



ISSN 1898-9519

BIULETYN

INFORMACYJNY

*Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Nr 4/76/2010



Niech radość i pokój Świąt Bożego Narodzenia
towarzyszy wszystkim przez cały Nowy Rok.

Życzymy, aby był to Rok szczęśliwy w osobiste doznania,
spełnił zamierzenia i dążenia zawodowe
oraz by przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.



**BIULETYN
INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca
OIPIP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska
tel. : 83 342 86 28
tel/fax.: 83 343 60 83

e-mail: oiqipbp@poczta.onet.pl

www.oiqip-bp.pl

Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Czynne pon.- pt. 8⁰⁰-16⁰⁰

**INFORMATOR OIPIP
W BIURZE OIPIP
DYŻURY PEŁNIĄ:**

Radca Prawny
mgr Irena Hołubowicz
Czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

**Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych**
mgr Janina Dziejcz-Płanda
drugi piątek miesiąca w godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych**
mgr Cecylia Kietczewska
pierwszy poniedziałek miesiąca
w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

**Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:
BANK SPÓŁDZIELCZY
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010**

Rada Programowa Biuletynu:
dr n. med. Ewa Czezelewska
dr n. med. Aneta Stanisławek
mgr Dorota Fedoruk
mgr Małgorzata Smędra

Redakcja Biuletynu:
Joanna Głowacka, Anna Olesiejuk,
Elżbieta Celmer vel Domańska
Iwona Denicka , Iona Bilko

Druk: Zakład Poligraficzny
tel. 83 342 03 53, 83 343 51 51

W NUMERZE:

I. Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	1
II. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.....	2
III. Informacje z Ministerstwa Zdrowia.....	6
IV. Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.....	7
V. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje	9
VI. Warto przeczytać.....	24
VII. Opinie Konsultantów.....	28
VIII. Dział prawny.....	31
IX. PTP informuje	34
X. Konferencje i szkolenia	35
XI. Referaty.....	36
XII. Z żałobnej karty.....	39
XIII. Kącik poezji.....	40

**ZACHĘCAMY CZŁONKÓW
SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA
Z BIULETYNU.**

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu

*Koleżanki pielęgniarki i położne, jeżeli chcecie
złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje,
zamieścić prace własne – NAPISZCIE -
my wydrukujemy.*

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo skracania przesłanych tekstów.

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD)

OIPIP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla personelu medycznego!!!



Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Szanowne koleżanki i koledzy

Na czas wyężonej pracy, Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku 2011 z najlepszymi życzeniami dedykuję Wam wiersz anonimowego autorstwa z książki pt.: „**Sztuka rozmowy z chorym**” pod red. Anny Grajcarek, wydawnictwa ad vocem.

„SŁUCHAJ”

*Gdy proszę, byś mnie wysłuchał,
a ty zaczynasz udzielać mi rad,
nie robisz tego o co cię proszę.
Gdy proszę byś mnie wysłuchał,
a ty zaczynasz mi mówić,
dlaczego powinienem czuć inaczej
depczesz moje uczucia.*

*Gdy proszę, byś mnie wysłuchał,
a ty uważasz, że powinienś coś zrobić
by rozwiązać mój problem,
zawodzisz mnie,
choć może to wydać się dziwne.*

Słuchaj!

*Prosiłem tylko o jedno,
nic nie mów i nie rób – po prostu wysłuchaj mnie.
Rada kosztuje niewiele: za dwadzieścia centów,
cenę jednej gazety,
udziela ci jej Dear Abby i Billy Graham.*

*A ja poradzę sobie sam. Nie jestem bezradny.
Może trochę zniechęcony i zagubiony,
ale nie bezradny.*

*Gdy robisz za mnie coś, co potrafię
i powinienem robić sam,
sprawiasz, że rośnie mój lęk,
czuję się coraz bardziej niepotrzebny.
Ale kiedy przyjmujesz jako fakt oczywisty,
że ja czuję to co czuję,
choćby to było irracjonalne,
wówczas nie muszę cię przekonywać
ani tłumaczyć ci tego wszystkiego,
co kryje się
za irracjonalnym uczuciem.*

*A gdy to jest jasne, odpowiedzi stają się
oczywiste i nie potrzebuję rady.
Irracjonalne uczucia mają sens,
gdy rozumiemy co się za nimi kryje.*

*Może dlatego, że Bóg milczy
i nie udziela nam rad ani nie stara się
niczego załatwić – modlitwa czasem
staje się skuteczna.*

*Bóg po prostu słucha i pozwala,
byś sam do tego doszedł.*

*Proszę więc tylko wysłuchaj mnie.
A jeśli zechcesz mówić, poczekaj chwilę
na swoją kolej – teraz ja wysłucham ciebie*



Rozmowa z chorym to jedna z najtrudniejszych prób przed jaką stają nie tylko pielęgniarki i położne, ale każdy z nas. Polecam książkę „Sztuka rozmowy z chorym” jest dostępna w naszej bibliotece.

dr n. med. Ewa Czeczewska
Przewodnicząca ORPIP w Białej Podlaskiej



Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowne koleżanki i koledzy,

Poniżej zamieszczamy wykaz Uchwał i Stanowisk podjętych na posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniach 14-16 września 2010r. Pełna treść na stronie internetowej <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=226>

E. Czeczewska – członek NRPiP

Stanowisko nr 49 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie konieczności wprowadzenia zmian w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Stanowisko nr 50 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2010 r.

w sprawie określenia zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez pielęgniarki wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji, oraz wzory stosownych dokumentów

Stanowisko Nr 51 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie odrzucenia niekorzystnych dla samorządu pielęgniarek i położnych zmian w projekcie ustawy o działalności leczniczej

Stanowisko nr 52 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2010 r.

w sprawie utworzenia Sekretariatu Stałej Konferencji Prezesów Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

Uchwała Nr 181/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie wyrażenia zgody na dokonanie darowizny rzeczowej

Uchwała nr 182/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie zmiany Uchwały nr 139/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 marca 2010 r. w sprawie przeznaczenia przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych środków finansowych na remont i adaptację oraz koszty związane z nabyciem nieruchomości położonej w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110 przeznaczonej na siedzibę Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zmienionej Uchwałą nr 163/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 18 marca 2010 r.

Uchwała Nr 183/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie zmiany uchwały nr 173/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 czerwca 2010 r. w sprawie zmiany załącznika nr 1 uchwały nr 138/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 marca 2010 r. w sprawie przyjęcia planu budżetu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych na 2010r.

Uchwała nr 184/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie ustalenia pogotowia kasowego w biurze Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 185/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr 175/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 czerwca 2010 r. w sprawie przekazania środków finansowych w celu udzielenia pomocy członkom izby poszkodowanym w wyniku powodzi oraz zmiany załącznika nr 1 do uchwały nr 138/V/2010 z dnia 17 marca 2010 r. w sprawie planu budżetu NIPiP na 2010 r.

**Uchwała nr 186/V/2010
Naczelnej Rady Pielęgniarek i
Położnych
z dnia 15 września 2010 r.**

w sprawie wytypowania członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do współpracy z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim

**Uchwała Nr 187/V/2010
Naczelnej Rady Pielęgniarek i
Położnych
z dnia 15 września 2010 r.**

w sprawie upoważnienia Prezydium NRPiP do zaciągania zobowiązań finansowych

**Uchwała nr 188/V/2010 Naczelna
Rada Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 września 2010 r.**

w sprawie wskazania przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do prac w zespole do spraw opieki długoterminowej, powołanego przy Ministrze Zdrowia

**Uchwała nr 189/V/2010 Naczelna
Rada Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 września 2010 r.**

w sprawie zobowiązania okręgowych izb pielęgniarek i położnych do podjęcia akcji mającej na celu wyrażenie zdecydowanego sprzeciwu wobec projektu ustawy o działalności leczniczej

**Rezolucja
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 września 2010 r.**

w sprawie udostępniania dokumentów przedstawicielom okręgowych rad pielęgniarek i położnych, przed posiedzeniami rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w celu umożliwienia realizacji funkcji obserwatora na podstawie art. 106 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postuluje o powrót do dotychczasowej praktyki udostępniania dokumentów przedstawicielom okręgowych rad pielęgniarek i położnych, przed posiedzeniami rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w celu umożliwienia realizacji funkcji obserwatora na podstawie art. 106 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) jednym z podstawowych zadań samorządu jest zajmowanie stanowisk w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia. Tożsame lub podobne zadania zostały nałożone na inne samorządy zawodów medycznych.

W celu realizacji przedmiotowego zadania ustawodawca nałożył na przewodniczących rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązek zapraszania przedstawicieli do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych, a także okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Konsekwencją powyższego powinno być przekazanie przedstawicielom poszczególnych samorządów zawodów medycznych materiałów będących przedmiotem posiedzeń rad oddziałów wojewódzkich NFZ. Umożliwi to zapoznanie się obserwatorów z problematyką wyżej wymienionych posiedzeń oraz pozwoli na realne wykonanie nałożonych obowiązków ustawowych.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych brak możliwości zapoznania się z dokumentami przed posiedzeniami przedmiotowych rad, czyni treść art. 4 ust. 1 pkt 9 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych martwym zapisem prawa, a obowiązek udziału obserwatorów wynikający z art. 106 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - stanie się zapisem iluzorycznym.

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska



Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

lak:NfZ/CF/BRF/2010/0001/0013/H/22762/H5

Warszawa, dnia 4 listopada 2010

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Pani Prezes!

Odnosząc się do przekazanej w dniu 18 października 2010 r. Rezolucji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie udostępniania dokumentów przedstawicielom okręgowych rad pielęgniarek i położnych, przed posiedzeniami rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w celu umożliwienia realizacji funkcji obserwatora na podstawie art. 106 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) uprzejmie informuję, że sprawa statusu prawnego przedstawicieli samorządów zawodowych zapraszanych w charakterze obserwatorów na posiedzenia rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym ich dostępu do materiałów dla członków rad była już przedmiotem interpretacji w Narodowym Funduszu Zdrowia. W tym celu sporządzona została opinia prawna z dnia 28 maja 2010 r. oraz opinia uzupełniająca, z dnia 9 sierpnia 2009 r., na wniosek Przewodniczącej Rady Śląskiego OW NFZ. Ostatnią z nich przesyłam w załączeniu wyrażając przekonanie, że dostatecznie wyjaśnia ona obowiązujące regulacje prawne. Zgodnie z jej konkluzją, cyt: *„Przekazanie Obserwatorom w celu realizacji ich uprawnień do śledzenia posiedzenia rady (a nie np. inicjowania prac rady), materiałów spośród tych, które otrzymują członkowie rady oddziału wojewódzkiego i w zakresie dostępnym jako informacja publiczna, jest co do zasady działaniem prawidłowym. Obowiązujące normy prawne nie stwarzają tego typu roszczeń po stronie Obserwatorów. Wychodząc jednak z założenia, że dane dokumenty byłyby i tak dostępne osobowych, tajemnic handlowych oraz wszelkich innych informacji prawnie chronionych.”.*

Odnosząc się do powołanego w treści Rezolucji z art. 4 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.), zgodnie z którym jednym z podstawowych zadań samorządu jest zajmowanie stanowisk w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia - w ocenie Narodowego Funduszu Zdrowia przepis ten określa pewną kategorię zadań samorządu zawodowego, z czego nie można jednak wywodzić bezpośrednich zobowiązań osób trzecich (w tym NFZ).

Ponadto pragnę zauważyć, iż według mojej wiedzy nie nastąpiła zmiana dotychczasowej praktyki udostępniania dokumentów przedstawicielom okręgowych rad pielęgniarek i położnych, przed posiedzeniami rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia - w granicach określonych przepisami prawa. Również treść Rezolucji nie wykazuje takich przypadków.


PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz

Warszawa, 9 sierpnia 2010 r.

Radca Prawny Maciej Mekiński Biuro Rady NFZ

Opinia prawna**w sprawie przekazywania obserwatorom zapraszonym do udziału w posiedzeniach rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia materiałów dla członków tych rad****Pytanie prawne:**

Czy Obserwatorzy zapraszani do udziału w posiedzeniach raz oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia określanych w art. 106 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinni otrzymywać materiały, jak dla członków tych rad?

W związku z wątpliwościami, podniesionymi przez Panią Przewodniczącą Rady Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w piśmie znak: WO-0011-14/115-tm/10 oraz przekazaną przy tym piśmie korespondencją Okręgowej Rady Lekarskiej Śląskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, a także Beskidzkiej Izby Pielęgniarek i Położnych, wraz z załączonymi opiniami prawnymi – uprzejmie przedstawiam uzupełniającą interpretację i dodatkowe informacje.

Potrzeba sformułowania przez NFZ opinii prawnej z dnia 28 maja 2010 r. nt. statusu Obserwatorów przedstawicieli samorządów zawodowych wynika z praktyki formułowania przez niektórych z nich, podczas posiedzeń rad, żądań, pytań i zapotrzebowań na określone, niekiedy skomplikowane opracowania lub materiały – dodatkowe - w stosunku do „podstawowych”, przekazywanych członkom rad i samym Obserwatorom. Na tle pytań prawnych powstało zatem zagadnienie dotyczące dwóch sytuacji: w pierwszym przypadku mamy do czynienia z inicjatywami spoza grona członków rady, w drugim chodzi o dostęp „Obserwatorów” do materiałów dla członków rady. Opinia prawna NFZ istotnie nie koncentruje się na problematyce dostępu Obserwatorów do materiałów przekazywanych członkom rad oddziałów wojewódzkich, przy czym niewątpliwie ustalenia prawne przyjęte w konkluzji mają zastosowanie również do tych materiałów, ponieważ są pochodną statusu Obserwatora. Ustalenie tego statusu nastąpiło w drodze wykładni gramatycznej, uzupełnionej wykładnią celowościową, systemową i historyczną. Otrzymana ze Śląskiego OW NFZ korespondencja wskazuje na potrzebę szerszego wyjaśnienia treści konkluzji opinii z dnia 28 maja 2010 r. Status obserwatora na posiedzeniu rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uprawnia do śledzenia przebiegu posiedzenia, jednakże nie przyznaje kompetencji do wiążącego występowania o informację lub dokumenty, czy też analizy do organów NFZ. Należy jednak zauważyć, że Przedstawiciele zawodów medycznych mogą zasięgać informacji o sprawach Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności za pośrednictwem członków oddziału wojewódzkiego, lub też samej rady jako organu, jak również na podstawie, w zakresie i w trybie przepisów o dostępie do informacji publicznej.

Rady oddziałów wojewódzkich, w których posiedzeniach ustawodawca przewidział udział Obserwatorów są specyficznymi gremiami, których organizacja stwarza szansę na pewne formy dialogu i współpracy w sprawach ochrony zdrowia na terenie oddziału. Z drugiej strony ustawodawca nie określił formy tej współpracy, a ograniczając status zapraszanych przedstawicieli do „Obserwatorów”, bez bliższego wyposażenia w określone kompetencje również nie rozwinął warunków prawnych prowadzenia samego dialogu. Zarówno rada oddziału wojewódzkiego, jak i Obserwatorzy, podlegają konstytucyjnej zasadzie legalizmu, to znaczy mogą działać na podstawie i w granicach przepisów prawa (art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.). Dla Obserwatorów oznacza to możliwość/obowiązek „obserwowania” prac rady na jej posiedzeniu, dla samej rady obowiązek realizacji jej ustawowych zadań oraz zapraszania na posiedzenia rad przedstawicieli samorządów zawodowych. Fakt ustawowego prawa Obserwatorów do udziału w posiedzeniu z pewnością może uzasadnić przekazanie im materiałów podobnych do przekazywanych członkom rad bez realizacji procedury przewidzianej w przepisach o dostępie do informacji publicznej, np. bez wniosku zainteresowanego podmiotu. Jak jednak podkreślono w opinii Obserwatorzy nie są członkami rady oddziału wojewódzkiego. Tym samym zakres materiałów dla członków rady i Obserwatorów nie musi być identyczny. W szczególności w związku z ochroną danych osobowych, tajemnic handlowych, czy też innych informacji prawnie chronionych, w pełni zasadne jest nieprzekazanie dokumentu Obserwatorowi. Sformułowanie, iż status Obserwatora „nie przyznaje kompetencji do wiążącego występowania” nie oznacza zatem, że przekazanie decyzją Przewodniczącego Rady, lub Rady materiałów (identycznych lub zbliżonych) do tych, które otrzymują członkowie rady oddziału wojewódzkiego jest działaniem nieprawidłowym. Chodzi natomiast o fakt, że obowiązujące normy prawne nie stwarzają tego typu roszczeń po stronie Obserwatorów.

Dla właściwego naświetlenia istoty problemu należy też odnosić się do twierdzeń zawartych w powołanych opiniach prawnych.

Nie można zgodzić się z metodologią i wnioskami zaprezentowanymi w opinii radcy prawnego, doradcy podatkowego Dominika Szczygła, dotyczącej pojęcia „Obserwator”. Treść tego pojęcia próbuje się ustalić poprzez słownikowe znaczenie „obserwacji”, która jednak pomimo ścisłego związku z „obserwatorem” posiada dodatkową własną treść, której nie odnosi się do obserwatora (obserwacja jako komentarz, uwaga, tymczasem obserwator to ktoś inny niż komentator). Ustawodawca posłużył się nazwą „obserwator” i przy rekonstrukcji treści normy prawnej jej słownikowe znaczenie powinno być brane pod uwagę.

Nie można zgodzić się też ze stwierdzeniem opinii radcy prawnego Andrzeja Murdzy, iż podstawą żądania materiałów dla Obserwatorów są przepisy art. 4 ust. 1 pkt 9 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 5 pkt 15 ustawy o izbach lekarskich, art. 7 ust. 1 pkt 9 ustawy o izbach lekarskich, które to przepisy określają jako zadania właściwych samorządów zawodowych „zajmowanie stanowiska”, w sprawach odpowiednio stanu zdrowia (zdrowotności) społeczeństwa, polityki zdrowotnej, organizacji ochrony zdrowia, gospodarki produktami leczniczymi. Adresatem normy wyrażonej w każdym z tych przepisów jest właściwy samorząd, nie zaś Narodowy Fundusz Zdrowia. To właściwy samorząd jest obowiązany zajmować stanowisko, a narzędzia jego realizacji, zwłaszcza wobec podmiotów usytuowanych poza samorządem, muszą określać precyzyjnie przepisy prawa, co w omawianym zakresie nie ma miejsca.

W konkluzji należy stwierdzić, iż:

1. Przekazanie Obserwatorom w celu realizacji ich uprawnienia do śledztwa posiedzenia rady (a nie np. inicjowania pracy rady), materiałów spośród tych, które otrzymują członkowie rady oddziału wojewódzkiego i w zakresie dostępnym jako informacja publiczna, jest co do zasady, z zastrzeżeniem pkt 2 działaniem prawidłowym. Obowiązujące normy prawne nie stwarzają tego typu roszczeń po stronie Obserwatorów. Wychodząc jednak z założenia, że dane dokumenty byłyby i tak dostępne Obserwatorom jako informacja publiczna, a członkowie rad oddziału wojewódzkiego nie są zobowiązane do zachowania poufności, przekazywanie materiałów na posiedzenie rady jest celowe.
2. Zakres materiałów dla członków rady i Obserwatorów nie musi być identyczny. W szczególności status Obserwatora nie uchyla ograniczeń związanych ochroną danych osobowych, tajemnic handlowych oraz wszelkich innych informacji prawnie chronionych.

Maciej Mekiński RADCA PRAWNY WA-5549

Informacje z Ministerstwa Zdrowia

Komunikat dotyczący zdawalności na egzaminach państwowych w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa

Departament na podstawie danych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje o tym, że w sesji wiosennej 2010 r. średnia zdawalność na egzaminach państwowych w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa wyniosła 96,6%. Dla pielęgniarstwa: kardiologicznego, zachowawczego, diabetologicznego, pediatricznego, opieki długoterminowej i położniczego była to modelowa zdawalność - 100%.

W porównaniu ze zdawalnością w sesji wiosennej w roku 2009, która wynosiła średnio 77,6%, oraz sesji jesiennej 2009 r., która średnio wynosiła 91,7%, jest to znacząca poprawa wyników. Warto tu zwrócić uwagę na zdawalność w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, która z niskiego pułapu 58, 7% w sesji wiosennej 2009 r., poprzez wynik 79,8% w sesji jesiennej 2009 r., osiągnęła zdawalność 91% w sesji wiosennej 2010.

Również pielęgniarstwo psychiatryczne, dziedzina kształcenia o niskiej zdawalności, w sesji wiosennej 2009 r. wynoszącej tylko 67,3%, wykazała tendencję wzrostową, gdyż sesja jesienna 2009 to już 82,5% zdawalności (na wiosnę 2010 r. egzaminów w tej dziedzinie kształcenia nie było). Widoczna poprawa wyników zdawalności dotyczy też dziedziny pielęgniarstwa chirurgicznego, z pułapu zaledwie 60,4% zdawalności na wiosnę 2009 r., poprzez wynik – 92,3% zdawalności na jesieni 2009 r., osiągnęła 99% zdawalności na wiosnę 2010 r.

W dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, w 2009 roku nastąpił znaczący wzrost zdawalności, z 50% na wiosnę do 100% w sesji jesiennej. Niewielką poprawę odnotowano w zdawalności egzaminu państwowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, z 55,6% w sesji wiosennej, do 62,5% w sesji jesiennej 2009 r.

Zgodnie z obowiązującym regulaminem egzaminu państwowego liczba zadań egzaminacyjnych wynosi 180, a czas trwania egzaminu 180 minut.

Wpływ na poprawę zdawalności ma m.in.:

- » weryfikacja zadań egzaminacyjnych przez zespoły ekspertów dla każdej z dziedzin pielęgniarstwa oraz aktualizacja literatury w każdej z dziedzin;
- » publikacja na stronie internetowej CKPPiP zadań egzaminacyjnych oraz wydanie publikacji Państwowy egzamin specjalizacyjny dla pielęgniarek i położnych – z przykładowymi zadaniami egzaminacyjnymi z każdej dziedziny kształcenia;
- » warsztaty dla organizatorów kształcenia, w trakcie których szczegółowo omawiane są formy zaliczeń szkoleń specjalizacyjnych, struktura zadań egzaminacyjnych i budowa testu egzaminacyjnego.

Departament informuje o tym, że dla osób przystępujących do egzaminu państwowego oraz dla organizatorów szkoleń specjalizacyjnych istnieje możliwość konsultacji z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w sprawach dotyczących egzaminu (tel. 48 22 592 34 50 lub e-mail sekretariat@ckppip.edu.pl).

Źródło: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=16025>

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament
Pielęgniarek i Położnych
MZ-PP-4407-8/IG

Warszawa, 2010-11-22

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do pisma z dnia 16 listopada br., znak MZ-PP-079-4407-6/IG/10, uprzejmie informuję, iż dnia 19 listopada br. w Departamencie Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie dotyczące ustalenia treści obwieszczenia w sprawie:

- limitu miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek, położnych, które rozpoczną w kolejnym roku specjalizację dofinansowane ze środków publicznych,
- kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego.

Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, iż w przedmiotowym spotkaniu udział wzięli:

- 1) Pani Jolanta Skolimowska – Z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia,
- 2) Pani Halina Głuchowska – przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
- 3) Pani Elżbieta Dudek – przedstawiciel Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
- 4) Pani Janina Krawczyk - przedstawiciel Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
- 5) Pani Izabela Grabiec – przedstawiciel Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia.

Wszystkie zaproszone osoby zgodnie przyjęli zaproponowaną treść obwieszczenia tj.:

- 1) limit miejsc szkoleniowych dofinansowanych ze środków Funduszu Pracy dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w **2011** roku wynosi **1850**;
- 2) kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w **2011** roku wynosi nie więcej niż **4 337 zł**.

W związku z tym, iż budżet na zadania realizowane ze środków Funduszu Pracy na rok 2011 w projekcie ustawy budżetowej pozostaje na poziomie 2010 roku, kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2011 r. nie zmieni się i wyniesie 4 337, natomiast liczba miejsc szkoleniowych przeznaczonych do dofinansowania w roku 2011, również pozostaje bez zmian i wynosi 1850.

Z-ca DYREKTORA
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	186/V/10	12 października 2010r.	wytypowania pielęgniarek i położnych do wyróżnień samorządowych
2.	187/V/10		delegowania na konferencję przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
3.	188/V/10		refundacji kosztów kształcenia
4.	189/V/10		Wpisania do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i wydania zaświadczenia
5.	R/59/V/10		stwierdzenia prawa wykonywania zawodu
6.	R/60/V/10		wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych
7.	R/61/V/10		skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych
8.	R/62/V/10		wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu

Elżbieta Celmer vel Domańska
Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Kalendarium OIPiP w Białej Podlaskiej

01.10.2010r.	XV Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowa dla Pielęgniarek i Położnych „ <i>Zarządzanie personelem a jakość w pielęgniarstwie</i> ” – uczestniczą pielęgniarki: Cecylia Kielczewska i Anna Kuźmiuk – delegowane przez ORPiP w Białej Podlaskiej.
04.10.2010r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
12.10.2010r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
18-19.10.2010r.	Konferencja szkoleniowa na temat: „ <i>Umowa o pracę czy kontrakt</i> ”, organizowana przez NRPiP w Warszawie – uczestniczą Ewa Czeczewska i Jolanta Gregor .
19.10.2010r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
20.10.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Ftyzjopulmonologii WSzS w Białej Podlaskiej – uczestniczy Elżbieta Celmer vel Domańska .
21.10.2010r.	Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt.: „ <i>Terapia w cukrzycy wyzwaniem dla pielęgniarek</i> ” organizowana przez Państwową Szkołę Wyższą im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej i Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
25.10.2010r.	Wizytacja biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej przeprowadzona przez Marię Kowalczyk – Naczelnego Rzecznika OZPiP i Małgorzatę Kilarską – specjalistę kancelarii NRZOZPiP.

BIULETYN INFORMACYJNY OIPiP

26.10.2010r.	Kompleksowa kontrola działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej przeprowadzona przez Okręgową Komisję Rewizyjną w Białej Podlaskiej.
03.11.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowiska: - Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologicznego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim; - Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dziecięcego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim. Przedstawicielami ORPiP wytypowanymi do prac w komisjach konkursowych są: Ewa Czeczewska jako Przewodnicząca komisji oraz Zofia Czarnacka , Dorota Golec , Krystyna Chwalczuk , Marianna Bojarczuk jako członkowie komisji.
04.11.2010r.	Spotkanie w sprawie projektu Ustawy o działalności leczniczej zorganizowane przez OZZPiP w Lublinie – ORPiP w Białej Podlaskiej reprezentuje Dorota Golec z SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.
06.11.2010r.	Spotkanie Janiny Dziedzic-Płanda Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, w ramach działalności prewencyjnej, z grupą uczestników kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego organizowanego przez Stowarzyszenie NOSTRUM w Białej Podlaskiej.
09.11.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa WSPRiTŚ w Białej Podlaskiej – uczestniczy Ewa Czeczewska .
10.11.2010r.	Egzamin po 5-cioletniej przerwie w wykonywaniu zawodu położnej Marii Proniuk-Machura .
16.11.2010r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP. Uroczyste otwarcie zmodernizowanego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego WSzS w Białej Podlaskiej oraz wręczenie Certyfikatu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji – uczestniczy Elżbieta Celmer vel Domańska Sekretarz ORPiP w Białej Podlaskiej.
17.11.2010r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
18.11.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Neonatologii SP ZOZ w Radzynie Podlaskim – uczestniczy Elżbieta Celmer vel Domańska .
19.11.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Detoksykacji SP ZOZ w Radzynie Podlaskim – uczestniczy Elżbieta Celmer vel Domańska .
20.11.2010r.	„ <i>Terapia i obsługa pompy insulinowej Accu-Chek Spirit</i> ” wykład i warsztaty przeprowadzone przez Annę Dąbrowską - przedstawiciela firmy Roche Diagnostics Polska dla grupy 30 uczestników Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „ <i>Terapia cukrzycy wyzwaniem dla pielęgniarek</i> ”.
23.11.2010r.	Spotkanie Komisji Informacji OIPiP w Białej Podlaskiej w sprawie wydania kolejnego numeru Biuletynu Informacyjnego OIPiP.
24.11.2010r.	II Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej WSzS w Białej Podlaskiej. W posiedzeniu uczestniczą m.in.: Ewa Czeczewska jako Przewodnicząca Komisji oraz Teresa Samoszuk i Marianna Tur jako członkowie Komisji.
06-07.12.2010r.	Posiedzenie Komisji ds. kształcenia przed - i podyplomowego oraz standardów i kwalifikacji zawodowych NRPiP - uczestniczy Ewa Czeczewska .
14.12.2010r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
15.12.2010r.	Posiedzenie Prezydium i ORPiP w Białej Podlaskiej.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje

Szanowne Koleżanki i Koledzy

W dniach 18-19 października 2010 wraz z mgr Jolantą Gregor pracującą na Oddziale Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej uczestniczyłyśmy w Konferencji Szkoleniowej nt.: „*Umowa o pracę czy kontrakt*” organizowaną przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Do uczestnictwa w konferencji zostałyśmy oddelegowane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, w celu pozyskania informacji na temat zalet i wad umowy cywilnoprawnej (kontraktów). Coraz częściej dyrektorzy szpitali z terenu naszej izby wychodzą do pielęgniarek i położnych z propozycją zatrudnienia na umowę kontraktową. Ze strony naszej grupy zawodowej przejawia się także coraz większa chęć podjęcia tej formy zatrudnienia. Jest to suwerenna decyzja każdego z nas, w związku z tym potrzebujemy więcej informacji o korzyściach jakie płyną z tej formy zatrudnienia, a także o zagrożeniach jakie kryją się za nią.

Z całej tematyki przedstawionej na konferencji wybrałam wykład mgr Barbary Pater nt.: „Zadowolenie z warunków pracy i płacy na kontrakcie w zakładzie opieki zdrowotnej – badania własne”, który zamieszczam w całości aby wszyscy zainteresowani tą formą zatrudnienia mieli możliwość wnikliwego zapoznania się z jego treścią.

Dziękuję Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych za umożliwienie uczestnictwa w konferencji.

Ewa Czezelewska

Zadowolenie z warunków pracy i płacy na kontrakcie w zakładzie opieki zdrowotnej - badania własne

Wstęp

Praca pielęgniarki pozwala na dużą samodzielność w organizowaniu, planowaniu i realizowaniu opieki nad podopiecznymi. Na czynności zawodowe wykonywane przez pielęgniarkę w opiece nad człowiekiem zdrowym i chorym wpływ mają takie czynniki jak: posiadana wiedza zawodowa, umiejętności nabyte w procesie kształcenia, doskonalenie zawodowe, zakres uprawnień i obowiązków, ustawodawstwo, oraz sytuacja ekonomiczna i organizacyjna systemu ochrony zdrowia. Te wszystkie czynniki również wpływają na poczucie zadowolenia z wykonywanej pracy. Specyfikę zawodu pielęgniarki wyznacza przede wszystkim misja, jaką jest pomaganie drugiemu człowiekowi w obliczu cierpienia i choroby, ale także właściwa organizacja i warunki pracy, współpraca z pacjentem i zespołem terapeutycznym. Natomiast negatywne emocje, stres, duże obciążenie psychiczne i fizyczne, brak dowartościowania ekonomicznego wpływają negatywnie zarówno na poziom zadowolenia z pracy, jak i z życia prywatnego [1,2]. Dużą część naszego życia pochłania praca zawodowa. Nie uświadamiamy sobie często tego faktu. Zdarza się, zwłaszcza w zawodach związanych z nadmiernym obciążeniem (pielęgniarki), że nie umiemy oddzielić sfery prywatnej od zawodowej. Dlatego tak ważne jest poczucie zadowolenia z wykonywanej pracy.

Zadowolenie z pracy stanowi uczuciową reakcję przyjemności lub przykrości, którą doznajemy w momencie pełnienia określonych ról, wykonywania określonych zadań. Zadowolenie potrafi podtrzymać gotowość pracownika do pracy, dlatego najważniejszym celem jakichkolwiek działań w tym zakresie powinno być dążenie do tego, aby uczucie zadowolenia towarzyszyło pracownikom przez cały czas.

Głównymi czynnikami warunkującymi poziom zadowolenia są: relacje między pracownikami, a kierownictwem, pomiędzy innymi grupami zawodowymi, możliwość rozwoju zawodowego, autonomia, bezpieczeństwo i stabilizacja zatrudnienia, rodzaj wykonywanych zadań, oraz gratyfikacja za wykonaną pracę. Wynagrodzenie stanowi jedną z podstawowych funkcji zarządzania zasobami ludzkimi w każdej organizacji, niezależnie od rodzaju prowadzonej działalności i jej rozmiarów. Stanowiąc jednocześnie nagrodę i rekompensatę za wykonywaną pracę,

spełnia wynagrodzenie funkcję motywacyjną, ponieważ kształtuje zachowania i postawy pracowników zgodnie z oczekiwaniami zatrudniającej ich organizacji [3].

W przypadku czynnych zawodowo pielęgniarek zadowolenie z wykonywanej pracy istotnie wpływa na satysfakcję z życia. Na satysfakcję z pracy składa się zakres zadań, prestiż zawodu, relacje ze współpracownikami, oraz z pacjentem, jego rodziną, wysokość wynagrodzenia, wykształcenie, cechy indywidualne pielęgniarek, takie jak: wiek, stan cywilny, pozycja zawodowa, doświadczenie zawodowe, oraz zespół wypalenia zawodowego, który związany jest z emocjonalnym wyczerpaniem, osobistymi osiągnięciami, depersonalizacją. Z racji wykonywanego zawodu, związanego z nim stresu emocjonalnego, oraz niskiego statusu materialnego pielęgniarki często mają obniżony poziom satysfakcji życiowej. Takie zjawisko negatywnie wpływa na rozwój profesji i może być przyczyną poważnego kryzysu tej grupy zawodowej [4,5,6].

Motywy przeprowadzonych badań, było poznanie stopnia zadowolenia pielęgniarek zatrudnionych na kontrakcie w zakładzie opieki zdrowotnej. W takim zakładzie opieki zdrowotnej na kontrakcie pracuję wraz z innymi pielęgniarkami. Dlatego zainteresowałam się tym tematem.

Cel badań

Zadowolenie z wykonywanej pracy ma istotny wpływ na wyniki i efekty podjętych działań. Zawód pielęgniarki jest tym szczególnym rodzajem profesji, gdzie satysfakcja pracownika w głównym stopniu przekłada się na zadowolenie pacjentów. Załoženiami badawczymi mojej pracy było określenie poziomu zadowolenia z warunków pracy i płacy, oraz poznanie czynników, które wpłynęły na podjęcie decyzji o zakładaniu działalności gospodarczej i świadczenie usług w tej formie w zakładzie opieki zdrowotnej.

Problemy badawcze

1. Jakie czynniki w badanej grupie miały wpływ na zmianę formy zatrudnienia?
2. W jakim zakresie ankietowani są samodzielni w wykonywaniu świadczeń?

3. Jaki jest stopień zadowolenia badanej grupy pielęgniarek z warunków pracy?
4. Jak jest zadowolenie ankietowanych z życia prywatnego?
5. Jaki jest poziom świadomości odpowiedzialności zawodowej badanej grupy?
6. Czyjego wsparcia oczekują ankietowani w rozwiązywaniu zawodowych problemów?
7. Jakie korzyści wynikają zdaniem badanej grupy z pracy na kontrakcie?
8. Jakie pojawiają się wady w świadczeniu usług pielęgniarskich?

Metody, techniki i narzędzia badawcze

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, metody statystyczne technikę ankiety. Materiał zebrano w oparciu o specjalnie skonstruowany przez autora pracy kwestionariusz ankiety, który obejmował w części pierwszej jedenaście pytań ogólnych, oraz w części szczegółowej dwadzieścia pięć. Pytania zawarte w ankiecie miały charakter zamknięty, z możliwością jednokrotną lub wielokrotnego wyboru. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej – opisowej z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego (arkusz kalkulacyjny Excel).

Organizacja badań

Badania zostały przeprowadzone w 2009 roku, od sierpnia do grudnia, oraz w styczniu w 2010 roku wśród pielęgniarek świadczących usługi w formie kontraktu w Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii na następujących oddziałach: Neurologia, Nefrologia, Oddział Pediatriczny dla Dzieci Starszych, Oddział Niemowlęcy, Hematologia i Onkologia Dziecięca, Alergologia, Laryngologia, Okulistyka, Chirurgia, Izba Przyjęć oraz Oddział Intensywnej Opieki Medycznej.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniach wzięło udział sto pielęgniarek. Wiek ankietowanych osób wahał się od 25 -56 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 30 – 39 lat (58%), pielęgniarek w wieku 40-49 lat było 32%, w wieku od 50-56 lat było 7%. Natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby od 25- 29 lat (3%). Ponad 3/5 (61%) stanowiły osoby indywidualnych praktyk pielęgniarskich w przedziale od 25- 39 lat. W badanej grupie był jeden mężczyzna i dziewięćdziesiąt dziewięć kobiet. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zamężne (76 %), świadczy to o stabilizacji w życiu osobistym, ale również o odpowiedzialności i obciążeniach związanych z zapewnieniem właściwych środków na utrzymanie rodziny. Stan wolny zgłasza 24 % ankietowanych, z czego 16 % to osoby nie zamężne, a 8% jest po rozwodzie. Około 4/5 (79%) ankietowanych osób posiada dzieci, brak dzieci podaje 21%. Posiadanie jednego dziecka deklarowało 38% ankietowanych pielęgniarek, 35% dwójkę, a trójkę tylko 6 %. Zdecydowana większość pielęgniarek posiada wykształcenie średnie (68%). Licencjat pielęgniarskiego ukończony, to 12 % ankietowanych osób, a 15% badanych kontynuuje studia pomostowe pierwszego stopnia. Respondentek legitymujących się tytułem magistra to tylko 6%, w tym tylko 1% to magister pielęgniarskiego. W przypadku ankietowanych osób tylko 2% posiada specjalizację pediatryczną, a 98 % respondentek dało odpowiedź negatywną. Kurs kwalifikacyjny ukończyło 45% osób z indywidualnych praktyk pielęgniarskich biorących udział w wypełnieniu ankiety. Kurs specjalistyczny ukończyło 53% ankietowanych osób. Liczba ukończonych kursów, oraz ich tematyka może znacząco, że wykonywanie świadczeń samodzielnie na określonych oddziałach jest realizowane przez indywidualne praktyki, posiadające właściwe kwalifikacje. Na sto ankietowanych osób udział w kursach dokształcających deklaruje 67%. W badaniu wzięły udział pielęgniarki, których lata pracy kształtują się od

trzech do trzydziestu ośmiu lat. Najliczniejszą grupę stanowią osoby ze stażem pracy 21 – 30 lat. Takich osób jest 64%. Jedną piątą pracuje w zawodzie pielęgniarki 11 - 20 lat, a 4% 31 -38 lat. Średni okres pracy w zawodzie pielęgniarki w badanej grupie wynosi 20 ± 4,5 roku. Analizując natomiast okres zatrudnienia pielęgniarek na umowie o pracę, które w chwili obecnej udzielają świadczeń zdrowotnych na kontrakcie można stwierdzić, że na zmianę formy zatrudnienia zdecydowała się grupa badanych osób posiadająca duże doświadczenie z zakresu zatrudnienia na umowie o pracę. Średni czas pracy na umowie w badanej grupie pielęgniarek wynosił 19±3,5 roku. Aż 63% stanowią osoby, które pracowały w przedziale od 11- 20 lat. Zbliżony odsetek pielęgniarek od 1-10 lat (15%), i 19% 21 – 30 lat. Natomiast 3% podaje zatrudnienie na umowie o pracę od 31-35 lat. Ze względu na niskie uposażenia za wykonywaną pracę, pielęgniarki niejednokrotnie stają przed koniecznością dodatkowego zatrudnienia w innych placówkach ochrony zdrowia. Respondentkom zadano pytanie, czy pracując na umowie o pracę, były zatrudnione tylko na jednym etacie. Około jedna trzecia (33%) biorących udział w badaniu podaje, że była zatrudniona równocześnie na drugim etacie. Taka praca związana jest często z łączeniem etatów, często na dyżur w jednej placówce pielęgniarki przychodziły bezpośrednio po przepracowanym dyżurze w innym zakładzie, szesnaście osób z badanej grupy podało, że często łączyły dyżury ze względu na brak możliwości wygospodarowania wolnego czasu.

Z powyższej analizy wynika, że zdecydowana większość (71%) respondentek świadczy usługi zdrowotne w formie kontraktu dopiero przez niecały rok, prowadząc Indywidualne Praktyki Pielęgniarskie. Średni czas pracy na kontrakcie badanej grupy pielęgniarek wynosi 8 ± 4 miesięcy.

Wyniki badań

Wyniki przeprowadzonej analizy zebranego materiału pozwalają wykazać, że większość biorących udział w badaniu pielęgniarek świadomie podjęła decyzję o zmianie formy zatrudnienia w Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii. Wobec pogarszających się warunków finansowania placówki, braku możliwości realnego wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek, problemów kadrowych wynikających z braku personelu na nowo powstałych oddziałach, Dyrekcja wprowadziła dla pielęgniarek zatrudnienie w formie kontraktu. Został ogłoszony przetarg na świadczenie usług pielęgniarskich na poszczególne oddziały. Około trzy piąte (58%) badanych osób zdecydowała się na zakładanie Indywidualnej Praktyki Pielęgniarskiej i złożenie oferty konkursowej ze względu na niską płacę. Istotnym czynnikiem dla 51% ankietowanych osób był lęk przed utratą zatrudnienia, oraz obawy związane z koniecznością szukania nowego miejsca pracy (40%) respondentek. Należy zwrócić uwagę na fakt, że największą grupę (64%) badanych osób stanowią pielęgniarki pracujące w zawodzie od 21-30 lat, oraz o stażu pracy 11- 20 lat (20%).

Realizowanie świadczeń medycznych przez Indywidualne Praktyki Pielęgniarskie, to wykonywanie czynności określonych w zawartej umowie, które związane jest z samodzielnością i osobistą odpowiedzialnością za wykonywane czynności. Pojawia się brak zależności służbowej, podmioty gospodarcze same ustalają propozycje dyżurowe. Funkcjonują jako zleceniobiorca i odpowiadają za wykonane usługi przed zleceniodawcą. Pielęgniarki sprawując opiekę nad pacjentem, nie widzą istotnych różnic między umową kontraktową, a umową o pracę. Ponad cztery piąte (81%) ankietowanych osób wykonuje czynności zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i uprawnieniami. Prawie połowa ankietowanych osób (42%) odczuwa satysfakcję z samodzielności i niezależności podczas realizowania świadczeń zdrowotnych, co istotnie wpływa na poczucie wartości zawodowej pielęgniarek, a tym samym na poprawną realizację zawartego kontraktu i zadowolenie pacjentów. Większość ankietowanych osób była wcześniej zatrudniona w placówce objętej badaniem, na umowie o pracę. Przeprowadzając analizę zadowolenia z obecnych

warunków pracy w tej samej placówce, tylko na innej umowie można zauważyć, że tylko dla 24% ankietowanych obecne warunki udzielania świadczeń na kontrakcie nie są zadowalające.

Umowy kontraktowe związane są z możliwością wypracowania większej liczby godzin miesięcznie, co często wpływa na stopień zmęczenia osób, które realizują świadczenia. Przeprowadzone badanie pozwala wykazać, że średnio pielęgniarki na kontrakcie wypracowują 188 -192 godzin miesięcznie. Taką odpowiedź podało (60%) respondentek, a są osoby, które wypracowują 168 – 172 godzin, oraz 200-250 (19%). Można zauważyć, że w większości czas przeznaczony na realizację świadczeń nie odbiega bardzo od miesięcznej liczby godzin do wypracowania, jaką reguluje Kodeks Pracy.

Dokładna analiza omawianego zagadnienia pozwala wysunąć wnioski, że większa liczba godzin wypracowanych miesięcznie przez Indywidualne Praktyki jest wynikiem dodatkowego zatrudnienia. Dwie piąte respondentek (40%) podało taką deklarację. Wypracowanie większej liczby godzin miesięcznie miało miejsce również w przypadku zatrudnienia badanej grupy na umowie o pracę, czyli 33% badanych pielęgniarek była zatrudniona na drugim etacie. Według opinii większej liczby praktyk (72%) zatrudnienie na kontrakcie daje jednak możliwość indywidualnego wyboru, jaką liczbę godzin wypracuje pielęgniarka w danym miesiącu.

Większość respondentek (60%) deklaruje również możliwość wygoszparowania większej ilości wolnego czasu, aby przeznaczyć go na życie prywatne i wypoczynek. Pozytywnym aspektem okazała się również możliwość doboru właściwej liczby obsady pielęgniarskiej na dyżurze, proporcjonalnie do liczby pacjentów i stanu ciężkości.

Zdaniem tylko ¼ ankietowanych osób, taka forma zatrudnienia nie zapewnia właściwej liczby pielęgniarek na dyżurze. W Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii utworzyły się stałe zespoły, które zapewniają kompleksową, całodobową opiekę pielęgniarską nad powierzonymi im pacjentami. Pielęgniarki są ze sobą zintegrowane, jak wykazuje wynik przeprowadzonej ankiety, gdzie wysoko zostały ocenione wzajemne relacje. Pielęgniarki, realizujące zawarte umowy wzajemnie się zastępują w razie konieczności. Doprowadziło to, do zlikwidowania braków obsady pielęgniarskiej i zapewnienia właściwej liczby pielęgniarek na dyżurze. Pełne zadowolenie podało w tym przypadku (34%) ankietowanych osób. Na zadowolenie pielęgniarek istotny wpływ ma również zawarcie kontraktu na określony oddział. W opinii (66%) praktyk taka sytuacja powoduje brak możliwości rotowania pielęgniarek na inne stanowisko pracy, co niejednokrotnie miało miejsce na umowie o pracę. Realizując zawartą umowę, pielęgniarki (62%) deklarują również zadowolenie z zabezpieczenia przez zleceniodawcę stanowiska pracy w sprzęt medyczny i techniczny.

Brak problemów związanych z obsadą personelu, właściwe zabezpieczenie stanowiska pracy w środki do realizacji świadczeń, bezpośrednio wpływają na profesjonalne świadczenie usług i zadowolenie pacjentów, a tym samym wzmacniają poczucie wartości zawodowej. Pełną i dużą satysfakcję z wykonywanej pracy podaje 33% ankietowanych osób, a 45% deklaruje przeciętną satysfakcję. Zadowolający jest fakt, że mimo krótkiego okresu czasu, w jakim funkcjonują Indywidualne Praktyki, wyraźnie spada i maleje brak zadowolenia i małej satysfakcji pielęgniarek z oceny i uznania za realizację świadczeń. Zmiana formy zatrudnienia wpływa istotnie na ponoszenie odpowiedzialności i znajomość przepisów prawnych przez pielęgniarki. Zdaniem większości biorących udział w badaniu osób (88%) świadczenie usług w formie kontraktu wymaga większej odpowiedzialności zawodowej. Zadowolenie w opinii ankietowanych osób stanowi również brak lęku przy odmawianiu wykonywania czynności niezgodnych z posiadanymi kwalifikacjami, taką odpowiedź podało 79% respondentek, natomiast 17% obecna forma zatrudnienia daje większą niezależność podczas udzielanych świadczeń.

Pielęgniarki wykazują większą asertywność i poczucie odpowiedzialności za wykonywane świadczenia. Tylko 5% deklaruje wykonanie zleceń lekarskich nie wpisanych w karcie, natomiast 27 % potrafi zdecydowanie odmówić ich wykonania.

Oceniając zadowolenie ze współpracy z innymi grupami zawodowymi największa satysfakcja pojawia się w opinii ankietowanych osób (48%) między indywidualnymi praktykami pielęgniarskimi. Wysoko oceniana jest również współpraca z pielęgniarką koordynującą (60%). Nieco gorzej oceniane są relacje z personelem lekarskim i zleceniodawcą. Tylko 18% badanych praktyk podaje zadowolenie ze współpracy z personelem lekarskim, a 12% deklaruje zadowolenie ze współpracy z Dyrekcją. Ze względu na specyfikę wykonywanego zawodu, pielęgniarki narażone są na pojawienie się konfliktów zarówno z pacjentami jak i współpracownikami. Zgodnie z zawartą umową na realizację świadczeń przez indywidualne praktyki pielęgniarskie, zleceniodawca zobowiązany jest do pomocy w rozwiązywaniu pojawiających się problemów. Większe zadowolenie (42%) deklarują respondentki w przypadku rozwiązywania konfliktów z pacjentami, natomiast w sytuacji pojawienia się konfliktów ze współpracownikami duże zadowolenie podaje tylko 21% indywidualnych praktyk biorących udział w badaniu. Zmiana formy zatrudnienia powoduje u objętej badaniem grupy pojawienie się obaw i niepokoju związanego z zatrudnieniem. Według uzyskanych odpowiedzi dla większości osób biorących udział w badaniu (98%) stanowi lęk i obawa przed pójściem na zwolnienie lekarskie. Dużym problemem dla 97% respondentek jest brak osłon socjalnych. Wadą umowy kontraktowej dla 83% pielęgniarek jest określony okres zatrudnienia, a także większa odpowiedzialność (76%). Przeprowadzone badanie pozwala wykazać, że dla większości pielęgniarek, udzielanie świadczeń w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej wymaga właściwego przygotowania teoretycznego. Pielęgniarki oczekują wsparcia ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (67%), a także Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (56%). Dla 63% badanych osób istotna jest pomoc Rządu w uregulowaniu aktów prawnych, dotyczących wykonywania świadczeń medycznych na kontrakcie w Zakładach Opieki Zdrowotnej przez Indywidualne Praktyki Pielęgniarskie. Przeprowadzone badania ujawniły, że dużą satysfakcję dla pielęgniarek stanowi gratyfikacja finansowa. Dla 92% respondentek to właśnie wzrost wynagrodzeń stanowi istotną korzyść wynikającą z pracy na kontrakcie. Samodzielność zawodu pielęgniarki, ponoszenie indywidualnej odpowiedzialności zawodowej a także ogłaszany konkurs ofert na świadczenia medyczne wymagają od pielęgniarek podnoszenia kwalifikacji zawodowych, uzupełnienia wykształcenia. Brak satysfakcji z możliwości rozwoju zawodowego podaje tylko 8% respondentek, pełną satysfakcję deklaruje 19% pielęgniarek biorących udział w badaniu, a 27% osób deklaruje duże zadowolenie z możliwości rozwoju zawodowego. Analiza powyższych wypowiedzi pozwala stwierdzić, że pielęgniarki zdają sobie sprawę z powagi uzupełnienia własnych kompetencji zawodowych. Konkurencyjność na rynku pracy może mobilizować tę grupę zawodową do większej dbałości o poziom własnej edukacji, o wykonywanie świadczeń na coraz wyższym poziomie. Takie stanowisko w konsekwencji może doprowadzić do większej dbałości o prestiż firmy, jaką jest Indywidualna Praktyka Pielęgniarska. Refleksja nad zebrany w ankiecie materiałem empirycznym skłania do wysunięcia wniosku, że osoby wypełniające ankietę to w większości pielęgniarki zadowolone z formy zatrudnienia jaką w chwili obecnej wykonują. Dla większości ankietowanych osób podjęcie ryzyka zmiany formy zatrudnienia nastąpiło w obawie o utratę miejsca pracy, z którą były związane, której specyfika była im dobrze znana. Zła sytuacja finansowa placówek ochrony zdrowia, narastające braki kadrowe personelu pielęgniarskiego często powodują podjęcie przez kadrę zarządzającą próby rozwiązania narastających problemów. Pielęgniarkom zatrudnionych w Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii przedstawiono ofertę zmiany zatrudnienia na realizację świadczeń medycznych w formie kontraktu. Podjęcie takiej decyzji wymaga dużej odwagi i odpowiedzialności. Świadczy również o

dojrzałości i realnym spojrzeniu na problemy jakie ciągle dotyczą środowisko pielęgniarskie w zakresie pogarszających się warunków płacy i pracy. Pielęgniarki nie mogą zostać pozostawione z problemami, które je nurtują samym sobie. Brak jasno sprecyzowanych aktów prawnych dotyczących funkcjonowania Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich w Zakładach Opieki Zdrowotnej rodzi obawy i zaniepokojenie środowiska pielęgniarskiego. Stwarza pojawienie się dylematów, czy wybrać umowę o pracę z niższym wynagrodzeniem, czy podjąć ryzyko założenia działalności gospodarczej i poczuć wyraźne zadowolenie z otrzymywanej gratyfikacji finansowej. Biorące udział w badaniu pielęgniarki taką właśnie decyzję, chcą podejmować samodzielnie.

Wnioski:

1. Większość badanych pielęgniarek deklaruje duże zadowolenie z gratyfikacji za wykonane świadczenia.
2. Pozytywną stroną pracy w nowej formie jest:
 - a. Właściwe zabezpieczenie stanowiska pracy przez zleceniodawcę w leki i sprzęt medyczny, niezbędny do realizacji zawartej umowy.
 - b. Odpowiednia obsada pielęgniarska na dyżurze, wprost proporcjonalna do liczby pacjentów.
 - c. Poprawne relacje interpersonalne i współpraca między pielęgniarkami.
3. Dla większości biorących udział w badaniu osób, obecna forma zatrudnienia nie ma istotnego wpływu na wykonywanie czynności pielęgniarskich.
4. Wzrasta poczucie samodzielności zawodowej i asertywności. Zdecydowana większość pielęgniarek potrafi odmówić wykonania czynności niezgodnych z posiadanymi kwalifikacjami. Takie zachowania zapewniają bezpieczeństwo zarówno pacjentowi, jak i indywidualnym praktykom.
5. Prawie połowa ankietowanych osób deklaruje dużą satysfakcję z prestiżu zawodu pielęgniarki, możliwości rozwoju zawodowego, oraz z oceny i uznania za wykonywaną pracę.
6. Mniejsze zadowolenie podają pielęgniarki ze współpracy z personelem lekarskim i Dyrekcją. Tylko ¼ ankietowanych osób jest zadowolona z pomocy zleceniodawcy w rozwiązywaniu konfliktów wynikających ze współpracy ze współpracownikami, połowa respondentek natomiast pozytywnie ocenia pomoc zleceniodawcy w rozwiązywaniu pojawiających się konfliktów wynikających z relacji pielęgniarka pacjent.

Bibliografia

1. Andruszkiewicz A.: Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2007: 157-161.
2. Kosińska M., Pilarz Z.: Satysfakcja pielęgniarek z pracy zawodowej i jej uwarunkowania. Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska, Lublin 2005 Vol.LX, Suppl. XVI, 236.
3. Bartkowiak G.: Motywowanie personelu i zarządzanie kompetencjami w zakładach opieki zdrowotnej. W: Dobska M. .Rogoziński K. (red) Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2008, 369-379.
4. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L., Ślusarz R., Sienkiewicz Z., Sadurska A., Kachaniuk H.: Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (3):167-172.
5. Kowalczyk K., Krajewska- Kułak E., Klimaszewska K., Kondzior D.: Wpływ obciążenia psychicznego pracowników zintegrowanego zespołu medycznego na zadowolenia z wykonywanej pracy. Problemy Pielęgniarstwa 2009;17 (4):315-320.
6. Szumska A. ,Moderska A., Nowakowska I., Jachimowicz-Wołoszynem D.: Stan motywacji i motywowania w polskim pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo XXI.2006; (14/15):74.

7. Zdecydowana większość badanych wykazuje duże poczucie odpowiedzialności zawodowej. Pielęgniarki posiadają dużą świadomość realizowania zawartej umowy zgodnie posiadanymi kwalifikacjami. Jest to bezpośrednio związane z zatrudnieniem danej praktyki na określony oddział, brakiem rotacji. Pielęgniarki odczuwają większą stabilizację i spokój podczas realizacji zawartego kontraktu.

8. Obawy jakie pojawiają się podczas realizacji zawartej umowy u biorących udział w badaniu pielęgniarkach, to brak osłon socjalnych, lęk przed pójściem na zwolnienie lekarskie oraz określony czas zawartej umowy. Świadczy to o braku właściwego przygotowania pielęgniarek do prowadzenia działalności gospodarczej.

9. Wykonywanie świadczeń na kontrakcie w zakładach opieki zdrowotnej budzi obecnie wiele kontrowersji, pojawiają się różne interpretacje obowiązujących przepisów prawnych i różne opinie środowiska pielęgniarskiego. Większość respondentek oczekuje wsparcia ze strony Okręgowej Izby i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, oraz Rządu.

Postulaty

Badania ujawniły, że wypełniające ankietę pielęgniarki nie posiadają dostatecznej wiedzy na temat obowiązujących aktów prawnych, które stanowią dla nich bezpieczeństwo i ochronę.

Dlatego też postuluję:

1. Zwrócenie uwagi na konieczność stworzenia spotkań pielęgniarek kontraktowych w celu dokładnego omówienia zasad prowadzenia działalności gospodarczej, należy zwrócić szczególną uwagę na omówienie różnic między wykonywaniem świadczeń na kontrakcie, a zatrudnieniem na umowie o pracę.
2. Należy przeprowadzić analizę ilości godzin na dyżurze, którą wypracowują pielęgniarki na kontrakcie. Szczególną uwagę należy zwrócić na specyfikę każdego oddziału, oraz możliwość wystąpienia nadmiernego zmęczenia u pielęgniarek.
3. Ponieważ dla wielu osób taka forma zatrudnienia staje się możliwością otrzymywania zadowalającej gratyfikacji finansowej, doprecyzowania wymagają akty prawne dotyczące kontraktowania usług pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej. Wskazana jest tutaj inicjatywa Rządu, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych a także Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.
4. Ze względu na krótki okres trwania umów kontraktowych, (niespełna dwa lata) w przypadku badanej grupy, konieczna jest dalsza obserwacja realizacji świadczeń przez pielęgniarki w nowej formie, oraz określenie jak to wpływa na jakość opieki pielęgniarskiej i poziom zadowolenia z warunków pracy i płacy .

mgr Barbara Pater
Indywidualna Praktyka Pielęgniarska, Katowice



KONKURS

Redakcja Biuletynu ogłasza konkurs dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Zasady konkursu

1. udzieli poprawnej odpowiedzi na postawione poniżej pytanie.
2. dostarcz odpowiedź na kartce do biura OIPiP (adres w Biuletynie Informacyjnym lub na www.oipip-bp.pl) do 14 stycznia 2011r.
3. 17 stycznia 2011 z spośród poprawnych odpowiedzi jury rozlosuje 2 książki pt. „*Sztuka rozmowy z chorym*” pod red. Anny Grajcarek wydawnictwa ad vocem oraz jeden czepek przypinany do mundurka.

Pytania konkursowe

1. Podaj imię i nazwisko prezesa I kadencji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
2. Podaj imię i nazwisko przewodniczącej I kadencji Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

W imieniu Redakcji Biuletynu oraz własnym zachęcam do wzięcia udziału w konkursie.

Ewa Czezelewska

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „*Terapia cukrzycy wyzwaniem dla pielęgniarek*”

W dniu 21 października 2010 roku odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu „*Rola Pielęgniarki w higienie życia*”, organizowana przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej i Instytut Zdrowia Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

Tegoroczna Konferencja pod tytułem „*Terapia cukrzycy wyzwaniem dla pielęgniarek*” odbyła się pod honorowym patronatem Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii i w całości poświęcona była chorobie cywilizacyjnej jaką jest cukrzyca typu 1 i typu 2. Tematyka konferencji cieszyła się dużym zainteresowaniem wśród pielęgniarek i położnych i wzięło w niej udział ponad 250 osób oraz liczne grono studentów.

W tym miejscu składam serdeczne podziękowania przedstawicielom Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii paniom: **mgr Alicji Szewczyk** – Przewodniczącej PFED i **dr n. med. Dorocie Herbut** – Sekretarzowi PFED. Dziękuję wykładowcom, wysokiej klasy specjalistom z dziedziny diabetologii. Dziękuję również przedstawicielom firm, którzy wsparli nas ze strony materialnej jak i merytorycznej.

Dziękuję członkom Komitetu Naukowego i Komitetu Organizacyjnego. Bardzo serdecznie dziękuję Pani **dr n. med. Stanisławie Spisackiej** Dyrektorowi Instytutu Zdrowia PSW za wspólne organizowanie konferencji.

dr n. med. Ewa Czezelewska
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Konkurs na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej



W dniu 24 listopada 2010r. odbył się konkurs na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej. Komisja konkursowa wybrała kandydaturę **Cecylii Kielczewskiej**.

Cecylia Kielczewska od 1992 r. lat pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, przez pierwsze 11 lat - pielęgniarka endoskopowa w oddziale urologii. Po uzyskaniu tytułu licencjata na kierunku Pielęgniarstwa w PSW im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, kontynuowała naukę na studiach drugiego stopnia na Wydziale Nauki o Zdrowiu na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym oraz jednocześnie na dwusemestralnych studiach podyplomowych na Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie – Zarządzanie Ludźmi w Firmie. W 2009 r. uzyskała tytuł magistra pielęgniarstwa. Od 2007 r. została awansowana do Działu Organizacyjno Prawnego na stanowisko inspektora, p.o. Kierownika i starszego inspektora. Od dwóch lat – główny specjalista w dziale Służb Pracowniczych.

Wiedzę z zakresu zarządzania personelem pielęgniarskim, finansów publicznych, organizacji pracy lekarzy i pielęgniarek, auditu wewnętrznego pogłębiała na kursach i szkoleniach. Aktywnie uczestniczy w pracy samorządu zawodowego i Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Pani mgr Cecylii Kielczewskiej składamy serdeczne gratulacje i życzenia wytrwałości, sukcesów, rozwoju naukowego, możliwości wykorzystania wysokich kwalifikacji zawodowych na nowym stanowisku pracy.

Redakcja Biuletynu



Gratulacje

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

składa serdeczne gratulacje Pani Cecylii Kielczewskiej z okazji wygrania konkursu na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

Życzymy powodzenia i sukcesów w dalszej pracy zawodowej oraz zdrowia i szczęścia w życiu osobistym.





**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W JELENIEJ GÓRZE**

58-500 Jelenia Góra ul. Wojska Polskiego 18
tel. (0-75) 75-35-668, 75-35-669

www.oipip.jgora.pl e-mail biuro@oipip.jgora.pl oipipjeleniaz@neostrada.pl

OIPiP/IX/424/2010

Jelenia Góra, 04.10.2010

**Pani
Ewa Czezelewska
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
ul. Okopowa 3, p. 218
21-500 Biała Podlaska**

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze i koleżanek które ucierpiały w powodzi w Bogatyni serdecznie dziękuje za solidarność zawodową i okazane wsparcie finansowe w tak trudnej dla nich sytuacji.

Łączę pozdrowienia

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze

Krystyna Demkowicz

KONTO BANKOWE : BANK ZACHODNI WBK S.A. I/O JELENIA GÓRA NR 05 1996 1926 0000 0005 1400 5081

NIP 611-100-71-48

Korespondencja OIPiP w Białej Podlaskiej z Narodowym Funduszem Zdrowia

OIPiP/VII/767/10

Biała Podlaska, 2010-09-27

Pan
Tomasz Pękalski
Dyrektor
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Dyrektorze,

W związku z ogłoszeniem o przeprowadzeniu postępowań o udziale świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2011 i lata następne w rodzaju – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ oraz stanowiskiem nr/2/V/2010 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 24 czerwca 2010r. w sprawie pozbawienia od 1 lipca 2010r. dostępności świadczeniodawców do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, realizowanych przez pielęgniarki opieki długoterminowej – w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej oraz wszystkich świadczeniodawców w/w rodzaju świadczeń z terenu Izby zwracam się z prośbą i jednocześnie apeluję o uwzględnienie racjonalnych kosztów finansowania tego rodzaju usług w roku 2011. Z ogłoszenia konkursu ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wiemy, że LOW NFZ karygodnie zniżył stawkę finansową za dane świadczenie na rok 2011 i proponuje tylko 26 zł za osobodzień. Mając na uwadze przesunięcie w doku 2010 środków z opieki pielęgniarstwie finansowanej metodą zadaniową w ramach podstawowej opieki zdrowotnej do pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej zasadne jest zwiększenie środków finansowych na tego rodzaju usługi w roku 2011. Do chwili obecnej jest to kwota 28 zł za osobodzień, zachowanie dotychczasowej wysokości środków a tym bardziej jej obniżenie do 26 zł skutkować będzie pozbawieniem opieki pielęgniarstwie najbardziej potrzebujących pacjentów, ponieważ świadczeniodawcy w ramach takiego finansowania nie są w stanie zapewnić odpowiedniej jakości usług oraz utrzymać swoich zakładów.

Obserwując uwarunkowanie demograficzne państwa polskiego zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenie rośnie i będzie nadal rosło. Grupa zawodowa pielęgniarstwie i położnych jest zawodem medycznym najlepiej przygotowanym do świadczenia tego rodzaju usług, a więc nie zniszczymy tego, co jeszcze z trudem się utrzymuje.

Jednocześnie apeluję o wypłacenie nadwykonań pielęgniarkom, które wykazały i złożyły stosowne sprawozdania za okres styczeń – wrzesień 2010 r. Nadwykonania spowodowane są świadczeniami dla większej liczby potrzebujących pacjentów niż liczba zakontraktowanych usług. Wynika z tego, że konieczne jest zwiększenie ilości usług poszczególnym praktykom w roku 2011.

Liczę na zrozumienie naszego stanowiska i przeprowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, korzystnych dla pielęgniarstwie i położnych, a przede wszystkim dla pacjentów, którzy tej opieki potrzebują.

Do wiadomości:

1. Prezes NFZ;
2. Wojewoda Lubelski;
3. Marian Nadziejko – Przewodniczący Komisji ds. opieki długoterminowej przy NRPiP;
4. NZOZ-y z terenu działania OIPiP w Białej Podlaskiej;
5. Posłowie na Sejm z terenu działania OIPiP w Białej Podlaskiej.

Z poważaniem
dr n. med. Ewa Czezelewska
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej



Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

znak: NFZ/CF/DSOZ/2010/076/0870/W/21209/KLA

Warszawa, dnia 22.10.2010r.

Sz. P.

Ewa Czezelewska

Przewodnicząca ORPiP

w Białej Podlaskiej

Szanowna Pani Przewodnicząca!

W nawiązaniu do pisma z dnia 27 września 2010 r. znak: OIPiP/VII/767/10 w sprawie realizacji świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

Fundusz od marca 2010 r. prowadzi monitoring realizacji świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, z którego wynika, że sukcesywnie zwiększane są nakłady finansowe na te świadczenia oraz zwiększa się liczba świadczeniobiorców objętych pielęgniarstwem w opiece długoterminowej domowej. Ponadto uprzejmie informuję, że w 2009 r. było 715 świadczeniodawców realizujących świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej a w 2010 r. jest ich 1 135, natomiast liczba świadczeniobiorców, którym udzielono świadczeń w tym zakresie w marcu br. wynosiła 31 741, a w sierpniu br. udzielono świadczeń 35 357 pacjentom, według stanu na dzień 30 września 2010 r. Tak więc nie może być mowy o pozbawieniu świadczeniobiorców dostępności do tych świadczeń.

Średnia cena za osobodzień w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej w 2009 r. wynosiła 27 zł. Z planu zakupu świadczeń na 2010 r. wynika, że średnia cena za osobodzień wynosi 28 zł. Jednak w postępowaniach konkursowych oraz rokowaniach, świadczeniodawcy w swoich ofertach proponowali niższe ceny od zaplanowanej przez niektóre oddziały wojewódzkie Funduszu. Cena 26 zł jest ceną realną, co wynika choćby z wykonywania świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej w 2009 r. w województwie

mazowieckim, gdzie cena za osobodzień wynosiła 21 zł a w 2010 r. cena za osobodzień wynosi 25 zł. Porównując ceny za porady lekarskie wraz z diagnostyką w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, które wynoszą ok. 36 zł, oraz średnią cenę w hospicjum domowym, które oprócz świadczeń pielęgniarских zapewnia świadczenia wykonywane przez lekarzy, psychologów, rehabilitantów oraz oprócz nesesera pielęgniarского zapewnia do wypożyczenia chorym do domu koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pompy infuzyjne, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie – cena wynosi 42 zł za osobodzień oraz mając na względzie możliwości finansowe Funduszu należy uznać, że proponowane finansowanie świadczeń w pielęgniarской opiece długoterminowej domowej w lubelskim oddziale wojewódzkim Funduszu nie jest zaniżone.

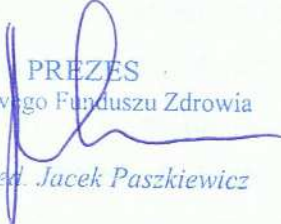
Należy podkreślić, iż pielęgniarская opieka długoterminowa domowa jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na rozpoznane problemy zdrowotne istnieją wskazania do opieki pielęgniarской udzielanej w warunkach domowych. Rozróżnienia wymagają świadczenia opiekuńcze i higieniczne, które realizowane są przez instytucje pomocy społecznej lub rodzinę chorego, od świadczeń pielęgniarских tzn. takich, których nie mogą wykonać inne osoby. Zadaniem pielęgniarکی opieki długoterminowej domowej jest zwłaszcza przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością, prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym. Czynności pielęgniarские obejmują np. zmianę opatrunków, założenie cewnika, płukanie pęcherza, założenie sondy do żołądka, podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych. Oznacza to, że nie każdy stan związany z chorobą przewlekłą, niepełnosprawnością lub podeszłym wiekiem, stanowi wskazanie do objęcia pielęgniarской opieką długoterminową domową.

Odnosnie nadwykonań uprzejmie informuję, że świadczeniodawcy posiadają podpisaną z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w której określona jest kwota zobowiązania oddziału wojewódzkiego Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w określonym czasie oraz liczba i cena jednostek rozliczeniowych. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania postanowień zawartych w podpisanej umowie. Świadczenia w opiece długoterminowej należą do tych, które nie wymagają udzielenia

natychmiastowej pomocy. Oznacza to, że świadczeniobiorca na rozpoczęcie realizacji świadczeń w omawianym zakresie może zostać wpisany na listę osób oczekujących.

Dlatego też w § 13 ust. 2 pkt. 12 *zarządzenia Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej*, zawarty został przepis stanowiący, iż w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, jest rozbieżny z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. iniekcje, zmiana opatrunków, wówczas pielęgnarka opieki długoterminowej domowej, informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgnarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich. Tak więc, brak jest podstaw do generowania nadwykonań w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej.

Należy również zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu, wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.


PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz

Do wiadomości;

1. Wojewoda Lubelski
2. Marian Nadziejko Przewodniczący Komisji ds. Opieki Długoterminowej przy NRPiP
3. Dyrektor Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ



Narodowy Fundusz Zdrowia
Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie

znak:OL-WSOZ-DSOZ-075-137-UT/10

Lublin, dnia 8 października 2010 roku

Pani
dr n. med. Ewa Czezelewska
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska

W odpowiedzi na Pani pismo z dnia 27 września 2010 r. znak: OIPI/VII/767/10 dotyczące zastrzeżeń co do wartości zamówienia podanych w poszczególnych postępowaniach prowadzonych w trybie konkursu ofert w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej oraz ceny oczekiwanej, przedstawiam stanowisko Lubelskiego OW NFZ w przedmiotowej sprawie.

Przygotowując plan zabezpieczenia świadczeń na 2011 r. priorytetem Lubelskiego OW NFZ było wyrównanie dostępności do świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej na terenie poszczególnych powiatów.

Średnia nakładów przeznaczonych na świadczenia pielęgniarskie na 10 000 mieszkańców dla województwa lubelskiego w 2010 r. wynosi: 51 516,00 zł.

Rozpiętość wskaźnika zabezpieczenia świadczeń na 10 000 mieszkańców w poszczególnych powiatach w 2010 roku waha się od 219 538,00 zł w powiecie miasto Chełm do 10 831,00 zł w powiecie lubelskim.

Ponadto w 2010 r. brak jest zabezpieczenia świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej w 3 powiatach tj.: ryckim, opolskim i zamojskim ziemskim.

Nierównomierny rozkład nakładów powoduje migrację i szukanie opieki pielęgniarskiej w najbliższym miejscu udzielania świadczeń. W przypadku opieki domowej, gdzie świadczenia wykonywane są w miejscu zamieszkania, jest to utrudnione. Na ogółem 2 062 pacjentów objętych w I połowie 2010 r. opieką domową (w tym 30 z innych województw), 1 660 (80,5%) osób korzystało ze świadczeń w powiecie swojego zamieszkania. Oznacza to, że na 10 tys. całej populacji powiatów z pielęgniarską opieką domową, przypada 8-9 osób objętych tą formą opieki.

Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską przewyższa zawarte kontrakty, w 35 miejscach udzielania świadczeń są kolejki oczekujących, wpisanych do kolejki jest 187 osób (stan na koniec maja 2010 r.).

Lubelski OW NFZ na rok 2011 zwiększył nakłady na pielęgniarską opiekę długoterminową o 14,5 % w stosunku do wartości kontraktów na 2010 r. tj. kontrakty na 2010 r. w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej stanowią wartość 11 113 088,00 zł, szacowane wykonanie świadczeń w 2010 r., obliczone na podstawie wykonania za 6 miesięcy 2010 r. wg stanu na dzień 22.07.2010 r., wynosi 11 681 029,00 zł. Ogółem wartość zamówienia podana w ogłoszeniu wynosi 12 726 168,00 zł.

Aktami prawnymi, które były podstawą do planowania zakupu świadczeń na rok 2011 jak również obowiązują w procesie kontraktowania są:

- ✓ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 140 poz. 1147), zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 211 poz. 1645), zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 217 poz. 1688).
- ✓ Zarządzenie Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmienione zarządzeniem nr 93/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r., zmienione zarządzeniem nr 25/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 czerwca 2010 r.

Mając na uwadze aktualny stan prawny w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapisy art.68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej cyt. „*Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa*”, Lubelski OW NFZ dokonał wyrównania wskaźnika zabezpieczenia świadczeń na 10 000 mieszkańców w poszczególnych powiatach. Uzyskano wskaźnik dla województwa w wysokości 58 994,00 zł na 10 000 mieszkańców, we wszystkich powiatach wskaźnik przekracza 40 000,00 zł.

Ponadto odpowiadając na Pani apel cyt.: „wypłacenia nadwykonań pielęgniarkom, które wykazały i złożyły stosowne sprawozdania okres styczeń-wrzesień 2010 r.” uprzejmie informuję, że aktualnie Lubelski OW NFZ nie posiada wolnych środków finansowych w planie finansowym na rok 2010, które umożliwiłyby renegocjację wartości umowy w zakresie ilości i wartości świadczeń realizowanych w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Jednocześnie nadmieniam, że podstawą renegocjacji wartości umów są następujące kryteria:

1. wartość planu finansowego Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w danym rodzaju świadczeń, (efekt wzrostu gospodarczego i lepszego spływu składki zdrowotnej w połączeniu z korzystnym dla naszego województwa algorytmem podziału środków finansowych);
2. wartość wolnych środków z niewykonania usług w danym rodzaju świadczeń;
3. analiza struktury wykonania usług danego rodzaju w kolejnych kwartałach br. w skali całego województwa w oparciu o kompletną sprawozdawczość przekazywaną przez Świadczeniodawców;
4. priorytety Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ dotyczące zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynikające z analizy dostępności w danym rodzaju usług.

Po spełnieniu w/w warunków Lubelski OW NFZ z własnej inicjatywy, niezwłocznie wystąpi do Świadczeniodawców z propozycją renegocjacji umowy niezależnie od faktu złożenia lub nie złożenia wniosku w tej sprawie.



DYREKTOR
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA



Tomasz Pękalski

Do wiadomości:

1. Pan Jacek Paszkiewicz
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
2. Pani Genowefa Tokarska
Wojewoda Lubelski
ul. Spokojna 4, 20-914 Lublin
3. Pan Marian Nadziejko
Przewodniczący Komisji ds. Opieki Długoterminowej
przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
Aleje Ujazdowskie 22 III p., 00-478 Warszawa

OIPiP/VII/948/10

Biała Podlaska, 16.11.2010r

Pan
dr n. med. Jacek Paszkiewicz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie.

W nawiązaniu do pisma Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2010r. znak OIPiP/VII/767/10 w sprawie realizacji świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej skierowanego do Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, pragnę podziękować za wyjaśnienia w przedmiotowej sprawie. W związku z tym, iż pielęgniarki z terenu OIPiP w Białej Podlaskiej nie zgadzają się z przedstawioną przez Pana argumentacją, kieruję ponowne stanowisko z prośbą o pozytywne jego rozpatrzenie.

Rozumiem, że dane przedstawione w Pana piśmie dotyczą całego kraju? Zauważalny wzrost świadczeniodawców realizujących świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej w roku 2010 jest oczywisty, spowodowany zaprzestaniem z dniem 1 marca 2010 finansowania świadczeń pielęgniarstwa POZ – zadaniowa forma finansowania i kontraktowaniem tych świadczeń w ramach pielęgniarstwa długoterminowej i w żadnej mierze nie wynika to z hojności NFZ-u dla tej grupy świadczeniobiorców.

Nie możemy się zgodzić także z argumentacją dotyczącą ceny za osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej. Bezasadne jest porównanie ceny tych świadczeń w województwie lubelskim z cenami z województwa mazowieckiego. Pielęgniarki z województwa lubelskiego ponoszą zdecydowanie większy koszt z powodu dużych odległości dojazdu do pacjentów. Sam Pan przyznaje, że średnia cena za osobodzień w roku 2010 wynosiła 28 zł, więc pytam jak można na rok 2011 zmniejszyć cenę do 26 zł za osobodzień za taką samą usługę, w sytuacji gdy ceny za materiały opatrunkowe, paliwo i inne wzrosły. Głęboko wierzę, że dzięki Pana zrozumieniu sytuacji moje koleżanki podpiszą umowy z LOW NFZ w cenie 28 zł za osobodzień.

W sprawie nadwykonań w pielęgniarstwie długoterminowej domowej również nie mogę podzielić Pana uzasadnienia ponieważ wiadomym jest, że nie ma przepisów prawa wprost zabraniających wypłacanie nadwykonań, dowodem na to są wypłacane nadwykonania w latach ubiegłych.

W związku z zaprzestaniem z dniem 1 marca 2010r. finansowania świadczeń pielęgniarstwa POZ w formie zadaniowej oraz zmienioną skalą Barthel do 40 pkt. spowodowało, że gro pacjentów zostało pozbawionych dotychczasowej opieki, ponieważ LOW NFZ podpisał aneksy do umowy na poziomie 70% pacjentów zakwalifikowanych do pielęgniarstwa długoterminowej. Jednocześnie Lubelski OW NFZ deklarował, że z własnej inicjatywy wystąpi z propozycją renegotjacji umowy, dając nadzieję świadczeniodawcom, że wypłaci za usługi wykazane w sprawozdaniach.

Jednak najważniejsze jest to, że za tymi cyframi i kryteriami stoi pacjent, który potrzebuje opieki i trudno mu wytłumaczyć, że ta opieka im się nie należy, bo NFZ nie zapłaci.

Jeszcze raz proszę i liczę na zrozumienie stanowiska pielęgniarek z lubelszczyzny i podjęcie korzystnych dla nas działań.

Z poważaniem

dr n. med. Ewa Czezelewska
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

W załączeniu:

1. kopia pisma Dyrektora LOW NF z dnia 28 czerwca 2010r. skierowane do Kierownika NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego „VITA” w Białej Podlaskiej

Do wiadomości:

1. Dyrektor LOW NFZ
2. Wojewoda Lubelski
3. Przewodniczący Komisji ds. opieki długoterminowej przy NRPiP

Warto przeczytać

Polska Rada Resuscytacji

ul. Radziwiłłowska 4, 31-026 Kraków

tel. +48 12 446 69 7, fax.: +48 12 446 69 72

www.prc.krakow.pl I biuro@prc.krakow.pl www.erc.edu www.prc.krakow.pl

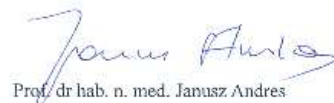


Informacja prasowa

W dniu 18 października 2010 r. Europejska Rada Resuscytacji (www.erc.edu) opublikowała Wytyczne Resuscytacji 2010, których tłumaczenie na język polski wkrótce będzie dostępne zarówno w formie elektronicznej www.prc.krakow.pl jak i książkowej. W załączniku do tej informacji znajduje się dokument, który podsumowuje najważniejsze zmiany w Wytycznych Resuscytacji 2010 w porównaniu do Wytycznych 2005. Dokument ten powinien być jak najszerszej rozpowszechniony, a najważniejsze punkty Wytycznych Resuscytacji 2010 ERC obejmują:

- W zakresie udzielania pierwszej pomocy poszkodowanym z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK) konieczne jest, aby nieprzeszkolona osoba będąca świadkiem NZK prowadziła resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO) przynajmniej z uciskaniem klatki piersiowej, do czego powinien zachęcać dyspozytor pogotowia ratunkowego przyjmujący zgłoszenie.
- Podkreśla się wagę wczesnego, nieprzerwanego prowadzenia wysokiej jakości uciśnień klatki piersiowej u osób z NZK z wykorzystaniem sprzętu dostarczającego informację zwrotną dotyczącą jakości RKO oraz wykonanie wczesnej defibrylacji z przerwaniem uciskania klatki piersiowej na okres nie dłuższy niż 5 sekund.
- Zwrócenie uwagi na niepokojące objawy ryzyka nagłej śmierci sercowej poza szpitalem. W szpitalach natomiast powinno się zwiększyć nacisk na wprowadzenie systemów monitorujących pacjenta („obserwuj i reaguj”), by rozpoznać pogarszanie się stanu pacjenta i umożliwić wdrożenie leczenia w celu zapobiegania wystąpienia wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia.
- Nie jest już zalecane podawanie leków przez rurkę intubacyjną. Jeżeli dostęp dożylny nie jest możliwy do uzyskania, leki powinno się podawać drogą doszpikową. Atropina nie jest rutynowo zalecana.
- Zwiększenie nacisku na zastosowanie kapnografii w celu potwierdzenia i monitorowania położenia rurki dotchawiczej, jakości prowadzonej RKO oraz powrotu spontanicznego krążenia (główny cel wstępnego okresu resuscytacji), a także zastosowanie pulsoksymetrii i/lub gazometrii krwi w celu dostosowania podaży tlenu do potrzeb pacjenta.
- Wdrożenie zrozumiałych i przejrzystych protokołów leczenia pacjentów po zatrzymaniu krążenia z zastosowaniem pierwotnej przeszłonej interwencji wieńcowej (PCI) i terapeutycznej hipotermii włącznie, w oparciu o lokalną sieć obejmującą pogotowie ratunkowe i okoliczne szpitale.
- Monitorowanie wczesnych i odległych wyników leczenia NZK i przeżywalności po NZK na lokalnym i państwowym poziomie systemu ochrony zdrowia.

Prezes Polskiej Rady Resuscytacji



Prof. dr hab. n. med. Janusz Andres

Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem ? Rola pielęgniarek i położnych w zapobieganiu złemu traktowaniu dziecka w rodzinie

Poradnik został przygotowany dla pielęgniarek i położnych, mających w swojej pracy kontakt z małymi dziećmi i ich rodzicami. Zawiera informacje, jak rozpoznać, że rodzina potrzebuje wsparcia i pomocy, i co można zrobić, aby uniknąć przemocy wobec dziecka. Poradnik zawiera informacje o tym, jak postępować, gdy do przemocy wobec dziecka jeszcze nie doszło, ale istnieje ryzyko, że może się pojawić. Wsparcie rodziców małych dzieci ma największe szanse powodzenia i może sprawić, że dziecko będzie rozwijało się w przyjaznym dla siebie środowisku.

Dziecko w każdym wieku powinno doznawać miłości i wsparcia ze strony dorosłych. Krzywdzenie dziecka zawsze negatywnie wpływa na jego rozwój, jednak przemoc i zaniedbywanie doznane w pierwszych trzech latach życia jest szczególnie niszczące dla rozwoju dziecka. Równocześnie, jak pokazują badania, to właśnie dzieci do 3. roku życia są najbardziej narażone na krzywdzenie i zaniedbywanie (WHO 2006). Dzieci te są najbardziej bezbronne i mają najmniejszy kontakt z osobami spoza rodziny, które byłyby w stanie zauważyć krzywdę dziecka i podjąć interwencję. Jeśli rodzice nie chronią ich i nie wspomagają ich rozwoju, może dojść do tragedii. Statystyki pokazują, że sprawcami przemocy wobec najmłodszych dzieci najczęściej są rodzice i opiekunowie.

Dlatego rola pielęgniarek, położnych pracujących z dziećmi i rodzicami jest wyjątkowa: w wielu przypadkach to pracownicy ochrony zdrowia są jedynymi, którzy poza rodzicami mają kontakt z dzieckiem, a więc mogą zaobserwować trudności i problemy rodziny.

Zadanie to nie jest łatwe. Brak pewności czy wiedzy, co zrobić, sprawia, że czasami nie podejmujemy działania. Dlatego oddajemy w Państwa ręce tę broszurę, która ma pokazać, jak skutecznie wspierać rodziców małych dzieci, tak aby potrafili odpowiednio opiekować się swoim potomstwem, jakie działania podejmować, gdy pojawi się potrzeba wsparcia rodziców, którzy nie radzą sobie z opieką i wychowaniem dziecka.

Małe dzieci są niezwykle kruche, dlatego łatwo jest je skrzywdzić. Czasami sprawcami tragedii są kochający rodzice, troszczący się o swoje dziecko, ale nieświadomi, że pewne zachowania (np. potrząsanie dzieckiem) mogą być dla dziecka niebezpieczne. Inni nie potrafią odnaleźć się w roli rodzica, nie radzą sobie bowiem z własnymi problemami. Jeszcze inni nie wynieśli pozytywnych wzorców z własnego dzieciństwa i nie wiedzą, że ich zachowanie może być dla dziecka krzywdzące. Wiemy, że wielu z tych tragedii można uniknąć!

PRZEMOC WOBEC DZIECKA –FAKTY

4-letni Oskar został pobity na śmierć przez swoich opiekunów (maj 2006 r.). Jak pokazały późniejsze ustalenia, rodzina Oskara była pod opieką pomocy społecznej, a dziecko dwukrotnie przed śmiercią znajdowało się pod opieką pracowników pogotowia ratunkowego i szpitala dziecięcego. W czasie przesłuchań matka Oskara i jej konkubent otwarcie mówili o swojej niechęci do dziecka. Sprawa Oskara nie była wyjątkiem. Media co pewien czas donoszą o kolejnej tragedii dziecka – pobitego, zaniedbanego. O wielu media nie piszą.

Wnioski, jakie wynikają z tych przypadków są następujące:

- brak komunikacji pomiędzy profesjonalistami pracującymi z rodzinami – instytucjami ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także instytucjami opiekuńczymi (tj. żłobkami) sprawia, że pomoc nie dociera do rodziny lub pojawia się w niej zbyt późno (np. po hospitalizacji dziecka);
- profesjonaliści pracujący z rodzicami mają zbyt małą wiedzę o czynnikach ryzyka krzywdzenia dzieci oraz sposobach ich identyfikacji, nie mają także wystarczającej wiedzy co zrobić, gdy rodzina pod ich opieką wymaga pomocy i wsparcia.

W Polsce pielęgniarki i położne zajmują szczególne miejsce – mogą jako pierwsze rozpoznać ryzyko krzywdzenia dziecka i udzielić wsparcia rodzicom tak, aby do przemocy nie doszło.

Możliwość skorzystania z pomocy, a przede wszystkim z wiedzy położnej środowiskowej w pierwszych tygodniach po porodzie, a potem wsparcia przez kolejne miesiące ze strony pielęgniarki – to dla wielu rodziców jedyny sposób otrzymania wskazówek co do pielęgnacji i wychowania małego dziecka, a także informacji, gdzie rodzic może uzyskać pomoc w trudnej dla siebie sytuacji.

Czynniki ryzyka krzywdzenia małych dzieci to wszelkie czynniki zwiększające prawdopodobieństwo, iż dziecko doświadczy intencjonalnego lub nieintencjonalnego krzywdzenia, nieodpowiednich dla niego oddziaływań, które mogą spowodować zaburzenia w przebiegu jego rozwoju. Są to wszelkie czynniki, których identyfikacja wskazuje na

szczególną potrzebę wspierania danej rodziny z małym dzieckiem. Czynniki ryzyka mogą być związane ze środowiskiem społecznym, systemem rodzinnym, mogą leżeć po stronie rodziców, dziecka lub innych dzieci w rodzinie.

Środowisko społeczne

- Złe warunki materialne
- Złe warunki mieszkaniowe
- Brak dbałości o higienę (osobistą, otoczenia)
- Bezrobocie
- Praca dorywcza
- Dyskryminacja (np. ze względu na rasę, narodowość, religię)

System rodzinny

- Samotny rodzic
- Rodzina wielodzietna
- Rodzina zastępcza/adopcyjna
- Wysoki poziom stresu
- Osoba wymagająca stałej opieki w domu
- Brak wsparcia ze strony rodziny/przyjaciół
- Przemoc w rodzinie
- Problemy w relacjach w rodzinie
- Kurator w rodzinie – w przeszłości, obecnie
- Karalność rodziców – wszczęte postępowanie/wyrok
- Interwencje policji w rodzinie
- Pobyt w placówkach interwencyjnych

Rodzice

- Matka lub ojciec poniżej 18. roku życia
- Przewlekła choroba somatyczna
- Upośledzenie umysłowe rodzica
- Choroba psychiczna rodzica (depresja, inne)
- Uzależnienie od alkoholu, narkotyków, leków, inne
- Ofiary przemocy w dzieciństwie
- Przeżywanie żałoby
- Inne dzieci przebywające w placówkach opiekuńczych/rodzinie zastępczej/rodzinie adopcyjnej

- Brak zainteresowania pielęgnacją dziecka
- Brak zainteresowania potrzebami dziecka
- Niestosowanie się do zaleceń lekarza/pielęgniarki
- Depresja poporodowa
- Niepokojąca relacja rodzic – dziecko (rodzic unika kontaktu z dzieckiem, nie reaguje na płacz dziecka, nie mówi do niego, nie uśmiecha się do dziecka, niechętnie bierze dziecko na ręce)

Dziecko

- Brak opieki lekarskiej podczas ciąży
- Poród bez pomocy medycznej
- Zaburzony rozwój psychomotoryczny dziecka (do 3. roku życia)
- Brak regularnych szczepień
- Brak opieki lekarskiej nad dzieckiem
- Choroba przewlekła
- Niepełnosprawność
- Odrzucenie dziecka
- Zaniedbana higiena dziecka
- Dziecko jest głodne/wychudzone
- Nieodpowiednie ubranie dziecka
- Urazy fizyczne na ciele dziecka
- Tzw. trudne dziecko – często płaczące, niespokojne, niejadek

Inne dzieci w rodzinie

- Faworyzowanie jednego dziecka
- Dzieci z różnych związków
- Partner niebędący ojcem dziecka
- Dzieci hospitalizowane (choroba przewlekła, inne)
- Dzieci niepełnosprawne

WIZYTY DOMOWE

Podczas każdego ze spotkań z rodziną pielęgniarki i położne mogą zaobserwować, czy w rodzinie występują czynniki ryzyka krzywdzenia małych dzieci – podczas rutynowych czynności można zebrać podstawowe informacje, które pokazują, czy rodzice potrzebują pomocy.

Najpełniejszą wiedzę o rodzinie mogą zdobyć osoby przeprowadzające wizyty w domu. Wizyty domowe są najbardziej efektywnym i zorientowanym na rodzinę sposobem wsparcia rodzin małych dzieci. Stanowią one szansę zniesienia barier w stosunkach między profesjonalistami a rodzinami, zmniejszenia przeszkód w świadczeniu usług, dopasowania świadczeń do indywidualnych potrzeb danej rodziny. Poznając środowisko i warunki życia danej rodziny, można z większą wiedzą i wrażliwością zareagować na jej potrzeby. Zaznajamiając się zaś ze społecznością, w której żyje dana rodzina, mamy możliwość poznania jej kultury, obyczajów i wartości. To szansa na zaangażowanie samej rodziny i włączenie jej do współpracy.

Dzięki takim spotkaniom położna/pielęgniarka, poprzez swoją obecność, nie tylko udziela rodzinie wsparcia, ale może także ocenić czynniki, które mogą predysponować rodzinę do udzielenia jej większej pomocy, np. przez pracowników ośrodka pomocy społecznej.

Elementy na które warto zwrócić uwagę podczas spotkań z rodzicami, zawiera poniższa tabela. Pokazuje ona jak w czasie realizacji rutynowych czynności można zebrać informacje pozwalające na identyfikację rodzin potrzebujących wsparcia i pomocy.

Zadania położnej/pielęgniarki	Ocena czynników ryzyka
Pomoc w zakresie zdobywania umiejętności pielęgnacyjnych w stosunku do dziecka: <ul style="list-style-type: none"> - przewijania, kąpieli, pielęgnacji pępka – radzenia sobie w sytuacjach problemowych, np. odparzona pupa, ciemieniucha, temperatura, pokrzywka, wybroczyny na skórze 	Pozwoli to na ocenę: <ul style="list-style-type: none"> - jak rodzice nawiązują kontakt z dzieckiem - jak realizują zadania związane z rolą matki i ojca, jak odnajdują się w tych rolach i jakie mają z tym związane emocje - jak rodzice traktują dziecko: czy jako indywidualną osobę,

Pomoc w zakresie zdobywania umiejętności karmienia piersią: <ul style="list-style-type: none"> - pozycje przystawiania dziecka do piersi - radzenie sobie w sytuacjach problemowych, np. guzek, nawał mleczny, pobudzenie laktacji, zatrzymanie laktacji 	która ma prawo do wyrażania swoich emocji i potrzeb, czy jak istotę, niewyrażającą żadnych indywidualnych cech, <ul style="list-style-type: none"> - gotowości i umiejętności rodziców w zakresie zaspokajania potrzeb dziecka: karmienie o odpowiedniej porze, przewijanie, zachowanie higieny (kąpiel) - jak rodzice dbają o swój wypoczynek (odpowiednią ilość snu) oraz dietę (z uwzględnieniem diety dla kobiety karmiącej)
Udzielenie porady w zakresie kontroli płodności	Pozwoli to na ocenę: <ul style="list-style-type: none"> - wiedzy rodziców na temat kontroli urodzin i ich stanowiska w tej sprawie - ochronę rodziców przed niechcianą ciążą
Ocena rozwoju psychomotorycznego dziecka: <ul style="list-style-type: none"> - obserwacja dziecka - rozmowa z rodzicami - pomiar wzrostu, wagi, temperatury, tętna 	Pozwoli to na ocenę: <ul style="list-style-type: none"> - wiedzy rodziców na temat tego, jak rozwija się ich dziecko, jakie umiejętności powinno posiadać na poszczególnych etapach rozwojowych
Rozpoznanie sytuacji zdrowotnej rodziny	Pozwoli to na ocenę: <ul style="list-style-type: none"> - na ile rodzina dba o zdrowie dziecka (wizyty kontrolne w przychodni, szczepienia ochronne) - na ile rodzina dba o zdrowie poszczególnych członków rodziny
Rozpoznanie relacji w rodzinie poprzez: <ul style="list-style-type: none"> - wywiad - obserwację zachowania rodziców podczas wizyty 	Pozwoli to na ocenę: <ul style="list-style-type: none"> - relacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem: czy występuje krzywdzenie, czy rodzic unika kontaktu z dzieckiem, czy reaguje na płacz dziecka, czy mówi do niego, czy się uśmiecha do dziecka, czy bierze go na ręce - umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, jak płacz dziecka, kolka, choroba - relacji pomiędzy rodzicami: czy są w konflikcie, czy pomagają sobie, wspierają się
Rozpoznanie sytuacji społecznej rodziny	Pozwoli to na ocenę: <ul style="list-style-type: none"> - sytuacji między rodzicami dziecka: separacja, rozwód, samotne macierzyństwo, konkubinaty, rodzina zrekonstruowana - wsparcia ze strony dalszej rodziny, które mogą otrzymać rodzice - czy w rodzinie występuje krzywdzenie
Rozpoznanie sytuacji ekonomicznej rodziny	Pozwoli to na ocenę: <ul style="list-style-type: none"> - warunków mieszkaniowych oraz możliwości zaspokajania potrzeb codziennych (bytowych) rodziny

Jak łatwo zauważyć, część wymienionych czynników ryzyka występująca samodzielnie nie wpływa na zwiększenie ryzyka pojawienia się przemocy.

Jeśli jednak w rodzinie małego dziecka występują trzy lub większa liczba czynników ryzyka, należy podjąć działania mające na celu wsparcie rodziny i pomoc w przezwyciężeniu problemów, które przeżywa. Należy pamiętać, że zidentyfikowanie czynników krzywdzenia nie ma na celu stygmatyzacji rodziny, ale objęcie jej wsparciem i pomocą.

Pamiętaj także, że niezależnie od liczby zidentyfikowanych czynników ryzyka, jeśli uważasz, że rodzina potrzebuje wsparcia, warto poinformować ją, gdzie może uzyskać pomoc. Niektóre czynniki ryzyka, np. uzależnienia, przemoc w rodzinie – nawet jeśli występują samodzielnie, wskazują, że rodzina i dziecko muszą otrzymać jak najszybciej pomoc i wsparcie!

Jeśli widzisz, że rodzic potrzebuje wsparcia – prześluz mu informację, gdzie może znaleźć pomoc. Jeśli martwisz się o dziecko i podejrzewasz, że rodzic nie będzie szukał pomocy – powiadom o swoich obserwacjach ośrodek pomocy społecznej (listę wszystkich OPS znajdziesz na stronie www.mpips.gov.pl).

W Polsce istnieją miejsca, gdzie rodzic może uzyskać pomoc i wsparcie, dzięki czemu będzie mógł lepiej opiekować się i wychowywać swoje dziecko. Listę organizacji i instytucji posiadających ofertę dla rodziców małych dzieci znajdziesz na stronie www.dobryrodzic.pl. Wsparcie i pomoc rodzic może znaleźć także w ośrodku pomocy społecznej lub poradni psychologiczno-pedagogicznej.

źródło: <http://fdn.pl/strona.php?p=269>

Opinie Konsultantów

KONSULTANT KRAJOWY

W Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego – *Beata Ostrzycka*

Miejsce pracy: Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko –Mazurskim Centrum Onkologii

10-228 Olsztyn, Al. Wojska Polskiego 37, Tel. 663 370 200, e-mail: bostrzycka@wp.pl

Olsztyn, 04 listopada 2010 roku

KKPR-11/11/2010

OPINIA

W sprawie wykonywania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej, na pisemne zlecenie lekarza autohemoterapii.

Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej nie są uprawnione do wykonywania leczenia bodźcowo – odczulającego- autohemoterapii.

Uzasadnienie:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 roku w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami nie określa zasad leczenia krwią w podstawowej opiece zdrowotnej. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi (z późniejszymi zmianami) nie określa zasad leczenia bodźcowo – odczulającego autohemoterapii jako leczenia dopuszczonego w podstawowej opiece zdrowotnej. Leczenie krwią zarezerwowane jest dla leczenia szpitalnego. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej nie ma kompetencji do realizacji świadczenia jakim jest pobranie krwi żyłnej, połączenie z preparatem wapnia i podanie tak przygotowanego roztworu pacjentowi drogą wstrzyknięcia domięśniowego. Producent preparatu Calcium roztwór do wstrzykiwań zaleca podawanie preparatu wyłącznie drogą dożylną. Podanie preparatu Calcium drogą domięśniową zgodnie z informacją producenta leku może spowodować martwicę tkanek. Podanie leku przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej niezgodnie z zaleceniami producenta nie może mieć miejsca nawet na zlecenie lekarza. Poza tym w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 marca 2010 roku nie ma preparatu składającego się z ludzkiej krwi i Calcium podawanego drogą domięśniową. Wszystkie preparaty krwi i krwipochodne dopuszczone w Polsce do stosowania jako leczenie krwią podawane są drogą transfuzji. Proponuje, aby o leku, w którego w skład wchodzi ludzka krew z preparatem Calcium podawanego drogą domięśniową opinię wydała Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego

Beata Ostrzycka

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

Beata Ostrzycka
specjalista zdrowia publicznego

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELEGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Katowice, dnia 21 IX 2010 r.

STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELEGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO W SPRAWIE UŻYWANIA RĘKAWIC OCHRONNYCH DO WYKONYWANIA INIEKCJI PODSKÓRNYCH, ŚRÓDSKÓRNYCH I DOMIĘŚNIOWYCH.

Zgodnie z art. 11.1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 234, poz. 1570) kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Zarówno pacjent, jak i personel medyczny wykonujący zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek są narażeni na potencjalne ryzyko nabycia zakażeń. Zapobieganie zakażeniom polega na redukcji ryzyka wszystkimi dostępnymi metodami, a postępowanie ograniczone wyłącznie do mycia i dezynfekcji rąk przed wykonaniem iniekcji nie stanowi dostatecznej ochrony ani dla personelu ani dla pacjentów.

Na powierzchni skóry rąk personelu wykonującego zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek mogą występować niewidoczne uszkodzenia, a każdy pacjent może być potencjalnym źródłem zakażenia w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie znacznego odsetka populacji osób z przewlekłym bezobjawowym zapaleniem wątroby o etiologii wirusowej HBV i HCV.

Skuteczną metodą prewencji zakażeń jest używanie i prawidłowe stosowanie rękawic ochronnych. Stosowanie rękawic nie zwalnia personelu z obowiązku mycia i dezynfekcji rąk. Przed nałożeniem rękawic ochronnych, a także po ich zdjęciu, pracownik ma obowiązek przeprowadzić skuteczną dekontaminację rąk.

Rękawice ochronne należy stosować wyłącznie do zabiegu u jednego pacjenta, po wykonaniu iniekcji należy je bezpiecznie zdjąć i przekazać do unieszkodliwienia.

Niedopuszczalne jest stosowanie tych samych rękawiczek do zabiegu u następnego pacjenta.

Reasumując:

Za zapewnienie prawidłowych warunków do zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz za zaopatrzenie w niezbędne środki ochrony, w tym rękawice ochronne odpowiadają i ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność kierownik zakładu opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie zabiegi polegające na wykonywaniu iniekcji domięśniowych, śródskórnych i podskórnych, w tym szczepienia ochronne, powinny być bezwzględnie wykonywane przez personel medyczny w jednorazowych rękawicach ochronnych.

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELEGNIARSTWA
EPIDEMIOLOGICZNEGO

Beata Ochocka

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24, tel. 032 25-91-586, fax. 032 255-40-52,
e-mail: beata.ochocka@pspkm.katowice.pl, http://www.pspe.pl



Opinia dotycząca braku wypłacania 20% dodatku za pracę w SOR, oraz eliminowaniu pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego.

Szpitalny Oddział Ratunkowy jest zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410ze zm.) jednostką systemu państwowego ratownictwa medycznego. Zgodnie z § 2ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U nr 55, poz. 365) **Szpitalny Oddział Ratunkowy** (udzielający świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego podejmujące zgodnie z powyższą ustawą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Zgodnie z art. 36 ust. 1 wskazanej ustawy, powyższe zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- 1) Zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub, ratownik medyczny;
- 2) Zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Z przedmiotowej ustawy wynika więc wprost, iż pielęgniarka systemu jest obligatoryjnym członkiem każdego zespołu ratownictwa medycznego. Wyłączanie pielęgniarek systemu z powyższych zespołów jest sprzeczne z prawem.

Należy wskazać również, że art. 32ł ust 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.) przewiduje, iż pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej) poza zespołem wyjazdowym przysługuje dodatek w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Z uwagi na charakter medycznych czynności ratunkowych udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego, które zgodnie z ustawą o PRM są udzielane w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, co uprawnia do sformułowania wniosku, iż mają one charakter pomocy doraźnej (zachodzi tu tylko zmiana i doprecyzowanie terminologii, bez zmiany charakteru wykonywanych czynności), można wysnuć wniosek, iż także **pracownicy szpitalnego oddziału ratunkowego**, którzy nie pracują w zespołach ratownictwa medycznego są **uprawnieni do dodatku w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.**

Z poważaniem.

mgr Marek Maślanka
Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego
ul. Szlak 61, 31-153, Kraków,
www.ptpr.

DZIAŁ PRAWNY §

W dniu 18 października 2010 r. Trybunał Konstytucyjny rozpoznał wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie przynależności do samorządu zawodowego oraz sankcji dożywotniego pozbawienia prawa do wykonywania zawodu:

Sygnatura: K 1/09

Dożywotni skutek sankcji wydalenia z samorządu zawodowego jest niezgodny z konstytucją.
Trybunał Konstytucyjny orzekł, że:

I

1. Art. 65 ust. 2c ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych w zakresie, w jakim zawiera sformułowanie "bez prawa ubiegania się o ponowny wpis",
 2. Art. 82 ust. 2 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. - Prawo o adwokaturze w zakresie, w jakim zawiera sformułowanie "bez prawa ubiegania się o ponowny wpis",
 3. Art. 24 ust. 7 ustawy z dnia 11 kwietnia 2001 r. o rzecznikach patentowych,
 4. Art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych w zakresie, w jakim zawiera sformułowanie "bez prawa ubiegania się o ponowny wpis",
 5. Art. 51 ust. 3 ustawy z dnia 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych w zakresie, w jakim zawiera sformułowanie "bez prawa ubiegania się o ponowne uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii",
- a) są zgodne z art. 32 ust. 1 konstytucji,
b) są niezgodne z art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji.

II

1. Art. 46 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich,
 2. Art. 58 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej,
 3. Art. 21 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów
- są zgodne z art. 32 ust. 1 i art. 65 ust. 1 konstytucji.

III

- Art. 55 ust. 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów:
- a) jest zgodny z art. 32 ust. 1 konstytucji,
 - b) przez to, że pomija zasady zatarcia wpisu o ukaraniu karą dyscyplinarną skreślenia z listy członków izby, jest niezgodny z art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji.

IV

- Art. 10 ust. 2 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 2002 r. o świadczeniu przez prawników zagranicznych pomocy prawnej w Rzeczypospolitej Polskiej oraz w związku z art. 82 ust. 2 ustawy - Prawo o adwokaturze, o której mowa w części I pkt 2, i w związku z art. 65 ust. 2c ustawy o radcach prawnych, o której mowa w części I pkt 1, jest zgodny z art. 32 ust. 1 konstytucji.

V

Przepis wymieniony w części III wyroku traci moc obowiązującą z upływem dwunastu miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. W pozostałym zakresie Trybunał umorzył postępowanie. W związku ze złożeniem przez Zastępcę Rzecznika Praw Obywatelskich na rozprawie oświadczenia o cofnięciu wniosku co do przepisów przewidujących obowiązkową przynależność do samorządów zawodowych, postępowanie w tym zakresie podlega umorzeniu na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 39 ust. 2 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym.

Pozostałe zaskarżone przepisy, dotyczące skutków kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu, można podzielić na cztery grupy.

1. Regulacje, z których bezpośrednio wynika zakaz ubiegania się o ponowne prawo wykonywania zawodu publicznego przez osoby pozbawione go wskutek orzeczenia sądu dyscyplinarnego: art. 82 ust. 2 prawa o adwokaturze, art. 65 ust. 2c ustawy o radcach prawnych, art. 44 ust. 2 ustawy o samorządzie pielęgniarek, art. 51 ust. 3 ustawy o lekarzach weterynarii i art. 24 ust. 7 ustawy o rzecznikach patentowych. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, mając na uwadze treść uzasadnienia wniosku Rzecznika należy uznać, że przepisy te budzą jego wątpliwości w zakresie, w jakim zawierają sformułowanie "bez prawa ubiegania się o ponowny wpis" lub "bez prawa ubiegania się o ponowne uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii", a jedynie art. 24 ust. 7 ustawy o rzecznikach patentowych został zaskarżony w całości. Trybunał Konstytucyjny zauważył, że przepisy te przyczyniają się do eliminacji z zawodów zaufania publicznego osób, które w przeszłości wykonywały go w sposób nienależyty, są więc "przydatne" dla ochrony praw i wolności potencjalnych "klientów" tych osób w rozumieniu art. 31 ust. 3 konstytucji. Nie spełniają jednak

drugiego elementu zasady proporcjonalności - bez trudu można wskazać inne możliwości osiągnięcia wymienionego wyżej celu, które nie wymagałyby odebrania osobom usuniętym z samorządów zawodowych prawa do ubiegania się o ponowne przyjęcie do tych korporacji. Wystarczyłoby poddanie osób ubiegających się o wykonywanie zawodu ocenie pod względem dawania rękojmi należytego wykonywania zawodu oraz nieskazitelnego charakteru i/lub wprowadzenie wymogu ponownego zdania egzaminu zawodowego lub odbycia odpowiedniego szkolenia. Badane rozwiązania są natomiast nadmiernie rygorystyczne. Powodują one, że osoby wydalone z samorządów zawodowych nigdy - nawet po upływie wielu lat i całkowitym odstąpieniu od tych czynów, które spowodowały ich ukaranie, oraz naprawieniu ich skutków - nie mają szansy na rehabilitację i powrót do zawodu. Budzi to wątpliwości z punktu widzenia godności tych osób, która (w myśl art. 30 konstytucji) jest nienaruszalna i powinna być szanowana przez władze publiczne. Jak wykazały w swoich pismach samorzady zawodowe, taki sam dożywotni skutek ma bowiem usunięcie z korporacji zarówno z powodu niepłacenia składek, jak i popełnienia poważnego nadużycia zawodu kosztem zdrowia, życia, wolności lub majątku "klientów". Trybunał uznał, że omówione przepisy są niezgodne z art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji.

2. Regulacje, na które składają się przepisy wymieniające karę pozbawienia prawa do wykonywania zawodu w katalogu kar dyscyplinarnych, zakwestionowane przez Rzecznika zakresowo: art. 46 ust. 1 pkt 4 ustawy o izbach aptekarskich, art. 58 ust. 1 pkt 4 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej i art. 21 pkt 4 ustawy o psychologach. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, regulacje te nie tylko nie wykluczają możliwości składania wniosku o przywrócenie do zawodu przez osoby dyscyplinarnie wydalone z samorządów zawodowych, ale w ogóle nie regulują żadnych skutków proceduralnych kary wydalenia z korporacji. Mając na uwadze, że wnioskodawca nie kwestionuje samej kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu (a do tego w istocie ogranicza się treść zaskarżonych przepisów) należy uznać, że są one zgodne z art. 65 ust. 1 konstytucji. Skoro nie zawierają one żadnych ograniczeń dla praw konstytucyjnych, zbędna jest ich ocena z punktu widzenia art. 31 ust. 3 konstytucji.

3. Art. 55 ust. 2 ustawy o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów przewiduje natomiast, że kara skreślenia z listy członków izby nie podlega zatarciu. W rezultacie ukarane osoby mogą wprawdzie pracować "w zawodzie", lecz nie mogą wykonywać samodzielnych funkcji technicznych i projektowych. Wydane w stosunku do nich orzeczenie dyscyplinarne bezterminowo pozostaje "w obrocie prawnym" i stanowi stale aktualną materialnoprawną przesłankę skreślenia z listy członków izby. Przepis ten ma więc podobny skutek - jak uznane za niekonstytucyjne - regulacje odmawiające prawa do ubiegania się o ponowne przyjęcie do samorządów zawodowych. Stosując odpowiednio przedstawioną wcześniej argumentację, należy więc uznać, że art. 55 ust. 2 ustawy o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów w zakresie, w jakim pomija zasady zatarcia wpisu o ukaraniu karą dyscyplinarną skreślenia z listy członków izby, jest niezgodny z art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji.

4. Zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy o świadczeniu przez prawników zagranicznych pomocy prawnej w Rzeczypospolitej Polskiej odpowiedzialność dyscyplinarna prawników zagranicznych jest uregulowana w sposób dualistyczny: co do zasady obowiązują w tym zakresie przepisy prawa o adwokaturze lub ustawy o radcach prawnych (w zależności od tego, na którą listę dany prawnik jest wpisany), odrębnie regulowane są jedynie kary dyscyplinarne. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, wątpliwości Rzecznika Praw Obywatelskich wobec tego przepisu wynikają bezpośrednio ze - wskazanych jako przepisy związkowe - art. 82 ust. 2 prawa o adwokaturze i art. 65 ust. 2 c ustawy o radcach prawnych. Z uwagi na to, że Trybunał uznał te przepisy za niekonstytucyjne, cel wniosku R P O został osiągnięty. Postępowanie w zakresie zbadania konstytucyjności art. 10 ust. 2 ustawy o prawnikach zagranicznych powinno więc zostać umorzone na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o TK ze względu na zbędność wydania wyroku. Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, przepisy dotyczące skutków kary skreślenia z listy korporacyjnej są także niezgodne z art. 32 ust. 1 konstytucji, ponieważ ustawodawca zróżnicował "w ramach całej grupy społecznie doniosłych zawodów skutki orzeczenia tej samej kary". Trybunał nie podzielił tego zarzutu. Na podstawie zaskarżonych przepisów nie da się bowiem wyodrębnić grupy, w ramach której - zdaniem wnioskodawcy - dochodzi do niekonstytucyjnych zróżnicowań. Zawarte w nich regulacje co do kary pozbawienia prawa do wykonywania zawodu (skreślenia z listy korporacyjnej) i jej skutków w sferze zatarcia oraz możliwości ubiegania się o przywrócenie do samorządu zawodowego są takie same dla wszystkich osób wykonujących dany zawód. Wszyscy adresaci zaskarżonych przepisów są więc traktowani jednakowo. Przepisy są więc zgodne z art. 32 ust. 1 konstytucji.

Rozprawie przewodniczył prezes TK Bohdan Zdziennicki, a sprawozdawcą był sędzia TK Wojciech Hermeliński.

**Źródło: www.trybunal.gov.pl
Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego**

**USTAWA Z DNIA 22 PAŹDZIERNIKA 2010 r.
O ZMIANIE USTAWY O ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Art. 1.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.^[1]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 53 ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela, w przypadku zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot, który utworzył zakład. Podmiot, który utworzył zakład, wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok poprzedni. Zgodę wydaje się po zasięgnięciu opinii kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

7. W przypadku naruszenia przepisów ust. 2 – 6 lub art. 1 ust. 4 i 5, do sądu o stwierdzenie nieważności umowy zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania, użyczenia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz przelewu wiarygodności może wystąpić także podmiot, który utworzył zakład.”;

2) art. 55a otrzymuje brzmienie:

„Art. 55a. Do państwowych instytutów badawczych, będących publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 35d, przepisy art. 55 stosuje się odpowiednio.”;

3) uchyla się art. 59a; 4) uchyla się art. 67b;
5) uchyla się dział Va.

Art. 2.

1. Od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy do dnia 31 grudnia 2012 r. w przypadku wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.^[2]), wobec samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w stosunku do kwoty wynikającej z poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej tego samego rodzaju lub zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany do przeznaczenia nie mniej niż 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie, na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym zakładzie, przy czym $\frac{3}{4}$ tych środków kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznacza na wzrost wynagrodzeń osób wykonujących zawód pielęgniarki albo położnej w tym zakładzie.

2. Wykonywanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, następuje w uzgodnieniu z zakładową organizacją związkową. W przypadku gdy w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa więcej niż jedna organizacja związkowa, organizacje wspólnie uzgadniają wykonanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1.

3. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, wykonuje obowiązek, o którym mowa w ust. 1, w uzgodnieniu z pracownikiem wybranym przez załogę do reprezentowania jej interesów.

4. W przypadku niezgodnienia wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 1, w terminie 30 dni od dnia przekazania propozycji sposobu jego wykonania, decyzję podejmuje kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

5. Do wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których przedmiotem jest wyłącznie stosowanie leków w rozumieniu tej ustawy, nie stosuje się przepisów ust. 1–4.

6. Do wzrostu rocznej stawki kapitacyjnej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 9 albo 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się przepisy ust. 1–4.

7. Kontrolę wykonywania obowiązku, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza:

1) podmiot, który utworzył zakład;

2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. Nr 89, poz. 589, z późn. zm.^[3]).

8. W przypadku naruszenia przez kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 1:

1) podmiot, który utworzył zakład, może rozwiązać bez wypowiedzenia umowę o pracę albo rozwiązać umowę cywilnoprawną, albo odwołać tego kierownika;

2) Państwowa Inspekcja Pracy wydaje, na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy, nakaz usunięcia stwierdzonych uchybień w ustalonym w nakazie terminie.

Art. 3.

1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 2 ust. 1, nie przekazuje środków na wzrost wynagrodzeń w sposób określony w tym przepisie, podlega karze grzywny.

2. W sprawach o wykroczenie określone w ust. 1 oskarżycielem publicznym jest inspektor pracy.

Art. 4.

Przepisy art. 53 ust. 6 i 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, powstałych po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 5.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MARSZAŁEK SEJMU
/– / Grzegorz Schetyna



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie informuje

STANOWISKO

POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIEŁĘGNIARSKIEGO

w sprawie roli pielęgniarek w przygotowaniu pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (compliance, obecnie częściej używane adherence) stanowi jeden z podstawowych warunków skuteczności stosowanej terapii. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych.

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wiąże się nie tylko z przyjmowaniem przepisanych leków, ale także ze stosowaniem zalecanej diety, zaleconym zmniejszeniem masy ciała czy w ogóle zmianą stylu życia konieczną w danej jednostce chorobowej.

Wśród form nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych można wyróżnić (Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów, 2010): Nierealizowanie recept; Nierozpoczęcie leczenia; Opóźnianie rozpoczęcia leczenia; Nieświadome pomijanie pojedynczych dawek leku; Świadome pomijanie pojedynczych dawek leku; Systematyczna zmiana częstości dawkowania leku; Okresowe przyjmowanie zmniejszonej /zwiększonej liczby dawek leku; Wakacje od leków; Przedwczesne kończenie kuracji; Przerwanie leczenia przewlekłego.

Do tego trzeba także dodać nieprzestrzeganie zalecanej diety, brak zalecanej eliminacji używek czy brak zalecanej aktywności fizycznej.

Skutki nieprzestrzegania zaleceń to przede wszystkim brak efektów terapeutycznych i przez to brak poprawy zdrowia oraz niska jakość życia. Dodatkowo należy wspomnieć o kosztach związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych, które w Polsce można oszacować na ok. 6 mld rocznie (Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów, 2010).

Wśród wielu czynników determinujących nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych należy wymienić brak odpowiedniej edukacji pacjenta na temat ważności terapii, jej przebiegu i stylu życia z daną jednostką chorobową.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że pielęgniarki mogą i powinny odgrywać kluczową rolę w przygotowaniu pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Pielęgniarki zostały przygotowane do przekazywania pacjentowi wiedzy i wyuczenia odpowiednich umiejętności niezbędnych do wprowadzenia zaleceń terapii i zmiany stylu życia w danej jednostce chorobowej. Mają z pacjentem najczęstszy i najbliższy kontakt, co umożliwiło wypracowanie właściwej motywacji do przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Tło

Jak wynika z badań, w USA tylko 51% pacjentów leczonych na nadciśnienie przestrzega zalecanej terapii. W grupie pacjentów z depresją jedynie 40%-70% przyjmuje antydepresanty. Australijscy pacjenci z astmą tylko w 43% biorą przepisane leki (WHO, 2003). W Europie, w grupie pacjentów z cukrzycą, tylko 28% osiąga dobrą kontrolę glikemii. W USA tylko 2% dorosłych pacjentów z cukrzycą przestrzega wszystkich zaleceń terapeutycznych niezbędnych w skutecznej terapii cukrzycy (WHO, 2003).

Okazuje się, że w samej tylko kuracji antybiotykowej, blisko 40% pacjentów czyni odstępstwa od reżimu przyjmowania leków (Kardas P, Devine S., Golembesky A., Roberts R, 2005).

W Polsce, tylko 65% chorych przewlekłe deklaruje, że zawsze przyjmuje wszystkie zalecone dawki leków. Co czwarty chory

przewlekłe nie stosuje się do zaleceń lekarza i zdarzają mu się sytuacje wykorzystania tylko części przepisanej opakowania lub też wykorzystania niektórych lub tylko jednego z przepisanych leków (Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów, 2010).

Podstawowym czynnikiem decydującym o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych jest zaufanie pacjenta do pracownika ochrony zdrowia oraz systemu wsparcia zarówno ze strony personelu medycznego, jak i najbliższych. Włączenie pielęgniarek w proces przygotowania pacjentów do przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest szczególnie ważny, gdyż pielęgniarka cieszy się dużym uznaniem społeczeństwa (CBOS, 2009). Pacjenci na ogół czują się bardziej zrelaksowani w relacji z pielęgniarkami i łatwiej jest im komunikować swoje problemy. Pielęgniarka pomaga zrozumieć pacjentowi to, co powiedział lekarz, dlaczego przyjmowanie przepisanych leków ma znaczenie, jak je przyjmować i co zmienić w swoich zachowaniach zdrowotnych (Miaskowski Ch., Shockney L., Chlebowski R.T., 2008)

Według zaleceń ICN, pielęgniarska strategia poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych powinna obejmować: ocenę przestrzegania zaleceń terapeutycznych z wykorzystaniem pytań, w których nie ma znamion straszenia pacjenta; pytanie o efekty uboczne terapii i ich wpływ na jakość życia pacjenta; edukowanie pacjentów na temat ich choroby, znaczenia przestrzegania zaleceń terapeutycznych, pozytywnych aspektów przestrzegania zaleceń terapeutycznych, możliwych skutkach ubocznych i jak sobie z nimi radzić; sugerowanie i wskazywanie pacjentowi różnych metod i środków przypominania o zaleceniach terapeutycznych (np. o wzięciu lekarstwa); nagradzanie i wzmacnianie pozytywnych zachowań np. poprzez pokazywanie pozytywnych efektów klinicznych przestrzegania zaleceń terapeutycznych jak obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, obniżenie poziomu cukru we krwi; zachęcanie pacjenta do podtrzymywania relacji terapeutycznych z pracownikiem ochrony zdrowia oraz do kontaktu z grupami wsparcia (WHO, 2003).

Działania, które mogą poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów chorych przewlekłe to m.in. uproszczenie stosowanej terapii, edukacja, przypomnienia, samokontrola, poradnictwo, terapia rodzinna, terapia psychologiczna, interwencja kryzysowa, kontrolne kontakty telefoniczne i inne formy aktywnej pomocy. Pojedyncze interwencje mają jednak skuteczność daleką od oczekiwań, dlatego najlepiej łączyć te działania, zwiększając w ten sposób ich efektywność (Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, i wsp. 2008).

Poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych może mieć znacznie większe dla poprawy zdrowia populacji aniżeli poprawa samych metod leczenia (Haynes RB., 2001). Dlatego należy zwracać uwagę na ten problem oraz zintensyfikować działania wszystkich przedstawicieli zespołu terapeutycznego a szczególnie pielęgniarek, w celu edukowania pacjenta na temat zalecanej terapii oraz wspierania go podczas jej stosowania.

Warszawa 22 września 2010 r.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny www.ptp.na1.pl

Al. Reymonta 8 lok. 12 tel. +48 22 663 63 45; fax: + 48 22 398 18 51; email: zgtpiel@gmail.com;



Konferencje i szkolenia

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWA

PROMOCJA ZDROWIA INWESTYCJĄ W SPOŁECZEŃSTWO XXI WIEKU

- I/ Społeczno-kulturowe uwarunkowania edukacji zdrowotnej wśród mieszkańców Polski Wschodniej
- II/ Stan obecny i perspektywy rozwoju edukacji zdrowotnej mieszkańców Polski Wschodniej.
- III/ Społeczeństwo polskie a edukacja zdrowotna
- IV/ Perspektywy rozwoju promocji zdrowia w Unii Europejskiej
- V/ Varia

Kielce, 18-19 marca 2011

e-mail promocjazdrowia@wseip.edu.pl

www.promocjazdrowia.wseip.edu.pl

I KOMUNIKAT

VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
„Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece – pasja czy zawód?”
22-24 wrzesień 2011 Mikołajki

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy!

W imieniu Organizatorów mam zaszczyt serdecznie zaprosić Członków oraz Sympatyków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki do udziału w VII Zjeździe PTPAiO.

Tym razem oczekujemy na Państwa w Mikołajkach – żeglarskiej stolicy Polski.

W tak wyjątkowym miejscu podejmujemy próbę odpowiedzi na pytanie: Czy profesja którą wykonujemy na co dzień to pasja czy zawód? Sesje wykładowe będą urozmaicone warsztatami, oraz wystawami firm medycznych. Wieczory uatrakcyjnią imprezy integracyjne.

Mam nadzieję, że zarówno tematyka Zjazdu, jak i urok Mikołajek sprawią, że zdecydują się Państwo na uczestnictwo w VII Zjeździe PTPAiO.

II Komunikat, wraz z kartą uczestnictwa ukaże się na początku stycznia 2011 r.

Do zobaczenia w Mikołajkach
Prezes PTPAiO Paweł Witt

**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki**

ul. Jeleniogórska 16, 60-179 Poznań prowadzi p. Maria Stefaniak czynne środy 10-18, tel./fax (61) 662-91-11
e-mail: ptpa@ump.edu.pl www.ptpaio.pl

GRATULACJE

Dnia 11 listopada 2010r. z okazji uroczystości Niepodległości Państwa Polskiego w Urzędzie Wojewódzkim w Lublinie z rąk Pani Wojewody Genowefy Tokarskiej nasze Koleżanki, Pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

Jolanta Pietraszuk, Jolanta Szalacka i Barbara Misiejuk (emerytowana pielęgniarka)

otrzymały odznaczenia za zasługi
w ochronie zdrowia i długoletnią pracą i działalność związkową.

Serdecznie gratulujemy koleżankom, znalazły się w gronie 20 wyróżnionych pielęgniarek i 250 osób z terenu województwa lubelskiego najbardziej zasłużonych państwu i społeczeństwu.

Życzymy dalszych sukcesów zawodowych, zdrowia i radości każdego dnia.

Redakcja Biuletynu
Joanna Głowacka



REFERATY

STAŁA ELEKTROSTYMULACJA SERCA

Stymulator serca (rozrusznik serca, kardiostymulator) to urządzenie, które przejmuje funkcje węzła zatokowo-przedsionkowego i generuje pobudzenie, które rozchodzi się w mięśniówce serca, powodując jego skurcz. Nowoczesne stymulatory rozpoznają rytm pracy serca i w razie jego zwolnienia poniżej zaprogramowanej częstotliwości generują bodziec.

Stymulatory wprowadzono w XX wieku. Pierwsze znalazły zastosowanie w Szwecji. W Polsce po raz pierwszy wszczepiono rozrusznik serca w 1962 roku. Początkowo implantowano je wyłącznie wówczas, gdy zaburzone było przewodzenie, czyli praca serca była zbyt wolna. Obecnie głównym zadaniem stałej symulacji serca jest zapobieganie napadom asystolii będącej następstwem zaburzeń przewodzenia bodźcotwórczości, poprawa jakości życia, a także wydłużanie życia chorych. Aby osiągnąć długotrwałą korzyść z zastosowania stałej stymulacji serca, optymalnego efektu hemodynamicznego i zarazem poprawy jakości życia, przeżywalności należy dokonać właściwego wyboru rodzaju stymulacji i typu rozrusznika. Niewłaściwy sposób stymulacji może pogorszyć jakość życia chorego w porównaniu z okresem przed wszczepieniem stymulatora, a nawet skrócić jego życie. Należy tu uwzględnić takie czynniki, jak: aktywność fizyczna chorego, wydolność układu krążenia, przewidywany udział pobudzeń wystymulowanych.

Wśród chorób, których metodą leczenia jest sztuczna elektrostymulacja należy wymienić:

- Zespół chorego węzła zatokowego
- Migotanie przedsionków z wolną akcją serca
- Bloki w przewodzeniu impulsów elektrycznych pomiędzy przedsionkami i komorami serca nabyte podczas choroby lub wrodzone (dotyczy bloków przedsionkowo-komorowych trzeciego i niektórych postaci bloków przedsionkowo-komorowych drugiego stopnia)
- Bloki w przewodzeniu impulsów elektrycznych w obrębie mięśnia komór serca współistniejące z blokami w przewodzeniu impulsów pomiędzy przedsionkami i komorami serca
- Omdlenia, których leczenie farmakologiczne nie przyniosło rezultatów.

Istnieją również inne wskazania do wszczepienia sztucznego stymulatora serca, takie jak:

- Zaawansowana zastoinowa niewydolność krążenia
- Kardiomiopatia ze zwężeniem drogi wypływu krwi z lewej komory

Obecnie implantowane są elektrody do czasowej i stałej stymulacji. W sytuacjach, kiedy zaburzenia przewodnictwa czy bodźcotwórczości są przemijające, np. w ostrych zespołach wieńcowych, jak np. zawał serca, w ostrym procesie zapalnym mięśnia sercowego czy np. pod wpływem przyjętych przez chorego leków, wprowadza się czasową elektrodę, którą usuwa się po kilku dniach po ustąpieniu objawów. Do implantacji rozrusznika na stałe kwalifikuje się chorych ze wszelkiego typu zaburzeniami przewodzenia, tzw. blokami przedsionkowo-komorowymi połączonymi z incydentami klinicznymi w rodzaju np. zasłabnięć. Często implantowane są stymulatory u chorych z zespołem tachy-bradykardia, u których akcja serca raz nadmiernie przyspiesza, a potem nazbyt zwalnia. Chorzy odczuwają kołatania serca, następnie robi się im słabo, bo serce bije za wolno. Najczęściej jest to migotanie przedsionków połączone z okresami, gdy ustępuje arytmia, ale akcja serca zwalnia się. Nie możemy tutaj bezpiecznie stosować leków antyarytmicznych. Leki te zwalniają rytm, kiedy trzeba, ale także wtedy, kiedy byśmy sobie tego nie życzyli. Stymulator wówczas chroni pacjentów stosujących leki przed niepożądanymi zwolnieniami rytmu.

Rozruszniki stosuje się też w typowej bradykardii, gdy serce pracuje zbyt wolno, co nierzadko występuje u ludzi wysportowanych, w ogólnie dobrej formie, kiedy nadmiernie zwolniona jest praca górnego węzła. Wówczas rzut minutowy serca chorego może znacznie się obniżyć. Decyzja o ingerencji w postaci wszczepienia stymulatora jest zawsze wynikiem szczegółowej, specjalistycznej diagnostyki. W każdym z przypadków trzeba rozstrzygnąć dylemat: czy już implantować, czy jeszcze nie. Diagnostyka poprzedzająca decyzję o wszczepieniu rozrusznika bywa różna. Czasem wystarczy wywiad pacjenta i badanie całodobowe EKG metodą Holtera, innym razem konieczna jest diagnostyka rozszerzona o próby wysiłkowe, testy pochylniowe, stymulację przezprzetykową czy np. badanie elektrofizjologiczne. Celem tych badań jest ocena wskazań do implantacji rozrusznika oraz dobór odpowiedniego trybu stymulacji. Wybór miejsca zabiegu na klatce piersiowej uzależniony jest od wywiadu, chorób współistniejących, wykonywanego zawodu. W przypadku braku wskazań lub przeciwwskazań medycznych decyzję o miejscu zabiegu można pozostawić pacjentowi.

Najczęstszymi miejscami wprowadzenia elektrod stymulatora są:

- drogi preferowane (najczęstsza droga wykonana poprzez nacięcie skóry poniżej obojczyka, przyśrodkowo od bruzdy naramiennie-piersiowej)

- żyła odpromieniowa w bruzdzie naramiennie-piersiowej
- żyła podobojczykowa
- drogi alternatywne
- żyła szyjna zewnętrzna lub jej odgałęzienia: żyła tarczowa dolna lub żyła poprzeczna szyi
- żyła szyjna wewnętrzna
- żyła udowa w przypadkach zespołu żyły głównej górnej.

Zabieg implantacji wykonywany jest w warunkach sali operacyjnej lub pracowni badań inwazyjnych układu krążenia. Sala musi być wyposażona w sprzęt RTG umożliwiający wykonanie fluoroskopii, koniecznej do kontroli ufixowanej elektrody, sprzętu do monitorowania EKG, PSA – Pacing System Analyser – czyli wieloczynnościowego urządzenia pomiarowego umożliwiającego pomiar i rejestrację potencjałów wewnątrzsercowych, progu stymulacji i impedancji. Konieczny jest także zestaw narzędzi do wykonania wenesekcji.

Postępowanie przed implantacją układu stymulującego

Zabieg implantacji stymulatora będzie przebiegał sprawnie tylko w przypadku prawidłowego postępowania przedoperacyjnego, które obejmuje:

- Ustalenie i udokumentowanie wskazań do zabiegu na podstawie wywiadu, badania lekarskiego, obejmującej wyniki wykonanych badań pomocniczych (zapisy EKG, holterowskie)
- Uzyskanie pisemnej zgody chorego na wszczęcie stymulatora. Zgoda musi obejmować potwierdzenie, że chory został zapoznany z charakterem i możliwymi powikłaniami zabiegu.
- Ustalenie terminu zabiegu.
- Wykonanie niezbędnych badań pomocniczych, w tym oznaczenie grupy krwi, wykonanie koagulogramu, podstawowych badań laboratoryjnych (morfologia , biochemia), a także badań wykluczających ewentualne przemieszczające przyczyny dysrytmii, np. oznaczenie stężenia elektrolitów, digoksyny lub TSH.
- Wykonanie szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym (np. przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B) jest zalecane, jednak nie może przedłużać stanu zagrożenia życia chorego.
- Implantacja stymulatora jest głównie zabiegiem chirurgicznym i stąd ogólne przygotowanie nie odbiega tu od typowego postępowania w chirurgii. Obowiązuje zakaz przyjmowania posiłków przez 6 godzin przed zabiegiem i założenie dostępu do obwodowego układu żylnego.
- W dniu zabiegu dopuszcza się przyjęcie stale przyjmowanych leków z małą ilością wody.
- Dawka antykoagulantów wymaga redukcji INR poniżej 1,75

- Przygotowanie pacjenta kończy wygolenie okolicy planowanego pola operacyjnego w przed dzień zabiegu
- Podanie łagodnego środka uspokajającego jest jedynie zalecanym sposobem postępowania.
- Na sali operacyjnej (zabiegowej) dalsze postępowanie przygotowawcze jest typowe: ułożenie chorego, podłączenie aparatury do monitorowania EKG, utlenowania krwi, automatycznego nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego oraz przygotowanie pola operacyjnego .

Zabieg implantacji stymulatora odbywa się w znieczuleniu miejscowym.

Przez cały czas zabiegu pacjent przebywa w pozycji leżącej. Zabieg rozpoczyna się od nakłucia odpowiedniej żyły, w celu wprowadzenia przez nią elektrody stymulatora. Następnie pod kontrolą obrazu rentgenowskiego umieszcza się elektrodę w prawej komorze serca w przypadku stymulatora jednojamowego lub dodatkowo drugą elektrodę do prawego przedsionka w przypadku stymulatora dwujamowego. Rodzaj stymulatora i rodzaj zastosowanej stymulacji zależy od schorzenia, które było wskazaniem do wszczęcia stymulatora. Po odpowiednim umieszczeniu i ufixowaniu elektrody/elektrod w jamach serca podłącza się do nich sam stymulator, który w najnowszych modelach jest nie większy niż pudełko zapalek. Stymulator umieszcza się we wcześniej przygotowanej przestrzeni pod skórą pacjenta, a następnie całość zespała się szwami chirurgicznymi.

Powikłania mogące wystąpić po wszczęciu stymulatora

- Krwaki w miejscu nakłucia żyły
- Odma opłucnowa
- Uszkodzenie ściany mięśnia sercowego
- Zaburzenia rytmu serca
- Infekcyjne zapalenia wsierdza
- Dyslokacja (przemieszczenie) elektrod stymulatora
- Zakrzepica żyły podobojczykowej
- Uszkodzenie zastawek serca

Po zabiegu wszczęcia sztucznego stymulatora serca pacjent hospitalizowany jest w oddziale kardiologii przez około 5 dni . W tym czasie kontroluje się działanie stymulatora, wykonuje się kontrolne zdjęcie RTG klatki piersiowej, monitoruje się podstawowe parametry życiowe pacjenta.

Wszczepiony układ wymaga regularnej kontroli, sprawdzania stanu baterii, dopasowywania programu stymulacji do stanu zdrowia i potrzeb pacjenta, a także sprawdzania innych funkcji układu stymulującego oraz ciągłości elektrod. Pozostawienie rozrusznika bez kontroli grozi przedwczesnym wyczerpaniem baterii, ograniczeniem wydolności układu krążenia, groźnymi zaburzeniami rytmu serca , a nawet zatrzymaniem pracy serca w wyniku nieprawidłowej funkcji rozrusznika.

Stan stymulatora oceniany jest na okresowych kontrolach w Poradni Kontroli Stymulatorów. Kontrola taka ma

miejsce po raz pierwszy po około 4 tygodniach od wszczęcia stymulatora, a następne odbywają się co 3-6 lub 12 miesięcy.

Możliwe zakłócenia pracy kardiostymulatora

W obecnie stosowanych kardiostymulatorach ich tytanowa obudowa w pewnym stopniu chroni układ elektroniczny przed wpływem promieniowania elektromagnetycznego. W życiu codziennym oraz w przypadku kontaktu z urządzeniami medycznymi, chorzy z wszczepionym rozrusznikiem muszą zachować ostrożność:

Przeciwwskazanie medyczne:

W przypadku kiedy pacjent z wszczepionym rozrusznikiem musi poddać się leczeniu lub zabiegom chirurgicznym musi pamiętać o konieczności poinformowania lekarza o tym fakcie. Zostaną wówczas podjęte niektóre z ważnych środków ostrożności. W szczególności:

- Obrazowanie za pomocą jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI), jest bezwzględnie przeciwwskazane
- Litotrypsja - należy zgłosić fakt wszczęcia rozrusznika, nie ma jednak przeciwwskazań do litotrypsji
- Diatermia krótkofalowa – bezwzględne przeciwwskazanie – możliwość zaburzeń pracy i uszkodzenia rozrusznika
- Kardiowersja – odstęp co najmniej 10–15 centymetrów pomiędzy elektrodą kardiowertera a lożą stymulatora (przednio-tylna pozycja kardiowersji)
- Elektryczny sprzęt chirurgiczny może zakłócić pracę

Każdy pacjent ze wszczepionym stymulatorem otrzymuje specjalną, międzynarodową książeczkę stymulatorową, w której odnotowane są najważniejsze dane typu i ustawień stymulatora. Dokument ten, wielkości dowodu osobistego, pacjent powinien nosić zawsze ze sobą.

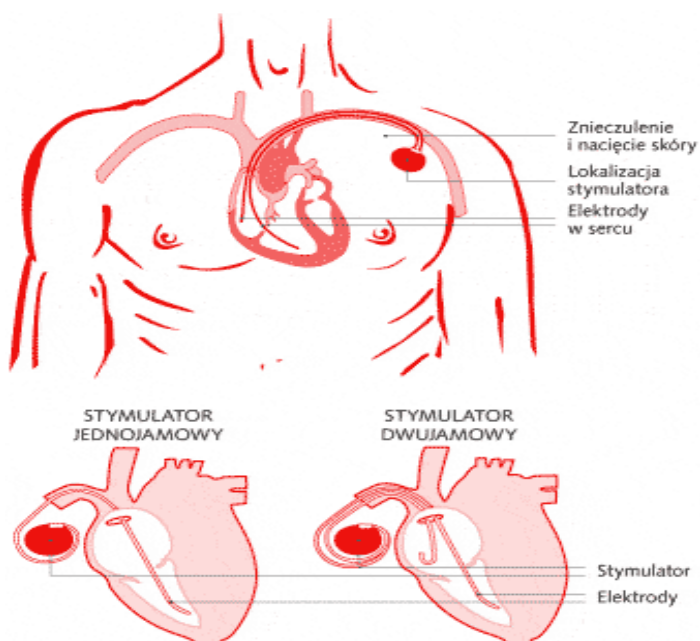
stymulatora

W życiu codziennym większość typowych domowych urządzeń elektrycznych, takich jak: telewizor, radio, kuchenka mikrofalowa, komputer, golarka elektryczna, pralka może być bezpiecznie używana.. Należy dbać o dobry stan techniczny tych urządzeń – zwłaszcza izolację oraz uziemienie.

Telefonu komórkowego również można bezpiecznie używać, jednak nie można go zbliżać do okolicy rozrusznika serca na odległość mniejszą niż 15 cm, a rozmowy trzeba przeprowadzać, trzymając telefon przy uchu przeciwległym do strony, po której został wszczepiony rozrusznik. Nie należy również nosić telefonu komórkowego w kieszeni blisko rozrusznika ani zbliżać do rozrusznika elektrycznej suszarki do włosów.

Urządzenia wytwarzające silne pola elektromagnetyczne, takie jak spawarki elektryczne lub urządzenia z silnikami elektrycznymi (np. wiertarki), mogą być niebezpieczne i używanie ich należy zawsze uzgodnić z lekarzem. Na pewno nie wolno ich zbliżać do rozrusznika na odległość mniejszą niż 30–50 cm.

Wykrywacze metalu na lotniskach i bramki urządzeń przeciw kradzieżom znajdujące się w sklepach mogą w nielicznych przypadkach zakłócać pracę rozrusznika, na ogół jednak są bezpieczne. Zgodnie ogólnymi zaleceniami trzeba szybko obok nich przechodzić i nie zatrzymywać się w pobliżu takich urządzeń.



UWAGA

Każdy pacjent ze wszczepionym stymulatorem otrzymuje specjalną, międzynarodową książeczkę stymulatorową, w której odnotowane są najważniejsze dane dotyczące typu i ustawień stymulatora. Dokument ten, wielkości dowodu osobistego, pacjenci powinni zawsze nosić ze sobą.

Literatura u autorki:
mgr Anna Bukrzewska
Pielęgniarka
zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
w Białej Podlaskiej
Oddział Hemodynamiki

Z żałobnej karty..

*„Bólu nie ugasi żadne ukojenie i ból ten chowamy skrycie,
bo też naszych nikt nie zrozumie a dalej ... dalej jest Życie”*



*„Życie jest mgiełką nieuchwytną
tak trudno ją zatrzymać, gdy umyka a kiedy czas ten przychodzi
pożegnać się trzeba w milczeniu
i o nic nie pytać”.*



Pielęgniarki **Urszuli Weresa**
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci **MEŻA**
składają koleżanki Zespołu Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

*„Ludzie, których kochamy,
zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach”.*



Pielęgniarki **Barbarze Mankiewicz**
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci **MAMY**
składają koleżanki z Oddziału Kardiologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej



*„Umarłych wieczność dotąd trwa,
Dokąd pamięcią im się płaci
Chwiejna waluta nie ma dnia
By ktoś wieczności swej nie stracił”*



W. Szymborska

Kącik poezji...

Godność i ofiarność

pielęgniarkom

Nasza praca ma sens,
choć czasami
ponad siły nasze.

Być wierną powołaniu
to mieć godność
i być ofiarną.

I czasem bujać w obłokach,
myślą sięgać nieba

i uśmiechy rozdawać
i dłonie pomocne
- w trudnych chwilach zwątpienia.

2010r.

Jadwiga Maria Połynka
Pielęgniarka Oddziału Neurologicznego
WSzS Biała Podlaska



Być wierną powołaniu ...

Na przekór losowi musimy patrzeć w przyszłość.

Być wierną powołaniu

Kochać ludzi,

Dbać o chorych

Pamiętając, że podany kubek wody,

Będzie kiedyś wynagrodzony przez Pana.

2010r.

Jadwiga Maria Połynka
Pielęgniarka Oddziału Neurologicznego
WSzS Biała Podlaska

