

MORZE SPRAW

Biuletyn informacyjny

Nr 4 (111) 2017 r.
(ROK XXV)
ISSN 1231-4846

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Ciąg dalszy kontrowersji wokół
najniższego wynagrodzenia
w ochronie zdrowia i wzroście
wynagrodzenia z OWU
s. 4-12

Recepty – co z nowymi
uprawnieniami
pielęgniarek i położnych
s. 15-17

Edukator
do spraw laktacji
s. 22-23

Serdecznie gratulujemy

Wioletcie Krociak

W imieniu własnym i całego samorządu pielęgniarskiego pragnę złożyć Pani serdeczne gratulacje i uznanie z okazji powołania na stanowisko

konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Powołanie Pani na to stanowisko, to nie tylko szczególne wyróżnienie, ale także dowód zaufania, jakie pokłada w Pani środowisko.

Jestem przekonana, że pełnienie tej szaczonej funkcji przyniesie Pani wiele satysfakcji i zaowocuje szeroką współpracą z samorządem w rozwoju tej dziedziny pielęgniarstwa, a Pani wysokie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe przyczynią się do wypracowania jak najlepszych standardów jakości opieki nad przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi.



Życzę Pani wielu sukcesów w codziennej, niezwykle trudnej i odpowiedzialnej pracy oraz satysfakcji z dalszego wzmacniania pozycji zawodowej w środowisku pielęgniarskim.

Życzę również wytrwałości w realizacji zamierzonych celów oraz wielu sukcesów w życiu zawodowym i osobistym.

Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPiP
w Koszalinie

WAŻNE ADRESY

■ Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Zwycięstwa 190
75- 611 Koszalin
www.oipip-koszalin.org
e-mail: izba@oipip-koszalin.org

■ Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne:
codziennie 7.30 – 15.30
poniedziałek, wtorek 7.30 – 17.00

SEKRETARIAT

Bożena Pstrągowska
tel. 94 342 59 93, fax 94 348 90 97

■ Konto

Bank PEKAO S.A. II/ O/ Koszalin
32 1240 3653 1111 0000 4189 2750

■ Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Bożena Wojcikiewicz – udziela informacji na temat realizacji zadań Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych codziennie w godzinach pracy biura

■ Dział Prawa Wykonywania Zawodu

Barbara Taterka
tel. 94 347 15 78
email: pwz@oipip-koszalin.org

■ Dział Kształcenia Podyplomowego

Liliana Kowalewska
tel./fax 94 341 11 02
email: szkolenia@oipip-koszalin.org
Bank PEKAO S.A. II O/Koszalin
79 1240 3653 1111 0010 2911 1829

■ Radca Prawny

Irena Renda – udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej we wtorki od godz. 9.00 po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym (94 342 59 93)

■ Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

Małgorzata Szmit
– pełni dyżury w siedzibie Izby w II i ostatni wtorek miesiąca od godz. 15.30 – 16.30



*Z okazji nadchodzących
Świąt Bożego Narodzenia
składam Państwu serdeczne życzenia
wszelkiej pomyślności, niepowtarzalnej atmosfery
ciepła, miłości i radości.*

*Niech radość i pokój Świąt Bożego Narodzenia
oraz poczucie prywatnego
i zawodowego spełnienia
towarzyszą Państwu
przez cały Nowy Rok.*

w imieniu ORPiP w Koszalinie
Przewodnicząca ORPiP
Bożena Wojcikiewicz

WYDAWCA
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie,
tel. 94 3425993

KOLEGIUM REDAKCYJNE
Grażyna Margas, Bożena Wojcikiewicz,
Dorota Fenkanin

skład: Beso-Media
druk: drukarnia PANDA, Wrocław
nakład: 1000 egzemplarzy

Wydawca zastrzega możliwość redagowania
nadesłanego materiału.



DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Rok pełen zmian i pracy

Czas szybko płynie, mija kolejny rok pracy mam wrażenie, że za szybko i życzeniem byłoby mieć go więcej, problemów też coraz więcej, część rozwiązanych, część nierozwiązanych, ale zauważonych i czekających na swoją kolej do rozwiązania. Więcej informacji znajdziecie na stronach zawierających korespondencję i relację z prac NRPIP.

Podmioty lecznicze zgodnie z obowiązującym prawem realizowały zapisy ustawy z 8 czerwca br. w sprawie najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników ochrony zdrowia i jak się okazało większość skorzystała z art. 3 pkt. 3 ustawy regulując wynagrodzenie zasadnicze w grupie pielęgniarek i położnych, tzw. zambalowym. Jak wiadomo stanowisko samorządu w tej sprawie jest jasne, że środki na ten cel powinny być realizowane niezależnie od środków z OWU. Czekamy na nowelizację ustawy w związku z licznymi zastrzeżeniami, uwzględniającymi m.in. wszystkie warianty kwalifikacji pielęgniarek i położnych i przypisane im wyższe wskaźniki.

Ustawa spowodowała wzrost popytu na studia pomostowe, magisterskie i specjalizacje. Na studiach pomostowych w tym roku w Koszalinie w PWSzZ rozpoczęło naukę 56 osób, władze uczelni PWSzZ deklarują od nowego roku akademickiego otworzyć kierunek magisterski dla pielęgniarek. W naszym



Bożena Wojcikiewicz
przewodnicząca ORPiP w Koszalinie

województwie realizowane będą specjalizacje dotowane przez MZ z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego, pediatrycznego, onkologicznego, anestezjologii i intensywnej terapii. Życzę Wam powodzenia w planach i realizacji karier zawodowych a Izba w ramach regulaminu refundacji kosztów kształcenia w miarę posiadanych środków Wam w tym pomoże.

Istotną sprawą jest także niewykorzystany potencjał pielęgniarek i położnych z nowymi uprawnieniami w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept. Jak się okazuje jest to

grupa ok. 10 tysięcy pielęgniarek i położnych, która mogłaby zasilić ochronę zdrowia w tej kwestii – oczywiście nie za darmo.

Niezwykle miło mi było gościć w siedzibie Izby pielęgniarki i położne – emerytki. Jak twierdzą na emeryturze brakuje im czasu, wydaje im się, że dalej są w rytmie tak jak w pracy, ale jak same mówią, to zupełnie inny rytm – znacznie przyjemniejszy.

Gratuluje Naszej Koleżance Wiolecie Krociak powołania na stanowisko konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych. Nowa funkcja nowe wyzwania – życzymy powodzenia.

W klimacie zbliżających się Świąt powiem za naszym Kolegą Hubertem pasjonatem muzyki: „Jeżeli chcesz być szczęśliwy – to po prostu bądź”.

Kochani z okazji zbliżających się Świąt życzę Wam:

Najpiękniejszych świąt Bożego Narodzenia wypełnionych zapachem choinki i świątecznych wypieków, ciepłem kochających serc, bliskością pokojem i radością. Niech Świąta będą zaczynem wzajemnej życzliwości i wiarą w prawdziwe szczęście.

Bożena Wojcikiewicz,
Przewodnicząca ORPiP

KALENDARIUM OIPIP

PAŹDZIERNIK

- 24.10** spotkanie przewodniczącej ORPiP Bożeny Wojcikiewicz z pielęgniarkami i położnymi ze Szpitala Regionalnego w Kołobrzegu
- 31.10** posiedzenie Komisji kształcenia ds. 5-letniej przerwy w wykonywaniu zawodu pielęgniarki

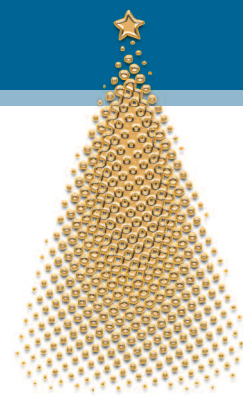
LISTOPAD

- 2.11** wizyta przewodniczącej ORPiP w Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie
- 6.11** kontrola Naczelnej Komisji Rewizyjnej w Okręgowej Izbie w Koszalinie
- 13.11** posiedzenie Komisji kształcenia ds. refundacji
- 14.11** posiedzenie Komisji socjalnej
- 14.11** posiedzenie prezydium ORPiP

- 16.11** uroczyste spotkanie z emerytkami z udziałem przewodniczącej ORPiP w Koszalinie Bożeny Wojcikiewicz i przewodniczącej Komisji socjalnej Krystyny Szczerbińskiej
- 24.11** udział przewodniczącej ORPiP Bożeny Wojcikiewicz w Koszalinie w II Medycznej Konferencji Szkoleniowej „Jesienne rozważania onkologiczne”. Konferencja odbyła się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koszalinie
- 27.11** Bożena Wojcikiewicz, przewodnicząca ORPiP w Koszalinie wzięła udział w Konwencie Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie
- 28.11** spotkanie przewodniczącej ORPiP z pielęgniarkami SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW i pielęgniarkami w NZOZ MEDICA s.c. w Złocięcu
- 30.11** udział przewodniczącej ORPiP Bożeny Wojcikiewicz w posiedzeniu Rady Zachodniopomorskiego OW NFZ w Szczecinie

GRUDZIEŃ

- 7.12** spotkanie Komisji opieki długoterminowej z Wioletą Krociak – konsultantem w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych
- 8.12** spotkanie szkoleniowe organów Okręgowej Rady i kadry kierowniczej w Ustroniu Morskim
- 8.12** posiedzenie Komisji kształcenia ds. refundacji
- 8.12** posiedzenie Komisji socjalnej
- 9.12** posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 12–14.12** udział przewodniczącej w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
- 19.12** posiedzenie Prezydium ORPiP
- 28.12** posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej



WICEMINISTER ZDROWIA o kluczowych sprawach środowiska pielęgniarek

■ ■ ■ 25 października z inicjatywy Prezes NRPIP odbyło się spotkanie z Wiceminister Zdrowia Józefą Szczurek – Żelazko, w którym udział wzięły Zofia Małas Prezes NRPIP i Mariola Łodzińska Wiceprezes NRPIP.

Na spotkaniu omówiono dotacje MZ dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych za zadania przejęte od administracji państwowej. Podniesiono konieczność organizacji spotkania w listopadzie celem dokonania weryfikacji i analizy rzeczywistych kosztów ponoszonych przez OIPIP i NIPiP i określenia sposobu realizacji w roku 2018.

Dyskutowano o konsekwencjach wprowadzenia (w oparciu o przepisy ustawy z 23 marca 2017 r., o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. poz. 844) systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) oraz ryczałtowego sposobu finansowania tego systemu, który wraz z wykazem świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu stanowiąc mają formę rozliczania ze świadczeniodawcami kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach wspomnianego systemu, gdzie doszło do powstania sytuacji, w której świadczenio-

dawcy niezakwalifikowani do systemu (w tym nocna świąteczna opieka medyczna) zabezpieczenia pozbawieni zostali środków finansowych przeznaczonych na realizację podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. W tej sprawie złożone zostało pismo do Ministra Zdrowia z oczekiwaniem sposobu rozwiązania tej sytuacji.

Poruszono kwestię przedłużających się postępowań przetargowych na szkolenia specjalizacyjne, które do chwili obecnej nie zostały zakończone. W wyniku interwencji minister na początku listopada miały zostać podpisane ostatecznie umowy z ośrodkami, które wygrały postępowania przetargowe.

Kolejnym punktem spotkania było omówienie prac zespołu ds. strategii dla pielęgniarstwa, która jest w trakcie opracowania przez Departament Pielęgniarek i Położnych w oparciu o wypracowany i przegłosowany materiał w poszczególnych zespołach. Samorząd stoi na stanowisku, że strategia powinna zawierać konkretne rozwiązania oraz

określać sposób finansowania i realizacji poszczególnych elementów strategii.

Ostatnia kwestia dotyczyła opieszałości Ministerstwa Zdrowia w udzielaniu odpowiedzi na pisma skierowane do Ministra Zdrowia i prośby o interwencję w sprawie braku odpowiedzi:

- w zakresie terminu publikacji przez Ministerstwo Zdrowia taryf opublikowanych w raporcie AOTMiT w zakresie świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych w tym dla dzieci i młodzieży,

- na pismo dotyczące składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniar-ki opieki długoterminowej,

- na pismo dotyczące wyjaśnienia pojęcia etatu przeliczeniowego w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej domowej.

(źródło: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych)

Spotkanie w centrali NFZ

■ ■ ■ Przedstawiciele samorządu pielęgniarstwa debatowali w siedzibie NFZ o bieżących, finansowych problemach związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki.

W spotkaniu, które na wniosek NRPIP odbyło się 7 listopada, udział wzięły: Zofia Małas – prezes NRPIP, Joanna Walewander – sekretarz NRPIP, Teresa Kuziara – członek prezydium NRPIP.

W trakcie spotkania omówiono problemy kontynuacji wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w związku z wprowadzeniem sieci szpitali oraz kontynuowania podwyżek dla pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień w POZ.

Strona samorządowa dopytywała o dodatkowe finansowanie nowych uprawnień pielęgniarek i położnych, dotyczących ordynowania leków i wypisywania recept oraz skierowań na badania diagnostyczne.

Poruszono także kwestię

wyceny świadczeń w zakresie opieki długoterminowej (ZOL, ZPO), oraz ujednolicenia stawki za tzw. osobodzień (30,08 zł) pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Przedstawiciel NRPIP interesowali się losem złożonych propozycji dotyczących procedur odrębnie finansowanych dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, w zakresie: wizyta patronażowa dziecka, rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych rodziny, profilaktyka ADR w polipragmacji – porada dla seniora, (pielęgniarka POZ), dla położnej POZ: porada laktacyjna (położna POZ), porada w zakresie higieny wzroku (pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania).

W trakcie spotkania przedstawiciele NFZ poinformowali o trwających już pracach

w zakresie rozwiązania zaistniałego problemu w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia i NFZ pracują nad wprowadzeniem zapisów prawnych umożliwiających realizację wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W zakresie kontynuacji wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych NFZ zobowiązał się do opublikowania na swojej stronie komunikatu wskazującego iż środki na ten cel zostały ujęte w stawce kapitałowej lekarza POZ.

Ponadto przedyskutowano z przedstawicielami NFZ propozycje NRPIP.

Uzyskano porozumienie w zakresie wprowadzenia proponowanych zmian oraz kierunków działania niezbędnego do ich realizacji.

(źródło: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych)



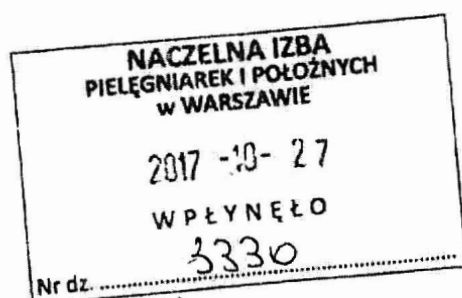
Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek
i Położnych

Dz. Mamytomyz
se Paul
27.10.2017

Warszawa, 18-10-2017 r.

PPA.0762.6.2017/BW



Pani

Zofia Małas

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

ul. Pory 78 lok. 10

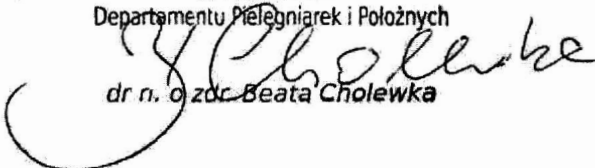
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

Nawiązując do przekazanych informacji w piśmie z dnia 3 października 2017 r., znak: PPA.0762.6.2017/BW, stanowiącego odpowiedź na Pani korespondencję z dnia 30 sierpnia 2017 r., znak: NIPiP-NRPIP-DM.002.170.2017.TK, w sprawie przekazania informacji na jakim etapie są prace zmierzające do wprowadzenia zmian w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz., 1658 t.j.), w zakresie składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki – pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, analogicznie jak to ma miejsce w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje poniżej uzupełniające informacje w przedmiotowej sprawie.

W odniesieniu do zmiany składu zestawu przeciwwstrząsowego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie (Dz. U. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.), Departament Polityki Lekowej i Farmacji poinformował, że w dniu 9 października 2017 r. Minister Zdrowia zaakceptował projekt usunięcia leku Hydroxyethylamylum (HES) ze składu zestawu przeciwwstrząsowego.

Jednocześnie Minister Zdrowia zaakceptował dodanie do składu zestawu przeciwwstrząsowego używanego przez pielęgniarki adrenaliny – roztworu do wstrzykiwań. Nadmieniam, że zgodnie z procedurą legislacyjną prowadzoną w Ministerstwie Zdrowia, projektowane zmiany będą podlegały uzgodnieniom i konsultacjom publicznym.


DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Beata Cholewka





Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek
i Położnych

PPP.024.64.2017.RJ/MP/JJ

Warszawa, 20.10.2017

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes!

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 sierpnia 2017 r. (znak: NIPiP-NRPIP-DM.002.169.2017.TK) w sprawie wyjaśnienia pojęcia etat lub etat przeliczeniowy w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z § 2 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) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanych dalej „OWU” świadczeniodawca uwzględnia w informacji przekazywanej do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, liczbę pielęgniarek i położnych wykonujących u niego zawód i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów i równoważników etatów.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia dotyczącym § 2 rozporządzenia OWU (kopia w załączeniu), świadczeniodawca przekazując informację do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w przypadku wykonywania realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę zatrudnioną w ramach umowy o pracę uwzględnia wyłącznie czas pracy pielęgniarki albo położnej

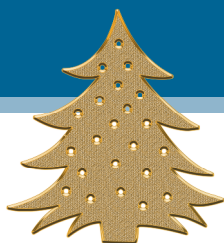
przeznaczony na realizację świadczeń opieki zdrowotnej wynikający z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawionym w piśmie z dnia 4 stycznia 2016 r. (kopia w załączeniu), pojęcie etat przeliczeniowy lub równoważnik etatu w ramach OWU odnoszą się do liczby godzin przepracowanych miesięcznie, nie zaś dobowo. W związku z tym, wysokość dodatkowego wynagrodzenia wynikająca z OWU dla pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej domowej nie powinna odpowiadać wymiarowi etatu przeliczeniowego uzależnionego od liczby pacjentów objętych opieką, lecz powinna być uzależniona od czasu pracy przeznaczonego na realizację świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach danej umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dorota Ziarkowska
radca ministra





z cbu. 14

Stanowisko Ministra Zdrowia

w sprawie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400).

Świadczeniodawcy mający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazują informacje do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ o liczbie pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej i wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów.

I. Przekazując tę informację świadczeniodawca uwzględnia, że § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) nie obejmuje pielęgniarek i położnych wykonujących zawód u podwykonawcy;
- 2) obejmuje pielęgniarki i położne przebywające na zwolnieniach chorobowych i na zasiłkach rehabilitacyjnych;
- 3) obejmuje pielęgniarki i położne przebywające na urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich albo osoby zatrudnione na zastępstwo tych osób;
- 4) obejmuje wyłącznie osoby zatrudnione na zastępstwo pielęgniarek i położnych przebywających na urloпах wychowawczych i na urloпах bezpłatnych;
- 5) obejmuje osoby oddelegowane zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 12 oraz art. 5 ust. 2 pkt 10 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 6) obejmuje także pielęgniarki i położne wykonujące zawód w podmiocie leczniczym w komórkach organizacyjnych, których zakres zadań stanowi element udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, np. na bloku operacyjnym, w pracowniach diagnostycznych, w sterylizatorni, w punkcie pobrań, a także pielęgniarki epidemiologiczne oraz pielęgniarki i położne kierujące i zarządzające zespołami pielęgniarek i położnych.

II. Przekazując ww. informację świadczeniodawca uwzględnia także, że:

- 1) w sytuacji wykonywania przez świadczeniodawcę więcej niż jednej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, w ramach których świadczenia są realizowane przez tę samą pielęgniarkę albo położną, świadczeniodawca decyduje w



których umowach zostanie ona zgłoszona do NFZ w wymiarze proporcjonalnym do czasu pracy tej pielęgniarki albo położnej przeznaczonym na realizację danej umowy – w przypadku trudności świadczeniodawca wskazuje jedną umowę w wymiarze odpowiadającym czasowi pracy pielęgniarki albo położnej; świadczeniodawca powinien uwzględnić wyłącznie czas pracy przeznaczony na realizację świadczeń wynikających z umowy z NFZ;

- 2) w przypadku wykazywania pielęgniarki albo położnej, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie innej niż stosunek pracy (umowa zlecenia, umowa o dzieło, kontrakt), świadczeniodawca wskazuje równoważnik etatu, przeliczając liczbę godzin pracy pielęgniarki w stosunku do ustawowego wymiaru czasu pracy na etacie;
- 3) w przypadku, gdy nie można wykazać liczby godzin na dzień 15 września 2015 r., tak by ustalić równoważnik etatu w sposób określony w ww. pkt 2, przyjmuje się średni czas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z miesiąca poprzedzającego przekazanie informacji.

III. Obowiązujące rozporządzenie nie przewiduje zgłoszenia dodatkowej liczby osób po dniu 15 września 2015 r.

IV. Podział środków przeznaczonych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych, wynika z porozumienia albo sposobu podziału pozytywnie zaopiniowanego, zgodnie z § 2 ust. 4 ww. rozporządzenia, albo jest dokonywany zgodnie z § 2 ust. 5 ww. rozporządzenia.





OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE
DISTRICT CHAMBER OF NURSES AND MIDWIVES

75-611 Koszalin, ul. Zwycięstwa 190

L.dz.238/XIII/17

Koszalin, dnia 23 października 2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

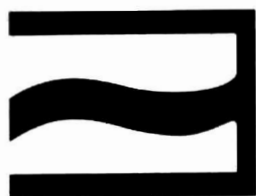
Do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie docierają zapytania od pielęgniarek w sprawie wypłat wzrostu wynagrodzeń wynikających z rozporządzenia MZ z dnia 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zatrudnionych w podmiotach leczniczych, które zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **nie zostały** zakwalifikowane do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych (tzw. sieci szpitali).

Podmioty te jeżeli nie przystąpiły do dodatkowych konkursów na świadczenia opieki zdrowotnej ogłoszone przez oddziały NFZ nie otrzymają ani ryczałtów ani dodatkowych środków finansowych na realizację świadczeń z NFZ.

W związku z powyższym zwracam się z zapytaniem, czy pielęgniarki i położne zatrudnione w tych podmiotach otrzymywać będą wzrost wynagrodzenia wynikający z OWU. Jeżeli tak, to kto miałby być płatnikiem tych należności. Należy pamiętać o tym, że w sieci znalazły się 593 placówki, szacuje się że około 300 podmiotów leczniczych jest poza siecią.

Z poważaniem
PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Koszalinie
mgr Bożena Wojcikiewicz

wysłano 23.10.17r.



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.207.2017.TK

Warszawa, dnia 27.10.2017 r.

Pani
Bożena Wojcikiewicz
 Przewodnicząca
 Okręgowej Rady
 Pielęgniarek i Położnych
 w Koszalinie

OIPiP - Koszalin
 WPŁYNIEŁO
 dnia 06.11.17
 L.dz. 1983/XIII/17

Szanowna Pani Przewodnicząco

W odpowiedzi na pismo nr 238/XIII/17 z dnia 23 października 2017 r. dotyczące zapytań w sprawie wypłat wzrostu wynagrodzeń wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwanego dalej „rozporządzeniem”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem zmieniającym”, kierowanych przez pielęgniarki zatrudnione w podmiotach leczniczych, które nie zostały uwzględnione w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) (vide ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, co następuje.

Z przepisów obydwu rozporządzeń wynika wprost, że warunkiem otrzymywania przez świadczeniodawcę dodatkowych środków finansowych na zwiększenie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, w sposób określony w przepisach tych rozporządzeń, jest posiadanie przez świadczeniodawcę umowy albo umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju świadczeń zawartej albo zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z tymi rozporządzeniami wyłącznie świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mogą (obowiązani są) przekazywać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia 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 2016 r. poz. 1251, z późn. zm.) i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Z kolei, to na podstawie wspomnianych informacji przekazanych przez

poszczególnych świadczeniodawców dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiają tym świadczeniodawcom zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne (§ 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia oraz § 2 ust. 1 i § 4 ust. 4 rozporządzenia zmieniającego).

W związku z powyższym należy podkreślić, że w przypadku, gdy świadczeniodawca nie został ujęty w wykazie jednostek systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) oraz gdy nie ma (nie będzie miał w 2018 r.) zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia żadnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju świadczeń, świadczeniodawca ten nie będzie mógł przedstawić dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacji 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 i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, a w konsekwencji – otrzymać dodatkowych środków finansowych na kolejne zwiększenie wynagrodzeń tych pielęgniarek i położnych (w 2018 r.).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla przy tym kolejny raz, że świadczeniodawcy mają obowiązek przeznaczać wspomniane środki na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, rozumiane jako wynagrodzenia zasadnicze wraz z innymi składnikami wynagrodzenia i pochodnymi tych pielęgniarek i położnych. Kwestię tę doprecyzowuje § 2 ust. 2 rozporządzenia zmieniającego definiujący na potrzeby omawianych przepisów pojęcie „wynagrodzenia wraz z pochodnymi”, pod którym należy rozumieć miesięczne wynagrodzenie, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy. W konsekwencji środki te nie mogły być wypłacane w formie dodatku do wynagrodzenia (tym bardziej określonego czasowo dodatku do wynagrodzenia), albowiem stały się częścią tego wynagrodzenia (zwiększyły kwotę wynagrodzenia zasadniczego i pochodnych od tego wynagrodzenia).

Obniżenie zaś wynagrodzenia pracownika może nastąpić wyłącznie w przypadkach wyraźnie przewidzianych przez przepisy prawa. W innym przypadku, szczególnie gdy pracodawca nie wypłaca w ustalonym terminie wynagrodzenia za pracę albo wysokość tego wynagrodzenia bezpodstawnie obniża może on podlegać karze grzywny od 1.000,00 zł do 30.000,00 zł (art. 282 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666, z późn. zm.)).

Ponadto, należy zauważyć, że w świetle przepisów obydwu rozporządzeń pracodawca nie ma możliwości zmiany decyzji o przyznaniu konkretnej pielęgniarence albo położnej zwiększonego wynagrodzenia ze środków, o których mowa w tych rozporządzeniach.

Jeżeli pielęgniarka została przez pracodawcę wykazana, na dzień 15 września 2015 r., na dzień 1 sierpnia 2016 r. lub na dzień 1 sierpnia 2017 r., jako spełniająca wymagania określone w § 2 ust. 1 rozporządzenia albo w § 4 ust. 4 rozporządzenia zmieniającego,



a więc jako uprawniona do otrzymania zwiększonego wynagrodzenia i jeżeli na mocy odpowiedniego porozumienia z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych albo pozytywnej opinii przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych albo na podstawie samodzielnej decyzji pracodawcy otrzymała ona zwiększenie wynagrodzenia, to wynagrodzenie tej pielęgniarki uległo po prostu zwiększeniu (nie czasowo, ale „na stałe”) i nie ma możliwości jego obniżenia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa na koniec, że obowiązek wypłaty pracownikowi wynagrodzenia, co do zasady, obciąża pracodawcę.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPIP

Z. Małas

Zofia Małas





OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE
DISTRICT CHAMBER OF NURSES AND MIDWIVES

75-611 Koszalin, ul. Zwycięstwa 190

Idz. 227/XIII/17 Koszalin

dnia 30.10.2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Małas Zofia Prezes

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie nie wnosi uwag merytorycznych do projektu rozporządzenia MZ w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

W uzasadnieniu do projektu czytamy „Powyższe ma znaczenie w zabezpieczeniu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom w zakresie dostępności do otrzymania recepty na produkty lecznicze, wydawanej przez pielęgniarkę lub położną bez konieczności wizyty lekarskiej lub w ramach kontynuacji leczenia, czyli wydania kolejnej recepty przez pielęgniarkę lub położną na zlecenie lekarskie, bez konieczności każdorazowego potwierdzania kontynuacji leczenia przez lekarza. Poprawia to jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, wpływa na skrócenie czasu oczekiwania na wizytę lekarską i skraca okres oczekiwania na rozpoczęcie lub kontynuowanie terapii”.

Jak wynika z dodatkowych informacji wymagane kursy ukończyło 8.409 pielęgniarek i położnych, w tym 1.054 pobrało numer identyfikacyjny recept z NFZ. Z tego wynika, że tylko 12% potencjału wykwalifikowanej kadry realizuje swoje uprawnienia. Od dłuższego czasu środowisko pielęgniarek i położnych postuluje o podjęcie stosownych działań skierowanych do Prezesa NFZ o wprowadzenie dodatkowego produktu związanego z ordynowaniem leków i wypisywaniem recept na kontynuowanie leczenia przez pielęgniarki i położne.

NFZ – do tej pory nie podejmował działań w tym zakresie argumentując to małą grupą uprawnionych pielęgniarek i położnych, tej chwili jest to grupa ponad 9 tys. pielęgniarek i położnych (wliczając te w trakcie szkolenia).

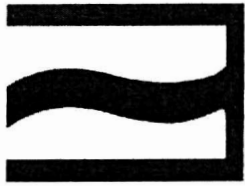
Jeżeli grupa tysiąca pielęgniarek wystawiła około 10 tys. recept to grupa 9 tysięcy wystawi prawie 100 tys. recept. Są to znaczące statystyki odciążające pracę lekarzy, zmniejszające

kolejki i poprawiające dostępność opieki dla pacjentów. Dodatkowe uprawnienia pielęgniarek i położnych wiązały się z dodatkowymi kosztami kształcenia i wiązały się z dodatkowymi zadaniami i odpowiedzialnością za powierzone zadania.

W związku z powyższym uprawnienia te powinny być dodatkowo płatne.

Z poszanowaniem
D. Wójcik
mgr Edyta Wójcik-Kotłowska





NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.215.2017.TK

Warszawa, dnia 13.11.2017 r.

Pani
Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie.

Szanowna Pani Przewodnicząco

W odpowiedzi na Pani pismo 30.10.2017r. w sprawie wystąpienia do Prezesa NFZ dotyczącego wprowadzenia finansowania ordynowania leków i wystawiania na nie recept oraz wypisywania recept w ramach kontynuacji leczenia na zlecenie lekarza przez pielęgniarki i położne, uprzejmie informuję co następuje.

W dniu 7 listopada 2017r. z inicjatywy NRPIP odbyło się spotkanie z przedstawicielami NFZ, w trakcie którego omówiono między innymi wprowadzenie dodatkowego finansowania świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne w zakresie wystawiania recept oraz kierowania na badania diagnostyczne (nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych wynikające z art. 15a i następnych ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Uzyskano porozumienie w zakresie wprowadzenia proponowanych zmian oraz kierunków działania niezbędnego do ich realizacji.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPIP

Z. Małas

Zofia Małas



Nowa PANI KONSULTANT

WIOLETTA KROCIAK ZOSTAŁA POWOŁANA NA STANOWISKO KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH.

Wioletta Krociak pracuje w zawodzie pielęgniarki 21 lat. Z domu rodzinnego wyniosła głębokie poczucie odpowiedzialności i chęć pomocy ludziom. Dlatego wybrała ten zawód. Jest magistrem pielęgniarstwa, specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa opieki geriatrycznej. Legitymuje się studiami podyplomowymi z zakresu zarządzania personelem.

Po ukończeniu w 1995 roku Liceum Medycznego Pielęgniarstwa w Szczecinku i rozpoczęciu pracy przeszła kolejno szczeble zawodowe – od pielęgniarki odcinkowej w Zakładzie Pielęgnacyjno-Lecznym w Poznaniu i w Specjalistycznym Szpitalu im. A. Sokołowskiego w Szczecinie, poprzez pielęgniarkę koordynującą w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Zachodniopomorskiego Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie i specjalistę kontroli medycznej w Zachodniopomorskim Oddziale Woje-



wódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, do kierownika własnej działalności. Od 7 lat prowadzi Centrum Medyczne VIOMED w dwóch zakresach świadczeń – pielęgniar-

skiej opiece długoterminowej domowej oraz hospicjum domowym dla dorosłych.

Stale podnosi swoje kwalifikacje uczestnicząc w konferencjach, kursach specjalistycznych i kwalifikacyjnych, które procentują w opiece nad pacjentami. W chwili obecnej studiuje Prawo Medyczne na Uniwersytecie Gdańskim oraz podjęła się wykładów na specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Z opinii swoich wcześniejszych pracodawców można wywnioskować, że posiada wyjątkowe zdolności organizacyjne, umiejętny i doskonały sposób wyciągania wniosków. Zawsze wykazuje inicjatywę, a do powierzonych obowiązków podchodzi z entuzjazmem i w sposób kreatywny. Jest osobą bardzo sumienną, dokładną i odpowiedzialną o wyjątkowych zdolnościach analitycznych. W sytuacjach trudnych zachowuje spokój, opanowanie i duże wyczucie taktu. W pracy z pacjentami i ich rodzinami doceniana jest jako profesjonalistka w swojej dziedzinie.

W swojej pracy stara się, aby jakość świadczonej opieki była na jak najwyższym poziomie. Tego oczekuje od siebie i od pracowników. Dlatego też dba o rozwój zawodowy swój i personelu.

Jako konsultant będzie walczyć o nasze lepsze jutro, a swoje wysokie kwalifikacje i kompetencje pragnie wykorzystać na wprowadzanie korzystnych rozwiązań w opiece nad przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi.

Prywatnie interesuje się literaturą psychologiczną, a szczególnie psychologią zachowań interpersonalnych. W wolnym czasie lubi spotkania z przyjaciółmi oraz dalekie podróże.



**WOJEWODA
ZACHODNIOPOMORSKI**

Szczecin, 18 października 2017 r.

ZP-1.962.27.2017.AP

**Pani
mgr Wioletta Krociak**

Na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (j.t. Dz. U. z 2017 r. poz. 890) z dniem 18 października 2017 r.

***p o w o ł u j ę P a n i ą
za zgodą Ministra Zdrowia na konsultanta wojewódzkiego
w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych
na okres 5 lat.***

WZ. WOJEWODY ZACHODNIOPOMORSKIEGO
Marek Subocz
WICEWOJEWODA

I FORUM LECZENIA RAN

POSTĘPOWANIE Z RANĄ TRUDNO GOJĄCĄ SIĘ – FAKTY I MITY – POD TAKIM HASŁEM W ZAKOPANEM, W DNIACH 12-14 PAŹDZIERNIKA, POLSKIE TOWARZYSTWO LECZENIA RAN ORAZ KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII OPISOWEJ I TOPOGRAFICZNEJ ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO ZORGANIZOWAŁO KONFERENCJĘ.

Symposium poświęcone było innowacyjnej technologii leczenia ran przewlekłych.

Rana przewlekła to rana o długim czasie gojenia na skutek obecności przynajmniej jednego czynnika spowalniającego ten proces. W zależności od przyczyny powstania rany, jeśli okres gojenia jest dłuższy niż 4-6 tygodni, taką ranę możemy nazwać przewlekłą. Rana przewlekła to rana, która nie goi się w spodziewanym czasie i która nie odpowiada na konwencjonalną terapię.



Bardzo istotnym elementem jest prawidłowa ocena rany. Oceniamy jej lokalizację, stan otaczającej ją skóry, wielkość, powierzchnię i dno. Ważna jest również ocena brzegów rany, wysięku i jego charakter. Przy ocenie rany zwracamy również uwagę na cechy świadczące o jej zakażeniu: zaczerwienienie, wysoka temperatura rany i tkanek przyrannych, ból i obrzęk, brzydki zapach, a także martwica i złoży włókniaka. Czynnikiem bardzo istotnym w diagnostyce rany są drobnoustroje wykrywane za pomocą wymazu.

Niektóre rany nie chcą się goić mimo zastosowania wszystkich sposobów leczenia ukierunkowanych na ich wygojenie i w tych przypadkach należy rozważyć inne cele końcowe.

Statystyki podają, że w skali kraju co roku odnotowuje się ponad 1 500 000 przypadków leczenia ran, a rany przewlekłe stanowią osobną grupę, których liczba co roku waha się od 700 tysięcy do miliona w kraju.

Szczególnym problemem w leczeniu są rany zaawansowane, IV i V stopnia, których standardowe leczenie jest długotrwałe, kosztowne i często nieskuteczne, prowadzące do konieczności interwencji chirurgicznej z amputacją włącznie.

W pielęgnacji i leczeniu ran bardzo

ważnym elementem jest lawaseptyka, czyli konieczność przemywania, oczyszczania rany z pozostałości po opatrunkach, maściach itp.; usuwanie z niej zanieczysz-

**700
TYSIĘCY
leczonych ran
w skali kraju
uznaje się za rany
przewlekłe**

czeń fizycznych, chemicznych, biologicznych bez potwierdzonej skuteczności mikrobiologicznej.

Lawaseptyk stosowany w ranach powoduje szybkie i skuteczne oczyszczanie rany, chłodzi ranę i łagodzi odczucia bólowe. Nawilża ranę i wytwarza idealne warunki gojenia, usuwa biofilm bakteryjny oraz powoduje, że zmiana opatrunku jest bezbolesna dla pacjenta.

Na uwagę zasługiwał wykład dr nauk med. Beaty Mrozikiewicz-Rakowskiej na temat „Zespołu stopy cukrzycowej”.

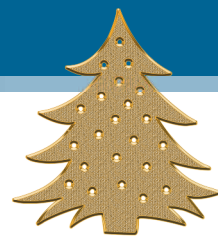
Definicja ZSC to owrzodzenie, zakażenie i/lub destrukcje głębokich tkanek zlokalizowane w obrębie kończyn dolnych poniżej kostki u chorego z cukrzycą, które są wynikiem neuropatii i choroby naczyń obwodowych. Do ZSC nie zaliczamy owrzodzeń żylnych, obumierania tłuszczakowatego skóry, jak również atopowego zapalenia skóry i łuszczycy grudkowato-kostnej. Najczęściej rozpoznajemy stopę neuropatyczną (neurogenną) około 45-60 proc., stopa naczyniowa (niedokrwienna) – około 15-20 proc., oraz stopa mieszana (neuropatyczno-niedokrwienna) – 25-30 proc.

Prezentacją prof. Marzenny Bartoszewicz – jak zwykle – wszyscy byliśmy zachwyceni i słuchaliśmy jej jednym tchem. Tak pięknie o bakteriach i mikroorganizmach mówi tylko profesor Bartoszewicz.

Konferencja odbyła się w przepięknej scenarii babiego lata w naszych polskich Tatrach, można było spotkać wielu znajomych z innych ośrodków w Polsce, wymienić swoje doświadczenia w leczeniu ran, nawiązać nowe kontakty i znajomości.

**Danuta Bralewska
Szpital Wojewódzki Koszalin**

TRUDNE PYTANIA



Wynagrodzenie w centrum medycznym wypłacamy na koniec miesiąca kalendarz. Tzw. podwyżki zembalowe dla pielęgniarek i położnych wypłacamy w formie dodatku do wynagrodzenia zaliczkowo za dany miesiąc, a w następnym miesiącu rozliczamy pozostałą różnicę z tytułu podwyżek. Te kwoty podwyżek przyznanych przez NFZ dzielimy jednakowo na wszystkie uprawnione pielęgniarki i położne. W przypadku, gdy pielęgniarka przebywa na zwolnieniu lekarskim otrzymuje podwyżkę pomniejszoną proporcjo-

nalnie do dni nieobecności w pracy. Środki są przesunięte na pozostałe pracujące pielęgniarki i położne. Te działania poparte są o pozytywną opinią okręgowej izby pielęgniarstwa i położnych. W naszym podmiocie środki przeznaczone na podwyżki dla pielęgniarek i położnych dzielimy jednakowo na wszystkie uprawnione pielęgniarki i położne. W związku z tym przekraczają one kwotę podwyżek ustawowych. Przykładowo, w lipcu 2017 r. była to kwota 1013,70 zł, a ustawowa jest 800,00 zł.

Prosimy o informację, czy robimy to prawidłowo. W związku z ustawą z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych od 1 lipca 2017 r. musimy zwiększyć wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek o 10%, jeżeli ich wynagrodzenie jest niższe niż od tego w ustawie. Pracodawca proponuje do wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych włączyć podwyżki przyznane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W jaki sposób można tego dokonać i rozliczyć wszystkie środki przyznane przez NFZ, jeżeli w zakładzie pracy jest rotacja pracowników i są osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich (w przypadku zwolnienia lekarskiego pielęgniarka otrzymuje mniejszą kwotę podwyżki)?

Według nas powinna być jeszcze dodatkowa rubryka na liście płac rozliczająca kwotę podwyżkową.

Jak ją nazwać i czy taki sposób jest zgodny z przepisami?



ODPOWIEŹ

Możliwe jest wprowadzanie dodatkowej rubryki na liście płac.

W przypadku tzw. podwyżek zembalowych pracodawca zobowiązany jest do podziału środków po równo w przeliczeniu na etat bądź równoważnik etatu. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – dalej r.z.w.u. nie określa, czy środki mają wchodzić w skład wynagrodzenia zasadniczego, czy stanowić jedynie dodatek specjalny do wynagrodzenia zasadniczego. Pracodawcy, kształtując zasady wypłaty środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń, zastosowali różne formy, od dodatków specjalnych, przez dodatkowe wynagrodzenia czy nagrody.

Z kolei ustawa z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych

zatrudnionych w podmiotach leczniczych – dalej u.n.w.z. zakłada podział pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych na 10 grup zawodowych, podzielonych według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku, w tym 3 grupy pielęgniarek i położnych:

1. Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją;
2. Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją;
3. Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 u.n.w.z., do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”;

2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;

3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;

4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:

- a) kierownik podmiotu leczniczego,
- b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów lecz-

niczych działających w formie jednostek budżetowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej;

5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:

a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

Środki przekazywane przez NFZ mają zostać przeznaczone przez dyrektorów podmiotów leczniczych na stopniowe podwyższanie wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych. Pozostałe środki finansowe mają zostać wypłacane na dotychczasowych zasadach..

Podział pieniędzy dla pielęgniarek i położnych jest aktualnie uzależniony od obecnych wysokości ich wynagrodzeń zasadniczych oraz

od liczby pielęgniarek i położnych przypisanych do każdej z grup szeregowania (np. 7, 8 lub 9).

Zwolnienie lekarskie nie eliminuje pielęgniarki od otrzymania wyrównania zgodnie z ustawą sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Możliwe jest wprowadzanie dodatkowej rubryki na liście płac.

Kwiatkowska Monika

**Odpowiedzi udzielono:
15 września 2017 r., stan prawny
dotychczas nie uległ zmianie**

CZY OSOBA POSIADAJĄCA ZARÓWNO PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI, JAK I POŁOŻNEJ, MAJĄCA PODSTAWOWE ZATRUDNIENIE JAKO POŁOŻNA W RAMACH UMOWY O PRACĘ NA ODDZIALE GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYM, MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ KONTRAKTOWĄ Z TYM SAMYM PODMIOTEM JAKO WYKONUJĄCA CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI W INNYM RODZAJU I ZAKRESIE UMOWY Z NFZ TJ. NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIECIE ZDROWOTNEJ?

ODPOWIEDŹ

Co do zasady przepisy prawa pracy nie zawierają wprost zakazu zawierania umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej pomiędzy jednym pracodawcą a tą samą osobą. Jednakże orzecznictwo Sądu Najwyższego dopuszcza jedynie w wyjątkowych sytuacjach możliwość zawarcia dwóch umów, kiedy zakres ich różni się znacznie.

Zawód pielęgniarki i zawód położnej są odrębnymi zawodami, wymagającymi posiadania różnych kwalifikacji. Definicja zawodu pielęgniarki została zawarta w art. 4 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – dalej u.z.p.p., natomiast zawód położnej został zdefiniowany w art. 5 u.z.p.p. Jednakże, zarówno wykonywanie zawodu pielęgniarki, jak i położnej polega w pierwszej kolejności na udzielaniu konkretnych świadczeń zdrowotnych. Czynności te różnią się od siebie, jednakże nie na tyle, aby można było twierdzić, iż jest to diametralnie różny zakres.

Uwzględniając powyższe, prezentuję stanowisko, że zawarcie umowy cywilnoprawnej tj. tzw. kontraktu

z pielęgniarką wykonującą zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, przy jednoczesnym pozostawaniu w stosunku pracy przez tę osobę z tym samym podmiotem leczniczym, na stanowisku położnej, stanowi naruszenie przepisów o czasie pracy w godzinach nadliczbowych, a w konsekwencji jest niedopuszczalne. W tym miejscu wskazać należy na wyrok z dnia 15 września 2006 r. I PK 80/06 (OSNP Nr 23–24/2007, poz. 343), w którym Sąd Najwyższy stwierdził jednoznacznie, że „W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się również, że zasadą jest pozostawanie stron w jednym stosunku pracy (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 14 lutego 2002 r., I PKN 876/00, OSNP 2004 nr 4, poz. 60 i przytoczone tam orzecznictwo). Zawieranie z własnym pracownikiem dodatkowej (drugiej) umowy o pracę za dodatkowym wynagrodzeniem judykatura dopuszcza tylko wyjątkowo, gdy chodzi o rodzaj pracy wyraźnie inny niż uzgodniony w podstawowym czasie pracy (tak uchwała Sądu Najwyższego z 12 marca 1969 r., III PZP 1/69, OSNCP 1969 nr 11, poz. 197). W przeciwnym razie – zdaniem Sądu Najwyższego wyrażonym w uchwale z 12 kwietnia 1994 r., I PZP 13/94 (OSNAPIUS 1994 nr 3, poz. 39) – mielibyśmy do czynienia z próbą obejścia przepisów o czasie pracy i wysokości wynagrodzenia za godziny nadliczbowe. Dlatego przy wykonywaniu na rzecz tego samego pracodawcy nawet kilku rodzajów podporządkowanej pracy domniemanie przemawia za istnieniem jednego stosunku pracy, choćby charakteryzującego się odpowiednio złożoną konstrukcją przedmiotu zobowiązania i struktury swojej treści. Dodatkowo wskazać należy, że umowa nie może mieć mieszanego charakteru, łączącego elementy umowy o pracę i umowy zlecenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z 23 stycznia 2002 r., I PKN 786/00, OSNP 2004 nr 2, poz. 30). Jeżeli umowa ma równocześnie cechy charakterystyczne dla wykonywania zatrudnienia na podstawie umowy o pracę i umów cywilnoprawnych (o dzieło, zlecenia, świadczenia usług), to dla oceny rodzaju stosunku prawnego decydujące jest ustalenie, które z tych cech mają charakter przeważający.”

Choromańska Iwona

**Odpowiedzi udzielono:
3 września 2017 r., stan prawny
dotychczas nie uległ zmianie**

CZY TZW. DODATEK ZEMBALOWSKI, KTÓRY OTRZYMUJĄ PIELĘGNIARKI, UWZGLĘDNI SIĘ DO PODSTAWY WYMIARU ZASIŁKU CHOROBOWEGO, A TAKŻE EKWIWALENTU ZA NIEWYKORZYSTANY URLOP WYPOCZYNKOWY ORAZ NAGRODY JUBILEUSZOWEJ?

ODPOWIEDŹ

Dodatek tzw. zembalowski wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz nagrody jubileuszowej.

Zasady i tryb wypłacania zasiłku chorobowego reguluje ustawa z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – dalej u.s.p.c.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia (art. 36 ust. 1 i 2 u.s.p.c.). Zgodnie natomiast z art. 38 u.s.p.c. przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiące podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się przez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego przez ubezpieczonego będącego pracownikiem za okres, o którym mowa w art. 36 ust. 1 i 2 u.s.p.c., przez liczbę miesięcy, w których wynagrodzenie to zostało osiągnięte. Jeżeli w wyżej wymienionym okresie, ubezpieczony będący pracownikiem nie osiągnął wynagrodzenia wskutek nieobecności w pracy z przyczyn usprawiedliwionych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

1) wyłącza się wynagrodzenie za miesiąc, w których przepracował mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy;

2) przyjmuje się, po uzupełnieniu według zasad określonych w art. 37 ust. 2 u.s.p.c., wynagrodzenie z miesięcy, w których ubezpieczony będący pracownikiem przepracował co najmniej połowę obowiązującego go czasu pracy.

Zatem co do zasady, do ustalenia wysokości zasiłku chorobowego przyjmuje się wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym pracownik korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Jest to wynagrodzenie wypłacane zgodnie z obowiązującymi przepisami i stawkami wynikającymi z umowy o pracę. Jeśli zaś te stawki uległy zmianie, po dacie naliczenia i wypłacenia tych składników z mocą wsteczną obejmującą okres, w którym przypadało zwolnienie lekarskie, wynagrodzenie i zasiłek należy naliczyć ponownie z uwzględnieniem tych zmian.

Zasady obliczania ekwiwalentu pieniężnego za urlop określają przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8.01.1997 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania urlopu wypoczynkowego, ustalania i wypłacania wynagrodzenia za czas urlopu oraz ekwiwalentu pieniężnego za urlop – dalej r.z.u.u.





Podstawę do obliczenia ekwiwalentu stanowią:

- składniki wynagrodzenia określone w stawce miesięcznej w stałej wysokości, w wysokości liczonej z miesiąca, w którym pracownik nabył prawo do tego ekwiwalentu;
- wynagrodzenie zmienne wypłacone pracownikowi w okresie 3 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc nabycia prawa do ekwiwalentu (dotyczy to składników przysługujących za okresy nie dłuższe, niż jeden miesiąc) oraz wynagrodzenie zmienne wypłacone w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc nabycia prawa do ekwiwalentu (dotyczy to składników przysługujących za okresy dłuższe niż jeden miesiąc).

Zmienne składniki wynagrodzenia przysługujące pracownikowi za okresy nie dłuższe niż 1 miesiąc, uwzględnia się w podstawie urlopowej w średniej wysokości wypłaconej w okresie 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc nabycia prawa do ekwiwalentu (§ 16 ust. 1 r.z.u.u.). W przypadku, gdy pracownik otrzymuje zmienne miesięczne składniki wynagrodzenia i nie przepracował pełnego okresu trzech miesięcy poprzedzających nabycie prawa do ekwiwalentu, podstawa jego wymiaru podlega dopełnieniu. W tym celu należy:

- wynagrodzenie faktycznie wypłacone w tym okresie podzielić przez liczbę dni pracy, za które przysługiwało to wynagrodzenie,
- następnie otrzymaną liczbę pomnożyć przez liczbę dni, jakie pracownik przepracowałby w ramach normalnego czasu pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, gdyby nie zachorował.

Tak obliczone miesięczne wynagrodzenie pracownika stanowi podstawę wymiaru, która podzielona przez obowiązujący współczynnik pozwoli na obliczenie ekwiwalentu za 1 dzień urlopu.

Wysokość nagrody jubileuszowej wyliczamy na takich zasadach jak ekwiwalent za urlop.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie określa, czy środki mają wchodzić w skład wynagrodzenia zasadniczego, czy stanowić jedynie dodatek specjalny do wynagrodzenia zasadniczego. Pracodawcy, kształtując zasady wypłaty środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń, zastosowali różne formy, od dodatków specjalnych, przez dodatkowe wynagrodzenia czy nagrody. Jednakże bez względu na formę, w jakiej przyznano dodatek, wchodzi on w skład wynagrodzenia pielęgniarzek, a zatem wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz nagrody jubileuszowej.

Kwiatkowska Monika

Odpowiedzi udzielono:

21 września 2017 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Copyright © 2014 – 2017 Wolters
Kluwer Polska SA

SPRAW LAKTACJI



KIEDY ROZPOCZYNAŁAM PRACĘ ZAWODOWĄ, KARMIENIE PIERSIĄ NIE BYŁO W MODZIE. OD TEGO CZASU BARDZO WIELE SIĘ ZMieniŁO NA KORZYŚĆ.

Karmienie piersią jest najbardziej naturalnym i najwłaściwszym sposobem żywienia niemowląt. Dostarcza ono wielu składników odżywczych oraz ma niepowtarzalny biologiczny i emocjonalny wpływ na zdrowie matki i dziecka.

Z tego powodu zaleca się wyłączne karmienie piersią lub pokarmem matki przez pierwsze pół roku życia dziecka (WHO) oraz kontynuowanie karmienia piersią tak długo, jak życzą sobie matka i dziecko. Ważne jest, aby po wprowadzeniu żywności, zwłaszcza glutenu, kontynuować karmienie piersią lub mlekiem kobiecym przynajmniej 2-3 miesiące. Postępowanie takie zapewnia najwyższą ochronę przed chorobami zarówno infekcyjnymi, jak i alergicznymi oraz metabolicznymi.

Karmienie piersią jest tanie i wygodne dla matki i jej rodziny. Pozwala nakarmić dziecko praktycznie w każdych warunkach. Nie wymaga zakupu, stosowania i higieny akcesoriów, a także zakupu i przygotowywania mieszanki. Jest ekologiczne – nie wymaga produkcji i procesu technologicznego, nie wytwarza odpadów.

Statystyki, pokazują iż kobiety nie posiadają pełnej wiedzy i często z braku motywacji zaprzestają karmienia piersią przy pierwszym kryzysie laktacyjnym, który jak wiadomo może się zdarzyć kilkakrotnie. Najważniejsze jest by przekazać istotne informacje, które ułatwią i przygotują karmiącą mamę do zainicjowania i kontynuacji karmienia piersią. Problemy w laktacji w większości przypadków wynikają z braku wiedzy kobiet odnośnie zasad utrzymania laktacji.

Rolą położnej jest podniesienie poziomu wiedzy kobiet w zakresie karmienia piersią, pielęgnacji piersi i profilaktyki chorób. Dlatego też nieustannie doksztalcamy się, poszerzamy swoją wiedzę i umiejętności.



Niedawno miałyśmy okazję uczestniczyć w kursie „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji” realizowanym przez Fundację Opieki Okołoporodowej w Koninie w ramach zadania finansowanego ze środków narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

Kurs przygotowuje do pracy na stanowisku edukator ds. laktacji (zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami) obejmując specjalistyczną opieką kobietę i jej dziecko w okresie przygotowania, rozpoczęcia i trwania karmienia piersią.

Przygotowuje położną do zorganizowania opieki laktacyjnej na oddziale I, II i III poziomu referencyjnego.

Szczególnie polecany jest również położnym środowiskowym (rodzinnym). Pomaga

spełnić wymagania stawiane przez Standard opieki okołoporodowej, zgodnie z którym położna zachęca matkę do karmienia naturalnego noworodka, prowadzi instruktaż i koryguje nieprawidłowości w przebiegu karmienia piersią, ocenia przebieg karmienia naturalnego i czynniki ryzyka niepowodzenia w laktacji oraz pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją.

Jednocześnie położna prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją.

Z mojego punktu widzenia kurs był znakomitym pomysłem, a formuła warsztatowo-wykładowa sprawdziła się. Jestem przekonana, że w pełni wykorzystam zdobytą wiedzę i umiejętności w pracy zawodowej.

Justyna Laska
położna rodzinna



Wcześnie wykryty może być całkowicie wyleczony RAK PIERSI

JEST TO NAJCZĘSTSZY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY U KOBIET. WYSTĘPUJE RÓWNIEŻ U MĘŻCZYZN, ALE BARDZO RZADKO. KIEDY WCZEŚNIE WYKRYTE GUZKI SĄ JESZCZE MAŁE MOŻNA JE ŁATWIEJ WYLECZYĆ. CHOĆ NIE ZAWSZE MUSI BYĆ TO ZMIANA NOWOTWOROWA, TO I TAK NALEŻY TO SPRAWDZIĆ. NIEGROŹNE ZMIANY TO MIĘDZY INNYMI TORBIEL, GRUCZOLAKOWŁÓKNIAK LUB BRODAWCZAK.

Czynniki ryzyka:

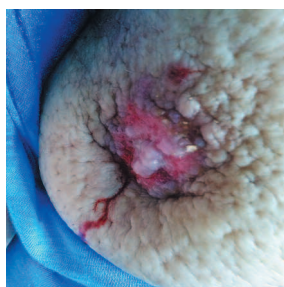
- rak piersi w wywiadzie
- przebyty rak piersi zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi;
- obciążenie rodzinne – gdy w rodzinie wystąpił rak piersi, zwłaszcza u najbliższych krewnych (matka, siostra);
- czynniki dziedziczne;
- wiek – ryzyko zachorowania wzrasta u kobiet z wczesnym pokwitaniem i późną menopauzą; u kobiet, które nie rodziły lub pierwszy poród miały po 30. roku życia;
- antykoncepcja – szczególnie stosowana przez dłuższy czas przez bardzo młode kobiety;
- niektóre łagodne choroby piersi.

Objawy kliniczne:

W początkowym stadium rak piersi przebiega bezobjawowo. Najczęściej rozpoznawany jest przypadkowo w czasie kąpieli lub podczas samobadania piersi jako twardy guzek.

W zaawansowanym stadium:

- zmiany w obrębie brodawki pod postacią wycieku, wciągnięcia brodawki oraz owrzodzenia;
- zmiany skórne – wciągnięcie skóry, naciek skóry lub owrzodzenie oraz tzw. skórka pomarańczy (pogrubienie i stwardnienie skóry spowodowane zamknięciem naczyń chłonnych w okolicy guza);
- powiększenie węzłów chłonnych pachowych po stronie guza;
- cechy zapalenia – obrzęk, zaczerwienienie skóry, bolesność.



Rozpoznanie raka piersi:

- **BADANIE KLINICZNE**
 - **podmiotowe** – wywiad lekarski dotyczy pierwszej i ostatniej miesiączki, liczby porodów, poronień, przebytych chorób piersi i innych

narządów rodnych, stosowania środków hormonalnych oraz występowania nowotworów w rodzinie;

- **przedmiotowe** – polega na oglądaniu i badaniu palpacyjnym piersi oraz regionalnych węzłów chłonnych

- **BADANIA OBRAZOWE**

- mammografia – radiologiczna metoda polegająca na wykonaniu zdjęć gruczołu piersiowego przy użyciu promieni rentgenowskich;
- ultrasonografia;

- **BADANIA MIKROSKOPOWE**

- badanie cytologiczne – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą usg;

- badanie histopatologiczne – biopsja gruboigłowa lub chirurgiczny wycinek z guza lub cały guz.

Typy raka

Raka piersi dzielimy na:

- **raki nienaciekające,**
- **raki naciekające.**

W obu tych przypadkach znajdują się raki zrazikowe i przewodowe.

Rak przewodowy naciekający dzieli się na:

- postaci specjalne (rak śluzowy, rak rdzeniasty, rak brodawkowy, rak cewkowy),
- raki niesklasyfikowane.

Określenie typu raka ma duże znaczenie kliniczne, albowiem umożliwia ocenę rokowania i podjęcie decyzji o leczeniu.

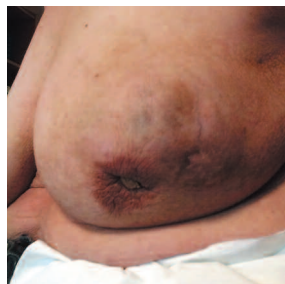
Rak piersi: badania piersi

Do podstawowych badań profilaktycznych piersi zalicza się ultrasonografię i mammografię.

- **USG piersi** – powinna ją regularnie przeprowadzać każda kobieta, która ukończyła 30 lat. Jest to całkowicie bezbolesne badanie sutków za pomocą ultradźwięków. Nie trzeba się do niego specjalnie przygotowywać. Można je też przeprowadzić w każdym dniu cyklu miesięczkowego. Badanie pozwala wykryć zmiany wielkości od pięciu milimetrów i odróżnić guz nowotworowy od zwykłej torbIELI. USG nie zastępuje mammografii. Są to badania uzupełniające się.
- **Mammografia** – powinna być wykonywana raz w roku przez wszystkie panie, które ukończyły 40 lat. Polega na prześwietleniu obu piersi małą dawką promieni RTG. Najpierw jedną, a potem drugą pierś układa się na specjalnej płycie i dociska drugą płytą. Badanie nie wymaga znieczulenia. Następnie kontrolowaną pierś ustawia się nieco ukośnie i prześwietla. To samo robi się z drugą pierśią. Na mammografię najlepiej wybrać się

w drugiej połowie cyklu, czyli po owulacji. Tradycyjnym aparatem można wykryć guzki wielkości od trzech milimetrów. Mammografy cyfrowe pozwalają rozpoznać milimetrowe zmiany.

- **Biopsja cienkoigłowa** – polega na nakłuciu guzka igłą o średnicy 0,6 mm. Gdy nie można go zlokalizować palcami, nakłucie wykonuje się pod kontrolą USG lub mammografu. Zassany, czyli zaaspirowany przez igłę materiał po odpowiednim przygotowaniu jest oglądany pod mikroskopem przez patomorfologa. Pobranie próbki nie boli. Nie należy się obawiać, nakłucie zmiany nie prowadzi do rozsiania komórek nowotworowych ani zezłośliwienia tych, które znajdują się w guzku. Biopsja gruboigłowa jest zlecana, gdy biopsja cienkoigłowa nie pomogła w rozpoznaniu rodzaju zmiany w piersi. Zabieg jest bolesny i wykonuje się go w znieczuleniu miejscowym. Igła, którą pobiera się materiał do analizy, ma grubość trzech milimetrów. Następnie przeprowadza się badanie histopatologiczne, by potwierdzić lub wykluczyć obecność komórek nowotworowych i określić rodzaj guza (łagodny czy złośliwy).
- **Biopsja mammotomiczna** – wykonywana jest na specjalnym urządzeniu nazywanym mammotomem. Składa się on z aparatu wytwarzającego próżnię oraz igły o średnicy trzy milimetry z bocznym wycięciem, przez które pobiera się wycinki, czyli materiał do badania. Kobieta leży na specjalnym stole na brzuchu, pierś zostaje unieruchomiona w otworze. Dzięki mechanizmowi rotacyjnemu podczas jednego wkłucia igły można pobrać materiał z kilku miejsc guza. Jednorazowo jest to około dwóch centymetrów sześciennych tkanki. Przed badaniem pacjentka otrzymuje miejscowe znieczulenie. Zabieg nie powoduje krwawień wewnętrznych. Po pobraniu materiału nie zakłada się opatrunku.
- **Rezonans magnetyczny** takie badanie robi się, gdy zawiodą inne metody lub gdy osiągnięte wyniki są niejasne oraz u pań, które mają wszczepione wkładki silikonowe. Przed badaniem wstrzykuje się kontrast. Pacjentka leży na ruchomej platformie, która jest wsuwana do wnętrza aparatu diagnostycznego. Na monitorze widać wszystkie zmiany chorobowe. Chore tkanki wchłaniają kontrast. Rezonansu piersi nie robi się u pacjentek z rozrusznikiem serca, sztuczną zastawką czy inną metalową protezą, np. stawu biodrowego.



Rak piersi – operacja

Gdy okaże się, że kobieta ma raka piersi, powinna jak najszybciej się poddać operacji. W Polsce, w zależności od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, operację można wykonać na trzy sposoby: od najbardziej oszczędnej, czyli wycięcia samego guzka, poprzez usunięcie jednej czwartej piersi, aż po całkowitą jej amputację.

- **Tumorektomia** (usunięcie samego guza, a także dla bezpieczeństwa pacjentki węzłów chłonnych pod pachą) wykonuje się ją przy I stopniu rozwoju raka, czyli w takiej fazie choroby, gdy guz nie jest większy niż dwa centymetry i nie zaatakował węzłów chłonnych. Guz usuwa się z czterocentymetrowym marginesem zdrowej tkanki oraz węzłami chłonnymi pod pachą. Zabieg wykonuje się w pełnym znieczuleniu. Po operacji kobieta pozostaje w szpitalu przez 4-5 dni. Po wygojeniu się rany przez 5-7 tygodni musi codziennie poddawać się radioterapii. Naświetla się tylko operowaną pierś.
- **Kwadrantektomia** (usunięcie 1/4 piersi i węzłów chłonnych pod pachą) przeprowadza się ją, gdy guz nie przekroczył I stopnia rozwoju, ale nie jest wyraźnie odgraniczony od zdrowej tkanki piersi i konieczne jest zastosowanie tzw. większego marginesu bezpieczeństwa. Chirurg wycina ćwiartkę piersi, w której rozwijał się guz oraz węzły chłonne pod pachą. Zabieg jest wykonywany w narko-

zie. Po operacji i zagojeniu ran z reguły pacjentka otrzymuje radio- i niekiedy chemioterapię.

- **Mastektomia** (całkowite usunięcie piersi i węzłów chłonnych) – zabieg robi się, gdy doszło do II i III stopnia rozwoju choroby oraz zaatakowania przez komórki nowotworowe węzłów chłonnych. Podczas operacji w narkozie usuwa się gruczoł sutkowy z wypustką tkanki gruczołowej sięgającą do pachy i węzły pachowe. Tam, gdzie był węzeł, zakłada się dren, który odprowadza nadmiar gromadzącej się w tym miejscu limfy (płynu tkankowego, tzw. chłonki). W zależności od stopnia zaawansowania nowotworu po wygojeniu ran pooperacyjnych zazwyczaj stosuje się radio-, chemio- lub hormonoterapię. Decyzję o tym, która z form leczenia uzupełniającego będzie zastosowana, zawsze podejmuje lekarz po analizie aktualnych wyników badania krwi na obecność tak zwanych markerów nowotworowych.

Rak piersi: leczenie uzupełniające

W walce z nawrotami choroby bardzo pomocne jest leczenie uzupełniające. Stosuje się je u kobiet, u których choroba była bardziej rozwinięta, a komórki rakowe znajdowały się nie tylko w piersi, ale również w węzłach chłonnych pod pachą.

- **Radioterapia** polega na naświetlaniu miejsc pooperacyjnych promieniami gamma, fotonami X lub elektronami. Po operacjach oszczędzających coraz częściej zaleca się kobietom brachyterapię, która jest odmianą radioterapii. Zabieg przeprowadza się w specjalnym wyizolowanym pomieszczeniu. Do gruczołu piersiowego w okolicy wyciętego guza wprowadza się stalowe igły przewodnice, a następnie przez 15-20 minut umieszcza się w nich promieniotwórczy iryd 192. Zabieg ma na celu zniszczenie resztek komórek nowotworowych. Liczba seansów zależy od stopnia zaawansowania choroby.
- **Chemioterapia** to przyjmowanie leków z grupy cytostatyków. Są to środki, które odszukują w organizmie ogniska nowotworowe i zabijają je. Niestety, niszczą sąsiadujące z nimi zdrowe tkanki. To kuraacja bardzo toksyczna dla chorej, bo przede wszystkim zmniejszająca liczbę komórek szpiku. Daje także nieprzyjemne skutki uboczne: nudności, męczące wymioty i wypadanie włosów. Bywa jednak niezbędna, bo zmniejsza ryzyko nawrotu choroby o 25-30 procent. Chemioterapia przeprowadzana jest najczęściej w warunkach ambulatoryjnych. Jeden zabieg trwa około godziny, a terapię prowadzi się przez kilka tygodni lub nawet kilka miesięcy.
- **Hormonoterapia** polega na podawaniu preparatów obniżających poziom estrogenów lub działających antyestrogenowo. Takie leczenie stosuje się wtedy, gdy rak zostanie zaliczony do tzw. raków hormonozależnych, czyli wówczas, gdy nowotwór rozwinie się u kobiety po menopauzie.

Rekonstrukcja piersi

Kobiety po mastektomii rozpaczają, że zostały okaleczone. Dziś można temu zaradzić. W miejsce usuniętej piersi wszczepia się (pod mięsień piersiowy) ekspander, czyli elastyczny pojemnik z silikonu. Kiedy rana się zagoi, co dwa, trzy dni wstrzykuje się do niego sól fizjologiczną, aż do wyrównania obu piersi. Po kilku tygodniach ekspander wymienia się na protezę. Można też zastosować zawierającą sól fizjologiczną protezę Beckera, której nie trzeba zastępować silikonową. Inny sposób to przeszczep tkanek pacjentki części mięśnia najszerzego grzbietu albo mięśnia prostego brzucha. Po kilku miesiącach pierś jakby osiada we właściwym miejscu. Jednak brakuje jej otoczki i brodawki. Otoczkę można wytatuować. Niektórzy chirurdzy wolą jednak przeszczepić dolną połowę otoczki i brodawki ze zdrowej piersi. Starsze panie nie decydują się na rekonstrukcję. Wolą protezę, którą umieszcza się w biustonoszu z kieszonką. Kształtem i ciężarem przypomina ona zdrową pierś. Może być używana podczas pływania, ale tylko w kostiumie kąpielowym ze specjalną kieszonką na protezę.

Renata Stec
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego
Onkologia i Chemioterapia
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

HARMONOGRAM

REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO W I PÓŁROCZU 2018 ROKU

KURSY KWALIFIKACYJNE dla pielęgniarek		
Dziedzina kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	Obowiązujące kwalifikacje
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek (325 godzin)	luty 2018 r.	–
KURSY SPECJALISTYCZNE dla pielęgniarek		
Zakres kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (80 godzin)	czerwiec 2018 r.	
KURSY SPECJALISTYCZNE dla położnych		
Zakres kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	
Leczenie ran dla położnych (115 godzin)	luty 2018 r.	
KURSY SPECJALISTYCZNE dla pielęgniarek i położnych		
Zakres kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych (90 godzin)	kwiecień 2018 r.	
Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (108 godzin)	marzec 2018 r.	
Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych (100 godzin)	kwiecień 2018 r.	
Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka dla pielęgniarek i położnych (57 godzin)	maj 2018 r.	
KURSY PODSTWOWE I UZUPEŁNIAJĄCE dla pielęgniarek i położnych		
Zakres kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	
Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (14 godz. – kurs podstawowy)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	
Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (9 godz. – kurs uzupełniający)*	styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec	

*Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4 lata od czasu odbycia szkolenia podstawowego/uzupełniającego!

Osoby zainteresowane szkoleniem (kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne) prosimy o zgłaszanie się na ww.kursy.poprzez.System.Monitorowania.Kształcenia.smk.ezdrowie.gov.pl

W przypadku szkoleń podstawowych i uzupełniających z zakresu „Przetaczania krwi i jej składników” dla pielęgniarek i położnych składamy papierową kartę zgłoszenia (dostępna na stronie internetowej OIPIP w Koszalinie)

Programy kursów dla pielęgniarek i położnych dostępne są na stronie Centrum Kształcenia Podypłomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie:
www.ckpip.edu.pl

Informacji udzielamy pod numerem telefonu:
(94) 3411102

MUZYKA – moja pasja



Urodziłem się 22 maja 1993 roku w Koszalinie, ale całe życie mieszkam w Bobolicach. Jestem spod znaku Bliźniąt i pewnie dlatego niektóre rzeczy robię dwa razy.

Od dzieciństwa zafascynowany jestem muzyką i śpiewem. W rodzinnym mieście kończyłem szkołę podstawową i gimnazjum, natomiast do szkoły muzycznej do Szczecinka dowoził mnie mój tata. Szkołę średnią ukończyłem w Koszalinie, w V Liceum Ogólnokształcącym im. Stanisława Lema, na kierunku biologiczno-medycznym.

Dlaczego zdecydowałem się na pielęgniarstwo?! Jestem kontaktowy, otwarty na nowości, lubię pomagać innym, mam wielu przyjaciół. Uważam, że zawody związane z medycyną dają ogromną wiedzę ogólną.

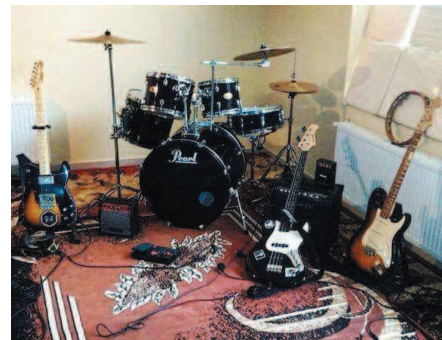
W 2016 roku ukończyłem Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Koszalinie, a po otrzymaniu dyplomu rozpocząłem pracę w szpitalu w Szczecinku. Uświadomiłem sobie, że kontakt z pacjentem i wzajemne zrozumienie to połowa sukcesu. Przede wszystkim należy każdego wysłuchać i ze spokojem wyjaśnić, jaki jest plan leczenia i proces pielęgnacji, odpowiadać na pytania, wskazać propozycję rozwiązania problemu i na koniec – dodać otuchy.

W swojej pracy nauczyłem się również pokory. Obecnie pracuję w Przychodni Lekarskiej „Amelia” w Bobolicach, ze świetnym



zespołem ludzi. Nabywam nowych doświadczeń i praktyki, doskonale się również na różnych kursach.

Moją pasją jest jednak muzyka. Już w 2001 roku, w wieku 8 lat zacząłem grać na gitarze klasycznej. Niedługo później, u sąsiada z ulicy, w garażu rozpocząłem naukę gry na gitarze basowej, która stała się moim ulubionym instrumentem. Wtedy też, wspólnie z kolegami założyliśmy pierwszy zespół o nazwie „Young Boys”. Od tamtej pory moja muzyczna „ścieżka” wiodła do kolejnych projektów



„Chcesz być szczęśliwy, to po prostu bądź”.

muzycznych. W 2014 roku, kolejnym projektem, którego byłem częścią (a właściwie... basistą!) był zespół „Interpretacja Własna”, grająca muzykę rap i hip hop na tzw. żywych instrumentach. Mogę powiedzieć, że udało nam się osiągnąć mały sukces, ponieważ wystąpiliśmy kilkakrotnie jako tzw. support przed znanymi zespołami: Sobota, RaggaFaya, Red Lips.

Dwa lata później, po rozpadzie zespołu IW, wspólnie z moim przyjacielem, Oskarem Malazdrą, a także moim byłym nauczycielem w-f, Dawidem Olearczykiem założyliśmy zespół o anglojęzycznej nazwie „Trump Key” (czyt. „TRAMP-KI”), co w wolnym tłumaczeniu może oznaczać „Klucz do sukcesu”. z tym właśnie zespołem gram i czasem występuję do dziś. Gramy przede wszystkim muzykę rockową, jednak wszyscy lubimy mówić, że nasza muzyka jest jak rzeka i płynie czasem wolniej, a czasem naprawdę szybko, co znaczy

mniej więcej tyle, że nie zamykamy się na jeden gatunek muzyczny.

Postawiliśmy na komponowanie własnych utworów – zarówno w sferze muzycznej jak i tekstowej, co w dzisiejszych czasach stanowi duże wyzwanie – szczególnie dla zespołu z tak małej miejscowości jak Bobolice. Bardzo mi to jednak odpowiada, ponieważ nie lubię być tylko odtwórcą i chcę zostawić jakiś ślad swojej działalności, nawet jeśli na razie grono odbiorców jest niewielkie. Wszyscy mamy jednak nadzieję i po cichu wierzymy, że to się może zmienić kiedy przystąpimy do nagrania naszych utworów w profesjonalnym studio nagraniowym, a to jest właśnie teraz naszym priorytetem. Tymczasem dużym wsparciem promocyjnym jest dla nas fan-page, który sami założyliśmy na Facebook, gdzie mamy zwyczaj udostępniania i rozpowszechniania naszych piosenek w formie demo i dzięki temu każdy może ich posłuchać, polubić lub nie, dodać komentarz itp.

A moje marzenia? To chyba najbardziej uniwersalne marzenie, w którym zawiera się wiele innych. Chcę być szczęśliwym! Wiem, że zastanawiało się nad tym wielu mędrców, filozofów i naukowców. Moim skromnym zdaniem najmądrzejsza rada zawiera się w tych kilku słowach:

„Chcesz być szczęśliwy, to po prostu bądź”.

Hubert Karwowski



O tym, że najlepiej spędzać wolne chwile na poznawaniu świata poprzez osobiste zetknięcie z jego kulturą nie trzeba nikogo przekonywać. Odwiedziłam Portugalię w czerwcu, gdy w moim Koszalinie było zimno, deszczowo i ponuro.



Na początek stolica Portugalii – **Lizbona**, największe miasto Portugalii, położone w zachodniej części Półwyspu Iberyjskiego, nad rzeką Tag, przy ujściu do Oceanu Atlantyckiego. Dlaczego warto odwiedzić to miasto?

Lizbona to fascynujący świat w pigułce, a miasto to pokazuje różnorodność tego świata. Pięknie zadbane wybrzeże, cudowne klimaty z orzeźwiającymi wiatrami znad oceanu, a przede wszystkim spokojni i życzliwi ludzie. Spacerem po dzielnicach **Baixa** i **Alfama**, podziwiałam ażurową, żelazną konstrukcję windy św. Justyny, patronki Lizbony, strzelającą 45 metrów w niebo, która znajduje się w samym centrum miasta, tuż przy głównym placu Rossio. Następnie słynnym deptakiem **Rua Augusta** doszłam do katedry. Dalej, pnąc się krętymi i wysłizganymi uliczkami na wielką górę, zwiedziłam **zamek św. Jerzego**, gdzie znajduje się jeden z najpiękniejszych punktów widokowych Lizbony, po obejrzeniu panoramy miasta zasłużony czas wolny.

Okazja do spróbowania portugalskich przysmaków np. słynącego na cały świat bacalhau (dorsza), i podziwianie Azulejos, czyli ozdobnych płytek ceramicznych, które są jednym z symboli Portugalii. Zdobią kamienice, kościoły, wnętrza domów, stacje metra,

dworce. Zwyczaj dekorowania ceramicznymi kafelkami wprowadzili tu Maurowie. Portugalia własne azulejos zaczęła produkować w XVI wieku. Za najpiękniejsze uchodzą barokowe niebiesko-białe kafelki. Można wyróżnić jeszcze style renesansowe, klasycystyczne, secesyjne oraz współczesne. Płytki pełnią nie tylko funkcję dekoracyjną, mają także szereg funkcji praktycznych: są trwałe i łatwe w utrzymaniu, latem chronią przed upałem, zimą przed wilgocią.

Kolejnym punktem programu była dzielnica **Belem z kościołem Hieronimitów** wpisany na listę zabytków UNESCO. Podziwiałam wieżę Belem, różę wiatrów oraz pomnik odkryć geograficznych upamiętniający sławnych portugalskich zdobywców Henryka Żeglarza, Vasco da Gama oraz Ferdynanda Magellana. Na koniec dnia obejrzałam faunę i florę morską w ogromnym oceanarium **Pavilhã dos Oceanos**, od ławic sardynek po rekiny, pingwiny i koralowce. Wieczorem zaś słuchałam charakterystycznej dla Portugalii muzyki fado, bardzo nostalgicznej, nastrojowej i smutnej, aczkolwiek pięknej i ujmującej. Kolejnego dnia wycieczka do **Sintry**. To jedno z najpiękniejszych miast Portugalii również wpisane na listę UNESCO, z krętymi uliczkami

i zabytkami, otoczone górami zachwyca swoim urokiem i odmiennym łagodniejszym klimatem. Nic dziwnego, że jest to ulubione miejsce wypoczynku królów portugalskich.

Zwiedziłam **Pałac Narodowy** ze swoim charakterystycznym białymi wieżami, kolumnami kuchennymi w kształcie wysokich, mocno zwężających się ku górze stożków. Wnętrze pałacu okazało się zdobione, najciekawsze są obecne w nim arabskie elementy wystroju oraz cudownie zdobione sufity. Po pysznej portugalskiej kawce i spacerze oraz zwiedzeniu uroczych sklepików z wyrobami z korka, włącznie z suknią ślubną, pojechałam na **Cabo da Roca**, który stanowi najdalej na zachód wysunięty punkt kontynentalnej Europy. Poszarpane skały wysokiego na 140 metrów klifu i wbijające się w niego fale Oceanu Atlantyckiego tworzą wartą zapamiętania scenę.

Po drodze zwiedziłam też kilka kurortów Wybrzeża Lizbońskiego – **Cascais Estoril**. Jest tu aż pięć plaż, które wyróżniają się złotym piaskiem. Cascais i Estoril dzieli jedynie dwa kilometry. To dwa najbardziej znane w Portugalii kurorty wypoczynkowe, w których turystów nie brakuje o każdej porze roku. Kolejnego dnia pojechałam do miejscowości Tomar, gdzie zwiedziłam wpisany na listę UNESCO **kompleks klasztoru Zakonu Chrystusa**, oraz spacerowałam urokliwymi uliczkami miasta.

Z Tomaru pojechałam do **Fatimy** i odwiedziłam Sanktuarium Matki Bożej Różańcowej, w której ołtarz przedstawia scenę objawienia Maryi trójce dzieci: Łucji, Franciszkwie i Hiacyncie. To wyjątkowe miejsce pozwala na refleksję i przypomina o codziennej modlitwie różańcowej.

Nie sposób opisać przeżyć i wrażeń, które pozostały we wspomnieniach. Zakochałam się w Portugalii i marzę, żeby pojechać tam jeszcze raz na dłużej i poznawać ten cudowny kraj.

Irena Rek



Spotkanie z emerytkami

16 listopada w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek odbyło się spotkanie z emerytowanymi pielęgniarkami. Była to okazja do wspomnień o latach pracy oraz snucia opowieści o tym jak spędzają czas na emeryturze. Wniosek z tych relacji jest jeden: okazuje się, że naszym emerytom brakuje czasu. Wśród 15 pielęgniarek tylko jedna pracuje dodatkowo, dla pozostałych jest to, jak mówią, „czas na zasłużony odpoczynek”. Popieramy.



„Są chwile co długo w pamięci zostają choć czas upływa, nie przemija.
Są też osoby, które poznane, nie będą nigdy zapomniane.”

Pani

Danucie Maligłównie

Pielęgniarka przechodzącej na emeryturę
po 40 latach pracy zawodowej
serdeczne podziękowania
za wzorową, pełną poświęcenia i oddania pracę
dla chorych, codzienny trud, wysokie poczucie
odpowiedzialności, życzliwości i wyrozumiałości
życzenia zdrowia i wszelkiej pomyślności
składają

pielęgniarka koordynująca
Grażyna Kuszmarska
oraz koleżanki z oddziału chorób wewnętrznych
Szpitala w Szczecinku

WIERSZ EMERYTKI

Kiedy byłam całkiem małą
To marzenie takie miałam
Aby na mój piękny łeppek
pielęgniarski włożyć czepek.

Bo w tym czepku mi do twarzy,
a i fartuch mi się marzył
i stetoskop i strzykawka
– to jest wprost wspaniała sprawa.

Bańki stawiać, kłuć zastrzyki
znosić ludzki ból i krzyki.
Tu poklepać – tam smarować
aby już przestał chorować.

Człowiek – co się pacjent zowie
Chcę ratować jego zdrowie.
On uśmiechnie się serdecznie
No i powie „Ach siostrzyczko z Tobą
czuje się bezpiecznie
i gdy tylko Cię ujrzałem
to natychmiast wyzdrowiałem”.

Dziś po latach mam wspomnienia
Jak ziściły się marzenia
– Ile serca poświęciłam
– Ile siły swej zużyłam
– Ile z żalu łez wylałam
Lecz nigdy nie żałowałam
że zostałam tym kim chciałam.
I choć jestem na emeryturze
to zostanę pielęgniarką na dłużej.
A gdy kiedyś będę w niebie
Wszystkim pomogę w potrzebie.

Ula Kowalska

„A gdy serce Twe przytłoczy myśl,
że żyć nie warto z łez ocieraj cudze łzy,
choć Twoich nie otarto”

Wyrazy szczerzego współczucia
Koleżance

Ewie Drażkiewicz
z powodu śmierci
MEŻA
Składa

personel pielęgniarski
Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.

„Człowiek odchodzi lecz pamięć zostaje,
mimo wielkiej rozpaczy pozwala żyć dalej...”

Koleżance

Ewie Hajnrach
Wyrazy współczucia z powodu
śmierci

MAMY
Składa

personel pielęgniarski
Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.

„Wszedłem do księgarni i zaciągnąłem się tym zapachem papieru i magii, którego, co dziwne, nikt nigdy nie spróbował zabutelkować.”

– CARLOS RUIZ ZAFÓN –



Dzień kończy się coraz szybciej, słońce świeci coraz krócej, a ciemno robi się bardzo wcześniej. To wszystko powoduje, że wieczory spędzamy mniej aktywnie. Dzięki temu mamy dużo więcej czasu na to, co najlepsze, czyli na czytanie książek.

Miliony ludzi na całym świecie ma swoje własne, wymyślone przez wiele lat życia, najlepsze i wyjątkowe hobby. Dla mnie takim wyjątkowym hobby jest czytanie. Tak, po prostu czytanie. Codziennie czytanych jest kilkaset milionów różnych książek. Wiele z nich czytana jest z przymusu, część zupełnie przypadkowo, ale największa część z nich czytana jest dlatego, że jest to cudowne i relaksujące zajęcie.

Czytając wzbogacamy się duchowo i intelektualnie. Kiedy bierzemy do ręki książkę możemy spodziewać się kolejnej przygody. Każdy przeczytany wiersz przenosi Nas do innego świata.

Pierwszą pozycją, którą chciałam Wam z całego serca polecić jest „**Ukraiński kochanek**” Stanisława Srokowskiego.

Ta powieść zaczyna się jak baśń: dawno, dawno temu, jeszcze przed wojną, na polskich Kresach wschodnich, niedaleko miasta Kołomyja, żyła sobie dziewczyna, córka młynarza Jakuba, najpiękniejsza dziewczyna we wsi. Nazywała się Kasia Kukułka. Kiedy miała 13 lat, we wsi pojawili się Cyganie. Stara Cyganicha przepowiedziała jej wielką, namiętną miłość. Zaraz po tym przez wieś biegł ukraiński wyrostek mieszkający za Kołomyją na połoninach, spoglądał na Kasię i krzyknął: będziesz moja! A wioskowa wiedźma Walentyna potwierdziła: „swego to ty już spotkałaś, dziewczyno.”

„Ukraiński kochanek” Stanisława Srokowskiego to powieść wielopłaszczyznowa.

Po pierwsze, jest to powieść o miłości. Na pierwszym planie jest namiętna i dzika, przepojona fatalizmem i sięgająca aż po grób miłość młodej Polki i Ukraińca. Są tam jeszcze inne wątki miłosne, wszystkie

naznaczone piętnem zakazanego owocu, bo Srokowski opisał miłość łączącą ludzi z różnych społeczności (Polka i Żyd, Ukrainka i Rosjanin, Ukrainka i Niemiec). Miłość pokazana w tym utworze jest uczuciem wspaiałym, ale jednocześnie niszczącym, powodującym obłęd, zniszczenie i śmierć.

Po drugie, jest to powieść o polskich Kresach wschodnich. To doskonała ściągawka z historii Polski. Nawet jeśli ktoś jest zupełnym ignorantem i nic nie wie na temat historii Ukrainy, dzięki powieści Srokowskiego pozna najważniejsze fakty związane z polskimi Kresami w okresie międzywojennym i w czasie II wojny światowej.

Po trzecie, jest to powieść magiczna. W „Ukraińskim kochanku” realizm przeplata się z fantastyką. Obok planu rzeczywistego, ważną rolę odgrywają sny, wizje, przepowiednie, zaklęcia i czary. Niektóre postaci, jak np. stara cygańska wróżka, Czarna Dama ukazująca się na wzgórzu zamkowym w przededniu ważnych wydarzeń, wioskowa wiedźma Walentyna, obłąkany z miłości syn organisty Lolek czy ukochany Kasi, Mitia Korpak – należą jednocześnie do świata realnego i magicznego.

Mam wrażenie, że „Ukraiński kochanek” jest polską powieścią romantyczną, napisaną współcześnie. Spodobał mi się piękny, prosty, balladowy język, jakim posługuje się Srokowski i w tymże prostym języku opowiada o trudnych, okrutnych sprawach.

Bo jest to powieść okrutna i frenetyczna. Zaczyna się od delikatnej, malowanej pastelami panoramy międzywojennych Kresów, a później jej barwa robi się coraz mocniejsza, aż w końcu przechodzi w mocne, krwiste czarno-czerwone tony. Czerwone jak krew. Czerwone jak ogień. Czerwone jak miłość. I czarne jak śmierć.

Stanisław Srokowski wie o czym pisze. Sam pochodzi z Kresów, ze wsi spod Tarnopola. W dzieciństwie był świadkiem mordów, jakie Ukraińcy popełniali na Polakach. Jest jednym z nielicznych ocalałych z rzezi, jaką zgotowali nam członkowie UPA. Od lat walczy o to, by przywrócić pamięć o tamtych strasznych wydarzeniach i oddać cześć 200 tysiącom Polaków zamordowanych w czasie II wojny światowej przez Ukraińców na Kresach.

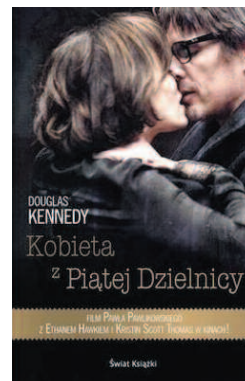
Można powiedzieć, że jego powieść to nie fikcja artystyczna, ale po prostu dokument. Napisany na podstawie wspomnień, opowieści, listów i dzienników tych, którzy przeżyli ludobójstwo na Kresach. Dokument, który przybrał artystyczną postać.

Drugą powieścią, której recenzję przygotowałam jest „**Kobieta z piątej dzielnicy**” Douglasa Kennedya.

Z jednej strony mamy thriller, w którym giną ludzie, z drugiej dramat obyczajowy pełen ludzkich problemów, które mogą dotknąć każdego, z jeszcze innej natomiast powieść psychologiczną, w której granica między światem realnym a urojonym zaciera się wraz z każdą kolejną stroną. To opowieść o ucieczce, zemście i pragnieniach, których nierozważne i pochopne zaspokojenie może doprowadzić człowieka do zguby – na skraj życiowej człowieka do zguby – na skraj życiowej przepaści.

Harry Ricks ma wszystko – piękną żonę, wspaiałą córkę, dom i lubianą pracę wykładowcy na jednej z uczelni w Ohio. Ale krótkotrwały romans z jedną ze studentek, która okazuje się obsesyjnie w nim zakochana, sprawia, że w mgnieniu oka traci swe najcenniejsze skarby, lądując dosłownie na bruku. Ów skandal zmusza go do ucieczki ze Stanów prosto w łapy paryskiego świata nielegalnych imigrantów, szemranych interesów, z dala od luksusowych hoteli, mieszkań i ludzi z wyższych sfer. Kiedy Harry dochodzi do wniosku, że już niżej stoczyć się nie może, podejmuje pracę jako nocny stróż w podręcznej firmie i zaczyna pisać książkę o swoim życiu. Pewnego dnia na jego drodze staje tajemnicza kobieta z tytułowej piątej dzielnicy. Margit Kadar, Francuzka węgierskiego pochodzenia, zarzuca na mężczyznę sieć miłości i pożądania, która nakłania ich oboje do regularnych spotkań na tle intymnym lub czysto towarzyskim. Ricks nie jest w stanie jednak zająrzeć głębiej w osobowość Margit ani też złamać jakichkolwiek zasad, których ona tak bardzo przestrzega. Na domiar złego wokół niego zaczynają dziać się nieszczęścia, ginąć ludzie, a jego osobą interesować się policjanci. Czasami los może być jednak jeszcze bardziej okrutny...

Przez tę powieść Douglasa Kennedya po prostu się przepływa. Praktycznie można w niej nawet zatonać, nie zdając sobie z tego sprawy. „Kobieta z piątej dzielnicy” może sprawiać wrażenie zwyczajnego utworu obyczajowego z wątkiem kryminalnym i romansowym,



ale tak naprawdę ma w sobie coś, co czyni ją piękną, oryginalną i skłaniającą do przemyśleń jeszcze na długo po zakończeniu jej lektury. Polecam wszystkim tym, którzy szukają w literaturze czegoś niepozornego, niebanalnego, a jednocześnie przejmującego i wywołującego burzę emocji. Sama natomiast natychmiast zaczynam rozglądać się za innymi pozycjami tego amerykańskiego pisarza.

I ostatnią książką, którą obecnie czytam jest powieść autorki „Matkek, żon, czarownic” **Joanny Miszczuk pt. „Dwie rodziny”**.

Historia „Dwóch rodzin” zaczyna się typowo. Jest on – Marek, jest ona – Ewa, kochają się i zamierzają pobrać; jak to w polskiej rzeczywistości bywa, aby rozpocząć wspólne życie, on decyduje się na wyjazd za granicę, aby zarobić niemałą kwotę pieniędzy – ćwierć miliona w cztery miesiące! – a później za to wybudować dom i otworzyć niewielką firmę zajmującą się budowlanką. Ta niebagatelna suma pieniędzy ma być pozyskana poprzez pracę dla zaprzyjaźnionego francuskiego architekta, Gwidona, który jest starszym, tajemniczym mężczyzną. Już w dniu przyjazdu do Paryża Marek dowiaduje się, że



ma wyremontować mieszkanie nie dla Gwidona, ale dla jego syna, Adama, o istnieniu, którego nic dotąd nie wiedział. W momencie, gdy obaj się spotykają książka przestaje być „zwykłą obyczajówką”, ponieważ Adam wygląda kropka w kropkę jak Ewa, narzeczoną Marka. Jak? Dlaczego? I co z tym wszystkim ma wspólnego A’isza, kobieta, która żyła w średniowiecznej Europie i była wykształcona lepiej niż jeden ówczesny mężczyzna?

Miszczuk skupiła się w „Dwóch rodzinach” na tematyce religii; doszło tam do zderzenia chrześcijaństwa z muzułmanizmem, chociaż zderzenie to nie było wcale ostre i brutalne. Dwie kobiety, wychowane w dwóch różnych religiach, ale obie mądre i dobre, miały okazję spleść ze sobą swoje życia i nauczyć się od siebie tego, co tak naprawdę oznacza Biblia i Koran. Nie wiem i pewnie nigdy się nie dowiem, czy autorka w tym względzie kierowała obecną sytuacją polityczną i obecną niechęć do muzułmanów, ale ja osobiście zrozumiałam ten wydzwięk jak próbę złagodzenia współczesnego konfliktu. Jako próbę wytłumaczenia, że są dobrzy i źli muzułmanie, tak jak są dobrzy i źli chrześcijanie i tylko do człowieka, nie od religii, zależy, jaką wybierze drogę.

Co do budowy książki, to jej fabuła toczy się dwutorowo; w rzeczywistości i w przeszłości, w średniowieczu. Ten rozdźwięk czasowy powoduje, że czytelnik zaczyna zastanawiać się, kim byli jego przodkowie. Tak naprawdę nic o nich nie wiemy, wiedza o naszej historii rodzinnej sięga dwa, trzy, może cztery pokolenia wstecz. Wszyscy wcześniejsi są nam kompletnie nieznani, a przecież

oni byli, żyli i poprzez swoje życie i swoje wybory tworzyli naszą przyszłość. Świetnie pokazane jest to na przykładzie Gwidona – gdyby jego prapradziadek nie postanowił się wzbogacić i nie przeniósł się do Kambo-dży, gdzie uprawiał herbatę, prawdopodobnie wszyscy jego potomkowie zginęliby w czasie drugiej wojny światowej, tak jak jego kuzyni i dalsi krewni. Sama mam w rodzinie historię, która mogłaby się potoczyć inaczej i która mogłaby sprawić, że mnie, w ogóle mojej mamy, jej rodzeństwa nie byłoby na świecie. Gdyby jeden człowiek podjął inną decyzję, gdyby życie pozwoliło wybrać mu inaczej, gdyby był na miejscu, a nie wyjechał walczyć – być może wtedy cała historia brzmiałaby zgoła odmiennie. Miszczuk uświadomiła mi, że to, co dostałam od losu jest wynikiem setek, tysięcy decyzji podejmowanych przez tych, którzy byli przede mną. I uświadomiła mi również to, że moje decyzje – teraz być może błahie i małostkowe – mogą kiedyś wpłynąć na życie moich dzieci, wnuków, prawnuków i dalszych potomnych, którzy nawet nie będą wiedzieli, że ja kiedyś byłam.

Reasumując, „Dwie rodziny” to książka jak najbardziej godna polecenia. Zadziwia i uświadamia. Więc rekomenduję.

Oczywiście, jak zwykle wszystkie pozycje posiadam na swoich półkach i chętnie się nimi podzielę.

Dorota Fenkanin
Onkologia i Chemioterapia
Szpitala Wojewódzkiego
w Koszalinie
mail: dofen69@gmail.com
tel. 662 355 883



Gabinet leczenia ran przewlekłych Bogumiła Aziewicz-Gabis

to miejsce, w którym koncentrujemy się na leczeniu trudno gojących się ran.

Specjalizujemy się w **LECZENIU**:

- owrzodzeń podudzi • odleżyn • stopy cukrzycowej • innych trudno gojących się ran

Dzięki doświadczonej kadrze pielęgniarskiej i lekarskiej, właściwej diagnostyce i nowoczesnym metodom odpowiednio dobranym do potrzeb pacjentów, oferujemy pomoc w **leczeniu ran zainfekowanych, ran martwicznych** i nie odpowiadających na dotychczasową terapię.

Wybór metody leczenia zależy od indywidualnych uwarunkowań oraz poziomu zaawansowania choroby.

Podczas wizyty, indywidualnie dobieramy metodę leczenia tak, aby zapewnić jak największą skuteczność.

W oparciu o wiedzę i doświadczenie, poparte dokładną diagnostyką oferujemy leczenie ran wg strategii TIME zgodnie z zaleceniami PTLR (Polskie Towarzystwo Leczenia Ran) oraz EWMA (Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran) proponując:

- **terapię biochirurgiczną (larwoterapię)** – opartą o nowoczesne opatrunki biologiczne
- **autolityczne i enzymatyczne oczyszczanie rany**
- **mechaniczne oczyszczanie:**

wspomaganie procesu gojenia za pomocą:

- **kompresjoterapii**
- **podciśnienia (VAC, lub opatrunki podciśnieniowe)**
- **specjalistycznych opatrunków wiodących producentów** (opatrunki antybakteryjne, hydrożelowe, opatrunki piankowe, opatrunki z miodem Manuka, opatrunki z Inu) i inne skutecznie działające opatrunki
- **hirudoterapię**
- **konsultację i kwalifikację do leczenia zabiegowego przypadków** wymagających terapii endowaskularnej lub chirurgicznej;

Proponujemy leczenie ran:

w gabinecie przy **ul. Niepodległości 44-48D gab.nr 3-4; 75-252 Koszalin**
a także w domu pacjenta

REJESTRACJA TELEFONICZNA 508 185 558

Kilka słów o biochirurgii

Biochirurgia (larwoterapia) to coraz bardziej popularna metoda, polegająca na oczyszczeniu rany za pomocą opatrunków zawierających larwy much *Lucilia sericata*. Larwy produkują szereg substancji aktywnych, które powodują: • bardzo szybkie usunięcie zalegającej martwej tkanki • usunięcie (eradykację) kolonii bakteryjnych zakażających ranę • usunięcie biofilmu, który utrudnia proces gojenia • szybsze zabliznianie rany poprzez przyspieszenie podziałów fibroblastów.

Opatrunki produkowane są przez polskie, certyfikowane firmy w nowoczesnych laboratoriach.

Głównymi wskazaniami do terapii larwalnej są: • owrzodzenia podudzi • odleżyny • stopa cukrzycowa

Terapia biochirurgiczna może być stosowana w większości ran zawierających martwą tkankę, zainfekowanych, w przypadkach gdzie inne metody zawiodły, m.in.: rany pourazowe, rany pooperacyjne, miejsca po amputacji, zapalenia szpiku, zapalenia powięzi. W jakiej formie stosowana jest terapia biochirurgiczna (larwoterapia)?

MOŻEMY JĄ STOSOWAĆ W DWÓCH POSTACIACH: • w formie opatrunków, gdzie biomateriał umieszczony jest w specjalnie zaprojektowanych siateczkach, dzięki czemu nie ma z nim bezpośredniego kontaktu; • w formie larw luzem, bezpośrednio umieszczonych w ranie. Postać ta stosowana jest w przypadkach w których aplikacja i działanie opatrunku są ograniczone.

Korzyści wynikające z zastosowania terapii biochirurgicznej (larwoterapii)?

• skrócenie średniego czasu terapii • obniżenie kosztów terapii • możliwość zastosowania zarówno u pacjentów hospitalizowanych jak również w trybie ambulatoryjnym.

mgr pielęgniarstwa Bogumiła Aziewicz-Gabis

specjalista pielęgniarstwa: Opieki Paliatywnej

Długoterminowej

Geriatrycznej

larwoterapeuta; hirudoterapeuta