawaniu leków przez pielęgniarkę i położną.
2. Zasady podawania leków specyficznych w danym oddziale szpitalnym lub w domu pacjenta (przechowywanie, rozpuszczanie, drogi podania, dawki, interakcje, itp.)
3. Analiza przykładów z praktyki uczestników szkolenia

4. Metody szkolenia

O doborze metod szkolenia decyduje podmiot leczniczy. Rekomendowane są metody interaktywne, warsztatowe, ćwiczeniowe i seminaryjne - w małych grupach.

5. Czas trwania szkolenia

Czas trwania szkolenia określa organizator, w zależności od potrzeb występujących w danym podmiocie leczniczym.

6. Zaliczenie szkolenia

Warunkiem zaliczenia szkolenia jest obecność na wszystkich zajęciach, w tym celu organizator jest zobowiązany prowadzić listę obecności z podpisem uczestnika szkolenia. Po przeprowadzonym szkoleniu należy przeprowadzić ankietę ewaluacyjną, której celem jest ocena Jakości oraz zakresu merytorycznego szkolenia, a także zdiagnozowanie dalszych potrzeb osób uczestniczących w szkoleniu. Zakres merytoryczny ankiety oraz sposób jej przeprowadzenia organizator powinien omówić i uzgodnić z realizatorem szkolenia. Udział w szkoleniu każdego uczestnika powinien zostać udokumentowany w jego aktach osobowych.

7. Kwalifikacje kadry prowadzącej szkolenie:

O doborze kadry decyduje podmiot leczniczy. Dobór osób prowadzących szkolenie powinien odpowiadać tematyce szkolenia.

8. Współpraca z Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa

Informację o przeprowadzeniu szkolenia, w tym o czasie jego trwania, liczbie uczestników oraz o zrealizowanej tematyce szkolenia, podmiot leczniczy (osoba odpowiedzialna za realizację szkolenia) jest zobowiązany przekazać do Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa, nie później niż do 10 stycznia 2017 r.

*Dr hab. n. hum. Maria Kózka
prof. UJ
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa*

NACZELNARADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie

Stanowisko Nr 2

**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 1 września 2016 roku**

W odniesieniu do treści Komunikatu w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami oraz wytycznych Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne.

Prezydium NRPIP, odnosząc się do cyt. powyżej Komunikatu Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. wyraża sprzeciw wobec wskazanego na wstępie Komunikatu, nieuzasadnionego dowodami, wezwania do bezwzględnego przestrzegania prawa przez pielęgniarki i położne. Powstaje bowiem pytanie, z jakich powodów nakaz ten został ograniczony do poszanowania prawa wyłącznie w „ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych”.

Nie negując dalszych, obszernych wywodów dotyczących analizy przepisów prawnych regulujących zasady wykonywania zawodu pielęgniarki oraz położnej należy stwierdzić, iż pielęgniarka oraz położna dysponująca aktualnym prawem wykonywania zawodu jest w pełni przygotowana do wykonywania tego zawodu, również w zakresie prawidłowej realizacji zleceń lekarskich, prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym dokumentowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W ocenie Prezydium NRPIP brak jest podstaw do formułowania oraz wyrażania sugestii dotyczących występowania naruszeń prawa w obszarze związanym z realizacją zleceń lekarskich w stopniu bezpośrednio zagrażającym pacjentom, pielęgniarkom, położnym które uzasadniałyby prowadzenie w tym obszarze masowych szkoleń adresowanych tylko do pielęgniarek i położnych. W praktyce udzielanych świadczeń zdrowotnych problem wystawienia pisemnego zlecenia leży po stronie lekarzy. To nie pielęgniarki i położne mają dbać o prawidłowe wydawanie zleceń lekarskich, ale sami lekarze jako profesjonalści winni przywiązywać należyty staranność do zachowania pisemnej formy zlecenia.

Prezydium NRPIP dostrzegając potrzebę dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta oraz występowanie pojedynczych przypadków nieprawidłowości w obszarze udzielanych świadczeń zdrowotnych, widzi zasadność realizacji szkoleń obejmujących szereg istotnych aspektów komunikacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego, m.in. przekazywania niezbędnych w procesie terapeutycznym informacji dotyczących pacjenta, w tym również prawidłowości wydawania przez lekarzy zleceń oraz ich wykonywania przez pielęgniarki i położne. Jednak realizacja przez podmioty lecznicze wytycznych wskazanych w komunikacie, w sposób wybiórczy i dotyczący tylko niektórych grup zawodowych zaangażowanych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych tj. pielęgniarek i położnych jest w ocenie Prezydium NRPIP działaniem, którego rzeczywisty skutek będzie znacząco odbiegał od zakładanego efektu. Zdaniem Prezydium NRPIP szkolenia takie powinny obejmować przede wszystkim lekarzy, ewentualnie lekarzy oraz pielęgniarki i położne, w innym przypadku brak jest celowości ich przeprowadzania.

*Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPIP
Zofia Małas*

**Stanowisko
Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie z dnia 5 lipca 2016 r.**

**w sprawie: propozycji Ministra Zdrowia dot.
wprowadzenia zmian systemowych kształcenia
pielęgniarek polegających na powrocie do
poprzedniego systemu kształcenia w zawodzie
pielęgniarki w formie liceów medycznych.**

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie z niepokojem przyjęło informację o projekcie reaktywacji kształcenia pielęgniarek na poziomie liceów medycznych. Informacje przekazywane przez Wojewódzkie Kuratorium Oświaty do dyrektorów szkół wskazują jednoznacznie na próbę podjęcia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek.

Uważamy, że obecny system kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce jest ujednolicony i dostosowany do wymagań Unii Europejskiej. Standardy kształcenia pielęgniarek i położnych w systemie studiów pierwszego i drugiego stopnia gwarantują wysoki poziom przygotowania zawodowego do pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Degradacja wypracowanego systemu kształcenia spowoduje obniżenie pozycji i prestiżu zawodowego pielęgniarek. Poziom wykształcenia jest istotnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki i bezpieczeństwa pacjentów.

Proponowane zmiany nie rozwiążą problemów braku pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia. Muszą nastąpić zmiany systemowe w zakresie warunków pracy i płacy dla tych pielęgniarek i położnych które pracują w systemie oraz absolwentów studiów pielęgniarskich, aby zechcieli w polskim systemie ochrony zdrowia pracować, a kandydaci do zawodu wybierali ten kierunek studiów.

Prezydium ORPiP w Koszalinie zwraca się z apelem do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o podjęcie stosownych działań w celu ochrony istniejącego systemu kształcenia pielęgniarek i położnych.

mgr Krystyna Morawska - Sekretarz ORPiP
mgr Bożena Wojcikiewicz - Przewodnicząca ORPiP
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

STANOWISKO

z dnia 19 lipca 2016 r.

**w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej
wprowadzenia zmian systemowych w obszarze
kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie
do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki
w liceach medycznych /technikach**

W związku z rozważaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej propozycją wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek polegających ni.in. na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych oraz uruchomienia dwuletniego kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki przedkładamy stanowisko w przedmiotowej sprawie, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa wyraża swoje zaniepokojenie i sprzeciw dla podejmowania przez rząd zamierzeń dotyczących zmiany standardów kształcenia w zawodzie pielęgniarki.

Pielęgniarstwo wspólnie to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Dlatego też działania

prowadzące do zmiany modelu kształcenia powinny być oparte na przemyślanej strategii, wypracowanej wspólnie z reprezentantami całego środowiska.

W Polsce już w okresie międzywojennym wypracowano i wdrożono międzynarodowe standardy kształcenia pielęgniarek zapoczątkowane w 1911 roku w Krakowie w ramach utworzonej Szkoły Pielęgniarstwa, która została przekształcona w roku 1925 w Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Obecne Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wprowadzone rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów; Lekarskiego, lekarsko- dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U z 2012 r., póź 631) stanowią, że:

- studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo /położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180, studia mają profil praktyczny, kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,

- studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120, studia mają profil praktyczny.

Mając na uwadze powyższe podkreślamy zasadność i racjonalność utrzymania aktualnie obowiązującego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia.

Na poziomie europejskim działania na rzecz zagwarantowania bezpiecznych dla odbiorców standardów kształcenia pielęgniarek byty i są prowadzone przez następujące organizacje międzynarodowe:

1. Rada Europejska - Europejskie Porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. z 1996 r. Nr 83, póź. 384), ratyfikowane przez Rząd Polski w lipcu 1996 r.
2. EEC/Komisja Europejska - standaryzacja i harmonizacja kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki poprzez Dyrektywy Sektorowe - 77/452/EEC; 77/453/EEC oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady: 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013 r., str. 132).
3. Światowa Organizacja Zdrowia - rekomendacje i rezolucje dotyczące kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki. Deklaracja Wiedeńska 1988 r.; Rezolucja WHO z maja 1992 r. - WHA 45.5., Europejska Strategia WHO w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych - maj 1999 r.: Deklaracja Monachijska z czerwca 2000 r. ws. Pielęgniarstwa; Rezolucja WHO z maja 2001 r. - WHA 54.12 oraz inne dokumenty.

Polska przyjęła, zobowiązała się do przestrzegania oraz wdrożyła do własnego systemu prawnego wszystkie z powyższych standardów i norm prawnych, a proponowane przez obecny Rząd zmiany stanowiłyby naruszenie przyjętych zobowiązań.

Jedynym niechlubnym okresem w kształceniu zawodów medycznych w Polsce były lata powojenne, kiedy w celu uzupełnienia deficytu kadr medycznych upowszechniono Jedynym niechlubnym okresem w kształceniu zawodów medycznych w Polsce były lata powojenne, kiedy w celu uzupełnienia deficytu kadr medycznych upowszechniono w formie kursów kształcenie dające uprawnienia asystentki bądź pielęgniarki, a w odniesieniu do zawodu lekarza podjęto kształcenie felczerów. Wdrożenie planowanych obecnie przez

rząd zmian w kształceniu pielęgniarek byłoby powrotem do ówczesnych rozwiązań czyli lat 50 i 60 - tych i to jedynie w bloku wschodnim.

Przeniesienie kształcenia w zawodach medycznych na poziom szkolnictwa pomaturalnego i wyższego zostało uwarunkowane koniecznością ochrony osób niepełnoletnich, podejmujących naukę zawodu poniżej 18 r.ż. przed ryzykiem zdrowotnym i odpowiedzialnością prawną, podczas zajęć w placówkach medycznych. Działanie to stanowiło także ochronę bezpieczeństwa odbiorców świadczeń zdrowotnych czyli pacjentów (wymogi Rady Europy i WHO). Jako przedstawiciele środowiska zawodowego nie znajdujemy żadnych argumentów dla reaktywowania po dwudziestu latach, powojennych standardów w obecnych uwarunkowaniach społecznych, prawnych i politycznych.

Aktualne wyzwania w obszarze opieki zdrowotnej, uwarunkowane w naszym kraju czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi tworzą zapotrzebowanie na:

- kształcenie pielęgniarek przygotowywanych do samodzielnej roli w zakresie udzielania świadczeń profilaktycznych, zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych, edukacyjnych i zarządczych, które można uzyskać wyłącznie w systemie kształcenia uniwersyteckiego zgodnie z obowiązującym standardami krajowymi i międzynarodowymi.
- zapewnienie dla potrzeb społeczeństwa a także wsparcia pielęgniarek, większej liczby personelu pomocniczego o różnym charakterze (nie posiadającego uprawnień pielęgniarki, takich jak opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej kp.).

Jako organizacje reprezentujące środowisko pielęgniarek i położnych od wielu lat apelujemy do rządu i parlamentu wnosząc o podjęcie pilnych działań systemowych na rzecz wzmocnienia pielęgniarstwa i poprawy atrakcyjności wykonywania naszych zawodów w Polsce. Działania te nie mogą jednak polegać na obniżaniu standardów kształcenia i deprecjonowania zawodu na rynku pracy.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych i Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wnosi o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia dwustopniowego pielęgniarek i położnych (licencjat i magister) oraz określenie jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach.

Lucyna Wójcik - Prezes ZG PTP

Zofia Małas - Prezes NRPIP

Lucyna Dargiewicz - Przewodnicząca ZK OZZPIP

Minister Zdrowia
Warszawa 17.08.2016 r.
PP-WPS.0762.11.2016/DZ

***Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych***

W odpowiedzi na Stanowisko z dnia 19 lipca 2016 r. w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych/technikach, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

W związku z występującym na rynku brakiem pielęgniarek i niepokojącymi prognozami dotyczącymi przyszłości tego zawodu oraz mając na uwadze fakt, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem - Ministerstwo Zdrowia w ramach prac nad nową Strategią Odpowiedzialnego Rozwoju planuje rozpoczęcie działań mających na celu zmniejszenie

deficytu kadr medycznych, w szczególności pielęgniarek i położnych. W celu zapewnienia opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych. Minister Zdrowia rozważa możliwość wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek. Zmiany te polegałyby na uruchomieniu drugiej ścieżki kształcenia w zawodzie pielęgniarki w formie liceów medycznych oraz ewentualnym uruchomieniu kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki na poziomie średnim, stanowiącego wsparcie dla pacjentów niesamodzielnych oraz personelu pielęgniarskiego. Taki system edukacji na poziomie średnim działa w niektórych krajach UE, Jednocześnie podkreślić należy, że kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia, będzie prowadzone równoległe, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

W związku z powyższym w dniu 15 czerwca br. Minister Zdrowia zwrócił się z prośbą do wojewodów o analizę zapotrzebowania na kształcenie w zawodach: pielęgniarki i asystenta pielęgniarki w liceach medycznych i medycznych szkołach zawodowych oraz ocenę zainteresowania prowadzeniem tego typu kształcenia w oparciu o istniejącą bazę medycznego średniego szkolnictwa zawodowego.

Na podstawie przekazanych informacji z 16 województw sformułowano następujące wnioski. W 12 województwach, w których przeprowadzono badanie ankietowe stwierdzono zainteresowanie uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych kształceniem w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki na poziomie średnim (w 4 województwach nie przeprowadzono ankiety z uwagi na zakończenie roku szkolnego). Województwa dysponują odpowiednią bazą dydaktyczną do kształcenia w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki (8 województw przekazało informację o szkołach zainteresowanych podjęciem kształcenia w ww. zawodach). Jednostki szkolące podkreślają również coraz większe zainteresowanie kształceniem zawodowym na poziomie średnim, ponieważ stworzy ono możliwość szybszego zaspakajania potrzeb rynku pracy. Należy jednocześnie podkreślić, że Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa jest za wprowadzeniem do systemu osób o niższych kwalifikacjach zawodowych np. asystentów pielęgniarek, które wykonywałyby czynności podstawowe i nie pielęgniarские, aby zmniejszyć obciążenie pracą pielęgniarek i poprawić bezpieczeństwo pracy i jakość opieki. Podobne stanowisko wyraził Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, w którego opinii zasadne jest wprowadzenie do systemu zawodu asystentki pielęgniarskiej, co poprawiłoby Jakość opieki, zwiększyło liczbę osób sprawujących opiekę nad pacjentami, wykorzystany byłby potencjał i kompetencje, a koszty działalności byłyby zracjonalizowane.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w chwili obecnej w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest szczegółowa analiza dotycząca wprowadzenia przedstawionych powyżej rozwiązań w systemie kształcenia pielęgniarek, a następnie rozważona będzie decyzja w przedmiotowej sprawie. Ponadto prowadzone są konsultacje robocze z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych w celu zapewnienia zgodności proponowanego systemu kształcenia z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/23G/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (rozporządzenie w sprawie IMI).

Podsumowując, prace nad ewentualnymi zmianami w systemie kształcenia trwają, żadne ostateczne decyzje jeszcze nie zapadły, a opinia przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych będzie wzięta pod uwagę w dalszych pracach prowadzonych w przedmiotowym zakresie.

***Z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu - Marek Tombarkiewicz***

**Stanowisko nr 4
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 8 marca 2016 r.**

**w sprawie odrzucenia propozycji założeń do ustawy
o podstawowej opiece zdrowotnej
przygotowywanych w ramach prac Zespołu do
opracowania projektu założeń projektu ustawy
o podstawowej opiece zdrowotnej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż w toku prac Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zostały przyjęte propozycje, wobec których Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw, uważając, iż naruszają one zasadę wolności gospodarczej, wyrażoną w Konstytucji RP jako jedną z elementów społecznej gospodarki rynkowej. W szczególności dotyczy to propozycji tworzenia „zespołów lekarsko-pielęgniarskich” z rolą lekarza jako koordynatora podstawowej opieki zdrowotnej oraz tworzenia wspólnych list pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę i położną.

W świetle proponowanych zmian należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, które stanowią zagrożenie dla samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz przyniosą negatywne skutki dla pacjentów.

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) określa działania, które należy uznawać za wykonywanie zawodu pielęgniarki albo zawodu położnej. Przede wszystkim jest to udzielanie świadczeń zdrowotnych wyrażone w art. 4 i 5 cyt. ustawy. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku 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) określa świadczenia, które mogą być wykonywane przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Ponadto, pielęgniarki i położne w określonym zakresie mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, a także ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, w myśl art. 15a ust. 1 cytowanej ustawy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się propozycjom zapisu do projektu ustawy o POZ które doprowadzą do likwidacji samodzielnie funkcjonujących podmiotów pielęgniarskich i położniczych.

Należy podnieść, iż kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Propozycja łącznego kontraktowania świadczeń w zakresie kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej przez jednego świadczeniodawcę – lekarza i tworzenie jednej wspólnej deklaracji wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z art. 28, w związku z art. 56 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), w myśl którego, świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, potwierdzając powyższe oświadczeniem woli, zwanym deklaracją wyboru. Oddzielne deklaracje pozwalają wszystkim świadczeniodawcom na rynku świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej działać na równych zasadach i nie stanowią żadnego obciążenia dla pacjenta. Wręcz przeciwnie, sprawiają, iż pacjent w sposób świadomy może wybrać lekarza, pielęgniarkę, położną. Potwierdzają to przepisy

wprowadzające w 2014 roku odrębne druki deklaracji wyboru.

Nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, ani celowościowego dążenie do tworzenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej tzw. zespołów lekarsko-pielęgniarskich przy jednoczesnym ograniczaniu samodzielności praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych. Od 18 lat, funkcjonują indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych oraz podmioty lecznicze założone przez pielęgniarki i położne, które zawierają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się dążeniom do likwidacji dobrych, sprawdzonych rozwiązań funkcjonujących na rynku usług medycznych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy utrzymać możliwość oddzielnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach poszczególnych zakresów: pielęgniarki poz, położnej poz, lekarza poz oraz świadczeń w środowisku nauczania i wychowania. Należy zachować swobodę działalności gospodarczej i umożliwić świadczeniodawcom udzielanie świadczeń zdrowotnych w formach przewidzianych przez obowiązującą obecnie ustawę o działalności leczniczej.

Samodzielne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych zapewnia pacjentom wysoką jakość świadczonych usług, holistyczną, kompleksową i profesjonalną opiekę nad rodziną, jej członkami i społecznością lokalną, a przede wszystkim dostępną do świadczeń zdrowotnych. Liczba udzielanych świadczeń w domu pacjenta jest znacznie większa niż w przypadku praktyk prowadzonych przez innych profesjonalistów.

Praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych są optymalną i oczekiwaną formą udzielania świadczeń zdrowotnych, realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta, co jest szczególnie ważne w kontekście zmian demograficznych, starzejącego się społeczeństwa i wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Wnosimy o zastosowanie rozwiązań gwarantujących utrzymanie samodzielnego funkcjonowania podmiotów gospodarczych prowadzonych przez pielęgniarki i położne w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, położnictwa rodzinnego i pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, z jednoczesnym zachowaniem finansowania przez płatnika świadczeń zdrowotnych.

**Zofia Małas
Prezes NRPIP**

**Joanna Walewander
Sekretarz NRPIP**

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

NRPIP O PROPONOWANYCH ZMIANACH W POZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z wielkim niepokojem przyjmuje brak jakiegokolwiek aktywności Ministra Zdrowia w kontekście przedstawionych w marcu i kwietniu br. zastrzeżeń, które Rada zgłosiła po zapoznaniu się z dokumentem „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych”. Niepokój środowiska Pielęgniarek i Położnych budzi także Informacja, że z ustawy o działalności POZ wyłączone zostaną świadczenia wykonywane przez pielęgniarki szkolne.

W dniu 28.06 br. zebrał się Zespół ds. podstawowej opieki zdrowotnej przy NRPIP. Celem spotkania było analiza ZARZĄDZENIA Nr 50/2016/DS02 PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz

wpracowanie strategu - standardu opieki pielęgniarki szkolnej. Jak poinformowała dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ Beata Cholewka, podczas III posiedzenia NRPIP, które odbyło się dnia 23. 06. br. z ustawy tej wyłączone zostaną pielęgniarki szkolne. Ich kompetencje i zakres działań ma regulować odrębna ustawa.

Tymczasem 30 czerwca 2016 roku upływa termin konsultacji społecznych dotyczących propozycji Ministerstwa Zdrowia Dokument ten stanowi podstawę do opracowania nowej ustawy o funkcjonowaniu POZ Przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zespole pracującym nad tym dokumentem złożył odrębne stanowisko, w którym zawarł zastrzeżenia NRPIP.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża zgody na:

1. zapis umożliwiający tworzenie zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej NRPIP uważa, że zaproponowane w projekcie rozwiązania pozbawią pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej, a w konsekwencji samodzielności gospodarczej) przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe,
2. wprowadzenie do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie

rozważanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,

3. wspólnego finansowania świadczeń w zakresie lekarza, pielęgniarki i położnej. NRPIP stoi na stanowisku, że osobne finansowanie jest bardziej transparentne.

Jednocześnie NRPIP zwraca uwagę, że w „Analizie” nie zakłada umiejscowienia w systemie pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki i pielęgniarki szkolnej NRPIP postuluje powrót do przywrócenia do systemu podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarki praktyki. Prawidłowo zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna stanowi fundament całego systemu, dlatego tak ważne jest przyjęcie rozwiązań zapewniających jej sprawne funkcjonowanie. Określenie roli i miejsca pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki, pielęgniarki szkolnej oraz położnej środowiskowe ma tu kluczowe znaczenie, dlatego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się rzeczywistego dialogu i spełnienia obietnic, jakie w tym zakresie złożył kilka miesięcy wcześniej Minister Zdrowia.

Prezes NRPIP
Zofia Małas

INFORMACJA DLA PIEŁĘGNIAREK /POŁOŻNYCH ZAMIERZAJĄCYCH DOKONAĆ WPISU PRAKTYKI ZAWODOWEJ DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

Szanowni Państwo, informujemy

że z dniem 15 lipca 2016r. weszła w życie ustawa z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2016., 960)., która uchyliła obowiązek pielęgniarki/położnej do przesyłania wraz z wnioskiem o wpis do rejestru praktyk zawodowych dokumentów potwierdzających spełnienie warunków działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem, a określonych w ustawie o działalności leczniczej.

Obecnie wnioskodawca zobowiązany jest do przesłania wraz z wnioskiem o wpis do rejestru praktyk zawodowych następujących załączników:

1/ oświadczenie o znajomości i spełnianiu warunków wykonywania działalności leczniczej, które musi zawierać :

- imię i nazwisko, nazwę albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania lub siedziby,
- oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia,
- podpis wnioskodawcy bądź osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji (*wzór oświadczenia na stronie www.oipip-koszalin.org/druki do pobrania*)

2/ dowód opłaty za wpis do RPWDL (w roku 2016 jest to kwota 83 zł, płatne na konto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, Nr konta 32124036531111000041892750)

Dla ułatwienia procedury wpisu do rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie prosimy o przesyłanie wraz z wnioskiem:

- w przypadku specjalistycznej praktyki dyplomu - ukończenia specjalizacji
- w przypadku składania wniosku przez pielęgniarki/położne nie będące członkiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie – prawo wykonywania zawodu

Wpis do rejestru RPWDL podlega wykreśleniu w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym



Gratulacje

*Serdecznie gratulujemy
Pani Jolancie Kiekisz
która w drodze konkursu została wybrana na stanowisko
Przedłożony Przewodniczącej
Regionalnego Szpitala w Kolobrzegu
Życzymy sukcesów w pracy zawodowej*

*Bożena Wojtkiewicz
Przewodnicząca OKPP w Koszalinie*

SPOTKANIE PO 40 LATACH

W dniach 16-18 września 2016 roku we wsi Jeżyce w gospodarstwie agroturystycznym, po 40 latach ukończenia Liceum Medycznego w Koszalinie odbyło się spotkanie klasy Vc (1971-76). Było to już nasze kolejne spotkanie, tylko trochę w mniejszym gronie. Naszą uroczystości swoją obecnością zaszczyliła wychowawczyni klasy Pani Maria Kit, Pani Alina Miedziocha, obecnie koordynator praktyk zawodowych PWSZ w Koszalinie oraz Pani Regina Waleron, emerytowany nauczyciel języka polskiego.

Gospodarze dokładnie zaplanowali każdy dzień naszego spotkania przygotowując szereg atrakcji, zadbali również by wspólnie spędzony czas upłynął w przemiłej atmosferze. Spotkanie rozpoczęliśmy lampką szampana i uroczystą kolacją przy blasku świec i nastrojowej muzyce. Były podziękowania, upominki i kwiaty dla naszych cudownych gości, następnie każda z nas zaprezentowała siebie i opowiedziała krótką historię swojego życia. Wspólnie obejrzelśmy pokaz slajdów, które przedstawiały różne sceny z czasów szkolnych, wzruszeniem i rozmowom nie było końca. Tego dnia wszyscy wyglądaliśmy pięknie i dostojnie, ten miniony czas dodał każdemu powagi i uroku.

Następnego dnia po śniadaniu wyruszyliśmy na wycieczkę do Doliny Charlotty, Darłowa oraz Ustki, po powrocie czekała na nas obiadokolacja oraz tańce przy muzyce z lat 70-tych w wykonaniu jednoosobowej kapeli, wieczór zakończyliśmy ogniskiem i pieczonymi kiełbaskami.

Kolejnego dnia pojechaliśmy pospacerować po Darłówku, po powrocie był obiad i chwila wzruszenia, urzekła nas cudowna atmosfera i doskonała organizacja spotkania.

Niestety czas płynął nieubłaganie szybko i spotkanie dobiegło końca, czas było wracać do swoich domów, obowiązków i pracy ale za to z bagażem pięknych wspomnień i długo niezapomnianych wrażeń. Dziękujemy Pani Marii i nauczycielom za wspólnie spędzony czas. Dziękujemy naszej koleżance Basi i Irence oraz jej mężowi Arkowi za wspaniałe przygotowanie uroczystości i wszystkich atrakcji, za przepyszne posiłki, doskonale nalewki i prezenty oraz za gościnę w Jabłoniowym Sadzie. Do zobaczenia, może już wkrótce.

Grażyna Margas – absolwentka Vc



CZARNA HERBATA sięgnij po nią jesienią

Czarna herbata do niedawna była najpopularniejszym napojem. Dzisiaj do picia zielonej i białej herbaty nie trzeba nikogo zachęcać, o ich zdrowotnych właściwościach specjaliści rozpisują się już od dawna. A co z tradycyjną, czarną herbatą?

Zapominamy, że wszystkie herbaty pochodzą z liści tej samej odmiany rośliny herbacianej. Herbaty różnią się między sobą czasem zbioru, sposobem suszenia i przetwarzania. W istocie czarna herbata, niezależnie od jej rodzaju, jest bogatym źródłem składników odżywczych.

Kubek czarnej herbaty, w zależności od jej rodzaju, zawiera podobną ilość polifenoli - najsilniejszych przeciwutleniaczy - jak kubek zielonej herbaty. Dodatkowo w czarnej herbacie znajduje się teaflawina, która poprawia funkcje poznawcze mózgu. Co więcej, teaflawina może przyczynić się do zmniejszenia stężenia cholesterolu we krwi.

Picie herbaty pomaga w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej. I co ciekawe najnowsze badania przeprowadzone w Japonii sugerują, że herbata przyspiesza porost włosów - wskazuje specjalista.

Na właściwości herbaty wpływa również czas i sposób jej parzenia. Czarną herbatę powinno się zalewać wrzącą wodą (100 °C). Najczęstszym błędem popełnianym podczas przyrządzania czarnej herbaty jest użycie wody o zbyt niskiej temperaturze. Czas zaparzania herbaty to 3-5 minut, potem zaczyna uwalniać się tanina, która neutralizuje pobudzające działanie teofiliny i kofeiny - dodatkowo herbata staje się gorzka.

Herbata zajmuje drugie miejsce na świecie pod względem spożywanych przez nas płynów. Wyprzedza ją jedynie woda. Picie herbaty w tak dużych ilościach jest w pełni uzasadnione. Ma ona działanie lecznicze i korzystnie wpływa na funkcjonowanie naszego organizmu. Herbata to trunek bardzo popularny w Polsce.

Na naszym rynku dostępna jest cała gama herbat białych, czerwonych, zielonych i czarnych. Pijemy ją, ale rzadko zastanawiamy się nad jej działaniem. Czy mocna czarna herbata jest napojem pobudzającym? Czy herbata zielona jest zdrowsza od czarnej? Czy liście zielonej herbaty można parzyć wielokrotnie? Właśnie rozwiewamy mity na temat najbardziej znanego napoju świata. Oto kilkanaście najpopularniejszych.

1. W torebkach ekspresowych pakowana jest herbata niskiej jakości

Nie prawda. Do torebek ekspresowych nie są pakowane „zmiotki”, ale drobniejsze liście herbaciane. Wielkość liści zapakowanych do torebki ekspresowej jest uwarunkowana wielkością tejże torebki – po pierwsze nie zmieściłyby się w niej większe listki (dwa gramy dużych liści zajmują kilkakrotnie większą powierzchnię niż dwa gramy drobnych listków), po drugie nie miałyby miejsca do pełnego rozwinięcia się (duże liście podczas parzenia kilkakrotnie zwiększają swoją objętość). Z jakością herbaty ekspresowej, jak z jakością każdej herbaty – również sypkiej – bywa oczywiście różnie. Dobre marki do torebek ekspresowych pakują herbatę ortodoksyjną – zbieraną ręcznie i przetwarzaną tradycyjnie w taki sam sposób, jak herbatę sypką. W przypadku dobrej herbaty, oba te typy produktów są jednakowej jakości. Generalnie można więc stwierdzić, że jakość herbaty wynika nie z wielkości liścia, ale wielu innych istotnych czynników.

2. Herbatę w torebce ekspresowej parzy się krócej niż sypką

Jeśli parzymy czarną herbatę ortodoksyjną wysokiej jakości, to czas jej zaparzania powinien być identyczny jak herbaty sypkiej, a więc w zależności od rodzaju i preferencji smakowych ok. 3-5 minut (w tym przypadku określenie „herbata ekspresowa” jest mylące). Jeśli natomiast przygotowujemy herbatę przetworzoną nietradycyjnie, czyli często wykorzystywaną w torebkach ekspresowych herbata CTC średniej i niskiej jakości, wówczas czas parzenia jest co prawda krótszy, ale efekt nigdy nie będzie równie dobry, jak w przypadku herbaty tradycyjnej. Różnica dotyczy więc wysokiej jakości tradycyjnej herbaty w torebkach ekspresowych oraz ekspresowej herbaty, jaką jest herbata CTC, czyli granulata.

3. Mocno zaparzona herbata czarna działa jak kawa – pobudzająco

Nie prawda. Kofeina w każdej herbacie jest najbardziej aktywna do mniej więcej trzeciej minuty parzenia, kiedy napar jest jeszcze „lekki”. Po tym czasie zaczyna się ona wiązać z polifenolami i stopniowo przestaje oddziaływać pobudzająco. Wbrew pozorom więc długo parzona, bardzo ciemna w barwie herbata nie jest wcale pobudzająca. Warto pamiętać, że kofeina zawarta w herbacie działa na organizm zupełnie inaczej, niż kofeina w kawie – filiżanka herbaty zawiera mniej kofeiny, niż filiżanka kawy, kofeina jednak w powiązaniu z polifenolami ma dość łagodne działanie, nie wchłania się natychmiast (dlatego po wypiciu filiżanki herbaty najczęściej nie odczuwamy przyspieszonego bicia serca), wchłania się tylko częściowo oraz nie odkłada się w organizmie – jest w krótkim czasie wydalana. Dlatego też w przypadku herbaty należałoby raczej mówić o orzeźwiający, a nie pobudzającym działaniu.

4. Z herbaty zaparzonej ponad 5 minut wytrącają się szkodliwe dla zdrowia związki chemiczne

Nie jest to prawdą, ponieważ herbata nie zawiera szkodliwych związków chemicznych. Prawdą jest natomiast, że zbyt długo zaparzana herbata traci częściowo walory smakowe.

5. Na herbacie niskiej jakości po zaparzeniu wytrąca się nalot

Nie prawda. Nalot na herbacie może tworzyć się z rozmaitych przyczyn. Badania naukowe dowiodły na przykład, że nalot wytrącający na powierzchni naparu zaparzonego w twardej wodzie, powstaje w wyniku dużej zawartości polifenoli, a więc może świadczyć... o wysokiej jakości, zdrowej herbacie, lecz gorszej przydatności wody do parzenia herbaty. Jest to zjawisko na tyle złożone i uzależnione od tak wielu czynników, że na jego podstawie nie można oceniać jakości herbaty. Jedno jest natomiast pewne – nalot taki, pomimo tego, że wielu osobom wydaje się nieestetyczny, jest naturalnym zjawiskiem związanym z zaparzeniem herbaty w bardzo twardej wodzie.

6. Szczelnie zapakowaną herbatę można przechowywać nawet w intensywnym środowisku zapachowym

Teoretycznie tak, bowiem do wnętrza hermetycznej koperty nie przedostanie się przecież żaden aromat. W praktyce jednak warto uważać na intensywne zapachy – jeśli na kopercie osadzi się np. aromatyczny tłuszcz, to przy jej otwieraniu aromat ten nie tylko będzie wyczuwalny, psując delikatny zapach herbaty, ale może zostać przeniesiony na torebkę i „zaparzony” razem z herbatą. Pomimo szczelnego opakowania można mieć nieprzyjemne uczucie, że pijemy herbatę aromatyzowaną np. smażoną rybą...

Kącik Dobrej Książki

„Kiedy się człowiek czymś interesuje,
to książki przychodzą do niego.
Książka poleca książkę.
Tylko, że zawsze ma się większe ambicje
niż rezultaty”

Zbigniew Herbert

Koniec wakacji. Wróciliśmy z urlopów. Opaleni, wypoczęci, z bagażem wspomnień, naładowani energią i chęciami, zresetowani, gotowi do podejmowania nowych wyzwań, realizowania zadań i dążenia do wytyczonych celów.

Pogoda powoli się zmienia. Dni są coraz krótsze, zimniejsze. Zaczynają opadać liście z drzew. Trzeba rozpalic w kominku, zakupić różne rodzaje herbat i trzymać w pobliżu miękkiej, puchowej pled i w myśl cytatu Mary McLeod Bethune „Cały świat stanął przede mną otworem, gdy nauczyłam się czytać” i zacząć czytać.

Na półce piętrzą się nowo nabyte pozycje, a czasu coraz mniej. Stwierdzam to z bólem serca. Lecz zawsze znajduję kilka chwil ukradzionych rodzinie i przyjaciołom, aby chwycić za książkę, a potem podzielić się z Wami wrażeniami i polecić utwór naprawdę godny przeczytania.



Epopeja chwytająca za serce jak „Doktor Żywego”. Leningrad, rok 1941.

17-letnia Tania Mietanowa poznaje młodego oficera mówiącego z obcym akcentem. Zakochuje się w nim ku swemu przerażeniu, gdyż Aleksander jest już obiektem uczuć jej siostry Daszy. Miłość jednak nie wybiera - Aleksander odwzajemnia uczucia Tani, ale by nie ranić Daszy, bohaterowie przysięgają nigdy nie ujawnić swej miłości.

Poznajemy Tanię, jest rok 1941, czerwiec. Niemcy zaczynają realizować plan Barbarossa. Napadają na Związek Radziecki. Swojego sojusznika. Na początku wszyscy wierzą w błyskawiczne pokonanie Hitlera. Matka Rosja jest potężnym krajem, zgniecie w proch nazistów. W mgnieniu oka... Tatiana jest taką... sierotką Marysią. Jej starsza o siedem lat siostra Dasza, jest gwiazdą, dorosła, łamie serca i non stop się zakochuje. Bliźniaczy brat Tani – Pasza jest ukochanym, jedynym synem. Pupilkiem rodziców. Drobną i malutką Tania uchodzi za niezaradne dziecko. Wysłana po zakupy poznaje przystojnego oficera Armii Czerwonej – Aleksandra. Dziewczyna nie ma pojęcia, że oto nadeszła chwila która zmieni jej życie. Oficer ma nieodparty urok, ratuje ją z opresji i jako pierwszy dostrzega w niej piękną kobietę. Niestety, jak to w życiu bywa wszystko się komplikuje. Okazuje się że niewiele wcześniej Aleksander poznał Daszę. Dasza uważa, że jest zakochana w Aleksandrze. A Tania ostatnia w hierarchii rodzinnej nie wyobraża sobie złamać serca siostrze. Spotyka się potajemnie z Aleksandrem oddaje mu serce i duszę z każdym dniem coraz bardziej, a On dzieli się z nią swą przeszłością, z pozoru lekkomyślnie bo oboje naraża na straszny los. Oboje oszukują Daszę, oszukują „przyjaciela” Aleksandra-Dimę, którego zżera zazdrość i chce koleżde odebrać wszystko co jest mu drogie i ma na Aleksandra porządnego haka. Tania i Aleksander odgrywają farsę nieustannie. Ona nie chce ranić siostry i chce oddać jej mężczyznę którego kocha, on zrobi wszystko co Tania mu każe, byle nie stracić z nią kontaktu. Wszystkie te wydarzenia rozgrywają się na tle Wielkiej Wojny Ojczyźnianej. Oblegany Leningrad. Problemy z aprowizacją, ludzie gotowi zabić na ulicy, w biały dzień za kawałek chleba. Wojna, która nie jest chlubą, wojna która upadła, zmienia człowieka, wydobywa z niego najgorsze cechy.

Stulecie chirurgów, Ginekologzy



Już pierwszą historię w „Stuleciu chirurgów” o usunięciu olbrzymiej torbieli u żony farmera z Kentucky czytałam jak książkę sensacyjną i większość „Ginekologów” też pochłaniałam jak pierwszorzędnym kryminał.

Dla osób, które nie znają autora napiszę, że znany jest z fabularyzowanych historii o rozwoju nauk medycznych i kryminalistyki. Wszystko to pisane w konwencji wyścigu z czasem, z ograniczeniami technicznymi, brakiem wiedzy i zasobów i wreszcie z zabobonami.

W „Ginekologach” mamy przegląd wielkich nazwisk wśród lekarzy od chorób kobiecych, a przy okazji mnóstwo wiedzy



jak dawniej leczono kobiety, jak odbierano porody i zapobiegano ciąży. W zasadzie wiedziałam o wielu przerażających aspektach bycia kobietą w minionych wiekach, jednak zebrana tutaj razem stanowiły przytłaczającą dawkę nieszczęścia. Przygnębiające jednak było najbardziej to, że środowisko ginekologiczne przyjmowało nowe rozwiązania, często wbrew faktom, z pozamedycznych powodów powstrzymując się np. przed stosowaniem znieczulenia podczas porodu czy przed zalecaniem antykoncepcji. Natomiast wiele innych drastycznych metod obchodzenia się z problemami kobiecymi miało się zupełnie dobrze.

Fascynujące dla mnie było jakie to poglądy uważano za prawdy naukowe – np. wg uznanego czasopisma „Lancet” uśmierzenie bólu porodowego powoduje pobudzenie seksualne u rodziców a to z kolei stawia je na równi ze zwierzętami oraz to, że „żona, której mąż praktykuje to, co nazywane jest zapobieganiem ciąży, podpada siłą rzeczy w stan ducha prostytutki”. Ciekawe, jakie z naszych współczesnych niezachwianych przekonań co do właściwych metod terapii za sto czy dwieście lat nasi potomkowie będą uważać za skrajne barbarzyństwo.

Gdyby komuś było mało w tematyce historii medycyny, polecam jeszcze „Cesarza wszech chorób”, „Nieśmiertelne życie Henrietty Lacks” i oczywiście „Stulecie chirurgów”. A z trochę innej bajki – „Eunuchy do rajy” i „Piekło kobiet”.

„Ginekologów” nie jest łatwo czytać. Oczywiście nie ze względu na styl Thorwalda, ten jest niepodrabialny i jak zawsze rewelacyjny. Straszne jest uświadomienie sobie o czym Thorwald pisze. W zasadzie wiedziałam, że antykoncepcja długo torowała sobie drogę do akceptacji w wielu społeczeństwach (a i tak, jak wiemy, gdzieś się nie przebiła do końca), ale przeczytanie o tym właśnie w relacji Thorwalda - uporządkowanej, czytelnej, przystępnej - daje do myślenia.

Lektura skończyła się po raz kolejny tym, że podziękowałam siłom przyrody, że dane jest mi żyć w Europie na przełomie XX i XXI wieku, w świecie wyposażonym w antybiotyki, szczepionki i niezłą diagnostykę. I że zostałam wychowana i wykształcona tak, żeby decydować o sobie i nie przyjmować bezkrytycznie tego co mówią inni.

Książka „Ginekologów” to zbiór najważniejszych wydarzeń, które przyczyniły się do rozwoju ginekologii, jaką dzisiaj znamy. To nie tylko przedstawienie wszystkich lekarzy i ich dokonań, bowiem czymże by oni byli, gdyby nie kobiety? I nie mam tutaj na myśli tylko tych kobiet, które wydały ich na świat, ale przede wszystkim te, które wręcz zwijały się z bólu leżąc na ich stołach operacyjnych. To właśnie im należy się ogromne uznanie, bowiem swoim cierpieniem zapewniły rozwój nauki, która kobietom jest po prostu niezbędna. Co ciekawe, większość nazwisk, które pojawiają się w tej książce, to nazwiska mężczyzn – okazuje się, że kobiet-ginekologów na przestrzeni lat było naprawdę niewiele, bądź też nikt o nich głośno nie mówił.

Oczywiście nie chcę tutaj sprawić wrażenia, że przedstawione przez Thorwalda osobistości nie zasługują na uwagę, wręcz przeciwnie. Jestem przekonana, że każdy z tych lekarzy wniósł swoje pięć groszy, do ginekologii. Jürgen Thorwald porusza tematykę ciąży, miesiączki, chorób narządów płciowych – ze szczególnym uwzględnieniem raka, aborcji oraz środków

przeciwbólowych, które miały w końcu po wielu latach ulżyć kobietom w cierpieniach. Pięknie przedstawia przekrój przez poszczególne elementy ginekologii i pokazuje, jak na przestrzeni lat zmieniało się podejście ludzi – zarówno lekarzy, kobiet, jak i otoczenia – do tematów tabu oraz w jaki sposób rozwijały się stosowane przez lekarzy i akuszerki metody.

Gdyby ginekologia była osobą, to dzieło Jürgena Thorwalda można by uznać za jej biografię. I to bardzo dobrą biografię, napisaną doskonałym językiem i wspaniale ukazującą rozwój tej dziedziny medycyny na przestrzeni lat. Ginekologia musiała przejść długą drogę, aby stać się tym, czym jest dzisiaj. Nie była to droga prosta, a zawiła, skomplikowana, pełna bólu, walki i wyrzeczeń. Jürgen Thorwald nie zanudza czytelnika, wszelkie informacje przedstawia w sposób interesujący i nie skupia się na tym, co mogłoby sprawić, że zaczniemy nad tą książką przysypiać. Potrafi odpowiednio przedstawić poszczególne osobistości i ich dokonania, które przyczyniły się do znacznego postępu w ginekologii.

To książka, z którą zdecydowanie warto się zapoznać, aby zobaczyć, w jaki sposób ludzie dawniej radzili sobie z ciążą i przyjściem dziecka na świat, jak wyglądały operacje przetoki czy w jaki sposób usuwano raka jajników czy macicy. Niektóre fakty są naprawdę zaskakujące, a to zaledwie początek! Ciężko uwierzyć w to, jak dawniej postrzegana była ginekologia. Ciężko uwierzyć w to, jak była postrzegana przez społeczeństwo, że o Kościele nie wspomnę. „Prekursorem nowoczesnej ginekologii nie było łatwo.” – Nie było łatwo? To istne niedopowiedzenie! To był istny horror, zarówno dla nich, jak i dla ich pacjentek.

Szanowne Panie, dziękujemy za tak troskliwą opiekę, jaką dzisiaj mamy!

Jeszcze jeden oddech



Książka „Jeszcze jeden oddech” przykuła moją uwagę, gdy pewnego dnia przeglądałam zapowiedzi Wydawnictwa Literackiego. Gdy tylko ją dostrzegłam, wiedziałam, że koniecznie muszę ją przeczytać. Dlaczego? Zaintrygował mnie przede wszystkim jej opis. To prawdziwa historia opowiedziana przez neurochirurga, który któregoś dnia usłyszał przykrą wiadomość, jedno krótkie słowo całkowicie zmieniające życie i postrzeganie przyszłości: rak.

To krótka zapowiedź... Więcej o tej książce w następnym wydaniu „Morza Sprawy”.

Dorota Fenkanin
Oddział Onkologii i Chemioterapii
- Szpital Wojewódzki w Koszalinie
e-mail: dofen69@gmail.com

KANCELARIA DUDKIEWICZ
Radca Prawny Paweł Dudkiewicz

**Opinia prawna
dotycząca zakresu związania okręgowych
rad pielęgniarek i położnych
uchwałami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

I. Cel i przedmiot opinii.

Niniejsza opinia sporządzona jest na zlecenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w związku z pojawiającymi się pytaniami odnośnie tego czy i w jakim zakresie okręgowe rady pielęgniarek i położnych są zobowiązane stosować się do uchwał Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

2. Opinia prawna.

W pierwszej kolejności należy wyjaśnić jak została przez ustawodawcę ukształtowana pozycja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w strukturze samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, w szczególności w kontekście relacji pomiędzy Naczelną Radą a okręgowymi radami.

Przede wszystkim, z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r., o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, póź. 1038 z późn. zm.; dalej „ustawa”) wynika, że Naczelna Rada kieruje działalnością samorządu w okresie między Krajowymi Zjazdami. Wyłączony zatem okres obradowania Krajowego Zjazdu, który jest najwyższym organem samorządu (art. 18 ustawy) oraz związane Naczelnej Rady decyzjami Krajowego Zjazdu, Naczelna Rada ma nadrzędną pozycję w samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych. W tym kontekście należy rozważać jej uprawnienia, w szczególności właśnie jej relacje z okręgowymi radami. Za podkreślenie pozycji Naczelnej Rady w strukturze samorządu może być uznane również to, że organ ten, jak zdecydował ustawodawca, składa się m.in. (w praktyce w przeważającej mierze) z osób reprezentujących wszystkie okręgowe rady (przewodniczących). Naczelna Rada jest więc niejako z założenia reprezentantem interesów całego samorządu, a z drugiej strony forum, na którym swoje zdanie mogą wyrazić wszystkie okręgowe rady.

Rozwinięciem tej ogólnej kompetencji Naczelnej Rady - kierowanie działalnością samorządu jest w szczególności art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy, który przewiduje, że Naczelna Rada podejmuje uchwały w innych sprawach należących do samorządu, niezastrzeżonych dla innych organów. Jest to więc tzw. domyślna kompetencja Naczelnej Rady do wszystkich spraw nie przekazanych wyraźnie innym organom samorządu.

Przechodząc zaś do analizy określonych ustawą relacji pomiędzy Naczelną Radą a radami okręgowymi, nadrzędna pozycja Naczelnej Rady przejawia się w kilku aspektach. W pierwszej kolejności jest to rozpatrywanie odwołań od uchwał rad okręgowych, czyli działanie jako organ wyższego stopnia (organ II instancji), podobnie jak to ma miejsce w administracji publicznej. Chodzi tu przede wszystkim o rozpatrywanie w trybie kodeksu postępowania administracyjnego odwołań od uchwał w przedmiocie stwierdzenia oraz przyznania prawa wykonywania zawodu, ale także w kwestii regulowanej wyłącznie przepisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej - uchwał o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych. Kolejnym elementem jest tu kompetencja Naczelnej Rady do uchylania uchwał okręgowych rad sprzecznych z prawem, regulaminem wydanym na podstawie ustawy lub uchwałą wyższego organu (art. 22 ust. 4 ustawy). Ponadto Naczelna Rada może zwrócić się do okręgowej rady o podjęcie uchwały w określonej sprawie należącej do zakresu jej działania. Uchwała okręgowej rady powinna być podjęta w terminie 3 miesięcy od dnia doręczenia uchwały Naczelnej Rady (art. 22 ust. 3 ustawy). Analizując zaś tę kwestię z drugiej strony, tj. z punktu widzenia zakresu zadań i kompetencji okręgowej rady, należy wskazać, że zgodnie z art. 31 pkt 5 ustawy okręgowa rada

wykonuje zadania zlecone przez Naczelną Radę.

Na tym tle rodzi się pytanie, będące przedmiotem niniejszej opinii, czy i w jakich sytuacjach okręgowe rady pielęgniarek i położnych są zobowiązane stosować się do uchwał Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Analizę tej kwestii należy zacząć od uwagi, że ustawa nie zawiera przepisu, który by mówił wprost, że okręgowa rada wykonuje uchwały Naczelnej Rady, jak to ma miejsce w przypadku relacji pomiędzy okręgowym zjazdem a okręgową radą, gdzie w art. 31 pkt 1 ustawy wskazane jest, że okręgowa rada wykonuje uchwały okręgowego zjazdu. Brak analogicznego przepisu w relacjach pomiędzy Naczelną Radą a okręgową radą jest jednak zrozumiały, ponieważ relacje pomiędzy tymi organami mają bardziej złożony charakter, co było przedstawione wyżej. Z drugiej zaś strony, okręgowa rada posiada własne kompetencje i zadania, które nie polegają po prostu na realizacji decyzji podejmowanych na szczeblu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (ta kwestia będzie jeszcze poruszona poniżej).

Biorąc powyższe pod uwagę, w ocenie sporządzającego mniejszą opinię, mimo braku w ustawie przepisu, który by mówił o tym wprost, z uwagi na wynikającą z ustawy nadrzędną pozycję Naczelnej Rady w strukturze samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, należy uznać **jako zasadę**, że okręgowe rady powinny stosować się do uchwał Naczelnej Rady. Przy czym w tym kontekście nie można ograniczać się jedynie do „suchej” analizy przepisów ustawy, ale także mieć na względzie interes samorządu zawodowego jako całości (wykładnia ceiowościowa przepisów). Samorząd może zaś w sposób należyty realizować swoje ustawowe zadania (art. 4 ustawy) jeżeli organy wykonawcze okręgowych izb - okręgowe rady będą stosować się do decyzji podejmowanych przez organ kierujący działaniami samorządu, czyli przez Naczelną Radę.

W tym miejscu warto przeanalizować bardziej dokładnie powołany już wyżej art. 22 ust. 4 ustawy, który stanowi, że Naczelna Rada uchyla uchwałę okręgowej rady sprzeczną z prawem, regulaminem wydanym na podstawie ustawy lub uchwałą wyższego organu. Tym „wyższym organem” w rozumieniu ustawy jest na pewno okręgowy zjazd, ale muszą być to również inne organy, skoro ustawa używa tu liczby mnogiej (organy). Z pewnością takim organem będzie najwyższy organ samorządu - Krajowy Zjazd, ale także, kierująca działalnością samorządu w okresie między Krajowymi Zjazdami, Naczelna Rada. Nie powinno więc budzić wątpliwości, że Naczelna Rada ma kompetencję, a w zasadzie obowiązek (ustawa używa kategorię sformułowania „uchyla”, a nie np. „może uchylić”) uchylecia uchwały okręgowej rady sprzecznej z uchwałą Naczelnej Rady (oczywiście również uchwały sprzecznej z prawem lub regulaminem). Jeżeli zatem uchwała Naczelnej Rady będzie dotyczyła kwestii, która na poziomie okręgowej izby będzie się wiązała z podjęciem przez okręgową radę uchwały, treść tej uchwały powinna być zgodna z uchwałą Naczelnej Rady. W przeciwnym wypadku Naczelna Rada powinna uchylić uchwałę okręgowej rady.

Większy problem w praktyce rodzi sytuacja, w której okręgowa rada nie stosując się do uchwały Naczelnej Rady nie podejmowałaby celowo uchwały, lub po prostu w danej sytuacji podjęcie uchwały nie byłoby konieczne, a działanie sprzeczne z uchwałą Naczelnej Rady polegałoby jedynie na czynnościach faktycznych albo ich zaniechaniu.

Problem ten częściowo rozwiązuje art. 22 ust. 3 ustawy, zgodnie z którym Naczelna Rada może zwrócić się do okręgowej rady o podjęcie uchwały w określonej sprawie należącej do zakresu jej działania. Uchwała okręgowej rady powinna być podjęta w terminie 3 miesięcy od dnia doręczenia uchwały Naczelnej Rady. Na tle tego przepisu może pojawić się jednak pytanie, jak rozumieć pojęcie sprawy należącej do zakresu działania okręgowej rady. Oczywiście jest, że będą to sprawy, gdzie ustawa lub inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego przewidują określone kompetencje okręgowej rady. Jednakże należy zauważyć, że z ogólnego przepisu. Z drugiej jednak strony, kwestia samodzielności okręgowej izby w kwestii gospodarki finansowej nie powinna być używana przez okręgową radę jako prosty argument przeciwko zastosowaniu się do uchwały

Naczelnej Rady. Wiele bowiem działań okręgowych rad, do których mogą być one zobowiązane wskutek uchwały Naczelnej Rady, wiąże się z jakimiś wydatkami, czy ogólnie dotyczy spraw finansowych. W ocenie sporządzającego niniejszą opinię, jeżeli uchwała Naczelnej Rady zakładająca podjęcie przez okręgową radę określonych działań jest uzasadniona realizacją celów samorządu, okręgowa rada powinna zastosować się do takiej uchwały, nawet jeżeli będzie się to wiązało z jakimiś wydatkami. Dobrym przykładem obrazującym tego rodzaju relacje jest podjęta niedawno uchwała Naczelnej Rady nr 82/VII/2016 z dnia 8 marca 2016 r. w sprawie poddruków zaświadczeń o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarka lub położnej/położnego i zaświadczeń o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki/położnej przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat. Naczelna Rada, w ramach realizacji jednego z zadań samorządu (wydawanie przewidzianych prawem zaświadczeń), zawarła z Polską Wytwórnią Papierów Wartościowych S.A. umowę o dostarczenie tzw. poddruków zaświadczeń, które mają być stosowane przez wszystkie okręgowe rady (ujednoczenie). Wiąże się to z określoną procedurą zamawiania poddruków przez okręgowe rady i wynikającymi z tego rozliczeniami pomiędzy okręgowymi radami a Naczelną Radą. Podjęcie uchwały w takim kształcie było, w ocenie sporządzającego mniejszą opinię, uzasadnione, a okręgowe rady powinny zastosować się do jej postanowień. Ustawowym uzasadnieniem dla takiej interpretacji jest treść przywołanego już wyżej art. 31 pkt 5 ustawy, zgodnie z którym okręgowa rada wykonuje zadania zlecone przez Naczelną Radę. Kończąc tę część rozważań, należy wyjaśnić, że sam fakt posiadania przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych osobowości prawnej (art. 2 ust. 4 pkt 2 ustawy) nie powinien być w ogóle przywoływany jako argument w rozważaniach co do tego, czy okręgowe rady są związane, i w jakim stopniu, uchwałami Naczelnej Rady. Osobowość prawna i wynikająca z niej zdolność do czynności prawnych są bowiem kategoriami prawa cywilnego i oznaczają, że dana organizacja jest podmiotem praw i obowiązków cywilnoprawnych, czyli np. że jest stroną umów, czy też że jest właścicielem lokalu na potrzeby swojej siedziby. Osobowość prawna nie wiąże się natomiast bezpośrednio z kompetencjami wobec innych podmiotów czy też ich organów, co jest z kolei kategorią prawa administracyjnego, czy też w przypadku samorządu zawodowego w większej mierze kwestią

wewnątrzorganizacyjną.

Należy wyraźnie pokreślić, że powyższe rozważania stanowią analizę różnych aspektów sytuacji, gdy Naczelna Rada podejmuje uchwałę w ramach swoich ogólnych kompetencji, czyli przeważnie powołując jako podstawę art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy, czyli podejmowanie uchwały w innych sprawach należących do samorządu, niezastrzeżonych dla innych organów.

Tam natomiast, gdzie Naczelna Rada realizuje swoje konkretne zadania, przyznane jej wyraźnie przez ustawę i podejmuje w tym celu uchwałę, treść tej uchwały jest prawem wewnętrznym samorządu obowiązującym wszystkich członków samorządu oraz organy izb. Przykładami takiej sytuacji jest np. ustalanie przez Naczelną Radę: wzorów pieczęci organów samorządu (art. 22 ust. 1 pkt 10 ustawy), zasad wynagradzania osób pełniących obowiązki na stanowiskach, które mogą być wynagradzane (art. 15 ust. 2 ustawy), czy też przyjmowanie ramowego programu przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu (art. 26 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Odnośnie tego rodzaju uchwał, rozważanie czy okręgowe rady są nimi związane nie powinno w ogóle mieć miejsca.

3. Wnioski.

1. Z uwagi na prawną pozycję Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w strukturze samorządu zawodowego, okręgowe rady pielęgniarek i położnych powinny stosować się do uchwał Naczelnej Rady.

2. Granicą związania okręgowych rad uchwałami Naczelnej Rady jest, obok przepisów prawa, autonomia okręgowych rad w realizacji ich zadań, w szczególności w aspekcie gospodarki finansowej.

3. W sprawach, których Naczelna Rada wydając uchwałę realizuje swoje konkretne zadania, przyznane jej wyraźnie przez ustawę, treść takiej uchwały jest prawem wewnętrznym samorządu obowiązującym wszystkich członków samorządu oraz organy izb, także więc oczywiście okręgowe rady.

4. Okręgowe rady mogą kwestionować sprzeczność z prawem uchwał Naczelnej Rady poprzez zwrócenie się z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o zaskarżenie uchwały do Sądu Najwyższego.

Warszawa, dnia 22 czerwca 2016 r.

Autor odpowiedzi: Paszkowski Artur
Odpowiedzi udzielono: 3 czerwca 2016 r.,
stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pytanie

Czy pielęgniarka pracująca w domu pomocy społecznej, zatrudniona przez dyrektora DPS na podstawie umowy o pracę, może wykonywać świadczenia zdrowotne w tym pielęgnacyjne i lecznicze (w szczególności: iniekcje domięśniowe, wlewy kroplowe dożylnie, wlewki doodbytnicze) na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej?

Odpowiedź

Wykonywanie czynności pielęgniarskich na podstawie zlecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, również na rzecz świadczeniobiorców przebywających w domu pomocy społecznej, należy do obowiązków pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku objęcia pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową - do obowiązków pielęgniarki opieki długoterminowej. Niezależnie jednak od powyższych ustaleń stwierdzić należy, iż zgodnie z przepisem art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., wykonywanie w ogóle zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności zaś na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia

i rehabilitacji. Warunkiem wykonywania takich zleceń jest, po myśli art. 15 ust. 1 u.z.p.p. i położnej, dysponowanie dokumentacją medyczną pacjenta, z której wynika konieczność realizacji określonego świadczenia. Zatem także i pielęgniarka zatrudniona w domu pomocy społecznej, niebędąca pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej czy opieki długoterminowej, uprawniona będzie (ale nie zobowiązana) do wykonania iniekcji na rzecz świadczeniobiorcy, jeśli tylko nie zostało to odmiennie uregulowane w zakresie jej obowiązków wynikających z zawartej umowy o pracę lub innej umowy o charakterze cywilnoprawnym.

Zgodnie z przepisem § 17 ust. 2 zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację, na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na zabiegi i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym. Jak stanowi z kolei § 17 ust. 5 zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ, sprawowanie przez pielęgniarkę poz. opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w domu pomocy społecznej (DPS) obejmuje współudział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców, edukację

personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki oraz realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarstwiej oraz zleceń lekarskich. Co istotne również, po myśli § 19 zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ, świadczenia pielęgniarstwiej realizowane są w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniem medycznym - w formie wizyt domowych, przy czym świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są w godzinach dostępności do świadczeń pielęgniarstwiej POZ, zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania. Powyższe nie oznaczają jednak, iż poza godzinami pracy pielęgniarstwiej podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca pozbawiony jest opieki sprawowanej przez pielęgniarstwiej i to w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W takim bowiem przypadku przedmiotowych świadczeń udziela, w tym również wykonuje iniekcje, pielęgniarstwiej nocnej i świątecznej podstawowej opieki zdrowotnej.

W tym miejscu podkreślić kolejno należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarstwiej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej „Zakres zadań pielęgniarstwiej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej” - część II - Zakres zadań pielęgniarstwiej POZ, świadczenia lecznicze wykonywane przez pielęgniarstwiej podstawowej opieki zdrowotnej obejmują w szczególności podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych.

Odmienne przedstawia się natomiast kwestia realizacji świadczeń pielęgniarstwiej na zlecenie lekarskie, w tym wykonywania iniekcji, w przypadku objęcia świadczeniobiorcy przebywającego w domu pomocy społecznej pielęgniarstwiej opieką długoterminową. W takiej sytuacji to pielęgniarstwiej opieki długoterminowej zobowiązana będzie nade wszystko do wykonywania iniekcji na zlecenie lekarza, co wynika zresztą z postanowień § 13 ust. 2 pkt 6 zarządzenia Nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, zgodnie z którym w pielęgniarstwiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarstwiej wykonuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami, czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji.

Pytanie

Czy książka raportów pielęgniarstwiej może być prowadzona w wersji elektronicznej?

Odpowiedź

Podstawą prawną wdrażania EDM jest w istocie przepis wykonawczy w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. - dalej r.d.m. Przepis § 1 r.d.m. stanowi: „Dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej”. Zastosowanie „lub” daje w zasadzie prawo do wszelkiej konstrukcji, czyli także do częściowego wdrożenia EDM. Zawartość Księgi Raportów Pielęgniarstwiej jest określona przepisem § 31 r.d.m., zgodnie z którym:

Księga raportów pielęgniarstwiej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 r.d.m.;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań;

- 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarstwiej lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 r.d.m.

Zastosowanie ma także § 4 ust. 2 r.d.m. Oznacza to, że osoba dokonująca wpisu w księdze musi posiadać własny dostęp do systemu informatycznego, tak aby system odnotowywał aktywności poszczególnego użytkownika.

W podsumowaniu autorka wskazuje, że prawo nie zabrania częściowego wdrożenia EDM. Część prowadzona elektronicznie musi jednak spełniać wszystkie wymagania dla danego fragmentu dokumentacji, co w niektórych wypadkach rodzi na przykład potrzebę digitalizowania dokumentów papierowych. Jeżeli więc raport wymaga dołączenia jakiegokolwiek dokumentu musi być on sprowadzony do postaci cyfrowej. § 81 ust. 1 r.d.m. stanowi, że: „W przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji”. W przypadku wdrożenia EDM tylko w części na poziomie tej części dokumentacja musi być między innymi kompletna. Odpowiadając jednak na pytanie - wdrożenie EDM tylko w wybranych zakresach jest dopuszczalne.

Źródło: sip.lex.pl



KURS SPECJALISTYCZNY „Ordynowania leków i wypisywania recept cz. I i cz. II”

Okręgową Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie przy współpracy z Okręgową Izba Pielęgniarek i Położnych w Słupsku rozpoczęła realizację kursów specjalistycznych z zakresu „Ordynowania leków i wypisywania recept cz. I” dla pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych – 65 godzin oraz „Ordynowania leków i wypisywania recept cz. II” dla pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych – 44 godziny w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) na lata 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje i kwalifikacje zawodowe Kadr medycznych, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego numer WND-POWR.05.04.00-00-0053/15 - „Nowe kwalifikacje w pielęgniarstwie i położnictwie”.

Pierwszą edycję kursu specjalistycznego z zakresu „Ordynowania leków i wypisywania recept cz. II” dla pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych zorganizowano od 16 września 2016 r. do 05 października 2016 r. dla 24 osób. Kolejna edycja kursu planowana jest w terminie od 28 października 2016 r. do 18 listopada 2016 r. dla tej samej liczby uczestników.

Natomiast pierwszą edycję kursu specjalistycznego z zakresu „Ordynowania leków i wypisywania recept cz. I” dla pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych zaplanowano od 07 października 2016 r. do 26 października 2016 r. również dla 24 uczestników. Następna edycja tego kursu przewidziana jest w terminie 19 listopada 2016 r. do 08 grudnia 2016 r. dla niezmięnionej liczby osób.

W związku z dużą liczbą osób zainteresowanych ww. kursami specjalistycznymi w roku 2017 planowane są kolejne 4 edycje kursów.

Fundacja Na Rzecz Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „NOWE ŻYCIE” działająca przy szpitalu psychiatrycznym we współpracy z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Koszalinie zaprasza na

IV Koszalińskie Forum Psychiatrii Środowiskowej pt.: Razem czy osobno. Dialog o reformie psychiatrii

18 listopada 2016 roku w godz. 9⁰⁰-15⁰⁰

Politechnika Koszalińska, ul. Kwiatkowskiego 6E

Wydarzenie ma charakter cykliczny. Już po raz czwarty organizujemy w Koszalinie spotkanie środowisk związanych z pracą na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i chorującymi psychicznie. Fora Psychiatrii Środowiskowej, poza realizacją idei zawartej w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, służą również wymianie doświadczeń ekspertów i osób doświadczonych chorobą.

Udział w forum biorą nie tylko lekarze, terapeuci, osoby chorujące ale również przedstawiciele władz miasta Koszalina, goście zagraniczni oraz media.

Forum zaplanowane zostało w dwóch blokach: blok 1. Tu i teraz. blok 2. Perspektywy.

Udział w Konferencji jest bezpłatny.

Nadzór merytoryczny nad wydarzeniem sprawuje
Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego Medison w Koszalinie

*serdecznie zapraszam
lek. Izabela Ciuńczyk*



YOUR POINT OF VIEW

MEDYCZNY JĘZYK ANGIELSKI

registered nurse (RN) – pielęgniarka dyplomowana
general hospital – szpital ogólny
expertise – wiedza specjalistyczna, doświadczenie
treat – leczyć
overseas patients – zagraniczni pacjenci
administer drugs – podawać leki
injection – zastrzyk
set up a drip – przygotować kroplówkę
check temperature / blood pressure – sprawdzać temperaturę / ciśnienie krwi
discharge – wypis (ze szpitala)
supervise – nadzorować
junior staff – stażyści

ward – oddział
queue in the waiting room – kolejka w poczekalni
outpatient – pacjent leczony ambulatoryjnie
check-up – badanie kontrolne
refer – skierować (np. na badania)
GP (general practitioner) – lekarz rodzinny
Accident and Emergency – ostry dyżur
casualty – oddział nagłych wypadków (BrE)
inpatient – chory hospitalizowany
admit to a hospital – przyjmować do szpitala
ENT – otolaryngologia
intensive care unit (ICU) – oddział intensywnej terapii
obstetrics – położnictwo

intravenous cannula – kaniula dożylna (wenflon)
weak – słaby
sore – bolesny, obolały
painkiller – środek przeciwbólowy
dressing – opatrunek
take off – zdjąć
itchy – swędzący, gryzący (np. bandaż)
aching – bolesny
ice pack – worek z lodem
relieve pain – uśmierzyć ból
feel dizzy – mieć zawroty głowy
nauseous – mający mdłości
general anaesthesia – narkoza



ZAGADKA z nagrodami

Nazwę przedmiotu, która będzie rozwiązaniem zagadki można przesyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPIP.

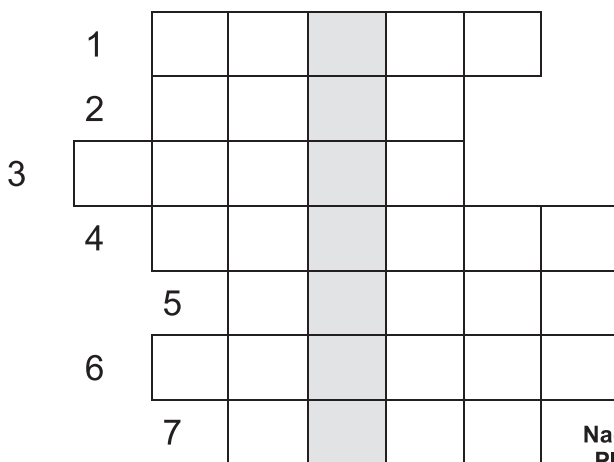
Termin nadsyłania rozwiązań: 15.11.2016 r.

Za prawidłowe rozwiązanie rebusu przewidziano trzy nagrody rzeczowe. Imiona i nazwiska zwycięzców, wyłonionych w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.

Nagrodę za rozwiązanie zagadki, której hasło brzmiało: „SZPATUŁKA” otrzymują: Pani Teresa Łosiewicz, Pani Anna Studzińska z Kołobrzegu oraz Pani Jolanta Jakubiak z Połczyna Zdroju.



KRZYŻÓWKA nr 19



1. Bambosz
2. Strzęp waty
3. Bijący narząd
4. Żeński gruczoł płciowy
5. Parzysty narząd
6. Duża strzykawka
7. Wcięcie w pasie

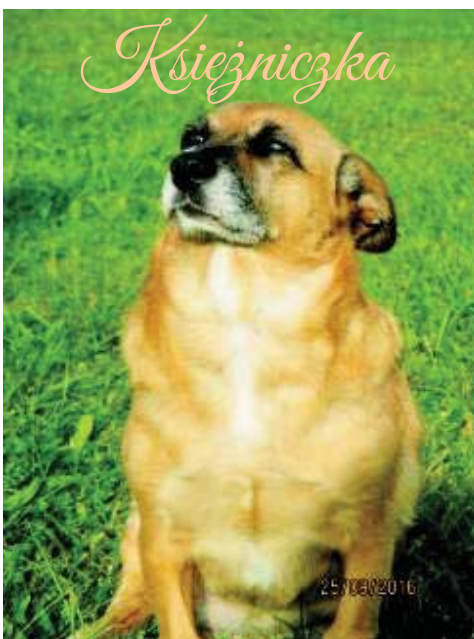
Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 18, której hasło brzmiało: „PIEŁĘGNIARKA” wygrał Pani Krystyna Stachowska z Dygowa.

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: **15.11.2016 r.**

Bardzo prosimy o każdorazowe podanie imienia, nazwiska i adresu zamieszkania.

Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową. Imię i nazwisko zwycięzcy, wyłonionego w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.



Rzym

*trzeba zobaczyć i poczuć
klimat tego Wiecznego Miasta*

W granicach Rzymu, na prawym brzegu Tybru, leży miasto-państwo Watykan, będący enklawą na terytorium państwowym Włoch.

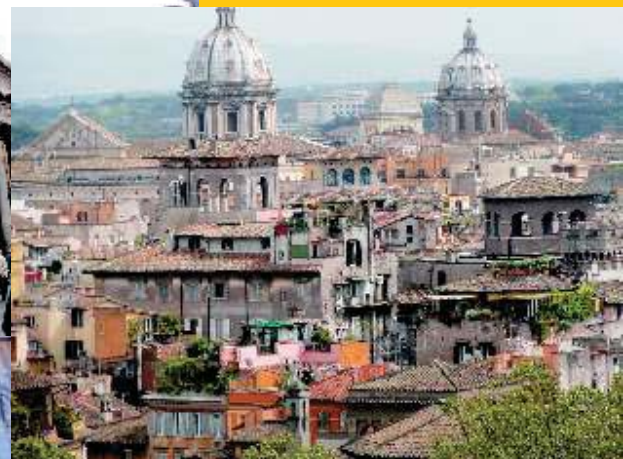
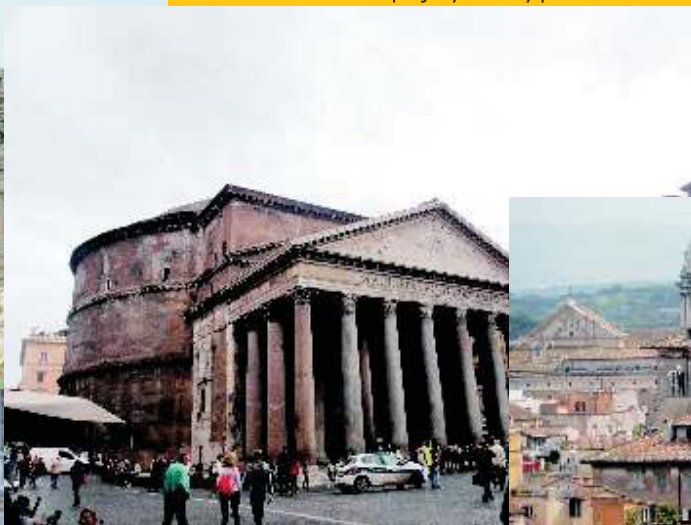
Planując zwiedzanie Rzymu powinniśmy przed wyjazdem zaplanować co chcemy zobaczyć. Jest to wskazane ze względu na konieczność internetowego rezerwowania biletów i wejściówek. Jeżeli tego nie zrobimy to zamiast zwiedzać będziemy stać w kilkugodzinnych kolejkach np. do Muzeów Watykańskich czy do Koloseum. Przez cały rok Rzym jest przepełniony turystami. W samym centrum Rzymu hotele są drogie. Polecam skorzystanie z Domu Polskiego im. Jana Pawła II. Dom ten znajduje się 40 minut metrem od samego centrum. Prowadzą go siostry zakonne, które dbają o pielgrzymów z Polski.

Będąc w Rzymie trzeba koniecznie zaplanować udział w środowowej audyencji u Papieża. Na placu św. Piotra co środę można bezpłatnie uczestniczyć w spotkaniu z Papieżem, który w Papamobile objeżdża wszystkie sektory wypełnione turystami i mieszkańcami Rzymu. Zwyczajem jest wizyta par nowożeńców w ślubnych strojach oraz przynoszenie małych niemowląt, które Papież bierze na ręce i całuje w główkę. Po audyencji można zwiedzić Bazylikę św. Piotra. Trzeba tylko pamiętać, że w zbyt skromnym stroju nie zostaniemy wpuszczeni. Dla naszych rodaków przy grobie św. Jana Pawła II (od wejścia po prawej stronie za Pietą) odbywają się msze święte w języku polskim. Będąc w Watykanie należy także zejść do podziemi Bazyliki (wstęp bezpłatny) oraz przejść na Via Dei Cavalleggeri 5, gdzie w podwórzu można bezpłatnie zwiedzić całoroczną szopkę, którą przedstawia Bettelem.



Kontynuując zwiedzanie warto przejść z Bazyliki przez Viale della Conciliazione w stronę Zamku Świętego Anioła. Zamek świętego Anioła - Castel Sant'Angelo, to grobowiec przeznaczony dla cesarza Hadriana. Jego budowę zakończono w 139 roku. Aby ułatwić komunikację, na wysokości Pola Marsowego przerzucono ośmioprzęsłowy most Pons Aelius. Budowla funkcję mauzoleum pełniła do 271, kiedy została włączona w system murów obronnych Rzymu. Na początku VII wieku papież Bonifacy IV na szczycie budynku wznosił kaplicę Świętego Anioła w Niebie. W 1277 roku papież Mikołaj III połączył zamek z Watykanem za pomocą tajemnego korytarza, istniejącego do dziś. Obecnie, od roku 1933, znajduje się w nim watykańskie muzeum średniowiecznej broni.

Gdybyśmy spędzali w Rzymie dłuższy czas, to oczywiście sam Zamek wart jest zwiedzenia wraz z tarasami widokowymi na górze. Jeśli mamy mało czasu, to należy zadowolić się widokiem z zewnątrz, a następnie przejść przez przepiękny most na drugą stronę Tybru i podążać wąskimi uliczkami w stronę Piazza Navona. Praktyczna porada: jeśli nie mamy ze sobą planu Rzymu, to obok Zamku Anioła znajduje się punkt informacji turystycznej. Przy odrobinie szczęścia powinniśmy dostać tam bezpłatną mapę miasta. Ewentualnie za kilka euro można kupić dokładniejszy i lepiej wykonany plan.





zanieczyszczenie rzymskiego powietrza. Dawniej odbywały się tutaj walki gladiatorów podziwiane przez rzymski tłum. Budowę Koloseum rozpoczęto w 70 roku. Ogrom budowli oraz lokalizacja na bagnistym terenie sprawiały wiele trudności. O lokalizacji przesądziła bliska odległość do Forum Romanum i Palatynu. Amfiteatr był wzorem prostoty i funkcjonalności. Służył jako przykład dla innych tego typu inwestycji. Koloseum mieściło 50 tysięcy widzów. W 240 roku Koloseum uległo zniszczeniu w wyniku pożaru, następnie przeżyło jeszcze kilka trzęsień ziemi. W późniejszych latach Koloseum sukcesywnie rozbierano, żeby wykorzystać jego kamień na budowę innych zabytków. Docelowo rozebrano 2/3 Koloseum.

Wychodząc z Koloseum zobaczymy ruiny Pallatynu i Forum Romanum - przez tysiąc lat Forum Romanum (Foro Romano) było sercem starożytnego Rzymu oraz sercem imperium obejmującego prawie całą Europę. Dziś są to już tylko ruiny, ale stanowią najważniejszy obszar archeologiczny w Europie. Warto odwiedzić to miejsce, aby podziwiać ślady dawnej wielkości i urok tego miejsca. W pobliżu Forum Romanum można zobaczyć makietę, która przybliży starożytny wygląd zabudowań.

Panteon to najstarszy tak dobrze zachowany budynek w Rzymie. Leży w centrum miasta i łatwo do niego trafić z wielu miejsc. Budowę Panteonu zakończono w 128 roku. Gmach przetrwał w doskonałym stanie ponieważ w 609 roku został zamieniony na kościół katolicki i zabranie chociażby jednego kamienia byłoby grzechem śmiertelnym. Fasada i wnętrze wyglądają tak samo jak w II wieku. Pod ścianami znajdują się nagrobki Rafaela i dwóch królów włoskich. Kopia jest arcydziełem techniki starożytnej. Jest większa niż kopia w Bazylice św. Piotra, a do XX wieku była największą konstrukcją betonową. Okrągły otwór w kopule spełniał rolę praktyczną i duchową: oświetlał wnętrze i umożliwiał bezpośrednią obserwację niebios. Na środku posadzki znajduje się zagłębienie do którego spływa woda deszczowa z otworu w kopule.

Trudno jest zwiedzić cały Rzym w trakcie jednego tygodniowego pobytu. Tam trzeba wrócić i bez pośpiechu wczuć się w klimat i urok wąskich uliczek. Jeżeli wejdziemy głębiej w zakamarki Rzymu znajdziemy małe restauracje z wysmienitymi i niedrogimi włoskimi daniami. Tam wypijemy pyszną kawę i spotkamy się z mieszkańcami Rzymu.

Włosi są bardzo sympatyczni i pomocni gdy zapłaczą się w uliczkach bez nazw.

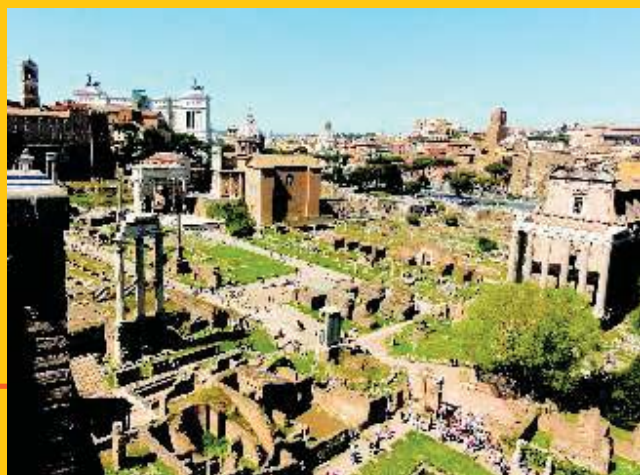
Monika Zaremba

Jednym z piękniejszych miejsc w Rzymie jest Piazza Navona, który przez cały dzień i dużą część nocy tętni życiem. Wokół rozstawione są kawiarniane stoliki, a na samym placu artyści sprzedają obrazy. Magicy i kuglarze popisują się swoimi umiejętnościami. Niespełna 2000 lat temu w tym miejscu znajdował się 30-tysięczny stadion. Na placu znajdują się trzy fontanny projektu Berniniego. Za ledwie kilkuminutowy spacer dzieli nas stąd od Fontanny di Trevi. Słynna z wielu filmów, najpiękniejsza z setek fontann Rzymu. Doprowadzono do niej wodę z akweduktu wybudowanego przez Augusta w 19 roku. Obecna fontanna zbudowana została w latach 1732-1762 na zlecenie papieża Klemensa XII. Dla turystów wychodzących z brukowanych wąskich uliczek jest to zaskakujący widok. Fontanna zajmuje całą tylną ścianę Palazzo Poli. Na środku fontanny stoi posąg Neptuna. Wielu turystów do fontanny wrzuca drobną monetę, wierząc, że pozwoli im to w przyszłości wrócić do Rzymu. W pobliżu Fontanny di Trevi znajdują się słynne i równie zatłoczone Schody Hiszpańskie. Na placu przy Fontannie di Trevi można zjeść wysmienite lody lub pieczone kasztany.

Mając do dyspozycji dodatkowy dzień warto zwiedzić Muzea Watykańskie - najwspanialsze muzea na świecie. Inne mogą im dorównać tradycją lub liczbą eksponatów, ale nigdzie nie ma całych sal zdobionych przez Rafaela czy fresków takich jak na sklepieniu Kaplicy Sykstyńskiej. Aby to zobaczyć trzeba przejść prawie osiem kilometrów.

Kaplica Sykstyńska to arcydzieło ze wspaniałym sklepieniem przedstawiającym dziewięć scen z 300 postaciami, autorstwa Michała Anioła. Michał Anioł tworzył go przez cztery lata w niezwykle trudnych warunkach (w zimnie i upale, malując na leżącym z rusztowania). Na tylnej ścianie kaplicy Michał Anioł stworzył kolejne arcydzieło: freski przedstawiające Sąd Ostateczny.

Już lecąc samolotem nad Rzymem zobaczymy Koloseum. To najważniejsza zachowana budowla starożytnego Rzymu. Majestatycznego wyglądu nie przyćmił ani upływ czasu, ani



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

„Ludzie przychodzą, ludzie odchodzą,
Wiemy o tym, a za każdym razem,
Gdy się zdarza, jesteśmy zaskoczeni.
To jedyna rzecz w naszej egzystencji,
Której możemy być pewni,
ale często łamie nam serce”

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 21.07.2016 r.
odeszła od nas

nasza koleżanka

Krystyna Jończyk

wieloletnia pielęgniarka
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

Będzie nam Ciebie brakowało...

Pielęgniarki z Izby Przyjęć Dziecięcej

Głębokie wyrazy współczucia

Koleżance

Krystynie Gmurowskiej

z powodu śmierci

BRATA

składają
Koleżanki i Koledzy
z Przyszpitalnych Poradni Specjalistycznych
w Koszalinie

Głębokie wyrazy współczucia

Koleżance

Halinie Cyzman

z powodu śmierci

BRATA

składają
Koleżanki i Koledzy
z Przyszpitalnych Poradni Specjalistycznych
w Koszalinie



„Śmierć nie jest kresem
naszego istnienia,
żyjemy w naszych dzieciach
i następnych pokoleniach...”

A. Einstein

„Są ludzie i chwile, których się nie zapomina”

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej koleżanki

21 lipca 2016 r. odeszła z naszych szeregów pielęgniarka

Krystyna Jończyk z d. Szymańska

*Osoba bardzo skromna, bezinteresowna,
zawsze służąca pomocom innym.*

Nigdy nie zapomnimy lat spędzonych z Tobą.

Zostaniesz w naszej pamięci na zawsze.

*Tvoja nieoczekiwana śmierć zostawiła wielką pustkę
w tych, którzy Cię kochali.*

W ich sercach będzie zawsze żywe Twoje wspomnienie.

Z wyrazami głębokiego współczucia i żalu

RODZINIE I NAJBLIŻSZYM

*Koleżanki pielęgniarki z V „c” Liceum Medycznego
w Koszalinie (1971-1976)*

„Wszystko ma swój czas:
jest czas spokoju, cierpienia,
bezgranicznej rozpacz
oraz czas wdzięcznej pamięci”

Szczere wyrazy współczucia

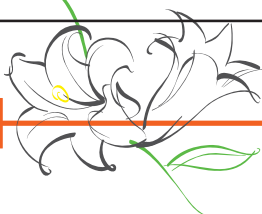
dla Pielęgniarki Oddziałowej

Anny Iwanisik

z powodu śmierci

TATY

składa
Personel Oddziału Dziecięcego
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie





Ocet jabłkowy

Kleopatra, królowa Egiptu, znała wielką moc octu. Dzięki tej wiedzy wygrała zakład z Markiem Antoniuszem. Swoją najcenniejszą perłę rozpuściła w kieliszku z octem i wypiła. W ten sposób skonsumowany został najdroższy posiłek starożytnego świata. Ocet znali i cenili rzymscy legioniści – nosili go zawsze przy sobie. Stosowali jako przyprawę, multiwitaminę w płynie, środek odkażający rany i antidotum na ukąszenia węży. Przez wieki ceniony, dziś zapomniany. Czas, by wrócił na należne mu, honorowe miejsce. Jest to możliwe, ocet winny posiada bowiem magiczne właściwości. Namawiam do rozpoczęcia własnej produkcji, choćby w litrowym słoiku.

Warto, ponieważ oprócz odchudzających właściwości ocet jabłkowy:

- uszczelnia i uelastycznia naczynia krwionośne. Ma zastosowanie w profilaktyce i leczeniu żylaków, cery naczynkowej (stosować wewnętrznie i zewnętrznie, np. jako tonik do twarzy; ocet należy rozcieńczyć 1/1).
- dostarcza mikroelementy, minerały i aminokwasy – wyodrębniono w nim kilkadziesiąt dobroczynnych substancji.
- neutralizuje toksyny i wspomaga ich wydalanie; neutralizuje szkodliwe substancje wytwarzane podczas ataku alergii.
- pomaga w leczeniu nadciśnienia, cukrzycy, reguluje poziom cholesterolu we krwi.

Poza tym jest smaczny!

Proporcje:

1,5 kg pokrojonych w plastki jabłek (z pestkami, bez ogonków)

1,25 l przegotowanej letniej wody (gorąca zabija drożdże)

cukier – na każdy litr 4 kopiaste łyżki (rozpuścić w przegotowanej wodzie)

Umieścić owoce w słoju, zalać osłodzoną wodą, przykryć gazą (przed muszkami owocówkami, pojawią się natychmiast!). Słoję postawić w ciepłym miejscu. Rozpoczyna się fermentacja alkoholowa (roztwór bąbelkuje). Wierzchnia warstwa nie jest pokryta wodą, więc co drugi dzień należy roztwór przemieszczać (drewnianą łyżką). Po fermentacji alkoholowej rozpoczyna się fermentacja octowa. Jeśli bąbelkowanie ustanie, można ocet precedzić, odstawić aby resztki opadły na dno i zlać do butelek.

Ocet można robić ze wszystkich owoców, jak również z ziół itp.

Ważne aby używane słoje nie zwężały się ku górze, ponieważ dostęp powietrza do roztworu owocowego powinien być jak największy!

Warto zajrzeć na stronę www.herbusiness.com.pl, bo z niej korzystałam.

Krystyna Morawska

Smacznego!

Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego MEDISON



Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego Medison oferuje kompleksową opiekę psychiatryczną, dysponujemy szeregiem placówek, dynamicznym, młodym, doświadczonym i profesjonalnym zespołem.

Świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach Centrum realizowane są w oddziałach:

- ♦ ogólnopsychiatrycznym
- ♦ psychiatrycznym dziennym
- ♦ leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych i alkoholowych
- ♦ opiekuńczo-leczniczym
- ♦ psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu

Funkcjonowanie naszych oddziałów oraz poradni opiera się na modelu holistycznym, gdzie ważnym elementem jest możliwość bezpośredniego kontaktu z rodziną i otoczeniem. Szpital Psychiatryczny w Koszalinie od roku prowadzony jest w nowym, funkcjonalnym budynku.

Nasze poradnie:

- ♦ zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień w Koszalinie i Sławnie
- ♦ seksuologii i patologii więzi w Koszalinie
- ♦ zespołu leczenia środowiskowego w Koszalinie

Pracujemy w zespole lekarsko-terapeutycznym w modelu psychiatrii środowiskowej opartym o metodę Otwartego Dialogu. Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego MEDISON jest liderem wdrażania metody terapeutycznej Otwarty Dialog w leczeniu psychiatrycznym.

W szpitalu prowadzimy zajęcia terapeutyczne również za pomocą zooterapii, która jest metodą leczenia drogą oddziaływania na pacjenta poprzez obecność zwierzęcia. Zwierzęta działają na ludzi uspokajająco i rozluźniająco dlatego, że przyjmują nas bezkrytycznie takimi jakimi jesteśmy. Czynnikiem ten odgrywa istotne znaczenie w procesie terapii naszych pacjentów. Pies, papugi i kozy zachowują się w sposób naturalny, co pozwala pacjentom naszego szpitala również zachowywać się w sposób naturalny i spontaniczny. Innym pozytywnym efektem kontaktu ze zwierzęciem jest radość jaką z niego czerpie osoba chora.

Zapraszamy do skorzystania z naszej oferty

Izabela Ciuńczyk - Dyrektor

Poradnia Zdrowia Psychicznego w Koszalinie

75-601 Koszalin, ul. Zwycięstwa 119
tel. 94/348 90 06, kom. 666 028 185

Szpital Psychiatryczny

75-819 Koszalin, ul. Sarzyńska 9
tel. 94/347 07 54/55, fax: 94/348 09 70

Środkowopomorskie Centrum Zdrowia
Psychicznego MEDISON

75-819 Koszalin, ul. Sarzyńska 9
telefon: 94/347 07 54/55,
fax: 94/348 09 70
szpital.medison@gmail.com