



ISSN 1898-9519

BIULETYN INFORMACYJNY

*Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Nr 3/67/2008



*Barwnym tiulem otulona
idzie jesień w pełnej krasie,
złotych jabłek i czerwonych ma w koszyku w swym zapasie.
W czarne włosy ma wplecione cudne kłosy jarzębiny,
I otula snem głębokim, drzewa,
kwiaty, pola, niwy.
Brzóz ramiona zwisające wiatr porywa i unosi
i kłaniając się jej nisko, do tańca ją pięknie prosi.
Rozśpiewana, rozmarzona, roztańczona pani jesień,
astrów, malw i chryzantem bukiety nam niesie.*

Maria Janik

**BIULETYN
INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK IPOŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca

OIPIP w Białej Podlaskiej

ul. Okopowa 3 pok. 218

21-500 Biała Podlaska

tel. : 083 342 86 28

te/fax.: 083 343 60 83

e-mail: oiipbb@poczta.onet.pl

www.oiip-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

Cecylia Kielczewska

pierwszy poniedziałek miesiąca

w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:

BANK SPÓŁDZIELCZY

90 8025 0007 0025 2858 2000

0010

Redakcja Biuletynu:

Joanna Głowacka,

Elżbieta Celmer vel Domańska

Iwona Frączek ,Anna Olisiejuk,

Ilona Bilko

Druk: Zakład Poligraficzny

tel. 083 342 03 53, 083 51 51

W NUMERZE:

I. Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	1
II. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.....	2
III Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.....	11
III Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej informuje.....	14
IV. Konferencje i szkolenia.....	16
V. Dział prawny.....	18
VI. Informacje PTP.....	23
VII. Referaty.....	25
VIII. Z żałobnej karty.....	32

**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 dla personelu medycznego!!!



*Głos Przewodniczącej
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*



Drogie koleżanki i koledzy

Dobiega końca czas wakacji i zasłużonego wypoczynku. Ten czas jest niezbędny do zachowania równowagi pomiędzy pracą, rodziną i zdrowiem każdego z nas.

W pracach samorządu pielęgniarek i położnych również zarysował się okres wakacyjny min. odbyło się mniej spotkań komisji problemowych. Szkoda tylko, że problemy, które ciągle występują i dotyczą naszego zawodu nie idą na wakacje. Jak bumerang wrócił problem pielęgniarek pracujących w DPS-ach. Ze szczegółami tej sprawy zachęcam do zapoznania się na łamach biuletynu. W szpitalach sytuacja pielęgniarek i położnych w dalszym ciągu jest niezadowolająca. Brak kadry, powodujące większe obciążenie na stanowisku pracy oraz niska motywacja finansowa - to czynniki, które niekorzystnie wpływają na jakość opieki nad pacjentem. Dużo kontrowersji w samym środowisku zawodowym budzą umowy cywilno-prawne o udzielenie świadczeń zdrowotnych (kontrakt) – czy mogą być zawierane, jakie dają korzyści, jakie niosą zagrożenia dla pielęgniarek, dla pacjenta?.

Przechodząc na grunt samorządu pragnę poinformować, że Okręgowa Rada w ostatnim okresie podjęła kilka działań, niektóre powiodły się inne nie.

Powiodło się utworzenie biblioteki, która funkcjonuje zgodnie z Regulaminem korzystania ze zbiorów bibliotecznych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej zatwierdzonym Uchwałą Nr 27/V/08 Okręgowej Rady z dnia 19.09.2008r. Na dzień dzisiejszy księgozbiór jest niewielki, zamieszczony na stronie internetowej www.oipip-bp.pl co pozwala każdemu sprawdzić, czy dana książka znajduje się w naszej bibliotece.

Nie powiodło się pozyskanie funduszy z Europejskiego Funduszu Społecznego. Złożony wniosek o dofinansowanie realizacji projektu PROGRAM OPERACYJNY KAPITAŁ LUDZKI. Priorytet VIII, Działanie 8.1 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w rejonie, Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwa dla przedsiębiorstw. Tytuł projektu: *Wypalenie zawodowe – problem pracowników służby zdrowia*. Projekt został odrzucony z przyczyn formalnych z powodu braku daty w miejscu – za zgodność z oryginałem na załączniku do wniosku.

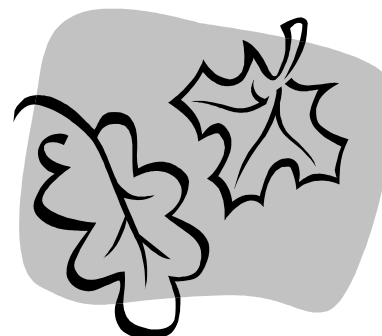
Również nie udało się uzyskać od Izby Skarbowej w Warszawie interpretacji w sprawie zwolnienia z odprowadzenia podatku dochodowego od osób fizycznych od kwoty uzyskanej refundacji danej formy kształcenia. Okazało się, że z wnioskiem w tej sprawie powinna zwrócić się do Urzędu Skarbowego indywidualnie jedna pielęgniarka, a nie Okręgowa Rada.

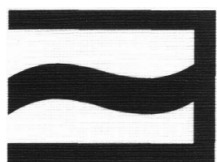
Nie wstydzimy się tych niepowodzeń, wyciągamy z nich wnioski na przyszłość.

Niekwestionowanym sukcesem wielu członków naszej izby jest uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa, magistra pedagogiki oraz tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa, licencjata położnictwa.

Drogie koleżanki i koledzy przyjmijcie moje gratulacje, a słowa Jana Pawła II niech będą podziękowaniem za Wasz trud w budowaniu profesjonalnego, nowoczesnego pielęgniarstwa i położnictwa.

- Wy macie przenieść ku przyszłości to całe olbrzymie doświadczenie dziejów, któremu na imię „Polska”. (...) Tego trudu się nie lękajcie. -





Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

12 lat autonomii zawodowej pielęgniarek i położnych

Polskie pielęgniarki i położne obchodzą 12. rocznicę ważnego wydarzenia. Dnia 5 lipca 1996 r. Sejm RP przyjął Ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej. Regulacja ta, obok ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z 19 kwietnia 1991 r. stanowi podwaliny funkcjonowania naszych zawodów jako zawodów samodzielnych, kierujących się wewnętrznym prawem.

Ustawa z 5 lipca 1996 r. na nowo sformułowała zasady i warunki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Czas był po temu najwyższy, ponieważ poprzednie regulacje powstały przed II wojną światową. Od tamtej pory zmieniła się zarówno sama medycyna, jak i potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz organizacja ich zaspokajania.

Przyjęta 12 lat temu ustawa wskazała zakres i rodzaje świadczeń wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarki i położne bez zlecenia lekarskiego, przewidziała również prawo do szczegółowego dookreślenia zarówno zakresu, jak i rodzaju takich świadczeń. Osoby, posiadające prawo wykonywania tych zawodów, decydują tym samym o sposobie realizowania celów, jakie nakłada na nie system ochrony zdrowia.

Ten akt prawny uregulował kryteria nabywania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej. Ma to wielkie znaczenie, ponieważ reglamentacja dostępu do zawodu jest jedną z podstawowych cech zawodu zaufania publicznego. Może go wykonywać jedynie osoba mająca uregulowane ustawowo uprawnienia.

Na podstawie ustawy nasze zawody poszerzyły obszary profesjonalnych działań. Znalazły się tu zapisy dotyczące uzyskiwania kwalifikacji i uprawnień do wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz człowieka zdrowego i chorego przez całe jego życie. W praktyce oznacza to samodzielne wykonywanie zadań z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Ranga tych działań nadzwyczaj wzrasta w sytuacji, gdy imperatywem staje się zapobieganie chorobom jako warunek lepszego zdrowia społeczeństwa.

Pielęgniarka i położna jako samodzielny profesjonalista ponosi odpowiedzialność za wszelkie zaplanowane i wykonywane działania. Ustawa zatem obliguje pielęgniarki i położne do postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i nakłada obowiązek aktualizowania tej wiedzy, poznawania metod i poszukiwania najlepszych sposobów sprawowania opieki, pielęgnowania, promocji zdrowia i innych podejmowanych profesjonalnych działań.

Ustawa gwarantuje ochronę uprawnień do zawodu. Osoby, które nie posiadając uprawnień podejmują się zawodowo udzielać świadczeń w niej określonych, podlegają odpowiedzialności karnej.

W powszechnej świadomości utrzymuje się przekonanie o pomocniczej roli pielęgniarki i położnej, podporządkowanej i zależnej od lekarza. Jest to błędne przekonanie. Od momentu wejścia w życie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stały się one profesjonalistami odpowiedzialnymi za określony obszar działań medycznych na rzecz pacjenta i partnerami lekarzy w zespole terapeutycznym. Musi to być uwzględniane w projektowaniu modeli terapii, programów zdrowia i organizacji systemu ochrony zdrowia.

Pielęgniarstwo było jej życiem....

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z ogromnym żalem przyjęła informację o śmierci **Pani Racheli Hutner** (1909 – 2008) – niekwestionowanego autorytetu, nestorki, legendy pielęgniarstwa polskiego. Prekursorki nowoczesnej polskiej myśli pielęgniarskiej, nauki, dydaktyki i praktyki. Człowieka, którego motto życiowe „...pomaganie innym wzbogaca nas wewnątrznie i nadaje sens życiu...” stało się drogowskazem dla wielu pokoleń pielęgniarek. Rachela Hutner należała do osób całkowicie oddanych sprawom społecznym związanym z rozwojem naszej profesji, osób, które niezwykle wysoko stawiają sobie poprzeczkę wymagań wobec siebie, a w dbałości o realizację zadań i planów mobilizują innych do rozwoju i działania. Była autorką wielu publikacji w tym nowatorskiego w momencie wydania podręcznika „Pielęgniarstwo specjalistyczne”. Rachela Hutner żyła 99 lat. Za początek jej związku z pielęgniarstwem można uznać moment, gdy jako studentka III roku Wydziału Matematyczno – Przyrodniczego Uniwersytetu Warszawskiego podjęła decyzję o przerwaniu studiów i rozpoczęła naukę w Szkole Pielęgniarskiej w Warszawie. Po jej ukończeniu już jako pielęgniarka podjęła pracę w szpitalu. Jej dalsza edukacja związana była z uzyskaniem stypendium od Rządu Polskiego finansującego studia w Anglii. Czas wojny szczególnie trudny dla Racheli Hutner wiązał się ze śmiercią osób jej najbliższych. Zmuszona do wojennej tułaczki wyjechała do Stanów Zjednoczonych, bo jak sama mawiała „...Anglia jest krajem gdzie zawód pielęgniarki narodził się, Ameryka jest kolebką postępu w pielęgniarstwie współczesnego z postępowaniem medycyny, organizacji ochrony zdrowia i nauk humanistycznych...”, tam kontynuowała studia na wydziale pielęgniarskim w Detroit. Po zakończeniu II Wojny Światowej imperatyw





moralny, spłaty długu wobec ojczyzny, jaki zaciągnęła korzystając ze stypendium powoduje, iż w czerwcu 1948 roku wraca do Polski. Wyposażona w nowoczesną wiedzę i umiejętności zdobyte podczas wyjazdu inicjuje szereg działań, których celem jest popularyzowanie ideału pielęgniarki – osoby wszechstronnie wykształconej, perfekcyjnego fachowca, współdziałającego z lekarzem. Jej działania prowadziły do rozwoju szkolnictwa pielęgniarskiego na poziomie średnim oraz na poziomie wyższym. W dbałości o dobór kadry dydaktycznej była inicjatorką utworzenia w 1949 roku Warszawskiego Ośrodka Kształcenia Instruktoerek, a następnie od momentu powstania w 1960 r. została dyrektorką Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych w Warszawie przy ulicy Spartańskiej. Rachela Hutner swoją aktywność zawodową wiązała również z działaniem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, którego była współzałożycielem i reprezentantem w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek w latach 1965 – 1968. W uznaniu za wybitne zasługi uhonorowana licznymi wyróżnieniami i odznaczeniami. Do najcenniejszych, z których była szczególnie dumna należą: Medal Florencji Nightingale przyznany w roku 1995 za wyjątkową, twórczą i pionierską pracę w dziedzinie zdrowia publicznego i edukacji pielęgniarek, Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski przyznany w roku 2000, w uznaniu wybitnych zasług dla Polski i polskiego pielęgniarstwa. W 1995 r. otrzymała tytuł Doktora Honoris Causa nadany przez Akademię Medyczną w Lublinie. Pielęgniarstwo do końca było celem życia Racheli Hutner. Powtarzając za profesorem Marianem Klamutem możemy powiedzieć, że myśl i dzieło Racheli Hutner to fundament, na którym kolejne pokolenia mogą budować gmach swojego pielęgniarskiego losu i przygotowywać plany na przyszłość.

**Żegnamy wybitną pielęgniarkę, Człowieka wielkiego serca i umysłu,
Przyjaciela samorządu pielęgniarek i położnych.**

**Prezes
(-)Elżbieta Buczkowska**



STANOWISKA, APELE, WNIOSKI KOLEGIUM PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH RODZINNYCH W POLSCE, PODJĘTE NA V KONWENCIE KOLEGIUM W DNIACH 16-17 CZERWCA 2008 ROKU", PRZESŁANE DO NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W odpowiedzi na pismo, zawierające wnioski, uchwały oraz apele Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, podjęte na V Konwencji Kolegium, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień do enumeratywnie wskazanych w piśmie punktów.

I. Wniosek o utrzymanie rocznej stawki kapitacyjnej jako sposobu finansowania świadczeń położnej POZ.

Planowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmiany dotyczące zasad finansowania świadczeń położnej POZ, są efektem wystąpienia z taką propozycją Pani Leokadii Jędrzejewskiej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego. Zgodnie z materiałem przekazanym przez Prezesa NRPIP w dniu 4 czerwca w NFZ, stanowisko NRPIP jest tożsame ze stanowiskiem Kolegium i wskazuje na utrzymanie kapitacyjnej metody finansowania świadczeń zarówno w stosunku do położnej jak i pielęgniarki.

II. Wniosek o ujednoczenie w całej Polsce wzoru druku zlecenia lekarskiego dla pielęgniarek rodzinnych wykonujących świadczenia w domu pacjenta i wprowadzenie go jako obowiązującego dla świadczeniodawców w postaci załącznika do umów na 2009 rok. Sprawa wzoru druku zlecenia lekarskiego była przedmiotem dyskusji w czasie spotkania w dniu 2 lipca 2008r Komisji ds. Kontraktowania Świadczeń z Panią Hanną Klimczak, specjalistką z Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z rozporządzeniem o dokumentacji, w wykazie obowiązujących druków nie ma oddzielnego druku zlecenia do pielęgniarki/ położnej POZ, z uwagi na brak podstaw prawnych w tym zakresie może to być trudne.

Jednakże z uwagi na istotę sprawy skierowane zostanie pismo do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o załączenie projektu druku, przedstawionego przez Ewę Tarantę, jako obowiązującego druku skierowania dla pielęgniarki POZ, jak również zagadnienie to zostanie

przedstawione Prezesowi NFZ na najbliższym spotkaniu w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

III. Apel o dążenie do stanu, aby każda pielęgniarka i położna rodzinna miała odbyty kurs specjalistyczny resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Uważam, że Apel Państwa jest jak najbardziej zasadny, jednakże Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie ma podstaw, aby nakazać każdej pielęgniarkie i położnej rodzinnej ukończyć kurs specjalistyczny, w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, który ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

Oczywistym jest fakt, że pielęgniarka i położna realizując przepisy art. 10 b ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57, poz. 602 ze zm) ma obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, lecz to od niej indywidualnie zależy w jakim zakresie (rodzaju) kształcenia podyplomowego podejmie działania.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych może jedynie za pośrednictwem Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych zwrócić się do organizatorów kształcenia, aby proponowały pielęgniarkom i położnym rodzinnym ukończenie ww. kursu jako priorytetowego i potrzebnego do wykonywania zadań w podstawowej opiece zdrowotnej, mając na uwadze bezpieczeństwo podopiecznych oraz własne.

IV. Wniosek o podniesienie i wyrównanie stawki za osobodzień w opiece długoterminowej

Powyższy wniosek był zgłaszany przez Panią Elżbietę Szałkiewicz – Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, ponadto w aktualnie



opiniowanym projekcie zarządzenia zmieniającego Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłosiła uwagę, dotycząca zwiększenia stawki za osobodzień do poziomu co najmniej 40 zł. Jednocześnie kwestia ta będzie poruszona na spotkaniu w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (przewidywany termin spotkania 30 września 2008 rok).

V. Wniosek o zmianę druku deklaracji wyboru pielęgniarki rodzinnej. Postulat ten wielokrotnie był zgłaszany przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, zarówno w pismach kierowanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, podjętych stanowiskach NRPIp, jak również poruszany na spotkaniach w Centrali NFZ, w których niejednokrotnie uczestniczyła Pani Prezes. Do chwili obecnej nie został opracowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia dokument spełniający oczekiwania pielęgniarek i położnych poz., nie mniej jednak w odpowiedzi na kolejne pismo NRPIp z dnia 10 września 2007 roku (znak: NRPIp/XVII/NFZ/119/07) w sprawie zmiany Zarządzenia nr 42/2007/DSOZ z dnia 2 lipca w sprawie wzoru deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej” i wprowadzenia do stosowania nowego (oddzielnego) wzoru deklaracji, Pan Andrzej Sośnierz – Prezes NFZ podkreślił cyt. „... realizacja prośby o zmianę przedmiotowego zarządzenia nie znajduje uzasadnienia. Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia Podejmowane przez Fundusz działania nie zmierzają w kierunku ograniczenia samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnej gwarantowanej ustawą z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57, poz. 602 ze zm.). Stanowisko Funduszu w przedmiotowej sprawie jest jasne i czytelne...”.

VI. Apel o to, aby pielęgniarka rodzinna świadcząca usługi na podstawie dwóch zawartych kontraktów tj. w opiece dziennej oraz nocnej i świątecznej wyjazdowej otrzymywała zapłatę za każdego zadeklarowanego pacjenta. Postulat ten jest jak najbardziej zasadny, ale tylko w przypadku wyeliminowania tzw. nocnej i świątecznej opieki medycznej, której realizatorem może być tylko lekarz, bo to pojawienie się tego właśnie produktu spowodowało powstanie problemów przedstawianych przez pielęgniarki. Proponuję przesłać stanowisko do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które poprzez Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Ponadto należy zauważyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia dostrzegając te problemy, podjął działania nad zmianą systemu zabezpieczenia tej formy opieki.

VII. Wniosek o zweryfikowanie składu zestawu przeciwwstrząsowego oraz opracowanie standardów postępowania we wstrząsie, a także opracowanie minimum zestawu nesesera pielęgniarki rodzinnej.

Popieram wniosek Pani Prezesa, dlatego też uprzejmie proszę o przedstawienie propozycji rozwiązań wymienionych kwestii, które po konsultacji z okręgowymi radami pielęgniarek i położnych mogą być przedłożone (jako wspólne ustalenia) Ministrowi Zdrowia i Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

VIII. Wniosek o uczestniczenie w posiedzeniach zespołu do spraw negocjacji w zakresie POZ. Uprzejmie informuję, iż zgodnie z Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nr 38/V/2008 z dnia 11 czerwca 2008 roku w sprawie zmiany uchwały nr 17/V/2008 NRPIp z dnia 11 marca 2008r. w sprawie składu osobowego komisji

problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, nie został powołany w tej kadencji zespół ds. negocjacji w zakresie poz. W zakresie kompetencji Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych (Uchwała nr 15/V/2008r.), powołanej w obecnej kadencji mieści się udział w spotkaniach z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia. Dlatego też o spotkaniach w Centrali NFZ była Pani Prezes powiadamiana i proszona o udział w rozmowach. Jeśli chodzi o uczestniczenie osób – przedstawicieli Kolegium, wymienionych w piśmie tj. Pani Alicji Spaczyńskiej i Ewy Grejner, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie ma podstaw prawnych, aby na zaproszenie imienne wystosowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, zapraszać inne instytucje. Nie mniej jednak temat ten zostanie przedstawiony na najbliższym posiedzeniu Prezydium NRPIp, które odbędzie się w dniu 13 sierpnia 2008 roku, o stanowisku w tej sprawie zostanie Pani poinformowana. Proponuję zwrócić się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zapraszanie przedstawicieli Kolegium Pielęgniarek i Położnych na spotkania, przytaczając podstawy prawne i zakres działania Kolegium. W tej sprawie również osobiście interweniowałam.

IX. Wniosek o finansowanie świadczeń pielęgniarek POZ wyłącznie w oparciu o roczną stawkę kapitacyjną i nie zastępowanie takiego sposobu rozliczania systemem tzw. zadaniowym, czyli katalogiem wycenionych w punktach świadczeń pielęgniarki POZ. – odpowiedź w pkt 1.

X. Apel o prowadzenie przemyślanej polityki w zakresie organizacji kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek rodzinnych. Apel zostanie przedłożony Komisji kształcenia i doskonalenia zawodowego NRPIp, jednocześnie uprzejmie informuję, że w obecnym stanie prawnym brak jest możliwości do ograniczania prowadzenia ww. kursów.

XI. Wniosek o wzmocnienie roli, zadań i funkcji pielęgniarki rodzinnej w obszarze POZ i wprowadzenie do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w pozostałych aktach prawa powszechnie obowiązującego regulujących sytuację prawną pielęgniarek, a także w decyzjach wydawanych przez Prezesa NFZ definicji pielęgniarki rodzinnej. Wniosek przekazany do Komisji Prawa i Legislacji NRPIp, ponadto wskazane byłoby przesłanie postulatu przez Kolegium do Ministra Zdrowia co wzmocniłoby działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w tej kwestii.

XII. Wniosek o zakazie wykonywania zabiegów leczniczych (iniekcji) w gabinecie pielęgniarki POZ.

Podczas spotkania w dniu 6 maja 2008 roku, w Centrali NFZ sprawa gabinetu zabiegowego została wyjaśniona. Jednoznacznie wskazano, że obowiązek jego funkcjonowania spoczywa na lekarzu POZ. Samorząd zawodowy nie może stosować zakazów wykonywania jakichkolwiek świadczeń przez pielęgniarki i położne, ani o nie występować do innych organów, gdyż godzi to w autonomię zawodową tak często eksponowaną na wszystkich spotkaniach i przeczy idei samodzielności zawodowej. Pielęgniarki i położne w ramach obowiązujących przepisów mogą podejmować i powinny podejmować decyzję o zakresie swych działań i możliwościach wykonania tychże w oparciu o aktualną wiedzę, biorąc pod uwagę bezpieczeństwo pacjenta i własne. Problem posiadania gabinetu przez pielęgniarkę POZ był



przedmiotem rozmów z Ministrem Zdrowia oraz przedstawicielem Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Dalsze rozmowy w tej kwestii będą prowadzone w zakresie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt

medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z dnia 5 kwietnia 2006 r., Nr 56, poz. 397). Wymaga również rozstrzygnięć i nowego spojrzenia na tzw. „praktyki pielęgniarek i położnych w miejscu wezwania” ich miejsce w systemie ochrony zdrowia, eliminowanie nieprawidłowości i nadinterpretacji prawa przez zewnętrznych partnerów, w tym ubezpieczyciela i pracodawców.



Z wyrazami szacunku
Prezes
Elżbieta Buczkowska

Elżbieta Buczkowska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Fikcyjne praktyki zawodowe

Poruszenie w naszym środowisku zawodowym wzbudziła prowadzona przez prokuraturę opolską sprawa poświadczenia przez pielęgniarki nieprawdy. Opiekunki zawodowych praktyk klinicznych poświadczyły, że pielęgniarki na licencjackich studiach pomostowych odbyły praktyki zawodowe, podczas gdy w rzeczywistości studentki tych praktyk nie odbyły. Obie oskarżane strony czują się pokrzywdzone. Studiujące pielęgniarki tłumaczą swoje postępowanie tym, że praktyki kliniczne są zbędnym i niezyciowym obowiązkiem – mimo że są zgodne z przepisami, czyli rozporządzeniem ministra zdrowia z 11 maja 2004 r. dotyczącym warunków prowadzenia studiów zawodowych dla pielęgniarek i położnych, absolwentek medycznych liceów i szkół zawodowych.

Niezręczna sytuacja

Są to osoby od lat są pracujące zawodowo. Poza tym obowiązkowych praktyk klinicznych nie są w stanie odbywać w dni wolne od pracy, co stanowi duży problem organizacyjny. Opiekunki praktyk tłumaczą, że zaliczanie zajęć koleżankom o dłuższym stażu, które wprowadzały je do zawodu i przygotowywały do objęcia stanowiska pracy w szpitalu, stawia je w niezręcznej sytuacji.

Budzi to negatywne emocje; opiekunki praktyk nie czują się kompetentne, aby sprostać zadaniu, które nakłada szczegółowy program zindywidualizowanego kształcenia umiejętności praktycznych. Ten dziwny paradoks trafi na wokandę sądową i sprawa może mieć charakter rozwojowy...

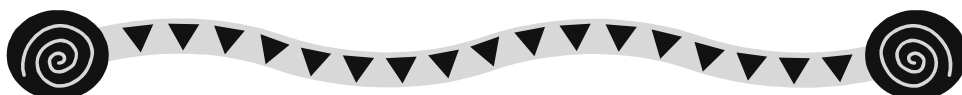
Należy ubolewać, że do tego doszło, ale wykorzystajmy to, żeby się zastanowić nad trybem uzupełniania wykształcenia do poziomu licencjata. W odczuciu nie tylko uczestników studiów pomostowych, obowiązująca obecnie ich forma jest nieadekwatna w stosunku do potrzeb systemu i oczekiwań samych zainteresowanych. Trwają one długo (4 semestry, tylko o rok krócej niż pełne zawodowe studia licencjackie) i obejmują wiele treści nieprzydatnych dla osoby o kilkukilkunastoletnim stażu zawodowym.

Byłoby lepiej, gdyby zakres i charakter treści kształcenia został indywidualnie dostosowany jako „learning contract” na podstawie standardu kształcenia dla zawodu pielęgniarki/położnej i starannej oceny kompetencji, ukończonych kursów i aktywności zawodowej osoby zainteresowanej. Charakterystyka studiowania powinna być zaakceptowana przez kandydatkę.

Zasady kształcenia i oceny. Każdy etap kształcenia teoretycznego i praktycznego powinien być zakończony oceną, składającą się z samooceny studenta i oceny nauczyciela – zgodnie z obowiązującymi kryteriami oceniania osiągnięć w toku kształcenia.

Z powyższego wyraźnie wynika, co leży u podłoża opisanego na początku nagannego zachowania. Studiująca pielęgniarka lub położna powinna aktywnie uczestniczyć w procesie własnej edukacji. Powinna też mieć możliwość negocjowania zakresu i charakteru treści kształcenia pomostowego (jego długość mogłaby być „elastyczna”) i brać udział w zajęciach teoretycznych oraz praktycznych w zakresie wspólnie z nauczycielem uznanym za użyteczny i potrzebny.

Powinna być zachęcana do poddania rzetelnej ocenie swoich umiejętności i samodzielnie określić obszary wiedzy, które szczególnie chce poznać, aby uzupełnić własne kompetencje – w końcu ona sama ma najlepszą orientację w kwestii niedostatków swojej wiedzy. Po prostu pielęgniarki należy traktować poważnie...



**NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych*Szanowni Państwo,*

Uprzejmie informuję, że Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych ze względu na duże zainteresowanie po raz drugi wydała następujące publikacje:

- **Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych pod redakcją dr Grażyny Rogali-Pawelczyk, Wyd. 2. – 25 zł + koszty wysyłki;**
- **Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym – dr Roberta Ślusarza, Wyd. 2. – 20 zł + koszty wysyłki.**

Zamówienia można przysyłać na adres korespondencyjny Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (Al. Ujazdowskie 22, lub e-mailem: izba@izbapiel.org.pl)

Zwracam się z prośbą o rozpowszechnienie informacji o możliwości zakupu publikacji wśród kadry pielęgniarskiej na terenie działania Państwa Izby, jak również zamieszczenie jej w Biuletynie Izby.

Z poważaniem

Dyrektor Biura

/-/ Lucyna Jakubowska



„Być albo nie być” pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej

Minister Pracy i Polityki Społecznej skierowała do Starostów i Prezydentów Miast pismo w sprawie zatrudnienia pielęgniarek w DPS-ach.

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, dnia 23 lipca 2008r.

Jolanta Fedak

DPS VII 073-ZG- 2/08

Pani/Pan**Starosta Powiatu/Prezydent Miasta****wszyscy***Szanowni Państwo!*

W związku z powtarzającymi się sygnałami wskazującymi na występujące nieprawidłowości w zakresie zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej dostępna do świadczeń zdrowotnych zwraca się do Państwa ponownie, z gorącym apelem o zwrócenie szczególnej uwagi i dołożenie należytej staranności w zakresie zapewnienia mieszkańcom swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 12 marca 2004r. prowadzenie i rozwój infrastruktury domów społecznej należy do zadań samorządu powiatowego. Ustawa w art. 55 wskazuje, że dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających oraz w art. 58 wskazuje, iż po stronie domu leży obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych z opłaconych między innymi przez mieszkańców domów pomocy społecznej składek zdrowotnych. Dom nie świadczy usług zdrowotnych ponieważ nie posiada stanu zakładu opieki zdrowotnej. Warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 210, poz. 2135, z zm.), aktach wykonawczych do tej ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, wydanych w oparciu o art. 102. ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy. W świetle przypisów ww. ustawy, prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje osobom przebywającym



w domach pomocy społecznej i objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym na takich samych zasadach jak świadczeniobiorcom, którzy potrzebują pomocy medycznej w warunkach domowych. Mieszkańcy domów pomocy społecznej jako osoby wymagające opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, w szczególności mogą korzystać z kontraktowanych przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa. Przysługuje im również, na ogólnych zasadach prawo do opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pragnę zaznaczyć, że NFZ, mając na uwadze fakt, iż osoby przebywające w domach pomocy społecznej wymagają częstszych porad i świadczeń diagnostycznych, w odniesieniu do tej grupy świadczeniobiorców wprowadził zwiększony współczynnik korygujący stawkę kawitacyjną lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (2,5) w sytuacji gdy przedmiotowy współczynnik korygujący dla świadczeń udzielanych ubezpieczonym, którzy nie są podopiecznymi domów pomocy społecznej, w poszczególnych grupach wiekowych przedstawia się wynosi : do 6 roku życia – 1,7; do 65 roku życia – 1,0; powyżej 65 roku życia – 1,7.

Lekarz udzielający świadczeń pacjentom zamieszkałym w domach pomocy społecznej na podstawie badania lekarskiego, posiadanej wiedzy medycznej wystawia się zlecenie lekarskie dotyczące dalszego postępowania medycznego. W przypadku zlecenia świadczeń pielęgniarских wykonywanych w domu pacjenta, świadczenia te powinny być udzielane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie ze złożoną przez świadczeniodawcę deklaracją wyboru. Osoby udzielające świadczeń (lekarze, pielęgniarki) będące bezpośrednimi realizatorami umów w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, obejmujące opieką tego samego świadczeniobiorcę zobowiązane są do współpracy w celu zapewnienia pacjentowi kompleksowej opieki medycznej. Jednocześnie uprzejmie informuję, iż od dnia 1 stycznia 2008 roku oddziały wojewódzkie NFZ zawierają również umowy na realizację świadczeń pielęgniarских POZ (zadaniowa forma finansowania), w ramach, których jedna pielęgniarka nie może obejmować pielęgniarскую opieką środowiskową więcej niż 8 podopiecznych. W konkretnym przypadku liczba świadczeniobiorców objętych opieką zależna jest od stanu pacjenta i oceny czasu pracy potrzebnego dla wykonania czynności ujętych w „Indywidualnym planie opieki w pielęgniarской opiece środowiskowej”. Świadczenia te mogą być realizowane przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej, jeśli spełniają kryteria kwalifikacyjne i zawrą kontrakt z jednostką zoz świadcząca takie usługi. Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia również dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W prowadzonych przez Fundusz postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym rodzaju, wyłaniani są świadczeniodawcy realizujący świadczenia rehabilitacyjne w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka dziennego oraz stacjonarnych. Także świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, działający na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mają możliwość realizacji tych świadczeń w domu chorego, także w domu pomocy społecznej, o ile przemawiają za tym wskazania medyczne. Świadczeniobiorcy, w tym przypadku osoby przebywające w domach pomocy społecznej, nie ponoszą kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które są przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Z uwagi na fakt, iż dom pomocy społecznej nie jest świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 cytowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma możliwości zawierania z tym podmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powszechna regulacja wynika z faktu pełnienia przez zakłady opieki zdrowotnej i domy pomocy społecznej odmiennych zadań. Zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku z zakładach opieki zdrowotnej jest wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzonych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, natomiast dom pomocy społecznej, w myśl art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, ze zm.) świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Ponadto należy zauważyć, iż domy pomocy społecznej nie zostały wskazane w zamkniętym katalogu produktów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawartych w art. 4 ustawy o zawodach opieki zdrowotnej, co wynika z faktu, iż przewidywaną przez ustawodawcę rolą domów pomocy społecznej nie jest sprawowanie funkcji leczniczych, mają one jedynie obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługującym im na podstawie odrębnych przepisów.

Przepis art. 2 ust. 2a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazuje, że w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo-wychowawczych, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. W przypadku, gdy organ założycielski DPS jest zainteresowany udzielaniem



świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza, pielęgniarki, opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego, mającego na celu zapewnienie całodobowej opieki medycznej dla pacjentów spełniających wymogi kwalifikacyjne (określone w zarządzeniu Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, ze zm.) i uzyskaniem kontraktu na przedmiotowe świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, powinien wystąpić z wnioskiem o zarejestrowanie zakładu opieki zdrowotnej do właściwego wojewody. Zakład opieki zdrowotnej może ubiegać się zgodnie z określonymi przepisami prawa zasadami, o zawarcie umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakresie świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie uprzejmie informuję, iż na gruncie obecnych regulacji prawnych dom pomocy społecznej nie jest miejscem pracy personelu medycznego, a jedynie umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń, w tym świadczeń opieki zdrowotnej.

Reasumując, pragnę zwrócić Państwa uwagę, iż finansowanie ze środków dotacji czy odpłatności mieszkańców czy ich rodzin jest przekroczeniem dyscypliny budżetowej i podlega regulacjom wynikającym z łamania dyscypliny finansów publicznych, w związku z tym należy wzmocnić działania wymuszające na Narodowym Funduszu Zdrowia objęcie mieszkańców domów pomocy społecznej świadczeń medycznych i rehabilitacyjnymi, a w przypadku odmowy do Centrali NFZ z roszczeniem finansowym wynikającym z poniesionych kosztów związanych np. z zapewnieniem świadczeń pielęgniarstkich.

Proszę wdrożenie w życie właściwych form realizacji świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej.

W przypadku odmów ze strony zakładów opieki zdrowotnej, proszę o ich przekazywanie do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.



Stanowisko Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej jest sprostowaniem informacji przesłanej w dniu 23 lipca 2008 roku do Starostów Powiatów i Prezydentów Miast".

Stanowisko MPiPS w sprawie zatrudniania pielęgniarek w domach pomocy społecznej

W dniu 23 lipca br. Minister Pracy i Polityki Społecznej przesłała pismo do Starostów Powiatów i Prezydentów Miast, w którym apeluje o podjęcie działań zmierzających do zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponieważ apel ten wywołał zaniepokojenie wśród średniego personelu medycznego zatrudnionego w domach pomocy społecznej co do możliwości ich dalszej pracy wyjaśniam:

- usługi zdrowotne winny być udzielane mieszkańcom domów pomocy społecznej na takich samych zasadach jak osobom, które potrzebują pomocy medycznej w warunkach domowych;
- w celu realizacji tej generalnej zasady od 1 stycznia NFZ winien zawierać umowy na zadaniową realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- dom pomocy społecznej może dodatkowo zatrudnić (z własnych środków) pielęgniarki, które świadczą usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o ubezpieczeniu w NFZ. Przesłana Starostom korespondencja ma na celu przypomnienie, że usługi medyczne winny być finansowane w pierwszym rzędzie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, i że istnieją możliwości prawne aby pielęgniarki już zatrudnione w domach i finansowane ze środków pomocy społecznej zawierały dodatkowo kontrakty na pielęgniarską opiekę środowiskową finansowaną z NFZ.





Poniżej zamieszczamy wypowiedź Wiceprezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbiety Garwackiej-Czachor

W związku z niepokojącymi informacjami przesyłanymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczącymi wyeliminowania pielęgniarek z domów pomocy społecznej jak również w związku z pismem Pani Jolanty Fedak – Ministra Polityki Społecznej (w załączeniu), skierowanego do Starostów Powiatu, Prezydentów Miast, uprzejmie informuję, że zwróciłam się do Ministra Pracy i Polityki Społecznej o spotkanie z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych w celu omówienia po raz kolejny zastosowania przez resort procedury „odmedycznienia” domów pomocy społecznej poprzez likwidację stanowisk pielęgniarskich.

Niedopuszczalnym jest fakt stwierdzenia w piśmie MPiPS, że „...na gruncie regulacji prawnych dom pomocy społecznej nie jest miejscem pracy personelu medycznego...”. W związku z koniecznością świadczenia usług pielęgniarskich w domach pomocy społecznej na co wskazuje ustawowa argumentacja, świadczenia te powinny być wykonywane przez osoby, które w procesie kształcenia nabyły umiejętności do ich wykonywania. Profesjonalistami od świadczeń pielęgniarskich z całą pewnością są pielęgniarki, które kończąc między innymi wyższe szkoły zawodowe w trakcie procesu kształcenia miały program co najmniej 4600 godzin obejmujący zajęcia teoretyczne i praktyczne również z opieki nad ludźmi starszymi i niepełnosprawnymi. W klasyfikacji zawodów w RP nie ma drugiego na tym poziomie zawodu przygotowującego do odpowiedzialnego wykonywania profesji w kompleksowym świadczeniu usług opiekuńczo-pielęgniarskich.

Ponadto należy zaznaczyć, iż w domach pomocy dla osób psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie szczególnego znaczenia nabiera umiejętność właściwej obserwacji, która pozwala na zareagowanie na symptomy pogorszenia stanu zdrowia, czy też ewentualne stosowanie przymusu bezpośredniego, który zgodnie z obowiązującym stanem prawnym mogą stosować osoby do tego uprawnione. W związku z powyższym, tym samym dając wyraz braku akceptacji wobec działań na rzecz wyeliminowania pielęgniarek z domów pomocy społecznej, zwracam się z uprzejmą prośbą o informację, czy na terenie działania OIPiP występuje w domach pomocy społecznej problem związany ze zmianą warunków zatrudnienia pielęgniarki na stanowisko opiekunki i konsekwencją czego jest zmniejszenie liczby etatów pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej do poziomu nie gwarantującego minimalnego bezpieczeństwa podopiecznych. Uprzejmie proszę o przesłanie powyższej informacji w **terminie do dnia 25 sierpnia 2008 roku**, jednocześnie uprzejmie proszę o promowanie zatrudnienia pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej na obszarze działania państwa Izby, szczególnie podczas spotkań z organami założycielskimi powyższych instytucji na szczeblu powiatu lub władzami samorządowymi województwa. Bardzo ważnym elementem tych rozmów powinno być informowanie starostów o konieczności profesjonalnej opieki pielęgniarskiej w tych ośrodkach. Podczas rozmów i spotkań należy również zwrócić uwagę, że ograniczanie lub świadome zawężanie dostępności mieszkańców do pełnych świadczeń w DPS-ach, nie uwzględnianie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej może tylko świadczyć o braku zainteresowania ze strony władz samorządowych ludźmi starzejącymi się, niezdolnymi do samoopieki, niesamodzielnymi.

W związku z powyższym zwracam się raz jeszcze z uprzejmą prośbą o współpracę z władzami samorządowymi z terenu OIPiP i przedstawienie im obecnej sytuacji pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej, a także braku możliwości profesjonalnej opieki pielęgniarskiej w przyszłości.

Jednocześnie uprzejmie proszę o zapoznanie się z materiałami udostępnionymi na stronach Sejmu i senatu RP:

- Dezyderatem nr 1 Sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, skierowanym do Prezesa Rady Ministrów uchwalonym w dniu 27 marca 2008 roku, w sprawie zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych osób przebywających w domach pomocy społecznej oraz placówkach zapewniających całodobową opiekę (www.sejm.gov.pl - komisje sejmowe – komisje stałe – **Komisja Polityki Społecznej i Rodziny** – prace komisji – dezyderaty)
- zapisem stenograficznym z posiedzenia w dniu 29 maja 2008 roku Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, które przedstawia rozpatrzenie odpowiedzi na dezyderat nr 1 w sprawie dostępu do świadczeń zdrowotnych osobom przebywających w domach pomocy społecznej oraz placówkach zapewniających całodobową opiekę (www.sejm.gov.pl - komisje sejmowe – komisje stałe – **Komisja Polityki Społecznej i Rodziny** – prace komisji – biuletyn – posiedzenie 29.05.2008r.)
- zapisem stenograficznym (166) z 10 posiedzenia Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej w dniu 18 marca 2008 roku (www.senat.gov.pl - prace komisji- **Komisja Rodziny i Polityki Społecznej** – wykaz posiedzeń – posiedzenie w dniu 18.03.2008r (l.p.10).

Problematyka jest na tyle istotna, że tylko Państwa wsparcie i argumentacja podczas rozmów z organami założycielskimi może spowodować ponowne umiejscowienie pielęgniarki w domach pomocy społecznej, natomiast ze swojej strony zapewniam po raz kolejny podnieść ten problem na spotkaniu z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej.

(-)Elżbieta Garwacka-Czachor



Notatka ze spotkania z Panem Jarosławem Dudą Wiceministrem Pracy i Polityki Społecznej

W dniu 17 września 2008 roku odbyło się spotkanie w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej dotyczące sytuacji pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Uczestnicy spotkania:

Jarosław Duda - Wiceminister Pracy i Polityki Społecznej,
Krystyna Wyrwicka - Dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej w MPiPS,
Zuzanna Grabusińska – doradca Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
Elżbieta Buczkowska – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Elżbieta Garwacka-Czachor – Wiceprezes NRPiP,
Ewa Obuchowska – członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wystąpiła do Pani Minister Jolanty Fedak z prośbą o spotkanie, niezwłocznie po powzięciu informacji o skierowanym przez Panią Minister piśmie do Starostów Powiatu i Prezydentów Miast (pismo z dnia 23 lipca 2008 roku znak: DPS VII 073 – ZG – 8 / 08), będących organem założycielskim dla domów pomocy społecznej.

Powyższe pismo wprowadziło niepokój wśród pielęgniarek i położnych zatrudnionych w DPS. W przedmiotowej kwestii w poszczególnych regionach kraju zostały zorganizowane przez wojewodów spotkania z Dyrektorami DPS oraz przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia, na których były omawiane problemy poruszane przez Panią Minister we wskazanym piśmie. Niestety, nie zawsze, na powyższe spotkania są zapraszani przedstawiciele Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, co dodatkowo utrudnia wyjaśnienie problemu i osiągnięcie racjonalnego porozumienia.

Z przedstawionych dotychczas informacji, jedną z kluczowych kwestii w tych dyskusjach jest kontraktowanie z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w DPS. Wiemy, że w obecnym stanie prawnym, takich możliwości jest kilka, jednak każda z tych form jest niedoskonała, niedostosowana do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców tych domów. W tej sytuacji niezbędnym się wydaje potraktowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w DPS jako „lex specialis” i wypracowanie nowego rozwiązania dla tej grupy świadczeń. Jednak powyższe rozwiązanie wymaga zgody i porozumienia kilku stron: Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wszystkie te kwestie zostały przedyskutowane na spotkaniu. W wyniku dyskusji podjęto następujące ustalenia:

- 1) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej prześle do Starostów Powiatów i Prezydentów Miast oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pismo wyjaśniające stanowisko z dnia 23 lipca 2008 roku. (Po otrzymaniu pisma przez NRPiP zostanie ono przesłane do Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych).
- 2) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej zwróci się do organizatorów spotkań regionalnych z Dyrektorami DPS, aby na powyższe spotkania zapraszano przedstawicieli Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych.
- 3) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej powoła Zespół, którego zadaniem będzie wypracowanie najbardziej racjonalnego rozwiązania dla każdej ze stron. W skład zespołu wejdą przedstawiciele: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

***Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes NRPiP***





Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Kalendarium OIPIP

20.06.2008r.

Posiedzenie Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

27.06.2008r.

Uczestnictwo Przewodniczącej ORPiP Ewy Czeczelskiej w szkoleniu wewnątrzoddziałowym w oddziale neurologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

30.06.2008r.

Spotkanie z Pełnomocnymi Przedstawicielami ORPiP w Białej Podlaskiej.

07.07.2008r.

Udział Ewy Czeczelskiej w spotkaniu Komisji Kształcenia NRPiP w Warszawie.

16.07.2008r.

Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarek: Marii Dobrowolskiej i Beaty Jarockiej, odbywających przeszkolenie w WSzS w Białej Podlaskiej.

30.07.2008r.

Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Marioli Kulickiej, odbywającej przeszkolenie w WSzS w Białej Podlaskiej.

04.08.2008r.

Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.

07.08.2008r.

Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Agnieszki Augustyniak, odbywającej przeszkolenie w SP ZOZ w Międzyrzecu Podlaskim.

08.08.2008r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

25.08.2008r.

Przewodnicząca uczestniczy w posiedzeniu Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPiP w Warszawie.

28.08.2008r.

Ewa Czeczelska – Przewodnicząca ORPiP uczestniczy w posiedzeniu w Urzędzie Wojewódzkim w Lublinie, w sprawie sytuacji pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej.

4-5.09.2008r.

Konferencja naukowo-szkoleniowa „Aspekty prawne wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej” – uczestnictwo: Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej – **Janina Dziedzic-Płanda**.

8-10.09.2008r.

Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Miętnem, uczestniczą: Ewa Czeczelska i Anna Kaliszuk.

17.09.2008r.

Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.

19.09.2008r.

Posiedzenie Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

25.09.2008r.

Posiedzenie komisji konkursowej – „Pielęgniarka Roku 2008r.” OIPiP w Białej Podlaskiej.

Notatka ze spotkania

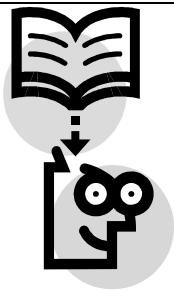
Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych z Wicewojewodą Lubelskim Henryką Strojnowską

W dniu 28 sierpnia 2008 roku na prośbę Przewodniczących Okręgowych rad Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie z Wicewojewodą Lubelskim dotyczące sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Podczas spotkania analizowano skutki jakie mogą dotknąć pielęgniarki, jak również mieszkańców DPS-ów, wynikające z treści zawartych w piśmie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 lipca 2008r. skierowanego do Starostów Powiatu i Prezydentów Miast. Ogólnie treść pisma wskazuje na odmedyczenie domów pomocy społecznej.

W trakcie spotkania przewodniczące OIPIP poprosiły Panią Wicewojewodę o przekazanie i wsparcie stanowisk pielęgniarek na spotkaniach w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej oraz powołanie Zespołu, którego zadaniem będą prace nad możliwością wprowadzenia świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w DPS-ach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ewa Czeczelska
Przewodnicząca OIPIP
w Białej Podlaskiej



REGULAMIN KORZYSTANIA ZE ZBIORÓW BIBLIOTECZNYCH OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

§1

Postanowienia ogólne

Udostępnianie zbiorów bibliotecznych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej odbywa się według zasad ustalonych w niniejszym regulaminie

§2

Zbiory biblioteki

1. Biblioteka gromadzi i udostępnia księgozbiór z dziedzin wiedzy i nauki medycznej
2. Biblioteka prowadzi i udostępnia czytelnikom zbiory czasopism i materiałów bibliotecznych
3. Biblioteka prowadzi katalog komputerowy i kartoteki
4. Biblioteka może wykorzystywać dane osobowe czytelników do użytku wewnętrznego

§3

Korzystanie z biblioteki

1. Korzystanie ze zbiorów biblioteki jest bezpłatne
2. Zbiory biblioteczne udostępniane są w następujących formach: prezentacyjnie (na miejscu) oraz w formie wypożyczeń bezpośrednich
3. Przy zapisie czytelnik powinien okazać:
 - dowód osobisty, legitymację studencką
 - wypełnić i podpisać kartę zapisu, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych i zobowiązanie o przestrzeganiu regulaminu
4. Czytelnik zobowiązany jest informować Bibliotekę o zmianie nazwiska, miejsca zamieszkania, zmianie numeru telefonu

§4

Udostępnianie zbiorów na miejscu

1. W biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej czytelnik może korzystać z księgozbioru podręcznego i czasopism dostępnych bezpośrednio lub za pośrednictwem pracownika OIPiP
2. Przed opuszczeniem biblioteki, czytelnik pozostawia książki w wyznaczonym miejscu

§5

Wypożyczanie

1. Czytelnik może wypożyczyć jednorazowo do 5 książek
2. Książki wypożyczane są na okres 21 dni
3. Biblioteka może przedłużyć termin zwrotu wypożyczonej książki, jeżeli nie ma na nią zapotrzebowania ze strony innych czytelników o kolejne 7 dni
4. Termin zwrotu może być przedłużony tylko jeden raz
5. Jeżeli książka jest aktualnie wypożyczona przez innych czytelników istnieje możliwość rezerwacji
6. Czytelnik ma prawo do informacji o książkach, pomocy w doborze literatury, korzystania z katalogów i zbiorów

§6

Poszanowanie i zabezpieczanie książek

1. Czytelnik zobowiązany jest do poszanowania książek. Zauważone uszkodzenia winny być zgłaszane bibliotekarzowi
2. Za zgubienie, niszczenie książki odpowiada czytelnik
3. Wypożyczający, który zgubi lub zniszczy wypożyczone materiały biblioteczne zobowiązany jest odkupić takie same materiały, lub w porozumieniu z pracownikiem odkupić materiały o podobnej wartości i tematyce
4. W przypadku nieuregulowania zobowiązania opisanego w ust. 3 wypożyczający uiszcza ekwiwalent pieniężny w wysokości ceny inwentarzowej zagubionej lub zniszczonej pozycji, nie mniej jednak niż 30zł.

§7

Przetrzywanie książek

1. Za przetrzymywanie książek ponad termin określony w § 5 ust. 2 i 3 pracownik Okręgowej Izby wysyła pisemne upomnienie,
2. Wypożyczający, który otrzyma upomnienie zobowiązany jest do wniesienia opłaty w wysokości 4 zł w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

§8

Skargi i wnioski

1. Czytelnik nieostający się do przepisów niniejszego regulaminu może być czasowo, a w przypadkach szczególnych na stałe pozbawiony prawa korzystania z usług biblioteki
2. Decyzję w w/w przypadku podejmuje pracownik biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Czytelnikowi przysługuje prawo odwołania się do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

§9

Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia



Zamieszczamy sprostowanie do Sprawozdania finansowego OIPI, który ukazał się w Nr 2/66/2008. W poprzedniej wersji nie został zawarty bilans otwarcia na 2008r.

**SPRAWOZDANIE FINANSOWE OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
ZA 2007 ROK - PLAN NA 2008R**

Lp.	Wyszczególnienie	Plan na 2007r. po zmianach	Wykonanie za 2007 r.	Plan na 2008
	Bilans otwarcia na 1 stycznia 2008			124 762,06
	I WPLYWY	230 000,00	271 534,62	284 000,00
1	Planowana dotacja	30 000,00	25 531,14	30 000,00
2	Dochód ze składek	190 000,00	230 001,76	240 000,00
3	Inne wpływy (zezwolenia na kształcenie, zezwolenia na prowadzenie IPP, Sponsorzy, itp)	10 000,00	16 001,72	14 000,00
	II WYDATKI NA DZIAŁALNOŚĆ IZBY	118 500,00	127 521,15	156 600,00
1	Wynagrodzenia osobowe brutto	49 000,00	52 177,13	70 200,00
2	ZUS składki emerytalno - rentowe i FP	11 000,00	11 032,47	16 400,00
3	Bezosobowy fundusz płac	33 500,00	32 265,00	42 300,00
4	Świadczenia urlopowe	1 100,00	1 206,90	1 600,00
5	Delegacje	700,00	777,09	1 000,00
6	Materiały i wyposażenie	4 000,00	11 916,15	5 400,00
	- materiały biurowe	1 700,00	1 795,53	1 600,00
	- wyposażenie i amortyzacja	500,00	8 174,02	1 600,00
	- środki czystości	100,00	142,30	200,00
	- prasa i poradniki	1 700,00	1 804,30	2 000,00
7	Usługi obce	4 500,00	4 652,34	4 600,00
	- usługi telekomunikacyjne	4 000,00	4 200,94	4 000,00
	- naprawa sprzętu	500,00	451,40	600,00
8	Czynsz za wynajem	13 200,00	12 047,97	13 500,00
9	Pozostałe koszty (prowizja bankowa, inne)	1 500,00	1 446,10	1 600,00
	III WYDATKI NA DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWĄ	81 500,00	50 518,45	97 400,00
1	Fundusz zapomogowy	6 000,00	5 900,00	6 000,00
2	Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego	49 950,00	18 154,61	66 000,00
3	Komisja Informacji	6 000,00	4 220,13	6 500,00
4	NRPIP - 6% składek	11 400,00	13 800,00	14 400,00
5	Koszty Zjazdu	6 550,00	6 569,46	3 000,00
6	Komisja Rewizyjna	100,00	76,00	100,00
7	Koszty Posiedzeń Okręgowej Rady i Prezydium	1 000,00	1 327,45	1 000,00
8	Koszty nieprzewidziane	500,00	470,80	400,00
	IV DOTACJA – ZADANIA PRZEJĘTE OD ADMINISTRACJI PAŃSTWOWEJ	30 000,00	28 507,28	30 000,00
1	Prawo wykonywania zawodu	6 600,00	6 621,79	6 600,00
2	Prowadzenie rejestru pielęgn. i położn.	19 900,00	19 874,99	20 000,00
3	Czynności związane z orzekaniem	800,00	311,20	800,00
4	Czynności związane z post. sądowym	600,00	25,00	600,00
5	Ośrodek edukacyjno-informacyjny	2 100,00	1 674,30	2 000,00
	Ogółem wydatki II + III + IV	230 000,00	206 546,88	284 000,00



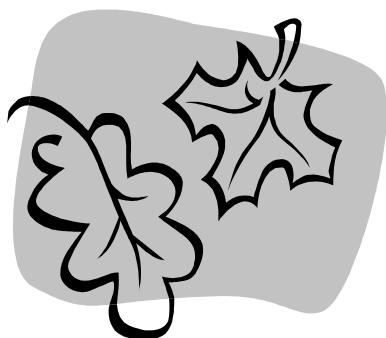
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje

Poniżej zamieszczamy wykaz ofert wykonawczych złożonych w postępowaniu i otwartych w dniu 29.08.2008 roku na cykl kształcenia pielęgniarek i położnych na studiach pomostowych rozpoczynających się w roku 2008/2009

<i>L.p</i>	<i>NAZWA I ADRES WYKONAWCY</i>	<i>CENA OFERTY WYKONAWCZEJ I SEMESTRU /OSOBĘ [PLN]</i>	<i>OFEROWANA LICZBA MIEJSC</i>	<i>OFEROWANA CENA CAŁKOWITA [PLN]</i>
1	WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU ul. Wojska Polskiego 161, 18-400 Łomża	1650,-	80	132 000,-
2	UNIwersytet HUMANISTYCZNO- PRZYRODNICZY ul. Żeromskiego 5, 25-369 Kielce	1775,-	160	284 000,-
3	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Nowy Świat 4, 62-800 Kalisz	1800,-	110	198 000,-
4	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Grodzka 19, 48-300 Nysa	1800,-	50	90 000,-
5	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów	1800,-	80	144 000,-
6	WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA ul. Rząsawska 40, 42-209 Częstochowa	1845,-	150	276 750,-
7	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA Rynek 1, 38-400 Krosno	1900,-	50	95 000,-
8	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Staszica 1, 33-300 Nowy Sącz	1900,-	50	95 000,-
9	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Narutowicza 9, 06-400 Ciechanów	1900,-	50	95 000,-
10	WYŻSZA SZKOŁA UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH ul. 1 Maja 10, 28-400 Pińczów	1900,-	80	152 000,-
11	WYŻSZA SZKOŁA GOSPODARKI KRAJOWEJ ul. Lelewela 7, 99-300 Kutno	1900,-	50	95 000,-
12	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska	1950,-	50	97 500,-
13	RADOMSKA SZKOŁA WYŻSZA ul. Zubrzyckiego 2, 26-600 Radom	1950,-	100	195 000,-
14	AKADEMIA POMORSKA ul. Arciszewskiego 22 a, 76-200 Słupsk	1971,-	50	98 550,-
15	WYŻSZA SZKOŁA PLANOWANIA STRATEGICZNEGO ul. Kościelna 6, 41-303 Dąbrowa Górnicza	1980,-	130	257 400,-
16	WYŻSZA SZKOŁA BIZNESU I PRZEDSIĘBIORCZOŚCI ul. Akademicka 12, 27-400 Ostrowiec Świętokrz.	2000,-	50	100 000,-
17	WSH-E W ŁODZI, WYDZ. ZAMIEJSC. W W- WIE, ul. Wilcza 9, 00-538 Warszawa	2050,-	50	102 500,-



18	UNIwersytet Mikołaja Kopernika ul. Gagarina 11, 87-100 Toruń	2050,-	150	307 500,-
19	WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ ul. Chłapowskiego 13, 59-220 Legnica	2089,-	130	271 570,-
20	WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI ul. Akademicka 4, 22-400 Zamość	2095,-	50	104 750,-
21	ELBLĄSKA UCZELNIA HUMANISTYCZNO- EKONOMICZNA. ul. Lotnicza 2, 82-300 Elbląg	2099,-	100	209 900,-
22	UNIwersytet Medyczny ul. Fredry 10, 61-701 Poznań	2100,-	270	567 000,-
23	AKADEMIA POLONIJA ul. Pułaskiego 4/6, 42-200 Częstochowa	2100,-	50	105 000,-
24	WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA ul. Wojska Polskiego 6, 41-200 Sosnowiec	2100,-	100	210 000,-
25	PAŃSTWOWA MEDYCZNA WYŻSZA SZKOŁA ZAW. ul. Katowicka 68, 45-060 Opole	2100,-	140	294 000,-
26	WARSZAWSKI UNIwersytet Medyczny ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa	2100,-	270	567 000,-
27	UNIwersytet Warmińsko-Mazurski ul. Oczapowskiego 2, 10-957 Olsztyn	2100,-	14	29 400,-
28	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZK. INFORM. I PRZEDSIĘB. ul. Poznańska 141 b, 18-400 Łomża	2107,-	50	105 350,-
29	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Teofila Noniewicza 10, 16-400 Suwałki	2114,-	50	105 700,-
30	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Podchorążych 10, 64-920 Piła	2121,-	50	106 050,-
31	AKADEMIA TECHNICZNO-HUMANISTYCZNA ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała	2150,-	80	172 000,-
32	UNIwersytet Jagielloński C M ul. św. Anny 12, 31-008 Kraków	2171,-	92 (z oferowanych 178) *	199 732,- (z oferowanej 386 438,-)
Łącznie			2 936	5 862 652,-



Strony, które warto odwiedzić

- www.izbapiel.org.pl – strona Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- www.oipip-bp.pl – strona Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
- www.pielęgniarki.info.pl - Portal Pielęgniarek i Położnych
- www.ptp.na1.pl - strona Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- www.frpp.org.p – Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego



KONFERENCJE I SZKOLENIA

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej pośredniczy w rozpowszechnieniu informacji nt: - bezpłatnego szkolenia komputerowego dla mieszkańców województwa lubelskiego.

Być może jest wśród nas pielęgniarka lub położna, która chciałaby posiadać wiedzę z zakresu znajomości obsługi komputera.

Jest okazja! zachęcamy

Bezpłatne szkolenia komputerowe dla mieszkańców województwa lubelskiego

Systema Sp. z o.o. zaprasza na bezpłatne szkolenia komputerowe dla mieszkańców województwa lubelskiego, które odbędą się w okresie od września 2008 r. do końca lutego 2009 r.

Trwa nabór na BEZPŁATNE szkolenia komputerowe w ramach projektu "Obsługa komputera – najlepsza inwestycja w siebie". Rekrutacja trwa od lipca do grudnia 2008 r.

Uczestnikami mogą być osoby, które:

- ukończyły 45 rok życia;
- są zatrudnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno – prawnej;
- zamieszkują na terenie województwa lubelskiego;
- posiadają co najwyżej średnie wykształcenie.

Szkolenia są bezpłatne. Obejmują 16 spotkań realizowanych poza godzinami pracy w wybranych przez uczestników miejscach Lubelszczyzny, w grupach 8-osobowych. Sale są przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Wymagane dokumenty zgłoszeniowe to: formularz zgłoszeniowy, ankieta, kopia dowodu osobistego, zaświadczenie o zatrudnieniu (nie starsze niż miesiąc), w przypadku osób niepełnosprawnych – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ orzekający.

Zgłoszenia prosimy wysyłać pod adresem:

Systema Sp. z o.o.
ul. 1 Maja 5, 33-300 Nowy Sącz
z dopiskiem: Rekrutacja „Najlepsza inwestycja w siebie”

Szczegółowe informacje są dostępne po numerami

telefonów: Nowy Sącz: (18) 547 11 55

Lublin: (81) 534 39 00

oraz na stronie www.inwestycjawsiebie.pl

Oferujemy 2 typy bezpłatnych szkoleń komputerowych:

- A. podstawowe – dla osób początkujących (160 miejsc)
- B. ukierunkowane na zdobycie certyfikatu ECDL (80 miejsc)

DECYDUJE KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ!

Projekt "Obsługa komputera – najlepsza inwestycja w siebie" jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

PORÓD NA OSTRZU NOŻA – O ASPEKTACH MEDYCZNYCH, PSYCHOLOGICZNYCH I SPOŁECZNYCH CESARSKIEGO CIĘCIA

Serdecznie zapraszamy na XIV konferencję szkoleniową.

Konferencja odbędzie się w dniach 18- 19 listopada 2008 r. w Warszawie
Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN, ul. Księcia Trojdena 4

Koszt uczestnictwa: 320 PLN (w tym: materiały konferencyjne, udział w sesjach i 2 warsztatach, lunch w dn. 18 i 19 listopada, przerwy kawowe, certyfikat).

Formularze i opłaty przyjmujemy do 15 października 2008. Liczba miejsc ograniczona. W przypadku dużej liczby chętnych decyduje kolejność zgłoszeń (formularz i opłata).

Formularz prosimy przesłać na adres: Fundacja Rodzić po Ludzku, ul. Nowolipie 13/15, 00-150 Warszawa lub fax. (22) 887 78 76 w. 69

Wpłaty wyłącznie na konto Fundacji: 33 1370 1037 0000 1701 4032 4000 z dopiskiem „opłata konferencyjna”

Szczegółowe informacje na www.rodzicpoludzku.pl lub nr tel. (22) 887 78 76 w. 40



Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego „NOSTRUM” w Białej Podlaskiej

Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego „NOSTRUM” w Białej Podlaskiej uwzględniając zapotrzebowanie ZOZ-ów i środowiska planuje realizację następujących form kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

- Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie **pielęgniarstwa opieki długoterminowej**
- Kurs specjalistyczny- **Szczepienia ochronne- dla pielęgniarek**
- Kurs specjalistyczny- **Leczenie ran – dla pielęgniarek.**

Kształtowanie prowadzone będzie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych /Dz. U. Nr 197 poz. 1923/ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego /Dz. U. Nr 210, poz. 1540/.

Kursy kończą się wydaniem zaświadczenia dającego uprawnienia do samodzielnego wykonywania zadań niezbędnych dla zapewnienia skutecznej opieki położniczej lub pielęgniarskiej. Kolejne edycje wszystkich rodzajów form doskonalenia zawodowego realizowane będą zgodnie z istniejącym zapotrzebowaniem środowiska i napływającymi zgłoszeniami.

Planowane rozpoczęcie kursów i orientacyjna cena kursów wynosi:

- Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie **pielęgniarstwa opieki długoterminowej**
27 września 2008 – 1400 zł.
- Kurs specjalistyczny- **Szczepienia ochronne- dla pielęgniarek**
24 października 2008 – 350 zł.
- Kurs specjalistyczny- **Leczenie ran – dla pielęgniarek**
10 października 2008 – 400 zł.

Zwracam się z prośbą o przekazanie niniejszej informacji środowisku pielęgniarek, a także będę wdzięczna za przekazanie informacji o ewentualnym zapotrzebowaniu na innego rodzaju formy i tematy szkolenia.

*Prezes
Anna Kaliszuk*

Humor jest zawsze dobry
Humor jest zawsze dobry

Do pacjenta po poważnej operacji podchodzi pielęgniarka i pyta:

- Jak się pan czuje?
- Dobrze
- Ale widzę że jest pan czymś wyraźnie zaniepokojony.
- Noo tak...
- Czym?
- Pewnym słowem chirurga podczas operacji.
- Co to za słowo?
- Ups!

■■■■■■■

Prosty człowiek, pierwszy raz w szpitalu - operacja, ścisła dieta, kroplówka trzy dni, potem kleik - dopadł go straszny głód.

Wchodzi pielęgniarka i pyta:

- Podać panu kaczkę?
- O tak, kochana i całą miskę frytek!



DZIAŁ PRAWNY §

Informacja dotycząca czasu pracy pielęgniarek zatrudnionych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pracowni Tomografii Komputerowej.

**MINISTERSTWO ZDROWIA
DEPARTAMENT
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Warszawa 11 lipca 2008 r.

Informacja dotycząca czasu pracy pielęgniarek zatrudnionych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pracowni Tomografii Komputerowej.

Zgodnie z art. 32g ust. 3 pkt 1 oraz ust. 5 ustawy z 31 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) czas pracy pracowników komórek organizacyjnych zatrudnionych m. in. pracowniach radiologii, stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodobowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przy czym, powyższy czas pracy stosuje się do tych pracowników, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

- a) stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, a w szczególności: wykonujących badania lub zabiegi, asystujących lub wykonujących czynności pomocnicze przy badaniach lub zabiegach, obsługujących urządzenia zawierające źródła promieniowania lub wytwarzające promieniowanie jonizujące, lub **wykonujących czynności zawodowe bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych**, lub,
- b) prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł promieniowania jonizującego, lub,
- c) dokonywanie pomiarów dozymetrycznych promieniowania jonizującego związanych z ww. działalnością.

Mając na uwadze, iż tomografia komputerowa jest rodzajem tomografii rentgenowskiej, czas pracy pielęgniarek zatrudnionych w pracowni Tomografii Komputerowej, które w ramach swoich podstawowych obowiązków wykonują czynności polegające m. in. mierzeniu pacjentowi ciśnienia przed badaniem lub na podawaniu dożylnie kontrastu za pomocą strzykawki automatycznej, powinien wynosić **nie więcej niż 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodobowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym**. Oznacza to, iż pielęgniarki, aby mogły skorzystać z uprawnień w postaci skróconego wymiaru czasu pracy, powinny być zatrudnione w pracowni radiologicznej i wykonywać swoje obowiązki w zakresie, o którym mowa w art. 32g ust. 5 *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*. Warto zaznaczyć, iż w doktrynie prawniczej przyjęte jest stanowisko, iż uregulowania zawarte w art. 32g *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* (odnoszące się do ograniczonego wymiaru czasu pracy), dotyczą wyłącznie pracowników zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej (publicznych i niepublicznych). Uregulowania te nie mają jednak zastosowania do pracowników zatrudnionych u lekarzy prowadzących indywidualną lub grupową praktykę lekarską. W związku z powyższym, w odniesieniu do pracowników (np. pielęgniarek) zatrudnionych u lekarzy prywatnie praktykujących mają zastosowanie przepisy Działu 6 Kodeksu pracy, dotyczące czasu pracy.

Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych

Młodość jest przesycona przyszłością, wiek dojrzały terażniejszością a starość przeszłością.
Antoni Kepiński



Państwowy Inspektor Pracy wyjaśnia zawilości art. 59a stawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej dotyczącego obowiązku przeznaczenia 40 % wzrostu zobowiązania na wynagrodzenia pracowników.

**Pani
Dorota Gardias
Przewodnicząca
Zarządu Krajowego OZZPiP**

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na Pismo w sprawie przepisu art. 59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej uprzejmie wyjaśniam, co następuje :

W związku z obowiązkiem wykonywania czynności nadzorczo – kontrolnych przez inspektorów pracy w zakresie realizacji obowiązku określonego w art. 59a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007r. nr 14, poz. 89 ze zm.) pojawiły się wątpliwości interpretacyjne dotyczące kwalifikowania prawnego aneksów i ugód zawieranych pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej i Narodowym Funduszem Zdrowia w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń zawartej przez Fundusz ze świadczeniodawcą w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń. Zgodnie z art. 59a ust. 1 ww. ustawy, w przypadku wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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 zobowiązany do przeznaczenia nie mniej niż 40 % kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie, na wzrost wynagrodzeń dla osób zatrudnionych w tym zakładzie. Wobec użytego przez ustawodawcę pojęcia „umowa” powstało pytanie, czy kwoty zwiększające kwotę zobowiązania NFZ na podstawie aneksów czy też zawartej ugody przez Narodowy Fundusz Zdrowia z tytułu nadwykonań stanowią wzrost kwoty zobowiązania, rodzący obowiązek przeznaczenia 40 % tegoż wzrostu na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w zakładzie.

Z tych powodów pismem z dnia 7 sierpnia 2008r. znak: GPP-306-072-28/08 poleciłem wstrzymać wydawanie środków prawnych regulujących nieprawidłowości w tym zakresie. Po konsultacji z Ministrem Zdrowia informuję o następującym stanowisku przesłanym do wszystkich Okręgowych Inspektoratów Pracy:

Zarówno aneksy, jak i ugody powodujące wzrost kwoty na którą opiewa umowa należy traktować jako wzrost kwoty zobowiązania, o którym mowa w art. 59a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Wypada przy tym podkreślić, że ugoda ma charakter umowy i jako taka wiąże strony postanowieniami w niej zawartymi.

**Z poważaniem
Roman Giedrojć**

Opinia prawna w sprawie prowadzenia indywidualnej praktyki pielęgniarskiej w zakładzie opieki zdrowotnej.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj.z 2001r. Dz. U. Nr 57, poz.602 ze zm.) nie zakazuje wprost indywidualnej praktyce pielęgniarskiej, położnej wykonywania świadczeń zdrowotnych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jednakże analiza przepisów ustawy oraz przepisów wykonawczych w powyższym zakresie, wskazuje na brak możliwości wykonywania świadczeń przez pielęgniarkę, położną w formie indywidualnej praktyki w zoz.

W przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej wyłącznie w miejscu wezwania zwrócić należy uwagę na przepis art. 25 ust, 4 pkt 2 ustawy o zawodach, który jednoznacznie stanowi, że pielęgniarka, położna, wykonująca indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu pacjenta.



Powyższy przepis wskazuje na miejsce wykonywania świadczeń na rzecz pacjenta, którym jest miejsce jego zamieszkania lub miejsce stałego pobytu. Należy zatem wysnuć wniosek, iż w wykonywanie pielęgniarskich, położniczych świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania nie może mieć miejsca w oddziale szpitalnym, chociażby z tego względu, że szpital nie jest miejscem stałego pobytu lub miejscem zamieszkania pacjenta.

Natomiast, w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej art.25 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodach nakazuje pielęgniarsce, położnej posiadać pomieszczenie wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny, w którym będzie wykonywana praktyka, oraz opinię państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych. Opinia powiatowego inspektora sanitarnego o spełnieniu wymogów winna odnosić się do gabinetu pielęgniarki, położnej, do którego pielęgniarka, położna posiada tytuł prawny (własność, najem, użyczenie itp.), a nie do pomieszczenia, w którym wykonywane są usługi medyczne przez zakład opieki zdrowotnej. Innymi słowy opinia powiatowego inspektora sanitarnego winna zawierać wprost wskazanie gabinetu pielęgniarki, położnej. Brak jest natomiast przesłanek do stwierdzenia, że gabinet zlokalizowany w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym pielęgniarki, położne wykonują zabiegi, jest wyłącznie gabinetem, w którym pielęgniarka, położna wykonuje swoją praktykę, na rzecz swoich, a nie szpitala pacjentów. Tym bardziej, że Minister Zdrowia wydał w powyższym zakresie odrębne rozporządzenie z dnia 15 marca 2006r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 56, poz. 397), które jest aktem wykonawczym do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Nie bez znaczenia pozostaje również przepis art. 1 ust. 5 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), który stanowi, że w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Odrębną kwestią związaną bezpośrednio z wykonywaniem indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej jest obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, nałożony na te podmioty przepis art. 20 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W powyższym zakresie obowiązuje aktualne rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 147, poz. 1437), odnośnie dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej zastosowania mają zupełnie inne przepisy prawa, mianowicie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 z późn. zm.)

Iwona Chromańska

Zmiany w rentach, emeryturach i ochronie zdrowia

Przed ukończeniem wieku emerytalnego pracę będą kończyć wyłącznie osoby uprawnione do emerytur pomostowych. Aby od stycznia weszła reforma systemu ochrony zdrowia, posłowie powinni przyjąć do grudnia pięć projektów ustaw. Reforma emerytalna i ochrony zdrowia wzbudza ogromne kontrowersje i nie wiadomo, w jakim kształcie przyjmie je Sejm. Reforma emerytalna i ochrony zdrowia wzbudza ogromne kontrowersje i nie wiadomo, w jakim kształcie przyjmie je Sejm.

Reforma emerytalna i systemu ochrony zdrowia

Posłowie po wakacyjnej przerwie rozpoczną m.in. prace nad projektami ustaw koniecznych do dokończenia reformy emerytalnej oraz nad tymi, które mają wprowadzić w życie reformę systemu ochrony zdrowia. O ile zmiany w ochronie zdrowia mogą być nieco odsunięte w czasie (choć będzie to dla rządu kosztowne politycznie), o tyle trzy ustawy kończące reformę emerytalną - regulująca prawo do wcześniejszego kończenia aktywności

zawodowej, sposób wypłaty świadczeń z II filaru oraz zmianę sposoby przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy - muszą wejść w życie od stycznia 2009 r.

W Sejmie szykuje się więc gorąca jesień, tym bardziej że te dwa zagadnienia wzbudzają sporo kontrowersji. Poniżej omawiamy projekty rządowych ustaw mających regulować te kwestie, które już trafiły lub w najbliższym czasie trafią do Sejmu.

PRACE W SEJMIE

Minimalne wynagrodzenie zamiast zera
Pracownicy, którzy nie mogą udowodnić wysokości zarobków w poszczególnych latach pracy, będą mogli wystąpić o ponowne przeliczenie rent, emerytur oraz kapitału początkowego. Posłowie przygotowali projekt ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zgodnie z nim podstawą wymiaru składki za ten okres, w którym



zainteresowany nie może przedstawić wiarygodnego dla ZUS dokumentu potwierdzającego wysokości zarobków, będzie kwota najniższego wynagrodzenia w danym roku. Z takiej możliwości będą mogli korzystać pracownicy, którzy posiadają świadectwa pracy oraz inne dokumenty potwierdzające zatrudnienie na etacie. Rząd popiera takie rozwiązanie, bo rozwiązuje ono problem osób, za których pracodawca zapłacił składki. W przypadku pracowników zatrudnionych na cały etat podstawa wymiaru tych składek nie mogła być niższa od najniższej płacy co najmniej od 1956 roku. Posłowie podkreślają, że obecnie obowiązujące przepisy zezwalające ZUS na wpisywanie zera w miejsce dochodu pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę, w sytuacji gdy ten nie ma dokumentów potwierdzających wysokość zarobków, muszą być zmienione. Autorzy projektu podkreślają, że pracownik, który nie ze swojej winy nie może udowodnić faktycznej wysokości zarobków, powinien mieć możliwość zaliczenia całego okresu opłacania składek. Po wejściu w życie nowelizacji osoby zainteresowane będą same musiały złożyć wniosek o ponowne przeliczenie renty, emerytury lub kapitału początkowego, wskazując okres, którego przeliczenie ma dotyczyć.

KOGO DOTYCZA ZMIANY

Osoby, które nie z własnej winy nie mogą udowodnić wysokości zarobków, będą mogły ponownie ubiegać się o przeliczenie rent, emerytur oraz kapitału początkowego.

Wypłaty emerytur z OFE

Projekty ustaw o emeryturach kapitałowych i o funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych mają uregulować sposób wypłaty pieniędzy gromadzonych w OFE. Rząd proponuje, aby kobieta w wieku 60-65 lat miała za środki w OFE wypłacaną tzw. emeryturę okresową. Jeśli przejdzie na emeryturę, mając np. 62 lata, będzie mieć wypłacane dożywotnie świadczenie z I filaru, a za pieniądze z OFE otrzyma emeryturę okresową. Wypłaci ją fundusz, do którego należy. Świadczenie to zostanie wyliczone na podstawie tablic trwania życia wspólnych dla mężczyzn i kobiet. Emerytura okresowa ma być waloryzowana jak świadczenie z I filaru. Jeśli jednak klient OFE nie zgromadzi w II filarze kapitału równego 20-krotności zasiłku pielęgnacyjnego (obecnie 3263 zł), nie nabędzie prawa do emerytury okresowej. Wtedy jego kapitał z OFE trafi do ZUS, powiększając emeryturę z I filaru. Osoba 65-letnia będzie przenosić zgromadzony w OFE lub pozostały po wypłacie emerytury okresowej kapitał do odrębnego zakładu emerytalnego. Ten przyniesie jej świadczenie dożywotnie (też obliczane na podstawie wspólnych tablic). Ofertę zakładów będzie przedstawiał ZUS. Emeryci będą wykupywać w zakładach wyłącznie dożywotnią emeryturę indywidualną. Nie będzie więc ani emerytury małżeńskiej, ani z tzw. gwarantowanym okresem płatności. Ma być jednak wprowadzona trzyletnia gwarancja wypłaty. Ma pozwolić na zwrot części składek w sytuacji, gdy przyszedł emeryt umrze w ciągu trzech lat od przejścia na emeryturę.

- Kwota zwrotu będzie maleć z upływem trzyletniego okresu, a po jego upływie środki, za które emeryt wykupi dożywotnie świadczenia, nie będą dziedziczone - tłumaczy Agnieszka Chłoń-Domińczak, wiceminister pracy i polityki społecznej.

Rząd w zamian za rezygnację z emerytury małżeńskiej chce utrzymać obecne rozwiązanie dotyczące rent rodzinnych. Jeśli więc na przykład mężczyzna umrze w wieku 67 lat i zostawi małżonkę, która nie pracowała, to będzie ona mieć prawo do 85 proc. jego emerytury

zarówno z I, jak i II filaru. Emerytury z dwóch filarów będzie dostarczać ZUS.

KOGO DOTYCZA ZMIANY

13,6 mln członków OFE, a zwłaszcza 2,5 tys. kobiet, które zyskają prawo do emerytur z OFE już w 2009 roku.

Renty kapitałowe

Od 1 stycznia 2009 r. wysokość nowych emerytur będzie zależeć od sumy składek zgromadzonych na koncie w OFE i ZUS. Zmiany te powodują konieczność wprowadzenia nowych mechanizmów ustalania rent z tytułu niezdolności do pracy, gdyż pozostawienie obecnych mechanizmów spowoduje, że byłyby wyższe niż nowe emerytury. Rządowy projekt zakłada, że podstawę obliczenia rent z tytułu niezdolności do pracy dla osób urodzonych po 1948 roku będzie stanowił suma zwaloryzowanych składek na ubezpieczenie emerytalne i kapitału początkowego. Rząd proponuje, aby wprowadzić okres przejściowy, w którym renty byłyby obliczane tzw. metodą mieszaną, czyli częściowo według starych, a częściowo według nowych zasad. Metoda ta byłaby stosowana do obliczenia renty dla osób, które wniosły o to świadczenie zgłoszą w latach 2009-2013. Równocześnie zachowano ochronę osób, które nie mogą dalej pracować zawodowo. Ze względu na fakt, że przy obliczaniu renty według nowej formuły nie uwzględnia się okresów nieskładkowych, rząd zaproponował, aby w tym przypadku staż ubezpieczeniowy był uzupełniany do pełnych 30 lat, a nie do 25 lat, jak obecnie. Jednocześnie nowelizacja zakłada, że renta z tytułu niezdolności do pracy nie ulegałaby zmniejszeniu lub zawieszeniu z tytułu osiągnięcia przychodów z pracy.

KOGO DOTYCZA ZMIANY

Osób ubiegających się od nowego roku o rentę z tytułu niezdolności do pracy.

KIEDY WEJDZIE W ŻYCIE

1 stycznia 2009 r.

Przekształcenia szpitali

Z punktu widzenia świadczeniodawców projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest najważniejszy z całego pakietu ustaw reformujących system ochrony zdrowia. Zgodnie z nim od stycznia przyszłego roku wszystkie placówki medyczne działające obecnie jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ) będą miały rok na przekształcenie się w spółki prawa handlowego. Jeżeli tego nie zrobią, nie będą mogły skorzystać z finansowej pomocy państwa, m.in. z umorzenia tzw. zobowiązań publicznoprawnych czyli takich, jakie placówki medyczne mają wobec ZUS czy fiskusa. Na ten cel ma być zarezerwowane w przyszłorocznej ustawie budżetowej 2,7 mld zł. Przepisy dotyczące uruchomienia programu oddłużeniowego mają się znaleźć w innym projekcie tzw. ustawie wprowadzającej ustawy z zakresu ochrony zdrowia (druk sejmowy nr 294). Wbrew wcześniejszym zapowiedziom, w nowo powstałych spółkach nie będzie określonego minimalnego limitu udziałów należących do samorządów czy akademii medycznych.

KOGO DOTYCZA ZMIANY

884 świadczeniodawców działających w formie SP ZOZ, pacjentów.

KIEDY WEJDZIE W ŻYCIE

1 stycznia 2009 r.



Dodatkowe ubezpieczenia

Prace nad projektem ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym zostały zawieszona w maju. Jak zapewnia Marek Twardowski, wiceminister zdrowia, jeszcze w tym miesiącu zostaną przedstawione poprawki do projektu.

- Wymaga on gruntownych zmian, ale wykluczam, że zostanie zastąpiony całkiem nowym projektem ustawy - mówi wiceminister zdrowia.

Zgodnie z nim, pacjenci mieliby możliwość wykupienia dwóch rodzajów ubezpieczenia – komplementarnego i suplementarnego. Te pierwsze mają być tańsze i gwarantować dofinansowanie do tych świadczeń, które mają być (część z nich już jest) częściowo odpłatne. Wykupienie tego typu ubezpieczenia nie będzie dawało prawa do wyższego standardu opieki czy możliwości ustalenia dobrowolnego terminu przeprowadzenia zabiegu. Takie przywileje będą miały te osoby, które zdecydują się na wykupienie ubezpieczenia suplementarnego, które będzie jednak droższe.

KOGO DOTYCZĄ ZMIANY

Świadczeniodawców, pacjentów, firm ubezpieczeniowych.

KIEDY WEJDZIE W ŻYCIE

1 stycznia 2009 r.

13,6 mln osób należy do OFE

139,2 mld zł jest na rachunkach w OFE

Rzecznik Praw Pacjenta

Projekt ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta ma przede wszystkim zebrać w jeden akt prawny wszystkie przepisy dotyczące przestrzegania praw pacjenta, które obecnie są opisane w kilkudziesięciu różnych ustawach. Projekt przewiduje również przyznanie im nowych praw. Jednym z nich jest możliwość domagania się zwołania dodatkowego konsylium lekarskiego w sytuacji, gdy pacjent nie zgadza się z opinią lekarza prowadzącego.

Ponadto projekt zakłada powołanie nowej instytucji Rzecznika Praw Pacjenta. Miałyby on być jednostką niezależną, chociaż działającą przy Ministerstwie Zdrowia. Rzecznik mógłby kierować sprawy do sądu oraz być stroną w postępowaniu. Jego powołanie ma wzmocnić pozycję pacjenta, który dochodzi swoich praw. W Biurze Rzecznika ma pracować 100 osób, a jego zorganizowanie w 2009 roku ma kosztować budżet 100 mln zł.

KOGO DOTYCZĄ ZMIANY

Placówek medycznych, pacjentów, organów dochodzących praw pacjentów.

KIEDY WEJDZIE W ŻYCIE

1 stycznia 2009 r.

Pracownicy medyczni

Projekt ustawy o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej, w którym znalazły się przepisy dotyczące zasad wynagradzania i czasu pracy lekarzy, pielęgniarek, położnych i techników medycznych wzbudza bardzo dużo kontrowersji. Ci ostatni nie chcą się np. zgodzić na wydłużenie ich czasu pracy. Obecnie technicy pracują 5 godzin na dobę. Projekt ustawy zakłada, że będzie to 7 godzin i 35 minut. Wprowadzenie nowych regulacji oznacza, zdaniem przedstawicieli techników medycznych, że przynajmniej 1/3 z nich może stracić pracę. Dlatego postawie chcą wprowadzić okres przejściowy dla nowych przepisów.

- Czas pracy techników medycznych będzie dłuższy, ale dopiero od 1 stycznia 2010 r. - mówi Damian Raczkowski, członek sejmowej Komisji Zdrowia.

Kolejną kwestią, która wzbudza kontrowersje, jest propozycja zmian w ustalaniu limitów zatrudniania w

placówkach medycznych. Zgodnie z projektem miałyby one być ustalane przez dyrektorów placówek medycznych. Na takie rozwiązanie nie zgadzają się pielęgniarki i położne. W czasie zeszytygodniowych rozmów przedstawicieli związków zawodowych pielęgniarek i położnych z rządem ustalono, że w zamian za poparcie dla przekształceń placówek ochrony zdrowia w spółki limity zatrudnień pracowników będzie w dalszym ciągu ustalał minister zdrowia.

KOGO DOTYCZĄ ZMIANY

Pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

KIEDY WEJDZIE W ŻYCIE

1 stycznia 2009 r. Przepisy dotyczące czasu pracy techników medycznych - 1 stycznia 2010 r.

PRACE W MINISTERSTWACH

Koszyk świadczeń zdrowotnych

Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt nowelizacji tzw. ustawy zdrowotnej, która określa zasady wskazywania świadczeń zdrowotnych, która mają być finansowane lub nie ze środków NFZ. Stanowi ona podstawę do budowania tzw. pozytywnego i negatywnego koszyka świadczeń zdrowotnych. Proponowane przepisy upoważniają Agencję Oceny Technologii Medycznych (AOTM) do wszczynania postępowania w sprawie zakwalifikowania świadczenia zdrowotnego jako gwarantowanego lub nie. To ona będzie rekomendować ministrowi zdrowia świadczenia zdrowotne, które powinny być opłacane przez Fundusz.

KOGO DOTYCZĄ ZMIANY

NFZ, świadczeniodawców, pacjentów, firm ubezpieczeniowych.

KIEDY WEJDZIE W ŻYCIE

1 stycznia 2009 r.

Decentralizacja NFZ

Z projektu ustawy dotyczącej decentralizacji NFZ wynika, że w styczniu 2010 r. zostanie podzielony na siedem funduszy. Ich główne siedziby będą znajdować się w największych miastach - Warszawie, Wrocławiu, Poznaniu, Łodzi, Krakowie, Katowicach i Gdańsku. Obecne oddziały NFZ wejdą w całości do nowych funduszy, które przejmą wszystkie umowy i kontrakty ze świadczeniodawcami. W

pierwszym etapie reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych pacjenci nie będą mogli wybrać funduszu.

Zostaną automatycznie przypisani do właściwego ze względu na swoje miejsce zamieszkania. Rok później, czyli od 2011 roku, regionalne fundusze będą mieć możliwość podpisywania kontraktów z placówkami medycznymi z całego kraju. Świadczeniodawcy będą mogli zawierać umowy z kilkoma płatnikami. Natomiast pacjenci uzyskają pełną dowolność w wyborze ubezpieczyciela. W ostatnim etapie zmiany systemu ubezpieczeniowego, czyli w 2012 roku, obok funduszy publicznych zaczną działać ich prywatni odpowiednicy. Wówczas pacjenci będą mogli całkowicie zrezygnować z publicznego systemu i wpłacać składkę zdrowotną do prywatnego ubezpieczyciela.

KOGO DOTYCZĄ ZMIANY

NFZ, świadczeniodawców, pacjentów,

KIEDY WEJDZIE W ŻYCIE

W etapach - w latach 2009-2012

Autorzy: Dominika Sikora, , Bożena Wiktorowska, , Bartosz Marczuk Źródło: GP Artykuł z dnia: 2008-09-02



Informacje PTP

STANOWISKA PTP, PRZYJĘTE PODCZAS IX KONGRESU PIELĘGNIAREK POLSKICH

Stanowisko

PTP w sprawie wykorzystania wizerunku oraz symboli zawodów pielęgniarki i położnej w mediach
Wyrażamy swoje oburzenie wobec coraz częstszego wykorzystywania wizerunku pielęgniarki i położnej oraz symboli tych zawodów/munduru i czepka/ w mediach, zwłaszcza do celów reklamowych jednak też nie związanych z sektorem usług zdrowotnych. Najczęściej są one przedstawiane w sposób daleki od szacunku dla zawodów o bogatej, pięknej historii i tradycji, spełniających wielkie zadania społeczne: ochronę zdrowia i życia człowieka. Uważamy, iż Komisja Etyki mediów oraz każdy przedsiębiorca powinien wnikliwie analizować przygotowywane do emisji programy celem wyeliminowania obrazów i treści godzących w naszą godność zawodową.

Tłó: Zawód pielęgniarki i położnej są zawodami zaufania publicznego. Realizowanie czynności zawodowych wymaga zaufania i poczucia bezpieczeństwa ze strony każdego obywatela i pacjenta. Zaburzenie właściwej relacji pielęgniarka/położna – pacjent może wpłynąć na zakłócenie współpracy z chorym.

Stanowisko

PTP w sprawie wspólnego działania na rzecz rozwoju zawodu przez organizacje pielęgniarskie
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego inicjuje i popiera działania na rzecz rozwoju zawodu, które konsolidują, jednoczą, umacniają wszystkie organizacje pielęgniarskie. Idea zrzeszenia się pielęgniarek i współpracy na świecie i w Europie zainicjowana została przez przywódczynię ruchu zawodowego, pionierki nowoczesnego pielęgniarstwa i edukacji pielęgniarek w XIX wieku; i rozwijana w kolejnych stuleciach. Aktualnie w Polsce działa 20 organizacji zawodowych pielęgniarek i położnych. Intensywna współpraca wszystkich organizacji umożliwi szybsze osiągnięcie pożądanej, zgodnej ze standardami jakości opieki, oraz wspólnych celów. Ułatwi osobistą integrację, i zespołowe współdziałanie. Solidaryzowanie się organizacji pielęgniarskich wzmocni ich siłę i da im wsparcie i możliwości doradztwa w walce o prawa grupy zawodowej i prawa odbiorcy usług pielęgnacyjnych i edukacyjnych. Uświadomi także rządowi, oraz przedstawicielom administracji państwowej, pacjentów, służby zdrowia, stowarzyszeń i korporacji zawodowych potrzebę ciągłego dialogu, wzajemnego szacunku, budowania wspólnej strategii, poszukiwania dróg kompromisu.

Jedność skłoni również do wspólnej, pogłębionej refleksji i namysłu nad celami pielęgniarstwa w nowym stuleciu, i dzielącymi nas różnicami, oraz stworzy nową szansę na rozwój zawodu i organizacji pielęgniarskich wynikającą z poczucia wspólnoty.

Stanowisko

PTP w sprawie protestów pielęgniarskich

Uznajemy wszelkie, uzasadnione formy protestu zmierzające do poprawy warunków pracy i bytu pielęgniarek i położnych z wyjątkiem strajku z opuszczeniem chorego, pozbawieniem go opieki i narażeniem na niebezpieczeństwo. Tę formę protestu traktujemy jako niezgodną z etyką pielęgniarską.

Tłó: Pielęgniarki mają prawo do bezpiecznego środowiska pracy, które gwarantuje bezpieczne wykonywanie zadań dla bezpieczeństwa pacjentów. Badania naukowe wykazały związek między „Przyjaznym środowiskiem pracy”, a satysfakcją zawodową pielęgniarek. Im większa satysfakcja zawodowa pielęgniarek tym większa satysfakcja pacjentów ze świadczonej opieki.

„Przyjazne środowisko pracy” wg Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) charakteryzuje się: Polityką kadrową opartą na zatrudnianiu, ale i utrzymywaniu kadry pielęgniarskiej, strategią ustawicznej edukacji - kształcenia podyplomowego jako przejawu awansowania pracownika; odpowiednim, w stosunku do wykonywanej pracy, Wynagrodzeniem pracownika; wypracowaną strategią motywowania i wynagradzania pracowników wystarczającym zaopatrzeniem i wyposażeniem w sprzęt umożliwiający bezpieczne wykonywanie zadań; oraz gwarantowanym bezpieczeństwem wykonywania pracy. Każdy pracownik ma prawo do bezpiecznych oraz przyjaznych warunków pracy, umożliwiających bezpieczne wykonywanie zadań i zadowolenie z wykonywanej pracy. Pielęgniarki/położne potrzebują właściwego środowiska pracy dla odpowiedniej jakości pracy; Brak ludzi, zasobów i/lub odpowiednich struktur mogą powodować konflikt między zawodową odpowiedzialnością pielęgniarek a MOŻLIWOŚCIĄ odpowiedniego zabezpieczenia właściwej opieki nad pacjentem. Model Kristensa (1999) dla społecznego i psychicznego dobrostanu – 6 kategorii stresorów w relacji – jednostka lub organizacja.:

1. odpowiednia liczba osób (zasobów ludzkich) – ich brak powoduje m.in. napięcia w pracy;
2. wysoki poziom przewidywalności dla zagwarantowania bezpieczeństwa w miejscu pracy;



3. dobre społeczne wsparcie od kolegów, od zarządzających oraz dostęp do edukacji permanentnej i możliwości zawodowego rozwoju;
4. ważna społeczna praca – zawodowa tożsamość;
5. wysoki poziom oddziaływania – autonomia zawodu, przywództwo;
6. równowaga pomiędzy wkładem pracy a nagradzaniem (wynagradzanie, uznanie, nagradzanie)

Stanowisko PTP w sprawie bezpieczeństwa pacjentów

Bezpieczeństwo pacjenta jest niezbędne dla uporządkowania i doprecyzowania kultury bezpieczeństwa w całym systemie ochrony zdrowia. Uczestnicy systemu powinni być świadomi kiedy i gdzie oraz jak eliminować błędy oraz niesprzyjające okoliczności ich powstawania. Rozwój kultury organizacyjnej dla bezpieczeństwa, w którym personel oraz pacjenci pracują razem dla wypracowania wiedzy i modeli dobrej praktyki jak zapobiegać błędom oraz niesprzyjającym okolicznościom ich powstawania, przyniesie korzyści nie tylko w Polsce, w krajach UE lecz także na całym świecie. Kompleksowość systemu ochrony zdrowia wymaga systematycznego zwiększenia komunikacji, koordynacji, kontynuacji oraz ustawicznej edukacji, a także rozwoju zarządzania dostosowanego do rozwoju nowoczesnych technologii w medycynie. Zależy to od pracy personelu zatrudnionego w sektorze ochrony zdrowia, który powinien posiadać umiejętności oraz wiedzę w tym zakresie. PTP popiera działania Światowej Organizacji Zdrowia, Światowego Sojuszu na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów, Rady Europy oraz Międzynarodowej Rady Pielęgniarek zmierzające do zapewnienia pacjentowi wysokiego poziomu bezpieczeństwa.

Podkreślamy, że bezpieczeństwo pacjentów obejmuje działania o szerokim zakresie, i jest jednym z priorytetów w odniesieniu do jakości opieki zdrowotnej i w pielęgniarstwie. Wskazuje także znaczącą rolę personelu pielęgniarskiego w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w palcówkach podstawowej opieki zdrowotnej i na kolejnych etapach opieki zdrowotnej. Pielęgniowanie jest nierozdzielnie związane z bezpieczeństwem pacjentów. Praca w trudnych warunkach, niedostatek ułatwień ergonomicznych, brak projektów i przystosowania do możliwości pracownika wyposażenia technicznego i udogodnień oraz niewystarczająca liczba personelu zwiększa ryzyko popełniania błędów. PTP zaniepokojone jest brakiem projektów poprawy bezpieczeństwa pacjentów zawierających elementy dobrej praktyki pielęgniarskiej oraz brakiem środków warunkujących bezpieczne zaspakajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów jak również niewystarczającą liczbą przeszkolonego personelu. Ten negatywny stan pogłębiają czynniki związane z wystąpieniem błędów oraz zdarzeń niepożądanych (powikłań, urazów) spowodowanych przeważnie przez personel ochrony zdrowia, oraz niewłaściwa motywacja i niewystarczające umiejętności techniczne personelu wynikające z

niewystarczającej motywacji do podnoszenia kwalifikacji zawodowych (brak możliwości korzystania z urlopów szkoleniowych, zauważalny brak uczestnictwa pracodawcy w kosztach szkoleń oraz wysoki koszt szkoleń przy niskich wynagrodzeniach). W nawiązaniu do powyższych zagrożeń zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia o uznanie w polityce zdrowotnej państwa bezpieczeństwa pacjentów, jako naczelnego priorytetu oraz opracowanie systemowych i legislacyjnych rozwiązań w kontekście obowiązujących standardów postępowania. Tło: Jak wynika z badań prowadzonych w USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii czy Australii, personel pielęgniarski odgrywa znaczącą rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom. Raport Agencji Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości przy Departamencie Zdrowia i Usług Społecznych w USA sporządzony w marcu 2007 r. wskazuje, iż każdy dodatkowy pacjent na 1 pielęgniarkę w przypadku, gdy sprawuje opiekę nad 4 pacjentami w oddziale chirurgicznym to:

1. 7 % wzrost prawdopodobieństwa zgonu w okresie 30 dni od chwili przyjęcia
2. 7 % wzrost zakończonej niepowodzeniem akcji reanimacyjnej
3. w przypadku pacjentów z AIDS pozyskanie dodatkowej pielęgniarki na osobodzień powodowało 50 % spadek śmiertelności w ciągu 30 dni ich pobytu; natomiast wyższa proporcja godzin i wyższa liczba pielęgniarek, a tym samym zwiększenie stopnia opieki na osobodzień to:

- niższe współczynniki zakażeń dróg moczowych
- krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego
- zapaleń płuc
- wstrząsów i zatrzymań akcji serca

Badania, które objęły ponad 700 szpitali i ponad 43 tys. Pielęgniarek, pokazały, że tam gdzie przypada większa liczba pacjentów na jedną pielęgniarkę, tam też istnieje większa śmiertelność i zachorowalność, więcej błędów w sztuce i niekorzystnych zdarzeń, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych. Od 11% do 13% hospitalizowanych pacjentów cierpiało z powodu odleżyn, których leczenie kosztowało od 40 do 70 tys. Dolarów za każdego pacjenta. Wysoka liczba personelu pielęgniarskiego związana była ze zmniejszeniem od 2 do 25% zdarzeń niepożądanych, wynikających z procesu leczenia. W innym badaniu wykazano zdolność między liczbą pacjentów przypadających na 1 pielęgniarkę a czasem pobytu w szpitalu. W przypadku oddziału Intensywnej Opiek badania wykazały zależność między małą liczbą pielęgniarek opiekujących się pacjentami a zdarzeniami niepożądanymi. W przypadku, gdy na oddziale na 1 pielęgniarkę przypadł 1 pacjent lub 2 pacjentów w tym oddziale występowało znacznie mniej komplikacji niż w oddziałach, gdzie na 1 pielęgniarkę przypadało 3 lub 4 pacjentów. Badania te dowodzą jednoznacznie kierunku w jakim powinny być podejmowania działania zarządzających ochroną zdrowia.



REFERATY

*„Nikt bowiem nie jest pewny
kiedy los przetrzuci go na drugą stronę
tego szeregu prowadzącego od pełnej
sprawności do miejsca niemocy i bezradności.”
Jan Szczepański*

PODSTAWOWE INFORMACJE O POLSKIM SYSTEMIE ORZECZNICTWA

Sytuacja osób niepełnosprawnych oraz system orzecznictwa obowiązujący w Polsce. W naszym kraju żyje około 5.5 miliona osób niepełnosprawnych (wobec ogółu 38.654.000 mieszkańców). Za osobę niepełnosprawną uważa się:

- Osobę, u której obiektywnie stwierdzono całkowitą lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla danego wieku, w tym czynności zawodowych i wydano na tej podstawie odpowiednie orzeczenie (osoby niepełnosprawne prawnie),
- Osobę, która nie posiada orzeczenia, ale odczuwa całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność wykonywania czynności podstawowych (osoby niepełnosprawne biologicznie).

Powyższe rozróżnienie stosowane jest w spisach powszechnych. Według najnowszego spisu powszechnego z 2002 roku w Polsce (które na ogół sporządza się w Polsce co 10 lat) jest 4.450.000 osób, które uzyskały prawny status osoby niepełnosprawnej (stopniu niepełnosprawności oraz/lub niezdolności do pracy/grupie inwalidzkiej) oraz 1.600.000 osób, które uważają się za osoby niepełnosprawne. Wsparcie państwa, zapisane w ustawach i innych aktach prawnych, należy się jedynie osobom, których niepełnosprawność jest potwierdzona orzeczeniem wydanym przez właściwy organ.

W Polsce najczęstsze przyczyny niepełnosprawności to: schorzenia układu krążenia (43,9%), uszkodzenia narządów ruchu (42,7%) oraz schorzenia neurologiczne (26,2%). Osoby doświadczające choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej stanowią 3% wszystkich osób niepełnosprawnych.

Świadczenia społeczne (renty, emerytury i zasiłki) są głównym źródłem dochodu dla 84 % osób niepełnosprawnych. Praca stanowi główne źródło utrzymania tylko dla 8 % populacji. Taka sama liczba osób (8%) nie posiada żadnych własnych środków na przeżycie i pozostaje na utrzymaniu innych osób.

W Polsce obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa o niepełnosprawności. Są one regulowane odrębnymi ustawami i prowadzone przez różne instytucje:

- **orzecznictwo do celów rentowych** - prowadzone przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i komisje lekarskie ZUS. Należy pamiętać, że orzecznictwo rentowe prowadzą także lekarze rzeczoznawcy i komisje lekarskie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz komisje lekarskie podległe MON i MSWiA. Lekarz orzecznik kwalifikuje osobę jako:

- częściowo niezdolną do pracy, gdy w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji;
- całkowicie niezdolną do pracy, jeśli utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy;
- niezdolną do samodzielnej egzystencji, gdy stwierdzono u niej naruszoną sprawność organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Podstawa prawna: (Ustawa z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. z 2004r.,Nr.39,poz.353 z późn.zm.; Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004r.w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, Dz.U. z 2004.,Nr 273,poz.2711.)

- **orzecznictwo do celów pozarentowych** – prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Osoba może mieć orzeczoną:
 - lekki stopień niepełnosprawności. Zalicza się do niego osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu ze zdolnością, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością



psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

- umiarkowany stopień niepełnosprawności. Zalicza się do niego osobę o naruszonej sprawności organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

- znaczny stopień niepełnosprawności. Zalicza się tu osoby o naruszonej sprawności organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do niej jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. (oraz)

- osoby, które nie ukończyły 16 roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewlekłym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku

Podstawę prawną stanowi: Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 1997 r., Nr 123, poz. 776 z późn. zm.; Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, Dz. U. z 2003 r., Nr 139, poz. 1328; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia, Dz. U. z 2002 r., Nr 17, poz. 162).

Od 1 września 1997r.zmieniły się zasady orzekania o niepełnosprawności. Przeszły funkcjonować komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (popularne KIZ). Nie ma już I, II, III grupy inwalidzkiej, ale osoby które przed wejściem w życie ustawy zaliczono do jednej z grup, pozostały osobami niepełnosprawnymi oraz zachowały nabyte uprawnienia jeżeli orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup nie utraciło mocy lub nie zostało zmienione.

ORZECZNICTWO RENTOWE A ORZECZNICTWO POZARENTOWE

Dawny system orzecznictwa	Do celów rentowych orzeczenie lekarza orzecznika ZUS/ komisji lekarskiej	Do celów pozarentowych orzeczenie powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
I grupa inwalidzka	niezdolność do samodzielnej egzystencji	znaczny stopień niepełnosprawności
II grupa inwalidzka	całkowita niezdolność do pracy	umiarkowany stopień niepełnosprawności
III grupa inwalidzka	częściowa niezdolność do pracy	lekki stopień niepełnosprawności

Orzeczenia lekarza orzecznika ZUS oraz Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności nie są względem siebie równorzędne. Czyli np. orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy = orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, ale ten znak równości działa tylko w jedną stronę. Wynika z tego, że orzeczenia wydane przez zespół, traktuje się na równi z orzeczeniami wydanymi przez ZUS bez konieczności ponownego orzekania, ale tylko do celów poza świadczeniami rentowymi. **Jednak na podstawie orzeczenia wydanego przez Zespół nie można ubiegać się o rentę w instytucji ubezpieczenia społecznego. W tym przypadku znak równości nie działa.**

Uwaga: Orzeczenie o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności nie stanowi przeciwwskazania do podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy.

mgr Maria Nazaruk



Idea kształcenia ustawicznego wśród pielęgniarek i położnych

Kształcenie oznacza proces i składające się na niego czynności, które na celu mają intelektualny i moralny rozwój człowieka, jego uzdolnień, zdolności, przekonań, zainteresowań, postaw, oraz rozwój pożądaných kwalifikacji zawodowych. Kształcenie jest elementem personalnego systemu mającego na celu uzupełnienie wiedzy, umiejętności i kompetencji, które niezbędne są do prawidłowego wykonywania zadań na obecnym i przyszłym stanowisku pracy.

Koncepcja kształcenia ustawicznego stanowi głęboki wydzźwięk humanistyczny, a co za tym idzie staje się jednym z głównych składników intensywnie rozwijającej się pedagogiki humanistycznej. Ta idea stawia w centrum zainteresowania człowieka oraz jego działalność rozwojową, która trwa tak długo, jak długa jest jego egzystencja. Wskazuje na konieczność stworzenia człowiekowi optymalnych warunków do całościowej edukacji, która prowadzi do wysokiego poziomu ogólnego i zawodowego rozwoju. Punktem wyjścia w idei kształcenia ustawicznego jest przekonanie, że zdobywanie wiedzy oraz rozwój człowieka nie kończą się wraz z ukończeniem nauki.

Uczestnictwo w oświacie dorosłych jest środkiem do lepszego rozumienia świata i sprawniejszego w nim działania po to, by człowiek mógł osiągnąć cenne dla siebie wartości. Im szerszą gamę wartości można osiągnąć przez kształcenie, tym większe jest zainteresowanie tą kategorią zadań edukacyjnych w społeczeństwie.

Aktywność edukacyjna człowieka jest funkcją trzech elementów:

- cenionych przez niego wartości
- oczekiwań, że kształcenie się jest skuteczną metodą ich osiągania
- przeświadczenie, że zadania programu kształcenia mieszczą się w granicach jego kompetencji.

Kształcenie ustawiczne zawiera trzy podstawowe elementy:

- 1) Jest główną zasadą, ideą procesów kształcenia się osób dorosłych
- 2) Jest kształceniem dalszym po ukończeniu szkoły obowiązkowej. Ten element rozumieć należy jako doskonalenie umiejętności już posiadanych, zdobywanie nowej wiedzy oraz rozwijanie posiadanej, a także jako rozwijanie własnej osobowości
- 3) Jest to całe życiowe nastawienie na kierowanie własnym losem.

Zasadą kształcenia ustawicznego jest zachowanie ciągłości procesu uczenia się, co z jednej strony zapewnia stały rozwój, z drugiej zaś chroni przed zdezaktualizowaniem zdobytej wiedzy. Edukacja człowieka powinna przebiegać wielopłaszczyznowo w systemie kształcenia szkolnego, uniwersyteckiego oraz w systemie pozaszkolnej oświacie dorosłych i samokształceniu. Kształcenie ustawiczne obejmuje cały system szkolny oraz oświatę równoległą, kształcenie osób dorosłych i wychowanie w środowisku. Głównym zadaniem tego rodzaju edukacji jest wychowanie nowego typu człowieka, który charakteryzuje się twórczym i dynamicznym stosunkiem do życia i kultury, potrafiącego doskonalić samego siebie, ulepszać warunki życia dla dobra społeczeństwa.

Idea uczenia się osób dorosłych, edukacja permanentna, kształcenie ustawiczne jest kluczowym zagadnieniem w dobie kształtowania się społeczeństwa informacyjnego. Bieżące doskonalenie zawodowe i aktualizowanie ich jest koniecznym warunkiem by nadążyć za tempem zachodzących zmian i radzić sobie w przekształcającej się rzeczywistości. Pojawiające się nowe umiejętności zawodowe są niezbędne by utrzymać zatrudnienie, pozostać aktywnym człowiekiem, uniknąć marginalizacji oraz osiągnąć i otrzymać wysoki poziom życia.

Kształcenie związane z doskonaleniem zawodowym przewidziane jest dla pielęgniarek i położnych, które posiadają formalne kwalifikacje zawodowe, potwierdzone dyplomem. Celem takiego rodzaju kształcenia jest opanowanie umiejętności, wyraźnie przekraczających umiejętności podstawowe, które niezbędne są do uzyskania prawa wykonywania zawodu. Pielęgniarki i położne łączą najczęściej zdobywanie wiedzy z pracą zawodową.

Kształcenie, nauczanie ma dynamiczny charakter. Współczesne zadania związane z wykonywaniem zawodu oraz niezbędne do ich wykonywania kwalifikacje odnoszą się do sfery umiejętności zawodowych, wiedzy, szczególnych predyspozycji oraz cech osobowości. Struktura tych wielu elementów składa się na kategorię wartości społecznej zawodu, który obdarzony jest powszechnym uznaniem. Zawód pielęgniarki i położnej zaliczony jest do zawodów zaufania publicznego. Aktualny oraz przyszły rozwój pielęgniarstwa jako samodzielnej naukowo, zawodowo i organizacyjnie dziedziny nauki, wiedzy i praktyki zależeć będzie od działalności dydaktyczno-naukowej, standardów, zarządzania oraz systemu kształcenia ustawicznego w Polsce.

W odniesieniu do pielęgniarek i położnych ideę edukacji ustawicznej należy rozpatrywać jako proces ciągłego doskonalenia wiedzy, umiejętności i cech osobowości przez cały okres działalności zawodowej. W tej strategii rozwoju kształcenia ustawicznego wpisuje się wdrażany system



podyplomowego doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, obejmujący szkolenie specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne i kursy doształcające.

Obowiązek doskonalenia zawodowego pielęgniarki nałożony jest przez art.10b. ust.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który stanowi, iż pielęgniarka i położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawa do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego, został wzmocniony art.18 który określa zasady wykonywania zawodów, stwierdzając że: pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2007 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia wyszczególnia 22 specjalizacje z różnych dziedzin dla pielęgniarek oraz 7 dla położnych .

Wyróżniono w art. 10c. ust. 1. Ustawy następujące rodzaje kształcenia podyplomowego:

1)szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”

2)kursy kwalifikacyjne,

3)kursy specjalistyczne,

4)kursy doształcające.

1.Szkolenie specjalizacyjne – specjalizacja, zostało określone jako rodzaj kształcenia podyplomowego, który na celu ma nabycie przez pielęgniarki, położne specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa i uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie.

2.Kurs kwalifikacyjny - zdefiniowany został jako rodzaj kształcenia podyplomowego, który na celu ma uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji.

3.Kurs specjalistyczny – rodzaj kształcenia podyplomowego mający na celu uzyskanie przez pielęgniarkę bądź położną kwalifikacji niezbędnych do wykonywania określonych czynności zawodowych przy realizacji świadczeń zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych i leczniczych.

4.Kurs doształcający- jest to rodzaj kształcenia mający na celu aktualizację oraz pogłębianie wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki bądź położnej

W tymże artykule (Art. 10c) omawianej ustawy określono również tryb prowadzenia zajęć, mianowicie wyróżniono tryb dzienny, zaoczny, wieczorowy, eksternistyczny, mieszany.

Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania jest to dział pielęgniarstwa środowiskowego, które realizowane jest w różnych placówkach oświatowo – wychowawczych. Jednocześnie jest ogniwem systemu opieki medycznej nad uczniem i wychowankiem, jest to część medycyny i higieny szkolnej, a także podstawowej opieki zdrowotnej. Główne cele tego pielęgniarstwa zawierają się w działaniach jego przedstawicieli, czyli pielęgniarek szkolnych oraz wiążą się z ich współdziałaniem z różnymi organizacjami, instytucjami i społecznościami mającymi na celu:

1.Przygotowanie uczniów, wychowanków do świadomego promowania własnego zdrowia, głównie przez realizowanie edukacji zdrowotnej adresowanej do uczniów ich rodziców i opiekunów,

2.Zapobieganie występowaniu oraz zmniejszenie zaburzeń w zdrowiu, rozwoju uczniów/wychowanków, a także zmniejszenie skutków tych zaburzeń,

3.Tworzenie środowiska nauczania i wychowania, które sprzyja zdrowiu wszystkich osób tworzących społeczność tego środowiska.

Celem tego szkolenia jest przygotowanie pielęgniarki szkolnej do roli lidera w działaniach związanych z opieką nad uczniem w środowisku nauczania i wychowania. Uzyskanie umiejętności w ramach kształcenia specjalizacyjnego umożliwiają pielęgniarcie organizowanie i koordynowanie działań mających na względzie zdrowie ucznia. W działania te powinni być zaangażowani przedstawiciele różnych organizacji i struktur związanych z funkcjonowaniem szkoły. Należy do nich także inicjowanie nowych elementów opieki pielęgniarstwiej nad uczniem w celu podnoszenia poziomu opieki, a także zwiększenia efektywności świadczeń zdrowotnych skierowanych do wszystkich członków społeczności szkolnej. Ukończenie opisywanej formy kształcenia daje możliwość szkolenia, oraz nadzorowania pielęgniarek pracujących w środowisku nauczania i wychowania, jak również uczestniczenie w badaniach naukowych, a także inicjowanie badań, których celem jest opis zjawisk istotnych dla pielęgniarstwa szkolnego.

mgr Iwona Frączek

**„Kto nabytą wiedzę pielęgnuje,
a nową bez ustanku zdobywa,
ten może być nauczycielem innych”**

Konfucjusz

Konflikty w organizacji

Nie ma zbiorowości ludzkich wolnych od konfliktów, a wyeliminowanie ich nie jest ani możliwe, ani pożądane. Konflikt jest stałym elementem funkcjonowania organizacji a rozwiązywanie konfliktów jest integralną częścią skutecznego zarządzania. Badania pokazują, że przeciętny menedżer poświęca dziennie 20% swojego czasu próbując zaradzić konfliktom. Choć konflikt jest czymś normalnym w środowisku pracy, ważne jest, aby szybko rozpoznać i pokonać szkodliwy aspekt konfliktu, co więcej, spróbować wyszukać korzyści jakie mogą pojawić się w tej trudnej sytuacji.

Konflikt można definiować jako proces, w którym jedna ze stron podejmuje świadome wysiłki zmierzające do udaremnienia dążeń drugiej strony poprzez blokowanie osiągnięcia przez nią celów lub blokowanie działań w jej interesie

Konflikt w organizacji oznacza spór dwóch lub więcej członków albo grup, wynikający z konieczności dzielenia się ograniczonymi zasobami albo pracami lub zajmowania odmiennych pozycji, różnych celów, wartości lub spostrzeżeń. Członkowie czy działy organizacji w trakcie sporu dążą do tego, by ich sprawa lub punkt widzenia przeważyły nad sprawą czy punktem widzenia innych (wg. J. Stoner i Ch. Wankel)

Cechy sytuacji konfliktowej:

- w konflikcie występują co najmniej dwie strony,
- strony konfliktu są od siebie wzajemnie zależne,
- konflikt zaczyna się w momencie gdy co najmniej jedna ze stron spostrzeża, że jej cele, zadania, wartości lub zachowania są sprzeczne z działaniami, wartościami lub celami drugiej strony,
- strony wzajemnie blokują i utrudniają realizację celów a przynajmniej jedna ze stron
- konflikt wynika z postrzeganej a nie obiektywnie istniejącej niezgodności
- konfliktowi towarzyszą silne emocje .

Rodzaje konfliktów

Biorąc pod uwagę organizację można wskazać pięć typów konfliktów:

1. **Konflikt wewnętrzny** występuje wówczas, gdy dana osoba nie wie jakiej pracy się od niej oczekuje, gdy niektóre wymagania dotyczące jej pracy są sprzeczne albo kiedy oczekuje się od niej więcej, niż uważa, że jest w stanie zrobić.
2. **Konflikt między poszczególnymi osobami** w tej samej organizacji przypisuje się często różnicom osobowości. Na ogół jednak konflikty takie powstają wskutek nacisków związanych z odgrywanymi rolami (np. między kierownikiem a podwładnym) albo personalizacji konfliktów między grupami.
3. **Konflikt między jednostką a grupą** często jest spowodowany sposobem reagowania poszczególnych osób na naciski wywierane przez grupę roboczą, zmierzające do wymuszenia konformizmu.
4. **Konflikt między grupami w tej samej organizacji** pojawiają się najczęściej między linią a sztabem oraz między pracownikami i kierownictwem.
5. **Konflikt między organizacjami** uważany jest za nieodłączny i pożądany w sferze gospodarczej; najczęściej określa się go jako konkurencję. Stwierdzono, że ten rodzaj konfliktu prowadzi do opracowania nowych wyrobów, technologii i usług, niższych cen i efektywniejszego wykorzystania zasobów.

Przyczyny konfliktów

Jako przyczyny konfliktu najczęściej wskazuje się sprzeczne bądź trudne do pogodzenia pragnienia, potrzeby, cele czy wartości uczestników konfliktu. Biorąc pod uwagę organizację do najczęstszych źródeł konfliktów można zaliczyć takie czynniki jak:

1. **Rywalizacja do ograniczonych zasobów** - podstawowe zasoby, takie jak kapitał, liczba pracowników, ilość materiałów czy przestrzeni występują w organizacji w ograniczeniu, zmusza to poszczególne grupy do rywalizacji o możliwie największy udział.
2. **Różnice w celach** - poszczególne działy w organizacji realizują odmienne cele i zadania. Przekonanie pracowników o szczególnym znaczeniu ich pracy przyczynia się do wzrostu motywacji do działania lecz jednocześnie prowadzi do pogorszenia współdziałania pomiędzy komórkami oraz wzajemnej rywalizacji a w konsekwencji do konfliktu interesów czy priorytetów.
3. **Różnice wartości lub poglądów** - odmiennym celom członków organizacji towarzyszą różnice postaw, wartości czy poglądów, co może prowadzić do konfliktów. Rozbieżności takie mogą pojawić się na przykład pomiędzy kierownictwem a związkami zawodowymi, domagającymi się skrócenia czasu pracy czy zwiększenia płac dla pracowników.
4. **Niespójność systemu ocen** - od pracownika wymaga się głębokiego zaangażowania w pracę natomiast podstawowy miernik oceny wyników jego pracy ma często charakterem czysto ilościowy. Niezadowolenie na tle płacowym jest najczęstszą przyczyną najostrejszych form konfliktów organizacyjnych.
5. **Przeciążenie pracowników i błędne decyzje personalne** - wynika głównie ze złej organizacji pracy, złego doboru pracowników na stanowiska kierownicze oraz przekonania o nierównym podziale zadań pomiędzy komórki organizacyjne lub indywidualne stanowiska pracy.
6. **Pragnienie autonomii i potrzeba kontroli** - celem kierownika często jest zwiększenie kontroli nad działaniami pracowników, którzy z kolei dążą do większej autonomii, wynika to z odmiennego spojrzenia kierowników i podwładnych na zakres kontroli nad pracą.
7. **Wprowadzanie zmian** - wprowadzanie zmian organizacyjnych jest często odbierane jako źródło trudności zaburzające dotychczasowy ład. Najczęściej wiąże się z tym wzrost wymagań i presja na wysoką efektywność, którym nie wszyscy są w stanie podołać. Nie zawsze wzrostowi wymagań towarzyszy rozszerzenie zakresu uprawnień.
8. **Brak należytego zaangażowania i wiarygodności ze strony kierownictwa firmy** - ma miejsce wtedy, kiedy na zorganizowaniu stanowisk pracy i ich obsadzeniu kończy się zaangażowanie wyższego szczebla zarządzania, zdarza się również, że przedstawiciele kierownictwa mówią jedno, robią zaś coś przeciwnego (np. deklarując realizację strategii polegającej na doskonaleniu metod pracy, nie dopilnowują należytego załatwienia zastrzeżeń i reklamacji). Władza bardziej ludzi dzieli niż łączy.
9. **Niezadowolenie z roli zawodowej** - role zawodowe znacznie różnią się między sobą stopniem trudności. Do grupy trudnych ról zawodowych można zaliczyć te, do których są adresowane sprzeczne wymagania ze strony współpracujących osób. Niezadowolenie z roli



wynika z błędów popełnianych podczas tworzenia zakresów czynności, kompetencji i uprawnień, a także aspiracji i cech osobowości członków organizacji. Konflikty powstają z wielu przyczyn i można je scharakteryzować na wiele różnych sposobów. Pracownicy organizacji pragną zdobyć kilka rodzajów dóbr np. władzę, pieniądze, informacje, porady i pochwały, mają różne poglądy, pomysły lub przekonania. Niedostatek środków sprawia, że nie mogą ich otrzymać w takiej ilości, jakiej by sobie życzyli. Tak więc konflikty powstają w trakcie podziału pożądanych środków między pracowników. Pożądane jest tu odróżnienie konfliktu od konkurencji. Konflikt jest typowym wynikiem niedostatecznej ilości środków. Konkurencja charakteryzuje się dążeniem do celu, którego obie strony nie mogą osiągnąć równocześnie. Konflikt pojawia się, kiedy sprawa ważna dla jednej ze stron jest blokowana przez drugą lub jest w ten sposób postrzegana. Natomiast strony mogą konkurować i nadal pozostać względnie niezależne od siebie.

Fazy konfliktu:

1. **Faza pierwsza** – to okres kiedy mówimy, że „coś jest nie tak”. To faza przeczuć, drobnych napięć.
2. **Faza druga** – to faza wzajemnej wrogości. Mamy do czynienia z narastającymi zarzutami, negatywnymi uwagami i ocenami.
3. **Faza kulminacyjna** – rozładowanie napięcia w awanturze. Ta faza jest bardzo krótka i najczęściej bardzo daleka od rozsądku.
4. **Faza czwarta** – wyciszenie. Jeśli strony utrzymują ze sobą komunikację, często są w stanie spokojnie rozważyć problemy i oddzielić emocje od faktów.
5. **Faza piąta** – porozumienie. Faza ta pozwala na skonfrontowanie stanowisk, rozpatrzenie wzajemnych interesów, co umożliwia dalsze współdziałanie i egzystencję.

Style reakcji na konflikt wg modelu osobowościowego

1. **Unikanie** – styl charakterystyczny dla ludzi, których napięcie emocjonalne i frustracja przytłacza i wolą się wycofać. Unikanie jest sensowne jeżeli przedmiot konfliktu jest czymś nieistotnym.
2. **Łagodzenie** – polega na postępowaniu zgodnie z interesem strony przeciwnej. Postępują tak przede wszystkim osoby, które nastawione są na utrzymanie dobrych stosunków z innymi bez uwzględniania własnych interesów. Łagodzenie jest całkiem niezłym stylem reagowania w sytuacji, kiedy doszliśmy do wniosku, że jesteśmy w błędzie i kiedy powinniśmy skorygować nasze stanowisko wobec strony przeciwnej.
3. **Konkurencja** – osoby asertywne, skoncentrowane na sobie nie współpracują, patrzą na konflikt, jako na grę do wygrania. Takie reagowanie z pozycji siły ma także swoje zalety, szczególnie w sytuacjach krytycznych, kiedy nie ma czasu na długie dyskusje.
4. **Kompromis** – styl oparty na przekonaniu, że ludzie czasami muszą znaleźć wspólną płaszczyznę porozumienia. Zgodnie z tym sposobem patrzenia, każda ze stron może coś zdobyć w wyniku konfliktu, ale także każda może coś stracić.
5. **Kooperacja** – wiąże się z wolą zaakceptowania celów drugiej strony konfliktu, bez rezygnacji z własnych. Najbardziej jest efektywna, gdy obydwie strony mają odmienne cele. Jest to jeden z bardziej efektywnych stylów reagowania na konfliktu.

Negatywne skutki konfliktu

Przedłużające się i nierozwiązane konflikty wprowadzając atmosferę napięcia i niepokoju, dezorganizują pracę i opóźniają czas jej wykonania, obniżają efektywne osiąganie celów a ponadto stają się przyczyną nadmiernej fluktuacji i absencji chorobowej oraz sprzyjają powstawaniu zjawiska mobbingu. Koszty takiego procesu ponoszą zarówno strony zaangażowane, jak i cała organizacja.

1. **Stres, negatywne emocje** - sytuacja konfliktowa stawia uczestników w pozycji zagrożenia istotnych dla nich interesów. Doznają negatywnych emocji i okazywanej przez partnera i otoczenie dezaprobaty. Może pojawić się tłumiona lub jawna agresja. Efektywność pracy zmniejsza się ponieważ znaczna część uwagi skupiona jest na broniieniu własnych interesów. Innym rodzajem zachowania, jakie można zauważyć w sytuacji konfliktowej jest ucieczka od trudności. Takie postępowanie nie pomaga znaleźć konstruktywnego rozwiązania.

2. **Koncentracja na konflikcie** - skutków konfliktów doświadczają również inni członkowie organizacji, napięcie emocjonalne może udzielić się całej grupie, w której pracują skonfliktowane osoby. Może dojść do podziału wewnątrz grupy co może rodzić dodatkowe problemy w postaci narastających objawów wrogości czy niechęci. Utrudniona jest komunikacja i współpraca w grupie.

Pseudorozwiązania konfliktów (strategie tradycyjne)

1. **Ignorowanie** – technika polegająca na pomijaniu milczeniem problemu. Ma swoje źródła w przekonaniu, że brak decyzji wywoła mniejszy konflikt niż odrzucenie żądań. Najczęściej stosuje ją tylko jedna ze stron konfliktu, ignorując problemy drugiej strony.
2. **Odwlekanie** – sposób polegający na odroczeniu działania. Podstawowy schemat myślenia w tej technice to: oczekiwanie na zmiany, na zdarzenia losu i temu podobne czynniki, które spowodują samorozwiązanie problemu.. Z pewnością tak traktowany konflikt jest skazany na pogłębienie. Odwlekanie często współwystępuje z ignorowaniem. Często spotykamy się z odwlekaniami rozwiązania sporu z drugą osobą w oczekiwaniu na jej wyprowadzkę, emeryturę, na zakończenie roku szkolnego. Stosowanie tej techniki jest bardziej męczące i kosztowne w sensie kosztów psychologicznych niż zdecydowane rozwiązanie konfliktu.
3. **Pokojowe współistnienie** – strony konfliktu udają, że spór nie istnieje, podkreślają wspólnotę, ignorują przyczyny konfliktu, współpraca między nimi jest tylko pozornie dobra i raczej wynika z obowiązku niż chęci współdziałania.
4. **Deprecjonowanie** – pomniejszanie wartości przeciwnika jak również umniejszanie wartości przedmiotu sporu. Dzięki temu przegrywający ma mimo wszystko satysfakcję, że przegrał w konflikcie o coś, co nie jest tego sporu warte.
5. **Reorientacja** – wskazanie tzw. kozła ofiarnego jest odwróceniem uwagi od istoty problemu.
6. **Separacja** – technika polegająca na usunięciu strony konfliktu. Zastosowanie separacji idzie na równi z utratą pewnych wartości, które były wynikiem związku skłóconych stron.
7. **Kompromis** – połowiczne usatysfakcjonowanie, częściowe spełnienie żądań, nie zawsze sprawiedliwe. Każdy kto stosował tę strategię miał poczucie niedosytu.



8. **Arbitraż** – czyli zwrócenie się stron konfliktu do osoby lub instytucji niezależnej z prośbą o rozwiązanie konfliktu i rozstrzygnięcie, po czyjej stronie jest racja.

9. **Walka** – aby rozpoczęła się walka, jedna ze stron musi zacząć spostrzegać drugą jako przeciwnika, którego należy zniszczyć lub przewyciężyć. Obie strony trzymają się twardo swoich żądań i nie ustępują. Opisane powyżej strategie nazywane są tradycyjnymi. Cechuje je niestety, mała efektywność. Żadna z tych strategii nie rozwiązuje całkiem konfliktu, jak również nie rozwiązuje w sposób satysfakcjonujący obydwie strony. Techniki te pozwalają tylko na złagodzenie konfliktu, a czasem niestety na utajenie sporu. Tak pozostawione konflikty nie wygasają, rozwijają się nabierając tylko siły. Omówione strategie są tylko doraźnym środkiem, dzięki którym strony udają, że konfliktu nie ma. Konflikty można rozwiązać ku zadowoleniu wszystkich stron, stosując metodę „**bez porażek**” czyli przyjęcie założenia, że konflikty nie muszą przynosić strat, ale mogą przynieść korzyści, a rozwiązanie konfliktu zaspokoi potrzeby obu stron. Metoda ta wymaga aktywnego poszukiwania rozwiązania, które będzie możliwe do przyjęcia przez obie strony. Warunkiem jej powodzenia jest dobra komunikacja, aktywne słuchanie oraz komunikowanie o własnych potrzebach i przeżyciach. Przy zastosowaniu tej metody należy stosować następujące kroki:

- rozpoznanie i określenie przyczyn konfliktu
- poszukiwanie rozwiązań
- ocena możliwych rozwiązań
- podjęcie decyzji
- wprowadzenie decyzji w życie
- ocena rozwiązania

Do innych metod i technik rozwiązywania i zarządzania konfliktem zliczyć można:

I. Negocjacje to rozmowy, których celem jest osiągnięcie porozumienia, zawarcie transakcji lub rozwiązanie problemu. Przebieg negocjacji oraz treść uzgodnień zależą wyłącznie od bezpośrednich uczestników. Porozumienie zostaje zawarte, gdy zaakceptują je obie strony. Uważa się, że jest to jeden z bardziej efektywnych stylów reagowania na konflikt. Negocjacje to uzgadnianie za pomocą argumentów i perswazji wspólnego stanowiska.

II. Mediacje – zaangażowanie trzeciej, neutralnej, niezależnej i bezstronnej osoby (mediatora) w celu przeprowadzenia mediacji czyli dobrowolnego i poufego sposobu dochodzenia do rozwiązania sporu i satysfakcjonującego porozumienia, jednak bez narzucania stronom rozwiązania. Jego rolą jest

czuwanie nad procesem rozwiązywania konfliktu, zabezpieczenie przed jego eskalacją, pomaganie stronom zrozumieć uwarunkowania i możliwe konsekwencje konfliktu, a także umożliwienie wypracowania rozwiązania, akceptowanego przez obie strony. Strony mają prawo do podjęcia ostatecznej decyzji co do końcowego porozumienia. Mediacje są uważane za jedną z bardziej skutecznych metod rozwiązywania konfliktów. **Etapy mediacji:**

1. Etap przygotowawczy – zgoda stron na mediacje
2. Zainauguowanie mediacji – rozpoznanie spraw leżących u podłoża sporu, zdefiniowanie wzajemnego stosunku stron
3. Zdefiniowanie przedmiotu sporu – określenie zasadniczego przedmiotu sporu, sprecyzowanie żądań stron, określenie obszarów zgody i niezgody
4. Właściwe mediacje – przedstawienie propozycji rozwiązania sporu przez strony konfliktu. Rolą mediatora na tym etapie jest: ułatwienie wzajemnej komunikacji, nakierowanie rozmowy na właściwe tory, studzenie nadmiernych emocji
5. Osiągnięcie porozumienia – określenie pozytywnych i negatywnych stron przyjętych rozwiązań
6. Zawarcie umowy – precyzyjne sformułowanie ostatecznych rozstrzygnięć.

III. Konfrontacja – doprowadzenie do konkretnego przedstawienia stanowisk stron konfliktu w taki sposób aby można było dyskutować o przyczynach konfliktu, jego skutkach i sposobach rozwiązania. Strony konfliktu muszą w sposób jednoznaczny i precyzyjny przedstawić swoje racje oraz racjonalne sposoby rozwiązania problemu.

IV. Likwidacja sytuacji konfliktowej – dokonanie takich zmian w organizacji, które zlikwidują zaistniałą sytuację konfliktową. Takie rozwiązania mogą budzić społeczny sprzeciw, zatem nie są najlepszym sposobem rozwiązania sporu. Rozpoznanie konfliktu i kontrolowanie jego przebiegu staje się dla kierownika funkcją tak samo ważną jak planowanie, koordynowanie czy nadzór. Niektórzy autorzy, przyjmując pozytywny aspekt konfliktów, proponują przyjęcie stylu zarządzania zwanego „**zarządzanie przez konflikt**”. W związku z tym przyjmują możliwość wywołania sytuacji konfliktowej, aby poprzez odpowiednie sterowanie nią doprowadzić do zamierzonych celów. Nie można jednak polecać go wszystkim kierownikom, gdyż konflikt to nie różnica zdań, poglądów, ale świadome przeżywanie silnych emocji, jak irytacja, agresja, złość, nienawiść. Emocje te przeszkadzają w spokojnym, rzeczowym myśleniu i działaniu. Dlatego zarządzać przez konflikt, w celu wywołania pozytywnych zmian w funkcjonowaniu organizacji, może tylko dobrze do tego przygotowana osoba.

Od Redakcji:

Materiał z konferencji, w której uczestniczyła Pani Joanna Głowacka 13 maja 2008r.

Autor

mgr pielęgniarstwa, **Kosatka Joanna**
Pielęgniarka Naczelna,
Instytut Reumatologii, Warszawa

Literatura

1. A. Rak, *Kierowanie konfliktem*, w red. A. Ksykiewicz – Doroty, *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
2. C. Sikorski, *Język konfliktu*, 2005.
3. J. Stoner, Ch. Wankel, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1998.
4. J. Kamiński, *Negocjowanie – techniki rozwiązywania konfliktów*, Poltext,

Z żałobnej karty...

*„... Zostawiamy właśnie wszystko,
dawne lata, dawne dni,
wczoraj byliśmy razem,
dzisiaj pozostały tży...”*



**Dnia 6 lipca 2008 roku
po ciężkich zmaganiach z chorobą
odeszła na „wieczny dyżur” pielęgniarka
Śp. Zofia Przychodzka**

Przedpołudniowe godziny środy 9 lipca pełne blasku słońca i przelotnych opadów deszczu tworzyły aurę pożegnania pielęgniarki Sp. Zofii Przychodzkiej.

Zosia Przychodzka była osobą znaną w lokalnej społeczności i środowisku medycznym. Przez ponad 40 lat pracowała w oddziale dziecięcym białskiego szpitala niosąc posługę pielęgniarską malutkim i dużym chorym dzieciom.

Urodziła się 27 marca 1934 roku w Wielgolesie w powiecie łukowskim. Ukończyła 2 letnią Państwową Szkołę Pielęgniarstwa Dziecięcego w Warszawie. Naukę teoretyczną i praktyczną z zakresu pielęgniarstwa zdobywała w okresie od 07.09.1953r. do 31.08.1955r., zakończyła ją egzaminem z wynikiem dobrym z teorii i bardzo dobrym z praktyki.

Pracę zawodową rozpoczęła w oddziale dziecięcym Powiatowego Szpitala w Sulęcinie. 1 listopada 1955 roku przeniosła się do Białej Podlaskiej. Zatrudniła się w oddziale dziecięcym, w którym pracowała do czasu przejścia na emeryturę, tj. do 10 stycznia 1996r.

W pracy zawodowej dała się poznać jako bardzo dobra pielęgniarka. Z ogromnym zaangażowaniem i kompetencją przy łóżeczku chorego dziecka wykonywała swoje pielęgniarskie czynności. Przez wiele lat pracowała w systemie zmianowym niosąc pomoc w dzień i w nocy swoim małym pacjentom.

Koleżeńska, uczynna, zdyscyplinowana, bezinteresowna, oddana pracy zawodowej świadczyła swoje usługi, jak mogła najlepiej wobec chorych dzieci, współpracowników, adeptów zawodu pielęgniarskiego, wśród uczennic MSZ i nowoprzyjętych pielęgniarek do pracy. Przez wiele lat pełniła obowiązki zastępcy pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki oddziałowej. Sprytna w przewijaniu niemowląt, silna w trzymaniu i unieruchamianiu dzieci przy wykonywaniu specyficznych badań diagnostycznych i zakładaniu wkłucia. Dbała o ład i porządek oraz przestrzeganie zasad higieny w oddziale dziecięcym. Była osobą o wielkim poczuciu humoru. Dowcipnisią i żartownisią w zespole, z którym pracowała. Pozytywnie nastawiona do życia, które brała takie, jakie jest.

Dopiero w swoim cierpieniu, które nie trwało tak długo, świadoma do końca swoich dni – godnie przygotowała się do zejścia z tego świata, pozostawiając dobre wspomnienia. Żegnała się z bliskimi znajomymi prosząc o uczestniczenie w Jej pogrzebie. I rzeczywiście oprócz najbliższej rodziny, synów, synowej, wnuczek, żegnały Ją pielęgniarki, położne, lekarze, dietetyczka, sąsiedzi, znajomi i pacjenci.

Ukwiecona mogiła i krzyż z napisem pozostawia znak, że właśnie tu spoczywa Zosia Przychodzka.

**Opracowała
mgr Eugenia Denicka**



Pielęgniarki Oddziału Chirurgiczno-Urazowego w Parczewie

Wiesławie Bąk

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci

Męża

składają koleżanki z oddziału i bloku operacyjnego SPZOZ w Parczewie

Bank Spółdzielczy w Białej Podlaskiej



ul. Moniuszki 10
21-500 Biała Podlaska
tel.: (83) 344 71 00 fax.: (83) 344 71 01
e-mail: bs@bialapodl.pl
Godziny pracy Banku:
Poniedziałek - Piątek: 7³⁰ - 17⁰⁰ Sobota: 8⁰⁰ - 13⁰⁰

SPECJALNA OFERTA SKIEROWANA DO PRACOWNIKÓW WSzS

Gorąco zachęcamy wszystkich pracowników do założenia lub przeniesienia konta osobistego **ROR** do naszego Banku. Posiadanie w Banku Spółdzielczym rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego zwanego inaczej kontem osobistym umożliwia sprawne, komfortowe i bezpieczne zarządzanie finansami w sposób maksymalnie prosty i zdecydowanie najtańszy.

Korzyści; Państwa firma posiada konto w naszym Banku, w związku z tym przelewy wynagrodzeń trafiają „natychmiast”, na konta osobiste w naszym Banku!!!!

Dodatkowo w budynku szpitala znajduje się nasza placówka w której nie wychodząc z pracy załatwią Państwo pilne płatności.

- otwarcie, prowadzenie i obsługę rachunku ROR - **bez opłat !**
- dostęp do rachunku przez **Internet** - bankowość elektroniczna - **bez opłat**
- międzynarodowe karty płatnicze **VISA Electron, VISA Classic** - **bez opłat**
- dostęp do informacji o rachunku za pomocą SMS, hasła (telefonicznie), Internetu
- łatwiejszy dostęp do środków, **karta własna bankomatowa** - **bez opłat**
- możliwość wykonywania płatności za pomocą zleceń stałych oraz polecenia zapłaty
- wykonywanie poleceń płatności zagranicznych
- dostęp do atrakcyjnych kredytów, w tym do kredytu odnawialnego w ROR
- możliwość bezprowizyjnej wypłaty gotówki kartami VISA w sieci ponad **3000** bankomatów na terenie całego kraju

Jeżeli korzystają Państwo z kredytów odnawialnych umożliwimy ich spłatę poprzez otwarcie linii kredytowej w ROR po pierwszym wpływie wynagrodzenia i przedłożeniu historii z poprzedniego banku. Kwota kredytu odnawialnego w ROR jaką można otrzymać wynika z potrzeb Klienta składającego wniosek oraz od Jego zdolności kredytowej, określana jest indywidualnie i jest uzależniona od wysokości wpłat na ROR, przy czym może wynosić nawet sześciokrotność średnich miesięcznych wpływów na ROR z ostatnich pełnych trzech miesięcy kalendarzowych. Kredyt oprocentowany jest według zmiennej stopy procentowej określonej przez Zarząd Banku.

Szanuj własne pieniądze - oferujemy produkty bankowe bezpłatnie - za takie same usługi płacisz prowizję w swoim banku! Sprawdź nas!!!

Więcej informacji, tabele opłat i prowizji oraz aktualne oprocentowanie dostępne są na naszej stronie internetowej: www.bs.bialapodl.pl

Zapraszamy do swoich placówek