



Biuro
Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
70-242 Szczecin, ul. Ks. Bogusława 30

czynne
od poniedziałku do czwartku
w godz. 8.00 - 16.00
w trzecią sobotę miesiąca w godz. 9.00 - 13.00

Sekretariat
tel. 091 432-98-61
tel./fax: 091 432-98-68
e-mail: sipip@sipip.szczecin.pl

Secjalista ds. administracyjno - biurowych
tel. 091 432-98-67

Diżury Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
w drugą środę miesiąca
w godz. 14.00 - 16.00

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
pierwszy wtorek miesiąca
o godz. 13.30

Prezydium
spotyka się co trzy tygodnie
- w środę o godz. 13.00

Prawnik Izby
I, III i V poniedziałek miesiąca
w godz. 11.00 - 13.00
II, IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 - 17.00
Wizyty proszę umawiać w sekretariacie Izby

Komisja ds. położnych
spotyka się w drugi czwartek miesiąca
godz. 15.15

Sekretarz Rady
tel. 091 432-98-62
poniedziałki w godz. 10.00 - 18.00
od wtorku do czwartku
w godz. 8.00 - 16.00

Kasa Izby
tel. 091 432-98-66
od poniedziałku do czwartku 8.30 - 15.00
wyplaty z kasy: poniedziałek, środa, czwartek
11.00 - 15.00

Główna Księgowa
tel. 091 432-98-66
od wtorku do czwartku 8.00 - 16.00

Skarbnik
tel. 091 432-98-67
poniedziałek, środa, czwartek
w godz. 11.00 - 16.00

Dział prawa wykonywania zawodu
tel. 091 432-98-65
poniedziałek 8.00 - 17.30, wtorek 8.00 - 15.00
środa 8.00 - 16.00, czwartek 8.00 - 17.00

Piątek jest dniem bez interesanta

Nordea Bank Polska S.A.
POB Szczecin II
Nr konta: 49 1440 1332 0000 0000 0340 7567

Spis treści:

Kalendarium	2
Spotkanie z Fundacją Dzieci Nieczyje	4
Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia	4
Esej Arniki	5
Pismo do Pana Premiera	6
Notatka z posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia	7
Propozycje konferencji	7
Pismo do Ministra Zdrowia	8
Spotkanie w CKPPIP	9
Notatka ze spotkania Sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny	9
Warto przeczytać – z Sali Sejmowej	11
Stanowisko NRPiP w związku z wystąpieniem P. Marka Twardowskiego	15
Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia	17
Konferencja położnych – komunikat	17
Stanowisko Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPiP	18
Sprawozdania Konsultantów Wojewódzkich	21
Esej Arniki	32
Awantura o czepek	33
Wysokość składki członkowskiej w 2009r.	35
Stanowiska PTP	36
Stosowanie przymusu bezpośredniego	43
Udział pielęgniarki w pobieraniu krwi na zawartość alkoholu	45
Rozwój szkolnictwa pielęgniarskiego w Polsce	46
Informacje	48
Konferencja chirurgiczna w oczach uczestników	51
Opinia Konsultanta Krajowego	52
Opinia NSA	54
Rozmowa z Arniką	55
Kondolencje	56
Podziękowania	58
Esej Arniki	58

Zachęcamy do korzystania z forum dyskusyjnego. Ma ono służyć wymianie wiedzy, doświadczenia oraz możliwości rozwiązywania bieżących zdarzeń. W mojej ocenie może być dla nas nieocenionym źródłem wszystkich wiadomości, którymi chcemy się podzielić z innymi. Forum to będzie żyło tylko dzięki aktywności naszych grup zawodowych, dlatego zachęcam do pisania.

Maria Matusiak

Adres forum: <http://sipip.phorum.pl>

Wydawca: Rada Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych

70-242 Szczecin, ul. Księcia Bogusława 30, tel. 091 432-98-61

tel./fax: 091 432-98-68

REGON 810026946

Redaguje zespół: Helena Gąsior, Izabela Piasecka, Ewa Kacprzak, Urszula Karpowicz,
Gabriela Hofman. Zdjęcia: ze zbiorów redakcji.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadsyłanych materiałów oraz zmiany tytułów,
nie zwraca materiałów nie zamówionych i nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

Redakcja przyjmuje i zamieszcza odpłatnie wszelkie ogłoszenia i reklamy. Nakład 1600 szt.

Druk ukończono: 26.02.2009 r.

Do użytku wewnętrznego

Egzemplarze bezpłatne dla członków SIPiP. W wolnej sprzedaży - 2,50 zł

Styczeń 2009

21.01.2009

Posiedzenie Komisji połoźnych

19.01.2009

Posiedzenie Komisji ds. POZ i opieki długoterminowej

16.01.2009

Posiedzenie Komisji ds. etyki zawodowej pielęgniarek i połoźnych

15.01.2009

Spotkanie Zarządu Zachodniopomorskiego Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

15.01.2009

Posiedzenie Komisji ds. Domów Pomocy Społecznej

13.01.2009

Spotkanie Noworoczne Pełnomocników SIPIP

12.01.2009

Posiedzenie Komisji POZ i opieki długoterminowej

07.01.2009

Posiedzenie Prezydium Rady

06.01.2009

Posiedzenie Komisji kształcenia i Komisji szpitalnictwa

05.01.2009

Noworoczne spotkanie Naczelnych Pielęgniarek i Kierowników NZOZ-ów, które odbyło się w GP ZCOiPZ przy ul. Odzieżowej. Spotkanie Komisji ds. połoźnych, posiedzenie Komisji socjalnej

Grudzień 2008

17.12.2008

Posiedzenie Rady SIPIP

16.12.2008

Udział Przewodniczącej w uroczystym przekazaniu Izby Przyjęć Dziecięcej, Sali Udarowej przy Oddziale Neurologii oraz Bloku Operacyjnego na Oddziale Okulistyki Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie

16.12.2008

Spotkanie Pań przechodzących na emeryturę

15.12.2008

Posiedzenie Komisji ds. nadzoru nad wykonywaniem indywidualnych praktyk pielęgniarskich/połoźniczych

11.12.2008

Udział Przewodniczącej w spotkaniu z Minister Zdrowia w Warszawie

11.12.2008

Szkolenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Połoźnych

10.12.2008

Spotkanie Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej UW Marioli Cieśla, Lidii Sikoń, Przewodniczącej Marii Matusiak, Przewodniczącej Komisji ds. DPS Ewy Świętochowskiej z Pielęgniarkami z Domu Pomocy Społecznej w Jarominie

09.12.2008

Posiedzenie Komisji ds. pielęgniarstwa pediatrycznego

09.12.2008

Spotkanie Pielęgniarek Epidemiologicznych

08.12.2008

Spotkanie Przewodniczącej i Sekretarza SI PiP
z Pielęgniarkami z SPZ ZOZ w Gryficach.

05.12.2008

Udział Wiceprzewodniczącej i Sekretarza SI PiP
w konkursach na stanowiska Pielęgniarek
Oddziałowych w Specjalistycznym Szpitalu im.
A. Sokołowskiego w Szczecin Zdunowo.

02-04.12.2008

Udział Wiceprzewodniczącej w posiedzeniu NR PiP

03.12.2008

Posiedzenie Komisji położnych

02.12.2008

Spotkanie członków PTP oddział Szczecin

02.12.2008

Posiedzenie Komisji ds. szpitalnictwa

02.12.2008

Egzamin po szkoleniu przypominającym po przerwie
w wykonywaniu zawodu

02.12.2008

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia

02.12.2008

Udział Sekretarza SI PiP w posiedzeniu Rady ZOW
NFZ w Szczecinie.

01.12.2008

Udział Wiceprzewodniczącej w posiedzeniu Komisji
ds. kształcenia przy NR PiP

01.12.2008

Posiedzenie Komisji socjalnej

Listopad 2008

26.11.2008

Posiedzenie Prezydium

25.11.2008

Spotkanie dla opiekunów szkoleń przypominających
po 5-letniej przerwie.

24.11.2008

Spotkanie Przewodniczącej i Sekretarza SI PiP
z Pielęgniarkami w Łobzie.

24.11.2008

Posiedzenie Okręgowego Sądu Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych

19.11.2008

Posiedzenie Komisji POZ i opieki długoterminowej

18.11.2008

Spotkanie Pielęgniarek Epidemiologicznych

18.11.2008

Udział członków Rady SI PiP w konkursach
na Pielęgniarki Oddziałowe w SPSK nr 2
w Szczecinie

17.11.2008

Udział Przewodniczącej w Komisji POZ przy NR PiP
w Warszawie

17.11.2008

Posiedzenie Komisji etyki

17.11.2008

Spotkanie z Pielęgniarkami z SP ZOZ Barlinek

12.11.2008

Posiedzenie Komisji ds. nadzoru nad wykonywaniem
indywidualnych/grupowych praktyk pielęgniarskich/
położniczych

06.11.2008

Spotkanie z Pielęgniarkami z SP ZOZ Choszczno

W dniu 27 listopada 2008 r. odbyło się spotkanie przedstawiciela Fundacji Dzieci Niczyje z Panią Prezes Elżbietą Buczkowską. Spotkanie dotyczyło możliwości nawiązania współpracy w ramach programu „Dobry Rodzic – Dobry Start: profilaktyka krzywdzenia małych dzieci” realizowanego przez Fundację Dzieci Niczyje.

Projekt wczesnej profilaktyki krzywdzenia: Dobry Rodzic – Dobry Start: profilaktyka krzywdzenia małych dzieci (0-3 lat) skierowany jest do rodziców oczekujących na narodziny dziecka oraz rodziców małych dzieci, a także do profesjonalistów, którzy w swojej pracy zawodowej stykają się z małymi dziećmi i ich rodzicami, w tym przede wszystkim do: lekarzy, położnych, pielęgniarek pracujących w szpitalach położniczych i rejonowych przychodniach zdrowia.

W ramach programu Fundacja realizuje następujące działania:

- edukacja profesjonalistów: szkolenia, warsztaty, konferencje dla położnych i pielęgniarek;
- materiały edukacyjne dla położnych i pielęgniarek (książki, broszury, strona internetowa);
- Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci: budowanie na poziomie lokalnym współpracy pomiędzy instytucjami ochrony zdrowia (poradniami, szpitalami), ośrodkiem pomocy społecznej, oraz poradniami psychologiczno-pedagogicznymi w celu szybkiej identyfikacji rodzin ryzyka i zapewnienia im odpowiedniego wsparcia i pomocy;
- Koalicja na Rzecz Profilaktyki Krzywdzenia Dzieci: jej celem jest ochrona dzieci przed krzywdzeniem, poprzez wczesną profilaktykę i pracę z rodzicami małych dzieci: podniesienie świadomości społecznej na temat problemu krzywdzenia małych dzieci, propagowanie idei profilaktyki krzywdzenia małych dzieci.

Fundacja zwróciła się z prośbą o udział przedstawicieli Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w przedstawionym projekcie. W ramach tej współpracy zaproponowała:

- recenzję, przyznanie rekomendacji lub objęcie honorowym patronatem publikacji dla pielęgniarek i położnych, pt. „Rola pielęgniarek i położnych w przeciwdziałaniu przemocy wobec dzieci”;
- współpracę z Fundacją przy dystrybucji materiałów edukacyjnych skierowanych do pracowników placówek służby zdrowia oraz rodziców;
- włączenie się Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych do Koalicji na Rzecz Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci.

Notatkę sporządziła: Marzena Mazurek

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 11.12.2008r.

W dniu 11.12.2008r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W spotkaniu uczestniczyli:

– ze strony Ministerstwa Zdrowia:

Ewa Kopacz - Minister Zdrowia,

Marek Twardowski - Podsekretarz Stanu,

Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych,

Jolanta Skolimowska - z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych

- ze strony Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:

Krzysztof Klichowicz- Kierownik Sekcji POZ Wydziału Lecznictwa Ambulatoryjnego DSOZ NFZ,

Hanna Klimczak – Główny Specjalista DSOZ NFZ

- ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych:

Elżbieta Buczkowska – Prezes NRPiP,

Maria Kaleta – Wiceprezes NRPiP,

oraz Członkowie Komisji ds. Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych NRPiP:

Maria Stachowska, Emilia Kin, Maria Matusiak, Tadeusz Wadas.

W trakcie spotkania przedstawiciele NRPIP po raz kolejny zwrócili uwagę na zapisy Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 105 z dnia 5 listopada 2008r., które są niezgodne z przepisami obowiązującego prawa i w konsekwencji mogą spowodować chaos organizacyjny w POZ od 1 stycznia 2009r. utrudniając pacjentom dostęp do świadczeń pielęgniarstwa / położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności opieki pielęgniarstwa w domu chorego.

Odniesiono się do zapisów ustaleń ze spotkania w dniu 4 grudnia 2008r.

Przedstawiciele MZ i NFZ podkreślili, że w chwili obecnej nie ma możliwości zmiany w/w zarządzenia, gdyż został rozpoczęty proces kontraktowania, z czym nie zgodziła się strona samorządowa.

W końcowym efekcie rozmów uzyskano kompromis w zakresie:

- składania ofert i podpisywania umów przez pielęgniarki i położne prowadzące indywidualne i grupowe praktyki w miejscu wezwania,
- wydłużenia w Oddziałach NFZ czasu składania wniosków ofertowych,
- uznania tytułu magistra pielęgniarstwa w wymaganiach kwalifikacyjnych dla pielęgniarki szkolnej.

Na wniosek Minister Zdrowia Ewy Kopacz i za zgodą przedstawicieli NRPIP i NFZ

w okresie pierwszych trzech miesięcy 2009r. będą kontynuowane wspólne intensywne prace nad wypracowaniem rozwiązań w POZ, a dotyczące kompetencji pielęgniarki / położnej podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnej) i propozycji konkretnych zmian w aktualnych przepisach prawnych.

W pierwszej dekadzie stycznia 2009 roku zostanie ustalony harmonogram spotkań.

Notatkę sporządziła w uzgodnieniu z komisją

Emilia Kin

Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania NRPIP

*„Żadnego bohaterstwa nie da się zaplanować,
może się on jedynie przytrafić.”*

K. Ćapek

Gdybyśmy miały po tyle rąk i nóg, co bóstwa hinduskie, byłoby dobrze. Wskazany byłby podział rozumu na kilka autonomicznych części. Mamy niestety jedną głowę i jedną parę oczu (niektórzy dwie pary, bo noszą okulary - ha, ha, ha!). Fantazja, która zrodziła się w mojej głowie po niezwykle pracowitym dyżurze. Przyszło mi też na myśl takie określenie „super szybki pielęgniarstwa robot”. Może to graniczy z myśleniem dziecka w przedszkolu, ale trzeba pocieszać się chociażby takimi dziecięcymi bajeczkami. Czas biegnie szybko, minuty są chyba wymysłem szalonego naukowca. Istnieje czas, ale go nie ma, by spoglądać na zegarek. Nogi unoszą się nad ziemię jak amfibia, a ręce wachlują jak skrzydła motyla. Nie mamy czasu pomyśleć o zmęczeniu, czy rozżalić nad sobą. Stoper tyka, chory czeka, harmonogram goni. Dokładność i precyzja idą z rozsądkiem. Jest to dziwne, bo spieszymy się i nie możemy nadążyć. Jesteśmy opanowane, sumienne. Dyżur się kończy.

Wszystko dopięte na ostatni guzik pomimo nawałnicy dnia codziennego. Ogarnia nas zadowolenie i poczucie dumy.

Arnika

**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NRPiP/XVIII/217/08

Warszawa, dnia 16 grudnia 2008 r.

Pan
Donald Tusk
Prezes Rady Ministrów

Szanowny Panie Premierze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się do Pana Premiera o podjęcie działań, w celu rozwiązania problemu wynikającego z propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczącej ustalenia wartości maksymalnego punktu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym w pierwszym półroczu 2009 roku.

Zdaniem NRPiP proponowana przez NFZ stawka nie uwzględnia środków finansowych koniecznych na pokrycie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, zagwarantowanych ustawą z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.).

Ponadto proponowany poziom finansowania nie uwzględnia również koniecznego i faktycznego wzrostu kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych w lecznictwie szpitalnym. Przyjęcie propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia będzie równoznaczne ze zgodą na zadłużanie między innymi szpitali klinicznych i instytutów medycznych, co w konsekwencji spowoduje załamanie ich działalności, z trudnymi do wyobrażenia skutkami dla pacjentów i całego systemu ochrony zdrowia.

W związku z powyższym, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnoszę do Pana Premiera o podjęcie skutecznych działań, które zapobiegą ograniczeniu świadczeń medycznych udzielanych przez ww. zakłady opieki zdrowotnej, fali strajków, protestów o należyne pielęgniarkom i położnym wzrost wynagrodzeń.

Z poważaniem

Prezes

Elżbieta Buczkowska

Notatka z posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia w dniu 6 stycznia 2009 roku

Dnia 6 stycznia 2009 roku o godzinie 16.30 odbyło się posiedzenie Senackiej Komisji Zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Konsultanci Krajowi w dziedzinach: radioterapii i urologii oraz Przewodniczący odpowiednich towarzystw naukowych.

Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowała Elżbieta Garwacka - Czachor Wiceprezes NRPIP.

Porządek obrad obejmował kwestie:

- 1) przesunięcia finansowania radioterapii z procedur wysokospecjalistycznych do Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) zasad finansowania procedur urologicznych w systemie JGP.

(-)Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes

KONFERENCJE

Instytut Problemów Ochrony Zdrowia uprzejmie informuje, iż przygotował już propozycję konferencji w pierwszym kwartale 2009 roku. Ma nadzieję, iż dotychczasowe uczestnictwo w ich konferencjach, zachęci Państwa do zapoznania się ze szczegółowym programem obrad.

<http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=konferencje>

26-27 LUTEGO 2009 ROK, WARSZAWA - KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA „ZAKAŻENIA SZPITALNE - ASPEKTY PRAWNE, UBEZPIECZENIOWE I „WIZERUNKOWE”

Organizator: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o.

Informacje: www.prawoimedycyna.pl

12-13 MARCA 2009 ROK, WARSZAWA – VI KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA „ROLA PIELEŃNIARKI NACZELNEJ I ODDZIAŁOWEJ W PROFILAKTYCE ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH”

Organizator: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o.

Informacje: www.prawoimedycyna.pl

26-27 MARCA 2009 ROK, WARSZAWA - KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA „ZAKAZ DYSKRYMINACJI I OBOWIĄZEK PRZECIWDZIAŁANIA MOBBINGOWI W STOSUNKACH PRACY”

Organizator: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o.

Informacje: www.prawoimedycyna.pl

23-24 KWIETNIA 2009 ROK, WARSZAWA - KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA „ZAGADNIENIA PRACOWNICZE ZWIĄZANE Z WYKONYWANIEM ZAWODU PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ”

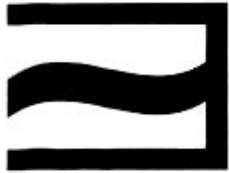
Organizator: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o.

Informacje: www.prawoimedycyna.pl

4-5 CZERWCA 2009 ROK, WARSZAWA – X OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM „BLOK OPERACYJNY ORGANIZACJA I FUNKCJONOWANIE”

Organizator: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o.

Informacje: www.prawoimedycyna.pl



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NRPiP/XVII/1/2009

Warszawa, dnia 6 stycznia 2009 r.

MINISTERSTWO ZDROWIA
KANCELARIA
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
06 STY. 2009

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia


Szanowna Pani Minister,

W nawiązaniu do ustaleń podjętych na spotkaniu w dniu 11 grudnia 2008 roku przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panią Minister, dotyczących między innymi kontynuacji prac w zakresie wypracowania konstruktywnych rozwiązań w podstawowej opiece zdrowotnej na 2009 rok i lata następne, zwracam się z uprzejmą prośbą o ustalenie harmonogramu prac w powyższym zakresie.

Jednocześnie wdzięczna byłabym, aby ustalanie harmonogramu odbyło się z udziałem przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, oraz przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes


Elżbieta Garwacka-Czachor

Do wiadomości

Pan Jacek Paszkiewicz – Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

NOTATKA ZE SPOTKANIA W CKPPIP W DNIU 8 STYCZNIA 2009 ROKU

Dnia 8 stycznia 2009 roku w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie poświęcone wyłonieniu kryteriów wyboru rekomendowanej placówki stażowej, na poziomie szkolenia specjalizacyjnego. W spotkaniu udział wzięli:

1. Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Pani Beata Cholewka
 2. Konsultanci Krajowi w dziedzinach pielęgniarstwa:
 - anestezjologicznego i intensywnej opieki - Pani Danuta Dyk,
 - onkologicznego – Pani Anna Koper,
 - rodzinnego – Pani Ewa Obrzut,
 - pediatrycznego - Pani Krystyna Piskorz-Ogórek,
 - w imieniu Pani Grażyny Kruk-Kupiec (Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa) udział w spotkaniu wzięła Pani Agnieszka Bukowska (Konsultant województwa mazowieckiego),
 - Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych Panią Elżbietą Szawałkiewicz, reprezentowała Pani Grażyna Śmiarowska (Konsultant województwa kujawsko-pomorskiego),
 - w imieniu Konsultanta krajowego dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego uczestniczyła Pani Anna Komarzyńska (Konsultant województwa mazowieckiego),
 3. Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowała Wiceprezes NRPIP Pani – Elżbieta Garwacka-Czachor.
- Spotkanie miało charakter roboczy, materiały wypracowane przez zespół zostaną poddane dalszym konsultacjom.

Wiceprezes NRPIP

(-) **Elżbieta Garwacka-Czachor**

NOTATKA ZE SPOTKANIA SEJMOWEJ KOMISJI POLITYKI SPOŁECZNEJ I RODZINY Z DNIA 8 STYCZNIA 2009 ROKU

W posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, która obradowała pod przewodnictwem posła **Sławomira Piechoty** - przewodniczącego Komisji ze strony rządu m. in. udział wzięli:

- Ewa Kopacz Minister Zdrowia wspólnie z przedstawicielami resortu,
- Jarosław Duda Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wspólnie z przedstawicielami resortu,
- Krystyna Łakomska przedstawiciel NFZ.

Poza przedstawicielami strony społecznej w posiedzeniu Komisji – na zaproszenie p. Joanny Kluzik-Rostkowskiej -zastępcy przewodniczącego Komisji - brały udział pielęgniarki pracujące w największym w Polsce DPS-ie, który ma swoją siedzibę w Łodzi.

Porządek dzienny obrad komisji przewidywał rozpatrzenie Dezyderatu nr 1 w sprawie zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych osób przebywających w domach pomocy społecznej oraz placówkach zapewniających całodobową opiekę skierowanego w dniu 27 marca 2008 r.do Prezesa Rady Ministrów.

Ustosunkowując się do treści dezyderatu p. E.Kopacz MZ zwróciła uwagę na to, iż obecny stan prawny nie ogranicza obecnie dostępu mieszkańcom dps do świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia w NFZ, a NFZ stworzył możliwość kontraktowania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W wyniku powyższego została stworzona możliwość zakontraktowania tych świadczeń przez podmioty utworzone przez pielęgniarki pracujące w domach pomocy społecznej, a tym samym zlikwidowana została przyczyna utraty uprawnień do wykonywania zawodu.

P. Jarosław Duda Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej przedstawił przykład takiego działania, a mianowicie DPS w Pile, gdzie zakontraktowano świadczenia na rzecz jego mieszkańców. Powiedział, że w celu wypracowania jak najlepszych rozwiązań powołany został zespół w pracach, którego poza przedstawicielami strony społecznej uczestniczą także pracownicy obu resortów. Zespół nie zakończył jeszcze pracy.

W dyskusji głos zabierali następujący posłowie: Joanna Kluzik-Rostkowska, Anna Bańkowska, Zdzisława Janowska,

Elżbieta Rafalska, Krzysztof Michałkiewicz, Magdalena Kochan, Tadeusz Cymański, Adam Śniezek .

Natomiast ze strony społecznej głos w dyskusji zabierały: Maria Marczak członek NRPiP, Ewa Obuchowska z OZZ-PiP pielęgniarki pracujące w DPS w Łodzi, Elżbieta Szwałkiewicz Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

W polemice najważniejszym i najczęściej poruszonym wątkiem były zarówno środki finansowe potrzebne na sfinansowanie świadczeń wykonywanych na rzecz mieszkańców dps-ów, jak i konieczność objęcia całodobową opieką pielęgniarską mieszkańców dps-ów.

Duża część wypowiedzi dotyczyła analizy stanu zdrowia osób zamieszkujących dps-y i wynikającego z tego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Sugerowano, iż pod tym względem mieszkańcy dps-ów niczym nie różnią się od pacjentów przebywających na oddziałach opieki długoterminowej, czy innych podobnych oddziałów szpitalnych. Zwracano uwagę na to, że przy braku kadry pielęgniarskiej - pojawiający się na rynku nowy zawód opiekuna medycznego - może przejąć świadczenia opiekuńcze wykonywane na rzecz mieszkańców dps.

Zebrani podkreślali, iż trwająca już od przeszło dziesięciu lat dysputa na ten temat winna wreszcie znaleźć właściwe, ponadresortowe rozwiązanie, bo wszelkie badania demograficzne wskazują na ciągły wzrost populacji ludzi starszych i niepełnosprawnych w ogólnej liczbie ludności Polski.

Resort zdrowia zobowiązał się do przeanalizowania stanu prawnego wynikającego z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz obowiązków nałożonych przepisami tej ustawy (i aktów wykonawczych do niej) na dps-y.

Zbadany zostanie także sposób ich finansowania w ramach ubezpieczenia w NFZ.

Komisja postanowiła, że wstrzymuje rozpatrzenie dezyderatu do czasu zakończenia prac zespołu międzyresortowego powołanego przy MPiPS.

Maria Marczak
członek Zespołu ds. DPS NRPiP

NOTATKA Z POSIEDZENIA ZESPOŁU PROBLEMOWEGO RADY NFZ DO SPRAW ANALIZY JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI ORAZ KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RODZAJU OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W DNIU 8 STYCZNIA 2009R.

W spotkaniu udział wzięli:

1. Jacek Antoni Piątkiewicz - Przewodniczący
2. Rudolf Borusiewicz – członek
3. Anna Ruzik – członek
4. Elżbieta Garwacka-Czachor Wiceprezes NRPiP
5. Krystyna Łakomska – kierownik Sekcji ds. psychiatrii, opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej Centrali NFZ.

Przedmiotem prac Zespołu jest analiza bieżącej sytuacji w zakresie jakości i dostępności oraz kosztów świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka długoterminowa. Na spotkaniu w dniu 8 stycznia 2009 roku Przewodniczący Zespołu przekazał swoje uwagi i spostrzeżenia z wizyt w kilku zakładach opieki długoterminowej na terenie województw: mazowieckiego i łódzkiego. Następnie podczas spotkania omówiono szczegółowo „Apel w sprawie warunków realizacji świadczeń w zakresie opieki długoterminowej w 2009 roku”, skierowany do Pana Piotra Gryzy – Przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia przez Stowarzyszenie Organizatorów i promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD”.

Na zakończenie Pan Jacek Piątkiewicz oznajmił, iż w lutym br. odbędzie się ostatnie spotkanie Zespołu, na którym zostaną wypracowane ostateczne wnioski i podjęte będzie przez Zespół stosowne stanowisko.

Wiceprezes
(-) Elżbieta Garwacka-Czachor

**Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi
Marek Sawicki:**

Panie Marszałku! Panie Pośle! Jeśli chodzi o tłumaczenia i obsługę w COPA-COGECA, to pan wie, że sprawa jest rozstrzygnięta ustawowo i rolnicy, także tytoniowcy, te kwestie mają finansowane z budżetu.

Gorzej, że nadal nie mamy tam jednolitej reprezentacji, bo trudno powiedzieć, żeby była jednolita-reprezentacja, kiedy 6 organizacji prezentuje poglądy polskich rolników, więc to jest nasze zadanie tu, w Polsce, które musimy wykonać.

Oczywiście nie powiem, że będę wspierał palenie tytoniu i wspomagał w ten sposób ten rynek, dlatego że tego robić nie mogę, ciągle narzekamy, że rząd nie działa i nie rozumie trudnej sytuacji w polskim rolnictwie, a ja, panowie, podam tylko 2 przykłady z ubiegłego roku, gdzie ciągle narzekaliśmy, że nie ma na to, nie ma na tamto, a program „Szkłanka mleka”, realizowany w szkole, na kwotę 153 mln zł, był 8 razy kwotowo większy niż w roku 2007. Druga kwestia to pomoc dla osób najuboższych. Wydaliśmy na to 160 mln, a więc 2 razy więcej niż w roku 2007. Dla przykładu – na tytoń wydajemy rocznie 240 mln, nie jest to zatem mała kwota, jeśli chodzi o wsparcie upraw tytoniu. Chcę zapewnić, że od roku 2010 to wsparcie niezwiązane, w kwocie 53 mln euro, zostanie rozdzielone na całą powierzchnię uprawy tytoniu,

jaka jest w roku bieżącym, więc nie ma problemu, że ci, którzy go uprawiają, nie będą mieli wsparcia do końca roku 2013. Tak samo będzie można korzystać z wszystkich programów związanych z Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich. Myślę, że trzeba jeszcze nieco wzmocnić ośrodki doradztwa rolniczego, żeby akurat w tych środowiskach nieco aktywniej popracowały na rzecz pomocy w wypełnianiu, przygotowywaniu i realizacji tych wniosków. Czy możemy wpłynąć na producentów tytoniu? To jest ciekawe pytanie i jednocześnie ciekawa odpowiedź, która, jak myślę, także obywatelom polskim się należy. Otóż dzisiejszy poziom dopłat do kilograma produkowanego tytoniu w zależności od odmiany wynosi od 8 do 10 zł z kawałkiem za kilogram. Ci sami producenci, którzy kupują od rolników tytoń, płacą im zaledwie 2,5–3,80 zł. Zwracam więc uwagę na to, że przemysł tytoniowy także w Polsce zainwestował i wraz z reformą polityki tytoniowej on z Polski się nie wycofa, a żeby mieć surowiec, będzie musiał po prostu więcej za niego zapłacić. Będziemy na bieżąco analizowali sytuację i zobaczymy, co się stanie, kiedy skończą się płatności związane z produkcją, jak będą wyglądały płatności za kilogram. Jestem przekonany, że dochody rolników po przejściu na płatności niezwiązane z produkcją z uprawy tytoniu z pewnością nie spadną. Dziękuję bardzo.

Wicemarszałek Jarosław Kalinowski:

Dziękuję bardzo. Przechodzimy do kolejnych pytań. Posłowie Elżbieta Streker-Dembińska, Krystyna Łybacka i poseł Waław Martyniuk, klub Lewica, zadadzą pytanie skierowane do ministra zdrowia w sprawie roli i zadań pielęgniarek oraz położnych rodzinnych w świetle kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia na 2009 r. Jako pierwsza głos zabierze pani poseł Elżbieta Streker-Dembińska. Bardzo proszę.

Posel Elżbieta Streker-Dembińska:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Trwa gorący okres kontraktowania świadczeń medycznych. Codziennie docierają do nas informacje o kłopotach, jakie występują w tym zakresie. Nasze pytanie dotyczyć jednak będzie szczególnej grupy, mianowicie grupy pielęgniarek i położnych, które pełnią funkcje pielęgniarek środowiskowych, pielęgniarek rodzinnych. W listopadzie szczegółowo określono warunki zawierania, realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie nałożono na pielęgniarki obowiązek zorganizowania własnych ambulatoriów. Dzisiaj, żebyśmy mieli jasność, świadczenia pielęgniarskie wykonywane są w ramach POZ, który często podpisuje kontrakt na świadczenia pielęgniarskie, i wówczas pielęgniarka środowiskowa, dotychczas tak

nazywana, pełni funkcję nie tylko pielęgniarki zabiegowej w gabinecie, ale również recepcjonistki. Nam jednak chodzi o coś innego. Nasze społeczeństwo się starzeje i często potrzebujemy i będziemy potrzebować coraz częściej opieki w domu pacjenta. Nabiera to również dodatkowego znaczenia, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że dzisiaj samorząd gminny za swojego mieszkańca, którego kieruje np. do domu pomocy społecznej, musi ponosić odpowiednie opłaty. Często samorządowi jest łatwiej i mniej to kosztuje, kiedy pielęgniarka środowiskowa wykonuje zabiegi czy opiekuje się podopiecznymi na miejscu w gminie. Jest to tańsze, bezpieczniejsze, a przede wszystkim odbywa się w domu pacjenta. Co takiego zmieniło się w postępowaniu w ostatnich latach, że dzisiaj pielęgniarki, dla których podstawowym biurem i narzędziem pracy był samochód, wyposażenie wożone w samochodzie i które dojeżdżały do pacjenta, dzisiaj będą przywiązane do obowiązkowo utworzonego ambulatorium i będą przyjmować pacjentów na miejscu? Jakie działania podejmujecie państwo, aby wreszcie tę sytuację jasno i sposobem oczywisty określić, uznając rolę i pozycję pielęgniarki środowiskowej?

Wicemarszałek Jarosław Kalinowski:

Dziękuję bardzo, pani poseł. Odpowiedzi udzieli pan Marek Twardowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Pani Poseł! Jeżeli chodzi pielęgniarki środowiskowe i położne środowiskowe, które według nomenklatury obecnej ustawy są określane nie tak, jak pani poseł była uprzejma przytoczyć, tylko jako pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, to kwestie ich pracy – dla krótkiego przypomnienia – precyzuje kilka aktów prawnych. Chodzi m.in. o rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą i rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. Co roku oczywiście kontraktowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się na podstawie obowiązujących aktów prawnych w postaci rozporządzeń i jako aktu przewodniego ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz na zasadzie zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W roku 2008 obowiązywało zarządzenie nr 69, obecnie na rok 2009 obowiązuje zarządzenie

nr 105 prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy coś w stosunku do lat poprzednich, reformy ochrony zdrowia z 1999 r., kiedy powstały kasy i fundusz, radykalnie się zmieniło, jeśli chodzi o rok 2009? Chciałbym jasno i precyzyjnie powiedzieć, że w sposób radykalny nic się nie zmieniło, zmienić się nie mogło i nie powinno. Dlaczego? Rozumiem to wszystko, co pani poseł podniosła w swoim pytaniu, o starzeniu się społeczeństwa i wymaganiach co do opieki itd. Natomiast nasz narodowy płatnik, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, środki finansowe na wszelkie zakresy opieki zdrowotnej musi wydawać w sposób niezwykle racjonalny, żeby pieniądze, których jest niewystarczająca ilość, były należycie wykorzystane. W związku z tym, znając problem, który pani poruszyła, przybliżę liczbę, dzięki czemu będzie to może bardziej jasne. W roku 2008 mamy zakontraktowanych około 21,5 tys. pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych nazywanych pielęgniarkami POZ i mamy zakontraktowanych około 6100 położnych środowiskowych, czyli położnych POZ. Wymogiem zarówno z lat ubiegłych, jak i roku minionego jest to, aby pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, pielęgniarki POZ posiadały również gabinety zabiegowe. Z tym się nie zgadza pewna grupa pielęgniarek, ale powiem może, jaka to jest proporcja. Na 21,5 tys. pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, które w swoich obowiązkach mają mieć

pracę zarówno w domu pacjenta, jak i w gabinecie zabiegowym, tylko 342 w 2008 r., czyli około 1,5% z tego środowiska, takich gabinetów nie miała i miała zarejestrowane tzw. praktyki na wezwanie. Chcę powiedzieć, że przy kontraktowaniu świadczeń na rok 2008 pielęgniarki były zobowiązane przez poprzedniego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, że to niedociągnięcie usuną w roku 2008 i już się tak nie zdarzy, że w roku 2009 tych gabinetów zabiegowych nie będzie. Stało się, jak się stało, i w związku z tym pielęgniarki udały się na rozmowy do ministra zdrowia w tej sprawie, a oprócz tego przez wiele miesięcy przez środowisko pielęgniarskie były na ten temat prowadzone rozmowy ze stroną kontraktową, czyli prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Jako ministerstwo mogliśmy zachować się w inny sposób i powiedzieć, że 1,5% pielęgniarek to nie jest problem, ale nie chcieliśmy tego zrobić i muszę powiedzieć, że znaleźliśmy rozwiązanie tej sytuacji. Pochylając się nad tym problemem, zaprosiliśmy pielęgniarki na rozmowy, które prowadziliśmy zarówno ja z panią minister Kopacz, jak i pan minister Haber. Ustaliliśmy, że będą miały możliwość zakontraktowania swoich usług również na rok 2009, natomiast nie będą musiały posiadać jednego gabinetu na jedną pielęgniarkę. Wspólny gabinet będzie mogło mieć nawet 4 albo 5 pielęgniarek, żeby w określonych godzinach, potrzebnych pacjen-

towi, były również dostępne. Tutaj muszę zaprezentować też jedno stanowisko. Mamy określoną kwotę pieniędzy, w tej chwili pracuje około 21,5 tys. pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, czyli również tych, które świadczą pacjentom wizyty w domu. Nie chciałbym toczyć dysputy, czy stać nas w tej chwili na to, żebyśmy mieli 21,5 tys. pielęgniarek, które miałyby za zadanie pracować tylko w domu pacjenta, bo w tym momencie musielibyśmy zatrudnić dodatkowo 21,5 tys. pielęgniarek, które pracowałyby wyłącznie w gabinecie zabiegowym. Nie ma takiej możliwości ani kadrowej, ani płacowej, w związku z tym bardzo często to jest łączone. Myślę, że ten system dobrze funkcjonuje, funkcjonował od zawsze i funkcjonuje obecnie. Natomiast sprawą pielęgniarki i lekarza jest to, jak oni w harmonogramie swojej pracy ujmą liczbę godzin, która jest potrzebna do wizytowania pacjenta i świadczenia usług w domu, a ile potrzeba czasu, aby pacjentowi zapewnić opatrunki czy iniekcję w gabinecie zabiegowym. To jest sprawa harmonogramu pracy i umowy pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia. (Dzwonek) Myślę, że tego nie należy burzyć, natomiast poprosiliśmy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby wszystkim tym pielęgniarkom zagwarantować pracę w roku 2009, ale żeby w roku 2010 już naprawdę wszyscy byli trakto-

jest stroną kontraktu, wypełniła to, czego narodowy fundusz wymaga. Bo nie jest rzeczą możliwą, żeby jakiś świadczeniodawca zakontraktował coś, do czego wykonywania nie posiada narzędzi. Dziękuję bardzo.

Wicemarszałek Jarosław Kalinowski:

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Pytanie dodatkowe zada pani poseł Krystyna Łybacka.

Poseł Krystyna Łybacka:

Bardzo dziękuję, panie marszałku. Panie ministrze, powiedział pan, że system zlecanych przez lekarza zabiegów wykonywanych przez pielęgniarkę funkcjonował znakomicie, a ja muszę do tego dodać, że owszem, znakomicie funkcjonował wtedy, kiedy były ośrodki zdrowia. Natomiast proszę odpowiedzieć na trzy bardzo konkretne pytania. Po pierwsze, na kim tak naprawdę spoczywa obowiązek udzielania świadczeń leczniczych zlecanych przez lekarza pacjentowi obłożnie choremu, który zostaje skierowany, wypisany do domu? Po drugie, cóż takiego się wydarzyło, że zlecane przez lekarza zabiegi ambulatoryjne nie mogą być tak jak dotąd wykonywane przez pielęgniarkę POZ-u w gabinecie lekarza? Czy pan minister ma świadomość, że nałożenie obowiązku posiadania odrębnego pomieszczenia, typu: poczekalnia, gabinet, wyposażenie, dla pielęgniarki, która nie zarabia kroci, jest niezwykle trudne? Zatem

mam pytanie: Jak długi jest okres przejściowy? I wreszcie po trzecie, panie ministrze, czy jest prawdą, że POZ-y otrzymują pieniądze na pielęgniarki, nazwę je jednak środowiskowymi? Zatem w jaki sposób te pieniądze są kierowane, jak ten strumień pieniędzy trafia do pielęgniarek? Żebyśmy nie tracili z pola widzenia osób najważniejszych, czyli obłożnie chorych pacjentów. Dziękuję.

Wicemarszałek Jarosław Kalinowski:

Dziękuję bardzo. Pan Marek Twardowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Pani Poseł! Nie mogę się zgodzić z pani sposobem rozumowania. Jeszcze raz chciałbym powiedzieć, że okres przejściowy to okres roku 2009 r. W 2010 wszystkie pielęgniarki powinny mieć gabinety zabiegowe, jeżeli nic się nie zmieni. W tej chwili jest 6700 zakontraktowanych świadczeń, umów tego rodzaju, czyli, jak rozumiem, jest 6700 gabinetów zabiegowych, a nie ma 342. Taki jest problem, w związku z tym pielęgniarki świadczą usługi zarówno w domu pacjenta, jak i w gabinecie zabiegowym. Nie ma takiego świadczenia zakontraktowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia jak pielęgniarka praktyki, więc jeżeli wielu lekarzy rodzinnych w Polsce zatrudnia w ramach swojej praktyki – ze swojej stawki kapitałowej na leczenie pacjenta – pielęgniarkę

praktyki, jest to wyłącznie ich dobra wola i decyzja przy prowadzeniu firmy. Jasno chcę to powiedzieć, bo jak się pani pewnie domyśla, sprawy specjalistycznej opieki zdrowotnej i rodzinnej są mi dość dobrze znane, tak mógłbym to określić. System funkcjonuje dobrze. Nie dyskutuję o tym, czy kiedy będziemy bogatszym krajem, kiedy będziemy mieli lepsze kadry i więcej środków finansowych, to czy nie wykonamy wówczas pewnych gestów w kierunku pacjentów. Natomiast w tej chwili oprócz pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, oprócz położnych, oprócz lekarza, którego rola tak naprawdę jest w systemie wiodąca, on decyduje i powinien decydować, jaka liczba świadczeń powinna być wykonywana w domu pacjenta, a jaka liczba świadczeń powinna być wykonywana w ambulatorium, wszędzie, w każdym normalnym kraju na świecie świadczenia są przede wszystkim wykonywane w przychodni i w szpitalu. To jest miejsce, które jest szczególnie dobrze wyposażone i urządzone i tam te usługi mogą być świadczone najlepiej. (Poseł Krystyna Łybacka: A obłożnie chorzy?) Oczywiście w domu wykonuje się usługi, w przypadku kiedy pacjent nie jest w stanie pójść do placówki, ale wtedy, chciałbym przypomnieć, oprócz pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i położnych środowiskowo-rodzinnych nazywanych umownie POZ, jest również zakontraktowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia opieka długoterminowa. I muszę pani powiedzieć, że też jest pewien spór, co powinno być finansowane, jaka powinna być obsługa chorych w ramach opieki długoterminowej, a co powinno być wykonywane

przez pielęgniarki środowiskowe. Opieka długoterminowa została dodatkowo dokontraktowana w roku 2008, jest zakontraktowana nieźle i będzie zakontraktowana na rok 2009, natomiast jako ci, którzy odpowiadają za świadczenia zdrowotne, nie możemy przejmować również roli opieki społecznej, bo czym innym jest opieka społeczna, a czym innym są świadczenia medyczne. (Dzwonek) I proszę mi wierzyć, że ten system, bo też nie wszystko kiedyś źle funkcjonowało, funkcjonował nieźle, funkcjonuje dobrze i w tym sporze, który był pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a pewną grupą pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych – chciałbym powiedzieć to wyraźnie, odróżnić to, nie wszystkich – staraliśmy się, żeby nikt nie wypadł z systemu, żeby umożliwić im tę pracę. Ale nie możemy burzyć tego, co funkcjonuje dobrze. Muszę powiedzieć, że co jak co, ale jeżeli chodzi o model, który jest w tej chwili, to jest on nie najlepszy, nie najgorszy. Na pewno można go ulepszyć... (Poseł Krystyna Łybacka: Freudowska pomyłka.) ...ale w żadnym wypadku nie możemy powiedzieć, że jeżeli 1,5% zakontraktowanych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej ma inny pogląd, to w tym momencie minister zdrowia, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, może zrobić odstępstwo, które spowodowałoby, że pielęgniarki, które mają gabinety zabiegowe, mogłyby powiedzieć, na zasadzie równego traktowania, że w tym momencie, w majestacie prawa, mogą je zlikwidować. Dziękuję bardzo.

Stanowisko Prezydium NRPIP w związku z wystąpieniem Pana Marka Twardowskiego - Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, podczas 33 posiedzenia Sejmu RP w dniu 8 stycznia 2009 roku. Stanowisko zostało przesłane do Prezesa Rady Ministrów, Michała Boniego – Sekretarza Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Marszałka Sejmu RP, Klubów Parlamentarnych Sejmu RP, Poseł Krystyny Łybackiej, Elżbiety Streker-Dembińskiej.

W związku z wystąpieniem sejmowym (podczas 33 posiedzenia Sejmu RP, w dniu 8 stycznia 2009 roku) Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Marka Twardowskiego, w odpowiedzi na interpelację poselską zgłoszoną przez Panią Elżbietę Streker-Dembińską, Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stwierdza, że ww. wystąpienie było nierzetelne, nie przedstawia rzeczywistej sytuacji pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej, a także dezinformuje społeczeństwo w zakresie faktycznej realizacji świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej na rzecz ubezpieczonych.

Uzasadnienie

Słusznie Pan Marek Twardowski zauważył, że kwestie pracy i zadań pielęgniarek rodzinnych (podstawowej opieki zdrowotnej - poz) reguluje m. in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej poz. Zgodnie z załącznikiem nr 2 część 1 ust. 1 tego aktu prawnego pielęgniarka i położna poz planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną w miejscu zamieszkania i nauki świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczeń.

Tymczasem obowiązujące na rok 2009 zarządzenie Prezesa NFZ nr 105 radykalnie zmieniło charakter świadczeń pielęgniarek i położnych poz sprowadzając je wyłącznie do świadczeń ambulatoryjnych, a jedynie wyjątkowo udzielanych w domu pacjenta. Ponadto pielęgniarki i położne wbrew prawu powszechnie obowiązującemu zostały wewnętrznym aktem Prezesa NFZ zobowiązane do posiadania gabinetów, które de facto wyposażeniem odpowiadają gabinetom zabiegowym, a nadto pielęgniarki i położne muszą pobierać i transportować materiał do badań laboratoryjnych, pobrany w domu u pacjenta do miejsca wyznaczonego przez lekarza. Pan Minister zapomniał wspomnieć o obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych. Powyższe rozporządzenie szczegółowo określa procedurę pobierania i transportowania pobranego materiału do badań laboratoryjnych, który traktowany jest jako materiał zakaźny.

Nie jest zatem zgodne z prawdą twierdzenie Podsekretarza Stanu M. Twardowskiego, że nic się nie zmieniło w sposób radykalny.

Nieprawdziwe są stwierdzenia, że w minionych latach pielęgniarki środowiskowe (rodzinne) musiały posiadać gabinety zabiegowe. Przede wszystkim należy podkreślić, że Podsekretarz Stanu M. Twardowski myli pojęcie gabinetu pielęgniarki / położnej poz z gabinetem zabiegowym lekarza poz. Prawdą jest, iż pielęgniarki i położne w podstawowej opiece zdrowotnej posiadały pomieszczenie (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 roku w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych), zwane - gabinetem pielęgniarki poz, gabinetem położnej poz, które powinny być wyposażone w szafkę, biurko i kozetkę, zgodnie z realizowanymi świadczeniami zdrowotnymi na rzecz pacjentów. Dopiero od 2009 roku wymaga się, aby pielęgniarki nagle zakładały gabinety o wyposażeniu identycznym jak gabinety zabiegowe. Zarządzenie nr 105 nałożyło na pielęgniarki obowiązek wyposażenia gabinetu w sprzęt, którego nawet nie przewiduje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 roku w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych.

Należy podkreślić, że lekarze poz na założenie i wyposażenie takiego gabinetu otrzymali fundusze na ten cel, a ich wielokrotnie wyższa niż pielęgniarek poz stawka kapitulacyjna uwzględnia utrzymanie gabinetu zabiegowego i punktu szczepień.

Przez wiele lat system POZ funkcjonował w oparciu o pielęgniarkę rodzinną i pielęgniarkę praktyki, która pracowała w gabinecie zabiegowym. Do chwili obecnej tak jest w wielu placówkach. Nie jest zgodne z prawdą, iż z obowiązkiem posiadania gabinetów zabiegowych nie zgadza się mała grupa pielęgniarek środowiskowych.

Stanowisko w tej sprawie jest jednoznaczne, gdyż takiego typu postanowienia są po prostu niezgodne z obowiązującymi przepisami, rolą i funkcją pielęgniarki rodzinnej w podstawowej opiece zdrowotnej. Nie może być przecież tak, że pielęgniarka będzie cały dzień pracować w gabinecie i wykonywać świadczenia lecznicze ambulatoryjne, dla pacjentów chodzących, które powinny zostać wykonane w gabinecie zabiegowym, a pacjenci obłożnie i przewlekle chorzy będą godzinami czekać w domach na wizytę pielęgniarki.

Prawdą jest, że przedstawiciele pielęgniarek rodzinnych spotykali się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Podczas tych spotkań doszło do wspólnych uzgodnień, których niestety NFZ nie chce realizować.

Twierdzenia Podsekretarza Stanu M. Twardowskiego, że system funkcjonuje dobrze, są sprzeczne z rzeczywistością; być może dla lekarzy funkcjonuje on faktycznie dobrze. Systematycznie wzrastała stawka kapitulacyjna bazowa, wprowadzono sześć progów wagowych związanych z wiekiem pacjenta oraz dla podopiecznych domów pomocy społecznej, dodatkowe środki obejmują katalog porad w zakresie realizacji programów profilaktycznych określonego rodzaju. Lekarz poz realizuje zadania głównie w przychodni, a tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach – poprzez wizyty domowe. Pielęgniarki i położne głównie wykonują swoje zadania w miejscu zamieszkania chorego. Na pierwszym miejscu należy jednak mieć na uwadze zawsze dobro pacjenta, także tego obłożnie chorego, który np. czeka w domu na kroplówkę i podanie leków. Nie do pomyślenia jest, aby pielęgniarka środowiskowa jednocześnie wykonywała zabiegi zlecane przez lekarzy w gabinecie, świadczyła usługi w domu pacjenta i transportowała samodzielnie wszystkimi dostępnymi środkami transportu materiał zakaźny, nie otrzymując za to wynagrodzenia. Obecne wymagania na 2009 rok są nierealne w stosunku do pielęgniarek środowiskowych i naruszają ich prawa do wykonywania zawodu zgodnie z wykształceniem.

Ponadto należy podkreślić, że niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, utworzone przez pielęgniarki lub położne i realizujące świadczenia zdrowotne w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń pielęgniarki poz / położnej poz, jako forma organizacyjna świadczeniodawcy powinny być zrównane w zakresie warunków kontraktowania w odniesieniu do pomieszczeń, z indywidualnymi i grupowymi praktykami pielęgniarek.

Pielęgniarki środowiskowe (rodzinne) od lat walczą o to, aby wszyscy świadczeniodawcy byli traktowani równo i żeby nie było sytuacji, że nakłada się praktycznie z dnia na dzień na jednych świadczeniodawców niemożliwe do spełnienia i wymagające ogromnych nakładów finansowych obowiązki, natomiast pozostali świadczeniodawcy mają przez lata takie same warunki udzielania świadczeń, albo z roku na rok korzystniejsze, a nawet preferencyjne.

Powyższe wskazuje na działania ustawodawcy, które powodują chaos i niespójność systemu ochrony zdrowia, co prowadzi do nadużyć interpretacyjnych w praktyce.

**Prezes
(-)Elżbieta Buczkowska**

NOTATKA ZE SPOTKANIA W MINISTERSTWIE ZDROWIA W DNIU 13.01.2009R.

W dniu 13.01.2009r. odbyło się spotkanie przedstawicieli NRPiP z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

W spotkaniu uczestniczyli:

- ze strony Ministerstwa Zdrowia:

Marek Haber – Podsekretarz Stanu

Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Jolanta Skolimowska – Z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych

- ze strony NRPiP:

Elżbieta Buczkowska – Prezes NRPiP

Elżbieta Garwacka-Czachor - Wiceprezes NRPiP

Emilia Kin - Przewodnicząca Komisji ds. Kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Tematem rozmów było ustalenie harmonogramu kolejnych spotkań oraz określenie istotnych problemów do rozstrzygnięcia w zakresie organizacji i zasad kontraktowania świadczeń w POZ od 01.07.2009r.

Następne spotkanie robocze przedstawicieli NRPiP - członków Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych z przedstawicielami Departamentu Pielęgniarek i Położnych odbędzie się 21.01.2009r.

Notatkę sporządziła

Emilia Kin

Przewodnicząca

Komisji ds. kontraktowania

świadczeń zdrowotnych NRPiP

KOMUNIKAT

Szanowni Państwo,
wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska
Komisja ds. Położnych działająca
przy Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych
zaprasza do wzięcia udziału w regionalnej konferencji:
"Problemy zdrowotne kobiet w różnych okresach ich życia".

Konferencja odbędzie się w dniach 17 – 18 – 19 kwiecień 2009r..
w „Bocianim Gnieździe” w Pogorzeliczy ,
przy ul. L.Teligi 3.

Zgłoszenia przyjmujemy do dnia 26 marca 2009r. lub do wyczerpania miejsc (decyduje kolejność zgłoszeń).

ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA – 120 osób.

Koszt uczestnictwa: 550zł

Dla członków Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych istnieje możliwość ubiegania się o sfinansowanie konferencji (zgodnie z regulaminem Komisji Kształcenia).

Zgłoszenia można składać: osobiście w sekretariacie Izby, pocztą, fax-em na nr 091/432 98 68, bądź emailem:
kierownik@sipip.szczecin.pl

Informacji udziela Katarzyna Łubczonek pod nr telefonu 091-432-98-67.

Więcej informacji organizacyjnych w dalszych komunikatach.

Komitet Organizacyjny

Stanowisko
Komisji ds. Kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPIP
podjęte w dniu 20 stycznia 2009 roku

w sprawie założeń, dotyczących zasad kontraktowania świadczeń pielęgniarki / położnej podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2009 iw latach następnych.

1. Oczekujemy równego traktowania świadczeniodawców (analogicznie jak propozycje dla lekarza poz), w zakresie zasad finansowania świadczeń w poz. dla pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, korygowanych współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej np.

Pielęgniarki

- 1) od 3 m. ż. do 6 r. ż. - współczynnik 1,6
- 2) od 7 r. ż. do 65 r. ż. - współczynnik 1,0
- 3) powyżej 65 r. ż. - współczynnik 2,0
- 4) podopieczni DPS – współczynnik 2,5
- 5) pacjenci wymagający leczenia trudno gojących się ran – współczynnik 3,0.
- 6) pacjenci insulinozależni wymagający podawania insuliny z rozpoznaniem według ICD 10 E10-E14 – współczynnik 3,0.

Położne

- 1) od 0 do 2 m. ż.– współczynnik 10,0
- 2) osoby płci żeńskiej od 16 r. ż. do 40 r. ż. – współczynnik 1,6
- 3) kobiety ze schorzeniami ginekologiczno - onkologicznymi-- współczynnik 3,0.
- 4) pozostałe osoby płci żeńskiej – współczynnik 1,0

2. Utrzymanie dotychczasowego systemu finansowania świadczeń położnej poz.

3. Jednoznaczne określenie definicji gabinetu pielęgniarki / położnej POZ zgodnie z następującą propozycją:

„Gabinet pielęgniarki/położnej poz – rozumie się przez to pomieszczenie umożliwiające przechowywanie dokumentacji medycznej, sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnej do realizacji świadczeń pielęgniarskich / położniczych w podstawowej opiece zdrowotnej”.

4. Utrzymanie dotychczasowych zasad realizacji świadczeń zdrowotnych w gabinecie zabiegowym lekarza poz (czas, miejsce, rodzaj).

5. Bezwzględne utrzymanie dotychczasowej organizacji świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę/położną POZ w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu świadczeniodawcy.

6. Jednoznaczne określenie definicji (w rozdziale 1 Zarządzenia) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z następującą propozycją:

„**pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej**, o której mowa w art. 5 pkt 25) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.),

„**położna podstawowej opieki zdrowotnej**, o której mowa w art. 5 pkt 28) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

7. Żądamy przywrócenia odrębnego druku deklaracji wyboru dla poszczególnych świadczeniodawców: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/lekarza rodzinnego, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki rodzinnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej rodzinnej.

8. Przygotowanie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: programy profilaktyczne, dostosowanych do kompetencji pielęgniarki / położnej POZ:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny;
- 2) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
- 3) programu badań prenatalnych,
- 4) programu profilaktyki chorób odtytoniowych - palenie jest uleczalne.
- 5) program profilaktyki chorób układu krążenia.

Powyższe programy powinny być finansowane zgodnie z ustaloną ceną jednostkową jednostki rozliczeniowej – punkt.

9. Utrzymanie opieki nad dziećmi i młodzieżą szkolną do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej.

10. Uwzględnienie w rozdziale I Zarządzenia definicji:

„3) dla praktyk pielęgniarek i położnych – w art. 25 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57 z 2001r, poz. 602 ze zmianami)” – analogicznie jak w stosunku do lekarzy.

11. Bezwzględne respektowanie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Podsumowując, Komisja ds. kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej NRPIP uważa, iż Zarządzenie Nr 105/DSOZ/08 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w ewidentny sposób ogranicza dostępność świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki, położne podstawowej opieki zdrowotnej, jak też stanowi zagrożenie dla ich zdrowia, życia i bezpieczeństwa. Narusza także zasadę równości świadczeniodawców.

W związku z powyższym Komisja ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych postuluje o uwzględnienie założeń przedstawionych w niniejszym stanowisku.

*Anna Emilia
Monika Słota
Małgorzata Jankowska
Tadeusz Wodol
Zuzanna Gosiewska*

N.W.H. N.R. *[signature]*

**Notatka z roboczego
spotkania Komisji ds. kontraktowania
świadczeń zdrowotnych działającej przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek
i Położnych z przedstawicielami Departamentu Pielęgniarek i Położnych, które odbyło
się w dniu 21 stycznia 2009 roku w Ministerstwie Zdrowia**

W trakcie spotkania zostały poruszone następujące kwestie:

1. Omówiono możliwość mieszanego systemu finansowania dla pielęgniarek i położnych POZ, analogicznie do sposobu kontraktowania świadczeń lekarzy POZ.
 - Zastosowanie jednakowych progów wagowych i przedziałów wiekowych dla wszystkich świadczeniodawców w POZ.
 - Kontraktowanie programów zdrowotnych przez pielęgniarki/położne w rozszerzonym zakresie w oparciu o zakres zadań świadczeniodawców w POZ.
2. Zakres zadań gabinetu zabiegowego POZ i gabinetu pielęgniarki/położnej POZ.
3. Udoskonalenie zapisów w katalogu świadczeń pielęgniarki/położnej POZ.
4. Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 roku 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).
5. Wypracowanie jednolitego produktu w zakresie pielęgniarskiej opieki w warunkach zamieszkania/pobytu świadczeniobiorcy.
6. Umożliwienie zatrudnienia pielęgniarki/położnej POZ u kilku świadczeniodawców.
7. Komisja przekazała Stanowisko z dnia 20 stycznia 2009r. dotyczące założeń i zasad kontraktowania świadczeń pielęgniarki/położnej POZ w roku 2009 i lata następne.

[Signature]

[Signature]
Anna Kmieć
Małgorzata Matyja
Izabela Mame

[Signature]
Bożena Gosińska
Izabela Matyja
Tadeusz Wołosz

Dr n. med. Dorota Ćwiek

**Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
Sprawozdanie z funkcjonowania zawodu położnej w województwie zachodniopomorskim**

1. Informacje ogólne

Na obszarze województwa zachodniopomorskiego zlokalizowane są 32 szpitale oraz ponad 200 zakładów otwartej opieki zdrowotnej, w których pracują położne. Ogólna liczba położnych zarejestrowanych w Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych oraz w Koszalińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych na dzień 31.08.2008. wynosi 1345, ale czynnych zawodowo jest 1141. Nie ma zapotrzebowania na położne na rok 2009 bowiem, że aż 53 położne są bezrobotne. W roku 2008 nie było w naszym województwie żadnej absolwentki Wydziału Położnych, ale Pomorska Akademia Medyczna prowadzi kształcenie w tym kierunku. Egzamin z przygotowania zawodowego planowany jest na czerwiec 2009. Liczbę położnych pokazuje tabela I.

Tabela I. Liczba położnych w SIPIp i w KIPiP wg stanu na dzień 31.08.2008.

Lp.	ZAKRES DANYCH	OIPiP w Szczecinie				OIPiPw Koszalinie				RAZEM					
		2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007		
1.	Liczba wydanych praw wykonywania zawodu położnej wg stanu na dzień 31 grudnia	940	998	1010	1024	321	317	318	321	1261	1315	1328	1345		
2.	Liczba wydanych praw wykonywania zawodu położnej od dnia 01. stycznia do dnia 31. sierpnia następnego roku	36	6	7	6	2	-	1	2	38	6	8	8		
3.	Liczba członków OIPiP z prawem wykonywania zawodu położnej	976	985	933	1005	323	325	330	336	1299	1310	1323	1341		
4.	Liczba członków OIPiP z prawem wykonywania zawodu położnej – czynnych zawodowo	823	833	823	825	306	318	302	316	1129	1151	1125	1141		
5.	Liczba wydanych zezwoleń (od dnia 01.01. do dnia 31.08) na prowadzenie:	indywidualnej praktyki położnej	6	9	10	16	37	1	-	0	43	10	10	16	
		indywidualnej specjalistycznej praktyki położnej	1	4	-	0	12	13	-	0	13	17	-	0	
		grupowej praktyki położnych	0	0	-	0	0	0	-	0	0	0	-	0	
6.	Liczba bezrobotnych położnych zarejestrowanych w OIPiP	stan na dzień 31.08.		26	32	31	33	17	21	28	20	43	53	59	53
7.	Planowane odejścia na emeryturę w następnym roku	37	40	21	21	0	0	-	-	37	40	21	21		
8.	Liczba położnych, które odbyły przeszkolenie w danym roku po przerwie w wykonywaniu zawodu	3	6	7	2	1	0	0	0	4	6	7	2		

Liczba zaświadczeń wydanych położnym przez OIPiP potrzebnych do podjęcia pracy poza granicami kraju: 40.

Wykształcenie położnych

- mgr położnictwa **0**
- mgr pielęgniarstwa **19**
- mgr – ukończone inne kierunki studiów **42**
- licencjat położnictwa **17**
- specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa **102**
- specjalizacje w dziedzinach mające zastosowanie w ochronie zdrowia **21**
- kursy kwalifikacyjne **151**

W październiku 2008 roku Pomorska Akademia Medyczna rozpoczęła kształcenie położnych na studiach zawodowych licencjackich w systemie niestacjonarnym (tzw. studia pomostowe). Niestety uczelnia nie otrzymała dofinansowania do tych studiów ze środków unijnych. Naukę podjęło 17 położnych (na 30 miejsc).

Tylko 10,78% położnych czynnych zawodowo posiada specjalizacje (123 osoby). W grudniu odbył się państwowy egzamin na specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, który zdało 32 położne – 100% słuchaczek kursu. Aktualnie trwa specjalizacja dla położnych w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego (27 osób). Termin zakończenia specjalizacji planowany jest na czerwiec 2010. Istnieje w dalszym ciągu duże zapotrzebowanie na specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.

Kursy kwalifikacyjne posiada 13,23 % położnych czynnych zawodowo (151 osób). Jak więc widać, wskaźnik posiadanych kursów powoli wzrasta, co oznacza, że coraz więcej położnych się doksztalca. Posiadane specjalizacje przez położne zobrazowano w tabeli II, a kursy kwalifikacyjne w tabeli III.

Tabela II. Posiadane specjalizacje przez położne na dzień 31.12.2008

Specjalizacja w dziedzinie:	Liczba położnych			
	2005	2006	2007	2008
medycyny społecznej	-	-	-	-
organizacji ochrony zdrowia	-	-	-	-
epidemiologii i higieny	2	2	2	-
organizacji i zarządzania	13	16	16	16
promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	2	3	5	5
pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	10	9	9	10
pielęgniarstwa operacyjnego	7	7	7	7
pielęgniarstwa onkologicznego	-	-	-	-
pielęgniarstwa epidemiologicznego	-	2	2	2
pielęgniarstwa środowiskowego / rodzinnego	3	2	4	4
opieki przed- i okołoporodowej	8	9	9	9
pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego	8	9	9	9
pielęgniarstwa położniczego	20	26	26	58
pielęgniarstwa ginekologicznego	-	-	-	-
pielęgniarstwa neonatologicznego	1	3	3	3
RAZEM	74	88	92	123
% położnych czynnych zawodowo posiadających specjalizację	6,55%	7,65%	8,18%	10,78%

Tabela III. Posiadane kursy kwalifikacyjne przez położne na dzień 31.08.2008

Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:	Liczba położnych			
	2005	2006	2007	2008
pielęgniarstwa neonatologicznego	3	3	3	3
pielęgniarstwa operacyjnego	32	39	48	48
pielęgniarstwa epidemiologicznego	1	1	1	1
organizacji i zarządzania	36	42	49	49
pielęgniarstwa rodzinnego	16	17	18	26
promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	6	6	8	8
pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	18	17	17	16

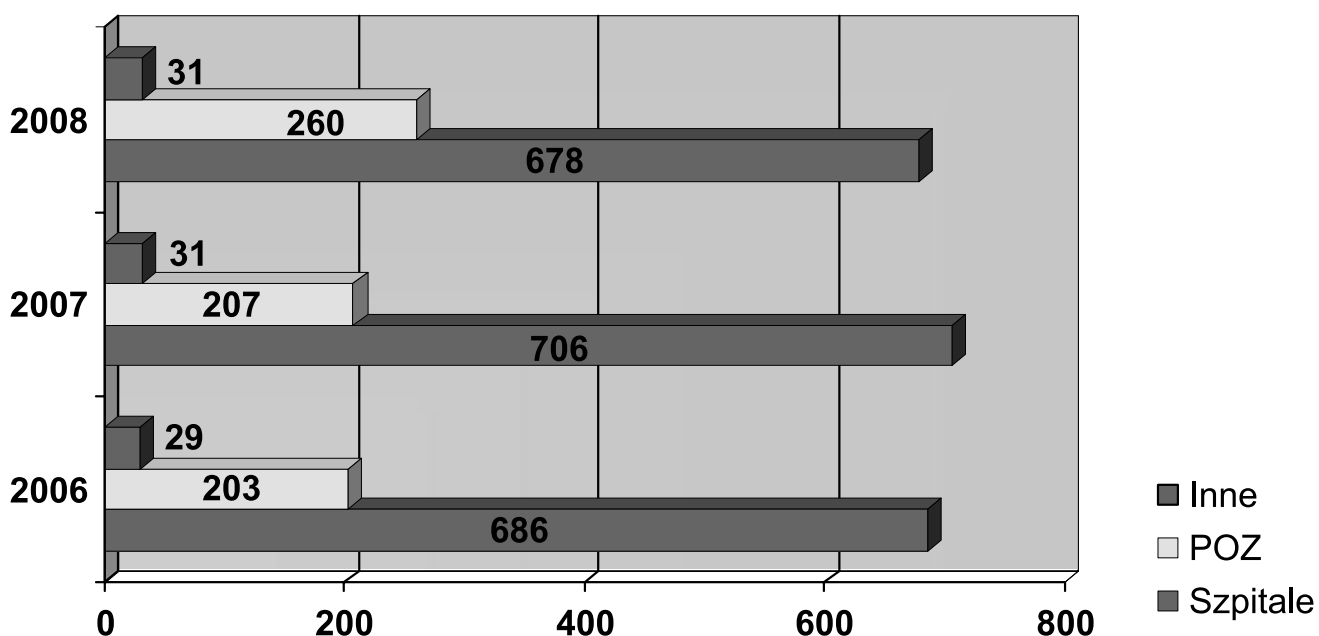
RAZEM	112	125	144	151
% położnych czynnych zawodowo posiadających kursy kwalifikacyjne	9,92%	10,86%	12,8%	13,23%

Zatrudnienie położnych

Położne w województwie zachodniopomorskim zatrudnione są w:

- 24 szpitalach posiadających pion położniczo – ginekologiczny,
- 1 szpitalu posiadającym oddział ginekologiczny,
- 7 szpitalach nie posiadających pionu położniczo – ginekologicznego,
- POZ,
- Pomorskiej Akademii Medycznej,
- Szkole Policealnej Pracowników Służb Społecznych,
- Innych placówkach.

Miejsce zatrudnienia położnych przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Miejsce zatrudnienia położnych

2. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej na dzień 31.08.2008

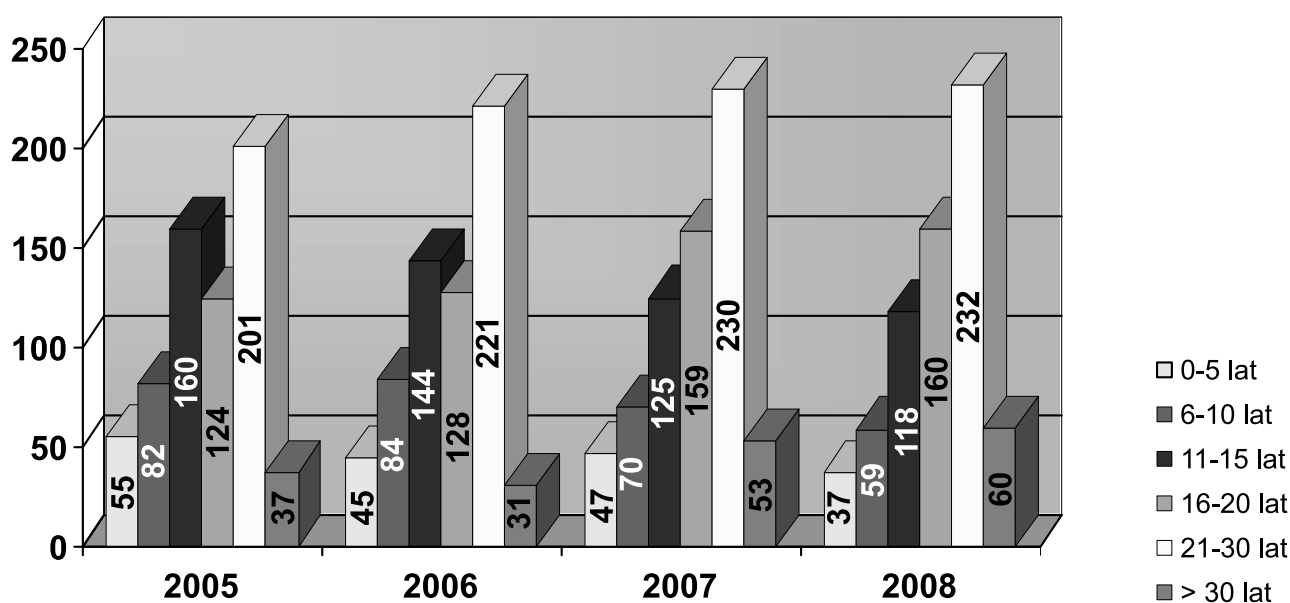
W stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej zatrudnionych jest 678 (w roku 2007: 706) położnych w tym w przychodniach przyszpitalnych – 27. Szczegółową strukturę zatrudnienia położnych przedstawiono w tabeli IV.

Oddział	Liczba	
	Położne	Pielegniarki
Sala porodowa	157	-
Położniczy	94	-
Patologia ciąży	32	-
Noworodkowy	70	170
Ginekologia	103	18
Położniczo - noworodkowy	13	5

Położniczo – ginekologiczny	66	15
Izba przyjęć położniczo-ginekologiczna	38	11
Blok operacyjny położniczo-ginekologiczny	33	37
Poradnia K	27	2
Inne oddziały niepołożnicze	42	
Oddziałowe nie przypisane do oddziału	3	
RAZEM	678	258

Do 31.08.08 najwięcej położnych pracowało od 21 do 30 lat (232 osoby). Staż pracy od 16 – 20 lat ma aż 160 położnych. Bardzo mało jest położnych mających staż pracy do 10 lat – 96 osób.

Analiza stażu pracy zatrudnionych w szpitalu położnych na przestrzeni 4 ostatnich lat wykazuje stały wzrost liczby położnych pracujących powyżej 16 lat, natomiast malejącą liczbę pracujących do 15 lat. Świadczy to o „starzeniu” się zawodu w naszym województwie. Staż pracy położnych w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej przedstawiono na wykresie 2.



Wykres 2. Staż pracy położnych w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej

1. Liczba sal porodowych: w województwie (ogółem) w 24 szpitalach jest 50 sal porodowych

W strukturach:

- a) SP ZOZ- u 19
- b) NZOZ-u 0
- c) Szpitala Klinicznego 3
- d) Szpitala Resortowego 2

Inne:

- a) Izba Porodowa 0
- b) Dom Narodzin 0

2. Liczba porodów w województwie (na dzień 01.09.2008r.): 11699, co daje wzrost o 4,7% w stosunku do poprzedniego roku.

3. Liczba cięć cesarskich:

- w roku 2007 przez 12 miesięcy – 5098, co stanowi 30,86%

•w roku 2008 przez 8 miesięcy – 3693, co stanowi 31,56%

4. Samodzielność zawodowa położnych (wykonywanie świadczeń zgodnie z ustawowymi uprawnieniami i posiadanymi kompetencjami)

a)bardzo duża – w 6 szpitalach

b)duża – w 14 szpitalach

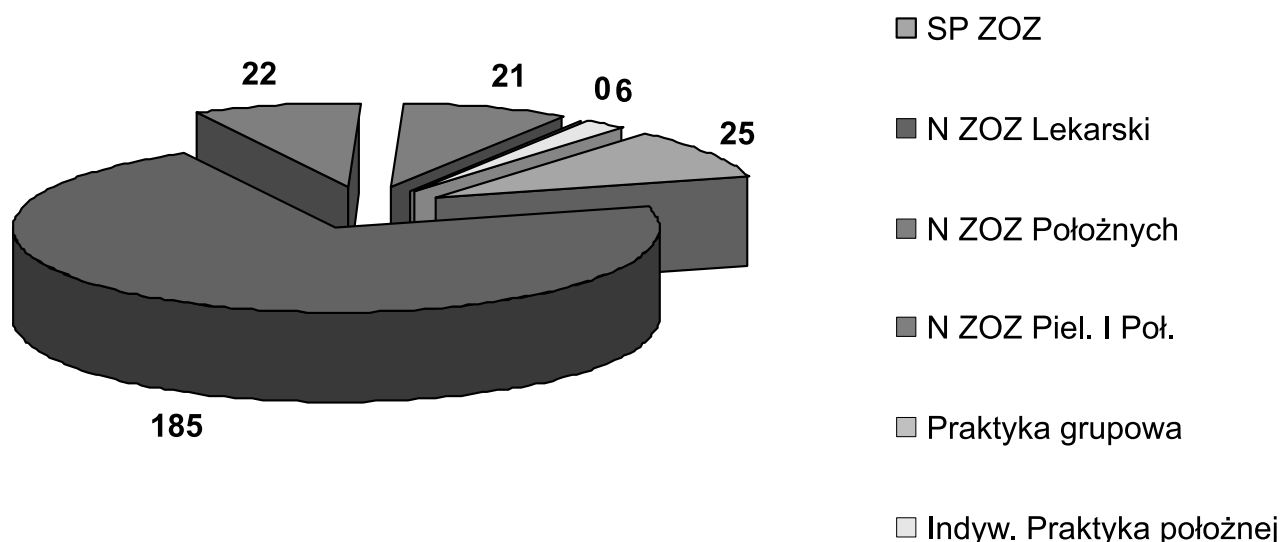
c)dostateczna – 4 szpitalach

d)całkowity brak samodzielności – brak

Średnio położne określały samodzielność na ocenę 4,08.

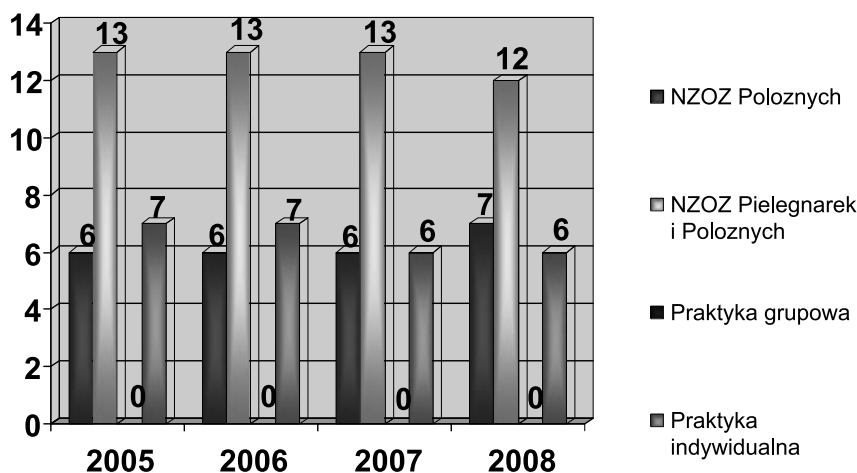
3. Podstawowa opieka zdrowotna

W podstawowej opiece zdrowotnej zatrudnionych jest 260 położnych obejmujących opieką 829 441 świadczeniobiorców na podstawie deklaracji. Tylko 6 położnych posiada praktykę indywidualną i nikt grupowej. Strukturę liczby zatrudnienia położnych rodzinnych przedstawia wykres 3. (na dzień 31.12.2008).



Wykres 3. Struktura liczby zatrudnienia położnych rodzinnych w POZ

Liczba zawartych umów bezpośrednio z położnymi POZ przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ jest bardzo niska – tylko 25 do 31.08.08 (w roku 2005 – 26, 2006 – 26, 2007 – 25). Pozostałe położne rodzinne pracują na „podkontraktach”. Strukturę liczby bezpośrednich umów położnych z ZOW NFZ przedstawia wykres 4.



Wykres 4. Struktura liczby bezpośrednich umów położnych z ZOW NFZ

4. Wnioski

1. W związku z niepokojącym „starzeniem” się zawodu położnej należy podjąć intensywniejsze działania do zachęcania absolwentów szkół średnich do podejmowania nauki w tym zawodzie.
2. W dalszym ciągu niezadawalająca jest liczba położnych posiadających kursy specjalizacyjne i kwalifikacyjne, dlatego stale powinny one dążyć do podnoszenia swoich kwalifikacji.
3. Należy dążyć do uruchomienia większej liczby kursów specjalizacyjnych, specjalistycznych i kwalifikacyjnych dla położnych.
4. Konieczne jest dalsze zachęcanie pielęgniarek i położnych POZ do zawierania bezpośrednich umów z ZOW NFZ.

Bardzo dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tego sprawozdania: Dyrektorom, Pielęgniarkom Naczelny i Przełożonym szpitali województwa Zachodniopomorskiego, Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Koszalińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz Zachodniopomorskiemu Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia.

Źródło: opracowania własne ZOW NFZ

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa mgr Maria Smalec

Sprawozdanie

W Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych zarejestrowanych jest 7006 pielęgniarek i 1008 położnych, w tym czynnie pracujących 5949 pielęgniarek i 832 położne (15,1% pielęgniarek i 17,5% położnych nie pracuje w zawodzie, bądź pracuje poza terenem kraju).

W rejestrze indywidualnych praktyk zarejestrowanych jest: 1620 praktyk pielęgniarskich i 164 praktyki położnych, w tym:

- praktyka indywidualna pielęgniarki – 1562
- praktyka indywidualna specjalistyczna pielęgniarki – 55
- praktyka indywidualna położnej – 159
- praktyka indywidualna specjalistyczna położnej – 5
- praktyka grupowa – 3.

Dane do sporządzenia sprawozdania zostały uzyskane na podstawie ankiety rozesłanej wśród 84 zakładów opieki zdrowotnej działających na terenie SIPiP.

Ze względu jednak na fakt, iż niektóre zakłady nie odesłały wypełnionego kwestionariusza, przedmiotowa analiza stanowić może tylko bazę wyjściową, globalny pogląd na sytuację i strukturę zatrudnienia pielęgniarek, a nie potwierdzenie aktualnego stanu rzeczywistego. Ankiety zwrotne odesłało 46 zakładów opieki zdrowotnej, czyli 57,1% biorących udział w badaniu.

Lp.	NAZWA
	SZPITALA
1	SZPITAL POWIATOWY GRYFINO
2	SPZZOZ STARGARD SZCZECIŃSKI
3	SPWSZ SZCZECIN
4	SSZOZ NAD DZIECKIEM I MŁODZIEŻĄ SZCZECIN
5	SPZZOZ GRYFICE
6	SPZOZ SZPITAL POWIATOWY BARLINEK
7	SPZOZ SZPITAL POWIATOWY DĘBNO
8	SPSK NR 1 SZCZECIN
9	109 SZPITAL WOJSKOWY SZCZECIN
10	SZPITAL POWIATOWY PYRZYCE
11	SPSK NR 2 SZCZECIN
12	SPZOZ SZPITAL MIEJSKI ŚWINOUJŚCIE
13	SPZOZ SZPITAL MIEJSKI ŚWINOUJŚCIE
14	SPZOZ „ZDROJE” SZCZECIN – WYZWOLENIA
15	SZPITAL W KAMIENIU POMORSKIM
16	SPZOZ CHOSZCZNO
17	SP SZP GOLENIÓW
18	SPSR W NOWOGARDZIE
19	SPSZOZ „ZDROJE” SZCZECIN
20	SPECJALISTYCZNY SZPITAL SOKOŁOWSKIEGO SZCZECIN
	POZOSTAŁE PLACÓWKI OCHRONY ZDROWIA
1	NZOZ AMIMED SZCZECIN
2	ZPZOZ ZAKŁAD PSYCHIATRYCZNY PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY NOWE CZARNOWO
3	NZOZ „BIMED” PEŁCZYCE
4	„PORTA MEDYK” SP. Z O.O SZCZECIN
5	NZOZ „WENA-MED.” GRYFICE
6	PORTOWY SPZOZ SZCZECIN
7	NZOZ PIEŁĘGNIARSTWO W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA S.C. POLICE
8	NZOZ PIEŁĘGNIARSTWA ŚRODOWISKOWO-RODZINNEGO IRENA ZIELIŃSKA CHOCIWEL
9	NZOZ „ESKULAP” TRZEBIATÓW
10	NZOZ „VITAS” STEPNIKA
11	NZOZ „DAR” S.C. DĘBNO
12	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SZCZECIN
13	NZOZ „VITA SANA” GRYFINO
14	NZOZ „ZDROWIE” S.C. MYŚLIBÓRZ
15	SPZOZ SZKÓŁ WYŻSZYCH SZCZECIN
16	NZOZ MEDYCYNY SZKOLNEJ SZCZECIN
17	NZOZ „SALUS” DĘBNO
18	NZOZ PIEŁĘGNIARSTWO W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA ŁOBEZ
19	NZOZ MEDYCYNY SZKOLNEJ „PULS” S.C. BARLINEK
20	NZOZ PIEŁĘGNIARSTWO W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA „CORMED” S.C. DĘBNO
21	NZOZ MEDYCYNĄ SZKOLNĄ GOLCZEWO

22	WSPŁ SPZOZ STARGARD SZCZECIŃSKI
23	NZOZ „PARTNERMED” MIĘDZYZDROJE
24	„UZDROWISKO KAMIEŃ POMORSKI” SP. Z O.O.
25	NZOZ „ŚROD-MED.” S.C. POLICE
26	NZOZ MEDYCYNY SZKOLNEJ STARGARD SZCZECIŃSKI
27	NZOZ MEDYCYNY SZKOLNEJ PYRZYCE
28	ZOZ MED. GRYFICE

Ogólna liczba zatrudnionych pielęgniarek w lecznictwie zamkniętym wynosi 3388,75 pielęgniarek, w lecznictwie otwartym 447 pielęgniarek.

Szacowane zapotrzebowanie kadrowe na rok 2009 wynosi około 135 pielęgniarek i 15 położnych.

W pionie opieki nad matką i dzieckiem oraz ginekologii i oddziałach noworodkowych zatrudnionych jest 167 pielęgniarek. Położne (502,5 etatów) zatrudnione są w oddziałach odpowiadających specyfice ich kwalifikacji tj. w salach porodowych (14,1%), oddziałach położniczych (13,5%), oddziałach położniczo-ginekologicznych (13,3%). Tylko 3% położnych zatrudnionych jest w jednostkach ochrony zdrowia nieodpowiadających ich kwalifikacjom zawodowym.

Największą grupę stanowią zarówno pielęgniarki, jak i położne ze stażem 21-30 lat (36,3% pielęgniarek, 41,6% położnych) oraz mieszczone w przedziale 16-20 lat (19,8% pielęgniarek, 22,8% położnych).

Liczba mgr pielęgniarstwa wśród pielęgniarek i położnych kształtuje się na zbliżonym poziomie (ok. 27%), zauważalna jest znaczna różnica w przypadku licencjatu pielęgniarstwa: 34,6% absolwentek wśród pielęgniarek i 20,5% absolwentek wśród położnych.

Wśród pozostałych kierunków studiów w obu grupach zawodowych znalazły się m.in: ekonomia, socjologia, psychologia, bankowość, doradztwo zawodowe, promocja zdrowia, ochrona środowiska.

Specjalizację ukończyło 10,8% położnych i 11,4% pielęgniarek, w tym z zakresu organizacji i zarządzania 7,1% położnych i 18,4% pielęgniarek, z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii 3,6% położnych i 20% pielęgniarek, z pielęgniarstwa operacyjnego 3,6% położnych i 14,5% pielęgniarek. Najwięcej położnych deklaruje chęć uczestnictwa w specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego (23,2%) oraz położniczo-ginekologicznego (16%).

Kursy kwalifikacyjne ukończyło 19,1% położnych i 22,8% pielęgniarek z zakresu: środowiska nauczania i wychowania 8,1% położnych i 11,6% pielęgniarek, z pielęgniarstwa operacyjnego 19,2% położnych i 8,6% pielęgniarek, z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki 5% położnych i 36,1% pielęgniarek oraz z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego 39,4 % położnych i 22,4% pielęgniarek

Wśród zapotrzebowania na udział w kursach kwalifikacyjnych położne na pierwszym miejscu stawiają pielęgniarstwo operacyjne (27,3%). Pielęgniarki zgłaszają zapotrzebowanie na kursy z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (16,1%), opieki długoterminowej (15,2%), pielęgniarstwa ratunkowego (12,3%).

Największym zainteresowaniem w obu grupach zawodowych cieszą się kursy specjalistyczne: krwiodawstwo i transfuzjologia (posiada go 45,2% położnych i 48,3% pielęgniarek), resuscytacja krążeniowo-oddechowa (7% położnych i 17,7% pielęgniarek), wykonanie i interpretacja zapisu EKG (1,5 % położnych i 10,4 % pielęgniarek) jak i również kurs szczepień (18,9 % położnych i 7,6 % pielęgniarek),

Kierownicza kadra pielęgniarstwa sugeruje konieczność wypracowania takiej metodologii badań, która pozwoli w sposób rzeczywisty planować obsadę kadrową pielęgniarstwa w poszczególnych jednostkach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej sugerując się wyznacznikami opieki dla poszczególnych kategorii pacjentów.

Zwrócono również uwagę na fakt, iż w środowisku pielęgniarek i położnych istnieje problem „nie radzenia” sobie w sytuacjach trudnych w relacjach pacjent-rodzina-personel, i w związku z tym wskazana

byłaby inicjatywa szkoleń w tym zakresie lub zatrudnianie w ZOZ specjalistów z dziedziny psychologii. Problem stanowią również zagadnienia dotyczące świadczeń pielęgniarskich w ramach umów cywilno-prawnych.

W zakładach opieki zdrowotnej drastycznie ulegają pogorszeniu warunki wykonywania pracy ze względu na zmniejszenie liczby pielęgniarek, położnych oraz zwalnianie personelu pomocniczego bądź też scedowanie wykonywania czynności pielęgniarskich na personel pomocniczy.

Profesjonalny rozwój w pielęgniarstwie warunkowany jest ustawicznym kształceniem. Tymczasem w sytuacji znacznych niedoborów finansowych i niskich poborów pielęgniarek i położnych nie jest faktycznie możliwe doskonalenie się tej grupy zawodowej na własny koszt. Powoduje to obniżenie jakości pracy oraz poziomu wiedzy i kwalifikacji. Wycofywanie się pracodawców z udziału w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, przesunęło ciężar finansowy na zainteresowane pielęgniarki i położne. W wielu zakładach brakuje jasno sprecyzowanych zakresów obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarek i położnych. Niejednokrotnie zleca się pielęgniarkom i położnym wykonywanie czynności porządkowych i innych czynności wykonywanych dotychczas przez personel pomocniczy. Obserwuje się sytuację pozostawiania na dyżurze jednej pielęgniarki z grupą kilkudziesięciu pacjentów, co stanowi zagrożenie zarówno dla pacjentów, jak i pielęgniarek i położnych. Stan taki prowadzi do przeciążenia pielęgniarek pracą przy jednoczesnej niemożliwości realizacji zadań w zakresie opieki nad pacjentem.

W sytuacji dalszego zmniejszania zatrudnienia, braku nowej kadry na rynku pracy pod znakiem zapytania staje realizacja zadań pielęgniarek i położnych, w tym podstawowych w diagnozowaniu i leczeniu (ICN 2006: Odpowiednia obsada pielęgniarek ratuje życie pacjentów; WWW.ptp.nal.plPTP, NRPiP 2007; Raport Agencji Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości w USA przy Departamencie Zdrowia i Usług Społecznych Nurse Staffing and Quality of Patient Care; WWW.ahrq.gov 2007). Sytuacja powyższa ma bezpośrednie przełożenie na występowanie wykroczeń i zaniedbań w pracy pielęgniarek i położnych, które związane jest bezpośrednio ze sposobem kierowania zespołami pielęgniarskimi oraz warunkami i organizacją pracy tej grupy zawodowej. Z danych Biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych wynika, iż nieznamość zarządzania oraz niewłaściwe kierowanie zespołami pielęgniarskimi przez kierowniczą kadrę pielęgniarską jest powodem szeregu wykroczeń zawodowych oraz niejednokrotnie narusza prawa pacjenta.

Utrwalenie się i pogłębianie takiego stanu prowadzi do:

wzrostu wykroczeń i zaniedbań zawodowych

wzrostu liczby skarg i prowadzonych postępowań wyjaśniających

obniżenia poziomu opieki pielęgniarskiej w ZOZ i środowisku pacjenta

obniżenia zaufania pacjentów do instytucji ZOZ

obniżenia prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej

spadku popularności zawodu wśród młodzieży szkolnej

odchodzenia pielęgniarek i położnych z zawodu

spadku popularności określonych ZOZ i ucieczka pacjentów do konkurencji

strat materialnych zakładów i osób indywidualnych związanych z koniecznością pokrywania kosztów postępowania, wypłacania odszkodowań itp.

Niezbędne staje się, więc podjęcie działań prewencyjnych nie tylko dla zawodu pielęgniarki i położnej, jego profesjonalnego rozwoju, ale przede wszystkim dla bezpieczeństwa i dobra pacjenta. Albowiem tylko kompetentna, bezpieczna opieka spełni oczekiwania pacjentów, pacjentów tym samym podtrzyma zaufanie społeczeństwa do zawodu pielęgniarki i położnej.

Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z pełnienia funkcji Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego za rok 2008.

Działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 roku, w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich, § 7 p5,12 i § 11 p4 (Dz.U.02, 188) przedkładam sprawozdanie dotyczące pielęgniarstwa rodzinnego na terenie województwa zachodniopomorskiego.

1.Ocena ogólna pielęgniarstwa rodzinnego: Sytuacja pielęgniarstwa rodzinnego w województwie, podobnie jak w roku ubiegłym - niezadowalająca z powodu sposobów kontraktowania świadczeń. Polityka OW NFZ nie sprzyja zachęcaniu pielęgniarek do indywidualnego kontraktowania świadczeń, jak również nie sprzyja zdobywaniu specjalizacji. Brak jednoznacznej definicji „pielęgniarki rodzinnej”, powoduje niezrozumienie i trudności w określaniu kontraktowanych świadczeń. Dnia 10.lutego 2009 roku na stronie: http://www.nfz-szczecin.pl/kontakt_z_pracownikami_oddzialu.htm. widnieje zapis: „Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, położnej i pielęgniarki środowiskowej spośród wszystkich, którzy mają umowę z NFZ”. Zapis ten wskazuje, że Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ nie określił dokładnie kto realizuje świadczenia pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej i poradniach lekarza rodzinnego – pielęgniarka rodzinna, pielęgniarka poz czy pielęgniarka środowiskowa? Do takiego stwierdzenia upoważnia zapis na tej samej stronie: „Pacjent ma prawo zmienić dwa razy w roku kalendarzowym lekarza, pielęgniarkę, położną POZ”. Pielęgniarka POZ udziela świadczeń w miejscu wykonywania praktyki oraz poprzez świadczenie wizyt domowych.– co jest całkowicie sprzeczne z dotychczasową ideą pielęgniarstwa rodzinnego, a nawet pielęgniarstwa środowiskowego. Pielęgniarka rodzinna, pielęgniarka środowiskowa udziela świadczeń przede wszystkim w miejscu zamieszkania (środowisku) świadczeniobiorcy.

Kontynuowana jest praktyka podpisywania przez pacjentów deklaracji do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej bez wskazania nazwiska pielęgniarki, stąd same zainteresowane nie są w stanie określić wieku pacjentów. Rozpoznawanie nowych środowisk w NZOZ-ach Lekarskich i podstawowej opiece zdrowotnej są sporadyczne lub nie odbywają się, a wizyty w domu rodzinnym dziecka do 1 roku życia są sporadyczne.

Prognoza zapotrzebowania na usługi zdrowotne w pielęgniarstwie rodzinnym: w województwie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki rodzinne będzie wzrastać ze względu na proces starzenia się społeczeństwa. Zainteresowanie ukończeniem kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w roku 2008 i 2009 wzrasta z uwagi na podnoszenie kwalifikacji przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej.

2.Kształcenie podyplomowe: Na terenie województwa zachodniopomorskiego:

- 1) Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek w roku 2009 organizują:
 - a)Gospodarstwo Pomocnicze przy Zachodniopomorskim Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie i w Koszalinie
 - b)Ośrodek Kształcenia EzA
 - c)Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych
- 2) Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek organizują:
 - a)Gospodarstwo Pomocnicze przy Zachodniopomorskim Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie i w Koszalinie
 - b)Ośrodek Kształcenia EzA

Liczba osób, które ukończyły formy kształcenia podyplomowego w 2008 roku:

1. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek:

- a.w ZCOiPZ ukończyło – 36 osób
- b.w Ośrodka Kształcenia EzA – 37 osób

Razem 73 osoby ukończyły kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”.

Opinie konsultanta dotyczące realizacji celów kształcenia:

- a. Program nauczania był realizowany w pełni, odpowiadał wymogom CKPPIP. Staże odbywały się zgodnie z programem.
- b. Zabezpieczenie miejsc w pełni odpowiada zapotrzebowaniu na kształcenie specjalizacyjne w województwie zachodniopomorskim. Informacje o planowanej realizacji kształcenia podyplomowego umieszczane są na stronach www ośrodków kształcenia i Okręgowych Izb Pielęgniarskich, a także rozsyłane do ZOZ-ów.
- c. Koszty kształcenia podyplomowego na kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych wymaganych przy kontraktowaniu przez NFZ o/Szczecin świadczeń pielęgniarki poz bez względu na rodzaj zatrudnienia w większości przypadków pokrywają pielęgniarki.

Zapotrzebowanie na kształcenie podyplomowe na rok 2009:

Obserwuje się obniżenie zainteresowania specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Jak w roku poprzednim Organizatorzy uzależniają dotrzymanie terminu rozpoczęcia form kształcenia od ilości zgłoszeń.

Planowana liczba miejsc w 2009 roku:

- a. na kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego – 25 osób
- b. na kursie kwalifikacyjnym Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek – 105 osób

Razem – 130 miejsc planowanych

3. Stan osobowy:

Aktualna liczba pracujących **pielęgniarek POZ z kwalifikacjami pielęgniarki rodzinnej** na terenie województwa zachodniopomorskiego według danych Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie (listopad 2008 roku) wynosi **700 osób** zatrudnionych na zasadzie umowy o pracę, umowy cywilno-prawnej w NZOZ Lekarskich, kontraktach z NFZ o/Szczecin oraz NZOZ Pielęgniarskich (mniej o 13 osób w porównaniu do roku ubiegłego).

- a)NZOZ pielęgniarek środowiskowych – 10 (dane z dnia 1. czerwca 2008 r.)
- b)Indywidualne praktyki pielęgniarki środowiskowej – 42;
- c)Indywidualna pielęgniarka środowiskowa i szkolna - 1

Liczba pacjentów zadeklarowanych do jednej pielęgniarki poz - **średnio 2750 osób**, ale tak jak w poprzednim roku w NZOZ-ach Lekarskich pielęgniarki nie mają określonej imiennej listy zadeklarowanych świadczeniobiorców, stąd nie znają dokładnej liczby pacjentów, nie są w stanie określić grup wiekowych pacjentów.

3. Ocena programów zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki poz. Pielęgniarki realizują program profilaktyki gruźlicy. Dane statystyczne OW NFZ w Szczecinie nie pozwalają na rzetelną ocenę realizacji przez pielęgniarki programów profilaktycznych.

4. Współpraca ze środowiskiem:

- a)Kontakty ze środowiskiem utrzymywane są poprzez udział w naradach kadry kierowniczej POZ i NZOZ,

członkostwo w Komisji Nadzoru przy SI PiP, prowadzone kontrole i wizytacje w Indywidualnych praktykach pielęgniarki rodzinnej.

b) Współpracuję z Gospodarstwem Pomocniczym przy Zachodniopomorskim Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie i z Ośrodkiem Kształcenia EzA w Szczecinie. Biorę czynny udział w kształceniu podyplomowych pielęgniarek. Prowadzę zajęcia na kursie kwalifikacyjnym dla pielęgniarek rodzinnych oraz szkoleniu specjalizacyjnym. Na bieżąco kontroluję dokumentację kształcenia podyplomowego, hospituję zajęcia

c) Studentki studiów niestacjonarnych drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo WNoZ PAM w Szczecinie w ramach projektu dydaktycznego realizowanego pod moim kierunkiem zorganizowały:

- dwie edycje warsztatów na temat profilaktyki odleżyn dla pielęgniarek pracujących w DPS, środowisko-rodzinnych i pielęgniarek pracujących w SPSK-2 w Szczecinie.

- Warsztaty profilaktyki i leczenia cukrzycy dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych dla 80 osób. Sprawozdania z realizacji projektów zostały opublikowane w czasopiśmie SI PiP „Wiadomości w czepku”.

Uwagi i wnioski:

1. Realizacja świadczeń pielęgniarki rodzinnej w środowisku zamieszkania świadczeniobiorców napotyka na trudności ze względu na sposób kontraktowania świadczeń medycznych przez OW NFZ.

2. Opieka środowiskowa jest niewystarczająca, pielęgniarki wykonują najczęściej zlecenia lekarskie, brak jest planowej, systematycznej zgodnej z procesem pielęgnowania pielęgniarskiej opieki środowiskowej.

3. Obserwuje się dysproporcje w uposażeniu pielęgniarek zatrudnionych na takich samych zasadach w różnych NZOZ Lekarskich, różnice te zauważalne są pomiędzy dużymi i małymi miastami.

4. Pracodawcy w większości nie chcą pokrywać kosztów zdobywania przez pielęgniarki POZ kwalifikacji niezbędnych do realizacji świadczeń kontraktowanych z NFZ.

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
dr Bożena Mroczek

*„Zagubieni gdzieś w przestrzeni
Pochylamy się łagodnie ku sobie.”*

W. Wharton

Zrzuć z siebie pancerz kamienny! Niech Twoje serce odetchnie. Daj mu przestrzeń do odczuwania. Klatka więzienna Twoich uczuć już nie istnieje! Serce błyszczy jak lustro, bije miłością i dobrocią. Umysł wybiega w dal tak odległą, jak nieskończoność. Jesteś dobrym, wspaniałym człowiekiem. Ofiarnym i współczującym. . . Tylko pozwól sobie na ten luksus, a życie Twoje ujrzy inny wymiar.

Arnika

Artykuł w grudniowym wydaniu (nr 33) czasopisma MACHINA; na okładce i w środku numeru zdjęcia, skądinąd lubianej piosenkarki Kasi Kowalskiej w bieliźnie, której głowę zdobi CZEPEK PIEŁĘGNIARSKI - przypięty lekko na bakier. Strzykawka w charakterze pistoletu, przystawiona do skroni, inna w charakterze papierosa... Może to jest nawiązanie do treści artykułu?...

Powyższe wywołało oburzenie środowiska pielęgniarek i położnych z terenu działania SIPiP i lekkie zdziwienie dziennikarzy telewizyjnych z programu lokalnego i ogólnopolskiego.

O co tym pielęgniarkom chodzi? Przecież (wg. jednego ze szczecińskich socjologów) taka „reklama” (podkreślenie autora) spowoduje pewnie napływ osób chętnych do zdobywania tego zawodu.

W wydaniu Teleekspresu z dnia 10.02.09r., po komentarzu dziennikarza Macieja Orłosa zabrała głos sama Pani Kasia Kowalska. Po krótkiej wypowiedzi zadedykowała nam swoją piosenkę z najnowszego albumu – „A ty czego chcesz?” Szkoda, Pani Kasiu, że nie zrozumiała Pani, o co tak naprawdę nam w tym wszystkim chodzi. Ślicznie się Pani prezentuje na zdjęciach, ale bez czepeka wyglądałaby Pani o wiele lepiej. Tak, jak to mówią, że nie pasuje kwiatek do kożucha, tak też czepek – symbol naszych zawodów nie pasuje do Pani zdjęcia w bieliźnie. Czy tak wyobraża sobie Pani pielęgniarkę/położną, która miałaby Panią lub Pani dziecko pielęgnować? Wątpię!

Dla jednych nasz sprzeciw trąci myszką, dla innych jest całkowicie zrozumiały. Dobrze, że nie pozostaliśmy samotni, popiera nasz protest Okręgowa Izba Pielęgniarska w Katowicach. Mamy nadzieję, że dołączą się do nas inne Izby. Tym razem nie jest to kwestia długości mundurka, ale czepek – symbolu naszych zawodów. Może już najwyższy czas, aby stał się on symbolem zastrzeżonym? Możemy go na co dzień nie nosić na głowach, co wcale nie znaczy, że go nie szanujemy. Jest elementem naszego stroju galowego. Każda z nas wie, jakie okoliczności towarzyszą chwili, w której otrzymujemy długo oczekiwany czepek. Jest to podniosła uroczystość z udziałem władz, zaproszonych gości, członków naszych rodzin, podczas której składamy przyrze-

czenie pielęgniarskie. Jest sztandar, Hymn pielęgniarski. Zaś w tekście przyrzeczenia są słowa: „Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczyste przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należny szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie”.

Mam nadzieję, że po tym, co napisałam, nasze zachowanie w tej sprawie będzie zrozumiałe. Nie musiała Pani stosować takich chwytów marketingowych. Czepek i mundurek lub fartuszek – tak, ale czepek i bielizna – zdecydowanie nie, pani Kasiu... Myślę, że przyzna mi Pani rację? Bez tego i tak wypromowałaby Pani swoją płytę. Dobra muzyka zawsze się dobrze sprzedaje, a tak to coś nieprzyjemnie zazgrzytało...

A przecież nie musiało...

red. naczelny Helena Gąsior - pielęgniarka

Szczecin, dn.18.12.2008r.

Sz. Pan
Piotr Metz
Redaktor Naczelny
czasopisma „Machina”

W związku z ukazaniem się na łamach pisma „Machina” nr 33 z grudnia 2008r. zdjęć Pani Kasi Kowalskiej autorstwa Pana Piotra Porębskiego oraz artykułu Pani Anny Cacek „Marc i jego czepek”, dotyczących używania czepka - symbolu zawodowego pielęgniarek i położnych do celów marketingowych i jako elementu popkultury, członkowie Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych wnoszą stanowczy sprzeciw dotyczący stosowania takich praktyk. Od wielu lat czepek pielęgniarki, położnej jest symbolem tych zawodów zaliczanych do zawodów zaufania publicznego. Coraz częstsze pojawianie się w mediach zdjęć, artykułów, programów telewizyjnych, w których nadużywa się symbolu naszych zawodów jest zdaniem członków Rady, a także w opinii środowiska wysoce naganne.

Dlatego też członkowie Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu w dniu 17.12.2008r. w podjętym stanowisku wyrazili swój zdecydowany sprzeciw dotyczący takich publikacji. Zamieszczone zdjęcia oraz artykuł godzą w dobre imię środowiska pielęgniarek i położnych uchybiając i ośmieszając nasze zawody.

W związku z powyższym żądamy zamieszczenia na łamach czasopisma „Machina” przeprosin skierowanych do całego środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych w związku z niestosownym zamieszczeniem symbolu czepka pielęgniarki, położnej oraz tekstu godzącego w dobre imię pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem
Przewodnicząca Rady
Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
mgr Maria Matusiak

Szczecin, dn.18.12.2008r.

Sz. Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

W związku z ukazaniem się na łamach pisma „Machina” nr 33 z grudnia 2008r. zdjęć Pani Kasi Kowalskiej autorstwa Pana Piotra Porębskiego oraz artykułu Pani Anny Cacek „Marc i jego czepek”, dotyczących używania czepka - symbolu zawodowego pielęgniarek i położnych do celów marketingowych i jako elementu popkultury, członkowie Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych wnoszą stanowczy sprzeciw dotyczący stosowania takich praktyk. Od wielu lat czepek pielęgniarki, położnej jest symbolem tych zawodów zaliczanych do zawodów zaufania publicznego. Coraz częstsze pojawianie się w mediach zdjęć, artykułów, programów telewizyjnych, w których nadużywa się symbolu naszych zawodów jest zdaniem członków Rady, a także w opinii środowiska wysoce naganne.

Dlatego też członkowie Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu w dniu 17.12.2008r. w podjętym stanowisku wyrazili swój zdecydowany sprzeciw dotyczący takich publikacji. Zgodnie z opinią naszego środowiska, należałoby podjąć działania mające na celu ustanowienia czepka pielęgniarki, położnej jako zastrzeżonego symbolu, którego nie można by wykorzystywać do celów marketingowych lub innych, uchybiających lub ośmieszających nasze zawody.

W związku z powyższym wnosimy o podjęcie właściwych działań w tej kwestii przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Z poważaniem
Przewodnicząca Rady
Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
mgr Maria Matusiak

STANOWISKO

członków Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 17.12.2008r. w sprawie używania symbolu czepka pielęgniarki lub położnej dla celów marketingowych lub jako elementu popkultury

Członkowie Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych wnoszą sprzeciw dotyczący używania symbolu zawodowego, jakim jest czepki pielęgniarki lub położnej, dla celów marketingowych nie związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki lub położnej oraz wykorzystywania symbolu czepka jako elementu popkultury.

Sprawa dotyczy m. in. Pisma „Machina” nr 33 z grudnia 2008r. i umieszczonych tam zdjęć Kasi Kowalskiej autorstwa Piotra Porębskiego oraz artykułu Anny Cacek pt.: „Marck i jego czepki”

Wnioskodawcy:
mgr Maria Smalec
mgr Anna Maria Król
mgr Marzanna Stanisławska

UWAGA ! WAŻNE

Wysokość składki członkowskiej, w odniesieniu do osób prowadzących praktykę indywidualną na własny rachunek oraz innych osób nie wymienionych w pkt. 1-3 Uchwały nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10.12.2003r., a spełniających warunki określone w & 1, w 2009 r. wynosi 16,60 zł miesięcznie.

MOŻLIWOŚĆ WNOSZENIA OPŁAT

**osobiście w kasie Izby
od poniedziałku do czwartku w godz. 8.30 – 15.00**

**na konto bankowe Izby
Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Ks. Bogusława 30
70-242 Szczecin
NORDEA BANK POLSKA S.A.
POB SZCZECIN II
4914401332000000003407567**



STANOWISKO W SPRAWIE WDROŻENIA MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PIELĘGNIARSKIEJ (ICNP®) do praktyki

Mając na uwadze rozwój pielęgniarstwa na świecie i znając znaczenie projektów realizowanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) dla potrzeb pielęgniarstwa, przyjmujemy jako priorytet wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) dla potrzeb praktyki pielęgniarskiej w Polsce oraz jako element projektu informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce.

W związku z tym będziemy czynili starania we wszystkich możliwych organach i instytucjach celem wdrożenia ww. projektu jako priorytetu w opiece pielęgniarskiej dla bezpieczeństwa wykonywania zawodu i przede wszystkim bezpieczeństwa i jakości opieki prowadzonej nad pacjentem.

Uważamy za konieczne wdrożenie ICNP® do wszystkich programów nauczania pielęgniarek zarówno na poziomie przed jak i podyplomowym.

Jednocześnie uważamy, iż wszystkie znaczące organizacje pielęgniarskie w Polsce powinny współpracować w zakresie dobrej praktyki pielęgniarskiej jakiej może służyć ICNP®.

Tło:

Jeśli nie możemy czegoś nazwać, nie możemy też tego kontrolować, badać, uczyć lub uwzględnić w polityce sektorowej.” Norma Lang

ICNP® stanowi część składową globalnej infrastruktury informacji dostarczającej danych o praktyce opieki pielęgniarskiej i polityce w zakresie umożliwiającym poprawę opieki nad pacjentem. ICNP® jest klasyfikacją stworzoną na potrzeby pielęgniarek europejskich. Zawiera ujednoczone nazewnictwo rozpoznanych stanów, podejmowanych działań, uzyskiwanych wyników pielęgnowania. Jest to klasyfikacja przygotowana w wersji elektronicznej, umożliwiająca przetwarzanie danych.

ICNP® stanowi klasyfikację kompatybilną ze standardami terminologii opieki zdrowotnej (ISO 18104:2003, American Nurses Association Recognition) oraz innymi systemami klasyfikacyjnymi (NANDA, Omaha System, NIC i NOC).

Na świecie od kilkudziesięciu lat obserwuje się proces ujmowania w ramy terminologiczne profesji (w tym pielęgniarki i lekarza), których zakres działania wymyka się prostym definicjom i klasyfikacjom.

Kluczową umiejętnością zawodową współczesnej pielęgniarki pozostaje sposób formułowania diagnozy pielęgniarskiej, a w jej następstwie - planowania i oceniania efektów podjętych - na rzecz podmiotu opieki - interwencji.

„Aktualnie tworzone są niemal nieskończone zbiory propozycji diagnoz, które jednakże formułowane są w dowolny, często opisowy sposób, na który wpływają zarówno indywidualne, często literackie uzdolnienia ich twórców, dotychczasowe doświadczenie zawodowe, jak również osobiste poglądy nt. diagnozy. Niebagatelny wpływ na zakres i charakter formułowanej diagnozy wywierają również przełożeni, decydenci. Wobec powyższego, diagnoza pielęgniarska posiada często charakter przypadkowy i subiektywny, a sam jej twórca często może liczyć wyłącznie na siebie”.

Brak opisu (w kontekście pielęgniarstwa) zjawisk dotyczących pacjenta oraz interwencji pielęgniarskich i ich rezultatów zrodziła potrzebę (czy wręcz konieczność) stworzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Wprowadzanie klasyfikacji odnoszących się do praktyki pielęgniarskiej jest koniecznością z uwagi na:

1. standaryzację słownictwa, jakim posługują się pielęgniarki;
2. wysoki poziom wzajemnego zrozumienia między grupami pracującymi nawet w skrajnie odmiennych warunkach i kulturze;

3. poszerzenie wiedzy pielęgniarek na temat relacji między diagnozą pielęgniarską, działaniem a jego wynikiem;
4. rozwój baz danych i systemów informacyjnych wspomagających działalność bieżącą i zarządzanie ochroną zdrowia;
5. wspieranie nauczania i rozwoju zawodowego;
6. określanie niezbędnych nakładów na opiekę pielęgniarską;
7. planowanie zasobów niezbędnych w codziennej praktyce;
8. nawiązanie do innych medycznych systemów klasyfikacji.

ICNP® można wykorzystywać na różne sposoby:

- stanowiąc pewien katalog, zawierający listę terminów, umożliwia pielęgniarce przygotowanie bieżącej dokumentacji,
- stwarza szansę wykorzystania terminów przy tworzeniu systemów informacji szpitalnej,
- umożliwia wykorzystanie terminów przy definiowaniu zmiennych badawczych dotyczących działalności pielęgniarskiej,
- pełni ważną rolę w procesie kształcenia pielęgniarek, szczególnie w zakresie uszczegółowienia diagnoz i interwencji pielęgniarskich w procesie pielęgnowania.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) określiła następujące korzyści wynikające ze stworzenia ICNP®:

- stworzenie wspólnego języka, swoistego rodzaju „esperanto pielęgniarskiego”, w celu poprawy komunikacji w ramach profesji pielęgniarskiej, a także między pielęgniarkami i innymi zawodami;
- opisywanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej, sprawowanej w różnych placówkach,
- umożliwienie dokonywania porównań danych pielęgniarskich pomiędzy placówkami ochrony zdrowia jak i na arenie międzynarodowej,
- prognozowanie trendów w opiece pielęgniarskiej,
- alokację zasobów, zgodnie z potrzebami pacjentów,
- stymulację rozwoju badań z zakresu pielęgniarstwa dzięki połączeniu z dostępnymi danymi w systemach informacji pielęgniarskiej i medycznej, umożliwiającą pielęgniarkom ocenę skuteczności ich opieki;
- dostarczenie wiarygodnych danych mających znaczenie dla edukacji pielęgniarskiej i polityki zdrowotnej.

Prace nad wdrożeniem ICNP® trwają w wielu krajach świata. Powstał specjalny program komputerowy umożliwiający posługiwanie się ICNP® celem tworzenia diagnoz i interwencji pielęgniarskich oraz dokumentowania ich na nośniku elektronicznym jak również z możliwością wydruku papierowego.

Współczesne pielęgniarstwo wymaga dobrych systemów informatycznych, przydatnych w przetwarzaniu i transmitowaniu danych, co w efekcie może przyczynić się do poprawy jakości świadczonej opieki oraz rozwoju profesji.

Skuteczne wykorzystanie ICNP® wymaga zarówno komputeryzacji stanowisk pracy pielęgniarek, jak również kształtowania/ doskonalenia niezbędnych umiejętności.

Ujednolicona terminologia zawodowa i odpowiednio zakodowana dokumentacja umożliwiają szybkie przesyłanie i przetwarzanie informacji w zakodowanej formie, co przyczynić się może w dużej mierze do usprawnienia i polepszenia opieki zdrowotnej ze szczególnym zwróceniem uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa klientom systemu ochrony zdrowia.

Warszawa grudzień 2008

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny
Al. Reymonta 8 lok 12; tel/fax +48 (22) 663 63 45; zgptpiel@gmail.com; www.ptp.na1.pl
osoba do kontaktu: Dorota Kilańska przewodnicząca ZGPTP; email: zgptpiel@gmail.com



Stanowisko w sprawie kontynuowania profesjonalnego rozwoju w pielęgniarstwie (CPD) jako elementu kształcenia ustawicznego

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, iż każda pielęgniarka ma prawo do kontynuacji rozwoju zawodowego, jako elementu ustawicznego kształcenia.

Pielęgniarki, położne są zobligowane ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej do ustawicznego kształcenia. Od dłuższego czasu obserwujemy, iż coraz więcej pielęgniarek i położnych uczestniczy w wielu formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, które nie są w żaden sposób gratyfikowane (nie uwzględniane jest w ocenie rozwoju zawodowego, w procesie awansu zawodowego oraz wynagradzania).

Uważamy, iż wprowadzenie systemu punktów edukacyjnych umożliwi pielęgniarkom, położnym dokumentowanie swojej aktywności zawodowej, zmobilizuje do dalszego doskonalenia i uczestnictwa w szkoleniach, konferencjach.

Uważamy za konieczne dokonanie stosownych zmian legislacyjnych, które zaowocują w przyszłości spójnym systemem kontynuowania profesjonalnego rozwoju i świadomego planowania ścieżki rozwoju zawodowego i gratyfikacji finansowej.

Doskonalenie powinno objąć następujące obszary działania: adaptacji zawodowej, rozwoju zawodowego i doksztalcania umożliwiającego uzyskanie dodatkowych kwalifikacji; których ukończenie jest warunkiem kariery zawodowej.

Dla wypracowania jasnych kryteriów oceny niezbędne jest podjęcie wspólnych prac środowiska pielęgniarstwa skupionego w organizacjach pielęgniarstwa.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wspiera wszelkie działania legislacyjne i pozalegisacyjne wdrażające proces Kontynuowania Profesjonalnego Rozwoju w pielęgniarstwie.

Tło:

DEFINICJA:

Kontynuowanie Profesjonalnego Rozwoju (CPD) to nieustający proces rozwoju jednostki, by poprawić potencjał i zdolność ludzi do profesjonalnego wykonywania zadań w pracy. Można to osiągnąć przez nabywanie i rozwój szeroko pojętej wiedzy, umiejętności i doświadczenia, które nie są możliwe do osiągnięcia podczas pierwszego stopnia kształcenia w zawodzie czy też wykonywanej rutynowo pracy, a które mogą razem rozwijać i podtrzymywać kompetencje dla dalszej nauki.

Jest więc ono elementem uczenia się przez całe życie.

Według definicji zawartej w Rezolucji Rady Unii Europejskiej z 27 czerwca 2002 r. "...pojęcie *life long learning* (uczenie się przez całe życie) powinno dotyczyć uczenia się od

fazy przedszkolnej do późnej emerytalnej, włączając w to całe spektrum uczenia się formalnego (w szkołach i innych placówkach systemu edukacji), pozaformalnego (w instytucjach poza system edukacji) i nieformalnego (naturalnego). **Powinno się ono odnosić do wszelkiej, trwającej przez całe życie, aktywności uczenia się, mającej na celu rozwój wiedzy, kompetencji i umiejętności w perspektywie osobistej, obywatelskiej, społecznej oraz zorientowanej na zatrudnienie.** Zasadniczym odniesieniem w tym względzie powinna być osoba jako podmiot uczenia się..."

Obserwujemy niewiele przejawów wspierania nauki (doksztalcania się) w miejscu pracy, istotnych dla naszej profesji. Dotyczy to również inicjatyw zmierzających wspierania przez pracodawcę prywatnych inwestycji w kształcenie.

Trzeba jednakże podkreślić, iż są powody dla których osoby, rozwijają się poprzez zdobywanie wiedzy, kształcenie i doskonalenie umiejętności:

- wykazanie, iż kompetentna, bezpieczna opieka spełnia oczekiwania pacjentów i podtrzymuje zaufanie społeczeństwa do zawodu;
- pragnienie samorealizacji, rozwijania profesjonalnej wiedzy i umiejętności;
- zaszczyt bycia członkiem profesjonalnej organizacji pielęgniarskiej;
- podkreślenie profesjonalnej pozycji zawodu w stosunku do klientów i pracodawców;
- wsparcie dla dalszego rozwoju kariery zawodowej;

Stąd konieczne jest wspieranie samorealizacji pielęgniarek i położnych poprzez stworzenie systemu CPD.

Kontynuowanie profesjonalnego rozwoju oznacza szeroko pojętą działalność formalną i nieformalną uczenia się, rozwijania swoich zainteresowań.

Takie podejście umożliwi również prowadzenie badań, m.in. jaki wpływ na wyniki leczenia mają profesjonalnie przygotowani pracownicy ochrony zdrowia. Pomoże w rozwoju programów kształcenia, czytelnictwa piśmiennictwa pielęgniarskiego, prenumeraty oraz profesjonalnego klinicznego nadzoru nad pacjentami. Również umożliwi ono kontakt z kolegami i innymi profesjonalistami, co stanowi element nauki nieformalnej, a która może mieć wpływ na kształtowanie osobowości i wpływać na ocenę profesjonalnego rozwoju i w konsekwencji na bezpieczeństwo klientów ochrony zdrowia.

CPD powinien zostać stworzony jako bilans między formalnym rozwojem, opartym na kształceniu formalnym z jednej strony i incydentalną(nieformalną) nauką w miejscu pracy. Nacisk powinien być skoncentrowany na nauce samokierowanej, w której każdy samodzielnie określa cele które chce osiągnąć oraz jej rezultatach, a nie liczbie odbytych szkoleń.

Dla takiego podejścia istotne jest budowanie ścieżki rozwoju zawodowego oraz świadome określenie ścieżki kariery zawodowej, która powinna być wspierana przez pracodawców, z uwagi na jakość opieki jaka będzie sprawowana w organizacji.

CPD jest nauką przez całe życie, w której pielęgniarki angażują się w kontekście ich aktywnego życia zawodowego.

Szybko następujące zmiany w społeczeństwie, wymagają sprostania im, stąd konieczne

jest by pielęgniarki stale uczyły się i rozwijały swoje umiejętności, aby dorównać kroku rzeczywistości. Należy pamiętać, iż uczenie się jest stałym elementem codziennego życia i trwa tak długo, jak długo żyjemy.

Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów UE (DG SANCO), której zadaniem jest m.in. zapewnienie, by rynek wewnętrzny w UE funkcjonował z korzyścią dla konsumentów oraz by Europa przyczyniała się do ochrony i poprawy zdrowia swoich obywateli, powołała Europejską Grupę Wysokiego Szczebla w sprawie Pracowników Ochrony Zdrowia, do której zaproszono m.in. Europejską Federację Stowarzyszeń Pielęgniarek. zadaniem Komisji jest ocena w pierwszej kolejności:

- przyczyn migracji profesjonalistów ochrony zdrowia;
- ocena praktyki rekrutacji w ochronie zdrowia i
- jakości opieki w odniesieniu do CPD

Zgodnie z tymi priorytetami prowadzone są projekty UE.

Badania prowadzone w innych krajach udowodniły, iż poziom wykształcenia personelu pielęgniarskiego ma wpływ na jakość sprawowanej opieki i występowanie zdarzeń niepożądanych u pacjentów.

W 2006 r. EFN zgromadziło dane oceniające możliwości rozwoju pielęgniarek w państwach UE oraz ich wpływu na karierę zawodową pielęgniarek.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy w wielu krajach UE kontynuowanie profesjonalnego rozwoju jest obowiązkowe (12 krajów), w 8 krajach (2006) opracowany jest system CPD, gdzie egzekwuje się konieczność podnoszenia kwalifikacji w synergii z kontynuacją wykonywania zawodu. W 2006 r. w 11 krajach UE pielęgniarki miały określoną roczną liczbę punktów, dni, które zobowiązane były przeznaczyć na profesjonalny rozwój (m.in. Czechy, Litwa, Słowacja, Włochy, Niemcy), co świadczy o tym, iż wdrożenie Procesu Bolońskiego jest jeszcze daleką drogą.

W 2006 r. EFN przedstawiło następujące zestawienie CPD: Czechy – 40 pkt. w ciągu 6 lat; Luxemburg 5 dni w ciągu roku, Malta 3 dni na rok; Austria 40 godzin w ciągu 5 lat; Irlandia 2 dni w roku; Wielka Brytania, Islandia 3 dni na rok; Portugalia 105 godzin w ciągu roku; Estonia 60 godzin w ciągu roku, Belgia i Włochy więcej niż 3 dni na rok; Litwa 30 godzin na rok; Słowacja 100 punktów na 5 lat.

W krajach, gdzie wprowadzono konieczność kontynuacji profesjonalnego rozwoju finansowanie kształcenia opiera się na systemie mieszanym. Jest to współdziałanie pielęgniarek, pracodawców i w niektórych przypadkach organów rządowych. Spośród krajów, które wprowadziły system kontynuacji profesjonalnego rozwoju - 6 jest zadowolonych z istniejącego systemu (m.in. Litwa i Estonia). Podkreśla się również, iż poziom wykształcenia ma wpływ na możliwość zatrudnienia w innym kraju, co jest nie bez znaczenia w związku z Dyrektywą dotyczącą Usług Zdrowotnych w UE, podkreślającą wyrównanie jakości opieki na poziomie UE.

Warszawa 5 grudzień 2008

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny

Al. Reymonta 8 lok 12

tel/fax +48 (22) 663 63 45; zgptpiel@gmail.com www.ptp.na1.pl

osoba do kontaktu: Dorota Kilańska przewodnicząca ZGPTP; email: zgptpiel@gmail.com



Stanowisko w sprawie wdrożenia Procesu Bolońskiego do kontynuowania profesjonalnego rozwoju w pielęgniarstwie (CPD)

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie popiera i włącza się w działania zmierzające do utworzenia Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego (European Higher Education Area) do 2010 roku.

Należy dążyć do tego by trzystopniowy system kształcenia odzwierciedlał kwalifikacje/kompetencje zawodowe pielęgniarzek.

Kwalifikacje/kompetencje zawodowe powinny być jasno określone i wprowadzone w życie w formie uregulowań prawnych.

Istnieje potrzeba, aby po uzyskaniu podstawowych kwalifikacji/kompetencji zawodowych (licencjat pielęgniarstwa) następowały kolejne etapy rozwoju zawodowego na poziomie studiów drugiego (magister pielęgniarstwa) i trzeciego stopnia (doktor pielęgniarstwa).

Program kształcenia musi bazować na wiedzy i umiejętnościach, których podstawą są aktualne wyniki badań naukowych. Realizacja w praktyce wymagań programowych jest możliwa przez zintensyfikowanie działań w obszarze naukowym, dydaktycznym i organizacyjnym.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, iż pielęgniarki - nauczyciele akademicy zatrudnieni w uczelniach i szkołach wyższych kształcących pielęgniarki, powinny mieć umożliwiony rozwój naukowy oraz możliwość kształcenia i uczestniczenia w wymianie międzynarodowej w ramach projektów realizowanych w uczelniach i szkołach wyższych, zgodnie z założeniami Procesu Bolońskiego kontynuowania profesjonalnego rozwoju w pielęgniarstwie.

Prace dyplomowe oraz prace magisterskie, zgodnie z wytycznymi Europejskiej Grupy Pielęgniarek Badaczy przy WHO, powinny dotyczyć pielęgniarstwa i wpływać na jego rozwój. Aby temu sprostać promotorzy tych prac (nauczyciele akademicy) muszą posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz specjalizować się w dziedzinie pielęgniarstwa, w której prowadzona jest praca dyplomowa.

Tłó:

Deklaracja Bolońska, podpisana 19 czerwca 1999 roku przez ministrów odpowiedzialnych za szkolnictwo wyższe w 29 krajach europejskich, zapoczątkowała proces istotnych zmian w systemach edukacji poszczególnych państw. Proces ten, określany często jako Proces Boloński zmierza do utworzenia do 2010 roku - w wyniku uzgodnienia pewnych ogólnych zasad organizacji kształcenia - Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego (European Higher Education Area).

Celem procesu jest stworzenie warunków do zwiększenia mobilności obywateli, dostosowanie systemu kształcenia do potrzeb rynku pracy oraz podniesienie atrakcyjności i poprawa konkurencyjnej pozycji systemu szkolnictwa wyższego w Europie.

Podpisanie Deklaracji Bolońskiej jest dobrowolnie złożonym zobowiązaniem. W Polsce

akcję promocyjno - informacyjną dotyczącą Procesu Bolońskiego prowadziły zarówno organy rządowe (Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu), Narodowa Agencja Socratesa jak i organizacje akademickie.

Wg ustaleń Procesu Bolońskiego ujednoczenie systemów szkolnictwa wyższego ma nastąpić m.in. dzięki:

- wprowadzeniu systemu punktów kredytowych ECTS;
- podziałowi studiów na dwu/trzy stopniowe;
- kontroli jakości kształcenia (systemy akredytacji, certyfikacji itp.);
- promocji programów mobilności studentów i wykładowców;
- promocji kształcenia przez całe życie.

Dodatkowo, dla lepszej uznawalności stopni naukowych ustalono konieczność wprowadzenia suplementu do dyplomu w powszechnie używanym języku europejskim.

Jego realizacja to:

- wprowadzanie przejrzystych i porównywalnych systemów stopni oraz wdrożenie Suplementu do Dyplomu;
- przyjęcie systemu kształcenia opartego na dwóch/trzech poziomach kształcenia;
- powszechne stosowanie systemu punktów kredytowych (tj. ECTS- European Credit Transfer System);
- promocja mobilności studentów, nauczycieli akademickich, naukowców oraz personelu administracyjnego;
- promocja współpracy europejskiej w zakresie podnoszenia poziomu jakości szkolnictwa wyższego;
- promocja europejskiego wymiaru szkolnictwa wyższego, szczególnie w zakresie rozwoju zawodowego, mobilności oraz zintegrowanych programów nauczania, szkolenia i badań.

Polska włączyła się w proces realizacji Procesu Bolońskiego m.in. podejmując działania zmierzające do powszechnego stosowania Suplementu do Dyplomu, rozwijając trójstopniowy system studiów i system punktów kredytowych ECTS, powołując Państwową Komisję Akredytacyjną oraz Krajową Radę Akredytacyjną Szkolnictwa Medycznego w Ministerstwie Zdrowia, promując mobilność np. w ramach programu Sokrates/Erasmus, Erasmus Mundus lub dwustronnych umów międzynarodowych itp. Nowa Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym w pełni uwzględnia zalecenia Procesu Bolońskiego.

5 grudzień 2008

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny

Al. Reymonta 8 lok 12

tel/fax +48 (22) 663 63 45; zgptpiel@gmail.com www.ptp.na1.pl

osoba do kontaktu: Teresa Grzywna członek Zarządu ZG PTP; email: zgptpiel@gmail.com

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi udziału pielęgniarki w przymusie bezpośrednim stosowanym wobec pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej, przedstawiam Państwu (celem wykorzystania w praktyce zawodowej) standardu lekarsko-pielęgniarskiego: Stosowanie przymusu bezpośredniego wypracowanego w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie.

STANDARD LEKARSKO-PIELĘGNIARSKI: Stosowanie przymusu bezpośredniego

GRUPA OPIEKI: Każdy pacjent z zaburzeniami psychicznymi lub pacjent, który znajduje się w stanie psychicznym uniemożliwiającym skuteczne leczenie i pielęgnowanie na skutek schorzeń somatycznych (np. wstrząs anafilaktyczny, niedotlenienie mózgu, choroba Alzheimera) lub pacjent, który jest pod wpływem substancji psychoaktywnych, z myślami samobójczymi, w stanie upojenia alkoholowego oraz **który zachowaniem swoim dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, lub poważnie zakłóca/uniemożliwia funkcjonowanie oddziału szpitala.**

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA: Wszystkie oddziały szpitalne

OŚWIADCZENIE STANDARDOWE

W kontakcie z pacjentem z grupy opieki będzie zachowana szczególna ostrożność i dbałość o dobro i bezpieczeństwo tej osoby. Zastosowane środki oraz sposób ich użycia są skuteczne i nie są podejmowane pochopnie.

Uzasadnienie:

Przymus bezpośredni polega na *przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu /lub izolacji* pacjenta z grupy opieki. Ze stosowanych środków przymusu w SPWSZ wyklucza się izolację, czyli umieszczenie pacjenta z grupy opieki pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

KRYTERIA STRUKTURY

Lekarz / pielęgniarka

1. Zna (i przestrzega) Kartę Praw i Obowiązków Pacjenta, przepisy dotyczące interwencji w przypadku zachowań agresywnych – art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dn. 19.08.1994 (Dz. U. Nr 111, poz. 535) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 23.08.1995 w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103/95 poz. 514) oraz art. 30 i 33 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dn. 05.12.1996r.
2. Posiada wiedzę teoretyczną na temat agresji przyczyn, objawów i skutków gwałtownych zachowań, stosowania przymusu bezpośredniego (zasad stosowania i doboru środków).
3. Posiada umiejętności w zakresie oceny stopnia bezpieczeństwa komunikowania się z pacjentem agresywnym.

Stanowisko pracy

1. Warunki lokalowe: bezpieczna, przestronna sala chorych bez sprzętów stwarzających zagrożenie (przedmioty ostre, szkło), sygnalizacja przyzywowa.
2. Sprzęt: zabezpieczający (pasy, kaftan bezpieczeństwa, uchwyty), leki.

KRYTERIA PROCESU

Lekarz

1. Zbiera informacje o pacjencie i ustala przyczynę powodującą agresywne postępowanie.
2. Podejmuje próbę rozmowy.
3. Uprzedza pacjenta o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz określa jego rodzaj.

Pielęgniarstwo jest zawodem o określonych kompetencjach i celach, prężnie się rozwijającym, także jako dyscyplina naukowa. W ostatnich latach rzesze nowych pielęgniarek (i położnych) opuściło mury wielu wyższych uczelni uzyskując tytuł licencjata bądź magistra pielęgniarstwa. Nie zawsze jednak pielęgniarki mogły kształcić się w tych samych szkołach, co lekarze i na równorzędnym poziomie. Ponieważ jest to temat w mojej opinii bardzo ciekawy i ważny dla poczucia integracji z zawodem, postanowiłam przedstawić go na łamach naszego biuletynu. Mam nadzieję, że cykl artykułów „Rozwój szkolnictwa pielęgniarskiego w Polsce” będzie ciekawym kompendium wiedzy o tym zapomnianym nieco wycinku historii naszego zawodu.

Część I – Początki kształcenia pielęgniarskiego w Polsce - lata 1918-1939

Odzyskanie niepodległości przez Polskę, po 123 latach niewoli, postawiło przed nowymi władzami kraju wiele trudnych, ale jakże ambitnych zadań. Przede wszystkim należało odbudować, zniszczone po I wojnie światowej państwo oraz zorganizować wiele dziedzin życia społecznego. Ważnym elementem stało się uruchomienie szkolnictwa pielęgniarskiego.

Po I wojnie światowej pielęgniarstwo szpitalne było głównie domeną zakonnicy, którym pomagał niewykwalifikowany personel fizyczny. Z inicjatywy lekarzy-społeczników, działaczy polskiego i amerykańskiego Czerwonego Krzyża oraz absolwentek zagranicznych szkół pielęgniarskich, zaczęto tworzyć polskie szkoły pielęgniarstwa. Przełomowym momentem stało się utworzenie w 1921 r. Wyższej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek w Poznaniu oraz Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

Na utworzenie poznańskiej szkoły największy wpływ miał Okręg Wielkopolski PCK, przy znacznej pomocy swojego amerykańskiego odpowiednika - ACK. Na czele Komitetu Organizacyjnego stanęła dr Janina Żniniewicz (wówczas przewodnicząca Okręgu Wielkopolskiego PCK). Pierwszą dyrektorką szkoły została Amerykanka Ita Mac Donell. Program nauczania oparto na wzorach Amerykańskich Szkół Pielęgniarskich, ale dostosowanych do potrzeb odradzającej się Polski. Nauka trwała 2 lata, bazę lokalową stanowiły prywatne mieszkania. Dopiero w 1938 r. szkoła otrzymała piękny, nowy obiekt przy Wałach Leszczyńskiego, przeznaczony dla 120 uczennic. Od 1925 r. szkoła prowadzona była przez polskie pielęgniarki, rekrutujące się głównie z pierwszych absolwentek.

Podobnie rzecz miała się z Warszawską Szkołą Pielęgniarstwa. Utworzona z inicjatywy wielkich społeczników (m.in. Z. Szlenkierówny, amerykańskiej pielęgniarki Doroty Hughes, magistratu miasta Warszawy, Wydziału Lekarskiego UW oraz Ministerstwa Zdrowia Publicznego) i początkowo mieszcząca się w dwóch pawilonach Szpitala PCK, przez wiele lat rosła w siłę, kształcąc wiele pokoleń wybitnych pielęgniarek. Tutaj także nauka trwała dwa lata i oparta była na amerykańskim programie nauczania, dostosowanym do potrzeb i możliwości szkół polskich. W 1929 r. działalność dydaktyczna szkoły przeniosła się do nowododanego do użytku budynku przy ul. Koszykowej.

Powstanie szkół w Poznaniu i Warszawie dało impuls innym do tworzenia nowych placówek. I tak oto, już w 1923 r., otwarto Szkołę Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnym w Warszawie. Następnym krokiem była reaktywacja, w 1925 r., szkoły pielęgniarskiej w Krakowie. Nadano jej nazwę Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia (później Higienistek). Była to pierwsza szkoła w kraju od momentu powstania prowadzona przez Polki. Dwa lata później, w 1927r. powstała Szkoła Pielęgniarstwa i Pomocy Społecznej Okręgu PCK w Katowicach. Jej działalność trwała zaledwie do 1929 r., gdyż nie udało się ustalić odpowiedniego dlań programu nauczania. Kolejnymi placówkami kształcącymi kadrę pielęgniarską były Szkoły Pielęgniarstwa Okręgowego Związku Kas Chorych oraz Katolicka Szkoła Pielęgniarek (obie w Poznaniu). Ostatnią szkołą, powstałą w dwudziestoleciu międzywojennym, była 2-letnia zakonna Szkoła Pielęgniarstwa Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia. Ukończyło ją 114 sióstr zakonnych i 76 osób świeckich. W grudniu 1949 r. szkoła ta została upaństwowiona.

Dnia 27 listopada 1923 r. Minister Zdrowia powołał do życia Komisję Państwowych Egzaminów Pielęgniarskich. Egzaminy te zostały wprowadzone w momencie opuszczania szkoły przez pierwsze absolwentki. O dopuszczeniu do egzaminu decydował, po zlikwidowaniu MOS, minister spraw wewnętrznych. Także minister decydował, w której szkole egzamin się odbędzie i kto zasiądzie w Komisji Egzaminacyjnej. Egzamin uznawano za zaliczony

w przypadku uzyskania oceny dobrej lub bardzo dobrej. Wówczas egzaminowana otrzymywała dyplom wydany przez MSW oraz tytuł pielęgniarki dyplomowanej. Osoby, które nie zdały egzaminu mogły do niego przystąpić ponownie dopiero za rok. Można go było zdawać nie więcej, niż 3 razy. Z uwagi na to, że w latach poprzedzających wejście w życie ustawy, wiele pielęgniarek nie miało ukończonych wymaganych szkół, ustawa przewidziała dla nich 4-letni okres karencji, w czasie którego należało uzupełnić wykształcenie oraz zdać egzamin pielęgniarski. Należało więc odbyć 6-miesięczny kurs pielęgniarski (przy 2-letnim stażu zawodowym) lub kurs dokształcający przy 4-letnim doświadczeniu zawodowym.

Przy wszystkich tych placówkach powstały Stowarzyszenia Absolwentek, które wywarły ogromny wpływ na rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa w naszym kraju. Pielęgniarki, oprócz prowadzenia zajęć z młodymi adeptkami zawodu, tworzyły czasopisma pielęgniarskie, brały udział w pracach dotyczących ustawodawstwa zawodowego oraz w tworzeniu pielęgniarskich organizacji samorządowych. 3 kwietnia 1925r. pierwsze absolwentki szkół pielęgniarstwa w Poznaniu i Warszawie utworzyły Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych. Wydarzenie to przyjmuje się za początek profesjonalizacji naszego zawodu w kraju. Była to pierwsza w historii i jedyna wówczas organizacja zajmująca się problemami pielęgniarek.

Statystyczna uczennica szkoły pochodziła z rodziny inteligenckiej, rzemieślniczej bądź kupieckiej, miała 18-30 lat i charakteryzowała się bardzo dobrym stanem zdrowia. Jej wykształcenie to ukończone przynajmniej 6 klas gimnazjum (po reformie w 1932 r. oprócz gimnazjum obowiązywała tzw. mała matura). Przyjęcie do szkoły następowało na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej z dyrektorką placówki lub jej asystentką oraz pozytywnym zakończeniu kursu wstępnego.

Szkolenie praktyczne odbywało się w oddziale internistycznym, chirurgicznym, dziecięcym, położniczo-ginekologicznym, zakaźnym, a także w dziale pielęgniarstwa domowego oraz administracji szpitala. Prowadziły je nauczycielki zawodu oraz pielęgniarki dyplomowane pracujące w poszczególnych oddziałach. Co ciekawe, w czasie dyżurów nocnych, uczennice niejednokrotnie zostawały na oddziale same. Na jedną uczennicę w czasie praktyk, przypadało 3-8 chorych.

Dużym problemem był brak podręczników. Pierwszy, polski, powstał dopiero w 1938r. („Zabiegi pielęgniarskie” autorstwa Hanny Chrzanowskiej i Teresy Kulczyńskiej). Pomocami naukowymi były fantomy, modele i tablice. Coraz lepiej wyposażano pracownie pielęgniarstwa, szkolne laboratoria bakteriologiczne i kuchnie dietetyczne.

Szczególnymi uroczystościami szkolnymi były: czapkowanie, paskowanie oraz wręczanie dyplomów ukończenia szkoły. Były to bardzo celebrowane i oczekiwane wydarzenia, odbywające się zawsze w atmosferze serdeczności i radości.

Pierwszą podniosłą uroczystością było czapkowanie. Uczennice otrzymywały biały czepki na znak I stopnia wtajemniczenia zawodowego. W czasie uroczystości uczennice zapoznawano z historią i symboliką czepka. Po przyjęciu czepka z rąk dyrektora lub wychowawczynie uczennice składały przyrzeczenie pielęgniarskie. Na koniec cała społeczność szkolna śpiewała hymn pielęgniarski. Na pół roku przed ukończeniem szkoły do czepków dodawano jeden wąski pasek. Było to kolejne ważne wydarzenie w życiu każdej szkoły. Wraz z wprowadzeniem Liceów Medycznych na wyłog czepka umieszczano 3 poprzeczne paski. Paski miały symbolizować kolejny stopień wtajemniczenia oraz wyższy, niż na początku szkoły, stopień w hierarchii zawodowej. Obecnie odchodzi się już od noszenia czepka, zastępując je, wpinaną w klapę ubioru służbowego, jego metalową miniaturką.

Szkoły pielęgniarskie w międzywojennej Polsce były szkołami wyłącznie zawodowymi, nie wykładano w nich przedmiotów ogólnokształcących. Absolwentki otrzymywały biały czepki z czarnym paskiem i odznakę szkoły. Odznaki różniły się między sobą treścią i kompozycją, zawsze jednak musiały być zaakceptowane przez MOS.

Do 1939 r. szkoły pielęgniarskie ukończyło 1890 absolwentek. Dynamiczny rozwój szkolnictwa pielęgniarskiego przerwał wybuch II wojny światowej. Działalność większości szkół pielęgniarskich została zawieszona.

Opracowanie, na podstawie materiałów własnych,
mgr Katarzyna Gąszcz
Komisja ds. Pielęgniarstwa Pediatricznego

INFORMACJA DOTYCZĄCA PROFILAKTYKI I ZWALCZANIA WSZAWICY

Występowanie wszawicy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym nasila się w okresie wakacyjnym przede wszystkim wśród dzieci młodszych, które nie posiadają jeszcze umiejętności samodzielnego dbania o higienę osobistą. Przebywanie osób w skupiskach podczas wyjazdów, w tym także wspólne przebywanie, zabawa i wypoczynek sprzyjają rozprzestrzenianiu się wszawicy.

Wskazania profilaktyczne dla rodziców i dzieci przed wyjazdem na zorganizowane formy wypoczynku(kolonie, obozy, zielone szkoły, itp.) lub internatu, sanatorium itp..

- związywanie długich włosów lub krótkie fryzury ułatwiające pielęgnację skóry głowy i włosów,
- posiadanie i używanie wyłącznie osobistych przyborów higienicznych do pielęgnacji skóry i włosów
- codzienne czesanie i szczotkowanie włosów,
- mycie skóry głowy i włosów w miarę potrzeb (nie rzadziej niż raz w tygodniu),
- wyposażenie dzieci w środki higieniczne takie jak szampony z odżywką ułatwiające rozczesywanie i wyczesywanie włosów,
- po powrocie do domu systematyczne sprawdzanie czystości głowy i włosów oraz systematyczne kontrole w okresie uczęszczania dziecka do przedszkola, szkoły lub pobytu w internacie, sanatorium itp..

W przypadku zauważenia jaj pasożytów (gnid) na włosach lub wszy we włosach (przy skórze) należy zastosować dostępne w aptekach preparaty, które skutecznie likwidują pasożyty i ich jaja. W obecnej dobie występujące w sprzedaży środki zwalczające wszawicę są wysoko skuteczne. W sytuacji wystąpienia wszawicy u dziecka, kuracji powinni się poddać wszyscy domownicy.

W przypadku podejrzenia zakażenia wszawicą podczas pobytu w przedszkolu czy szkole należy poinformować o powyższej sytuacji zawiadomić pielęgniarkę szkolną lub wychowawcę.

Działania placówki nauczania i wychowania;

- przekazanie informacji wszystkim rodzicom o konieczności systematycznego sprawdzenia czystości skóry głowy i włosów u dzieci,
- w przypadku stwierdzenia występowania wszawicy u niektórych dzieci, należy poinformować rodziców o konieczności wykonania wśród wszystkich domowników zabiegów leczniczych,
- w przypadku podejrzenia o występowaniu wszawicy wśród dzieci i młodzieży szkolnej, pielęgniarka szkolna może przeprowadzić kontrolę czystości wśród uczniów, których rodzice wyrazili zgodę na objęcie ich profilaktyczną opieką zdrowotną,
- pielęgniarka informuje dyrekcję szkoły o skali zjawiska, natomiast rodzicom przekazuje informacje o stanie czystości włosów i skóry głowy ich dzieci oraz informacje dotyczące przeprowadzenia koniecznych zabiegów higienicznych,
- w miarę potrzeby dyrekcja szkoły/placówki może zorganizować działania edukacyjne dotyczące ww. problematyki skierowanej do dzieci, rodziców, opiekunów,
- w przypadku występowania trudności w rozwiązywaniu problemu np. w rodzinach o niskim statusie socio-ekonomicznym należy podjąć współpracę z władzami samorządowymi (pomocą społeczną), w celu udzielenia wsparcia tym rodzinom w rozwiązywaniu problemu wszawicy wśród wszystkich domowników.

W razie potrzeby, w trudnych sytuacjach (duży zasięg występowania wszawicy, przewlekłe jej występowanie, trudne do rozwiązania przypadki) dyrekcja placówki może zwrócić się o ukierunkowanie działań w rozwiązywaniu problemu do właściwej terenowo powiatowej stacji sanitarno epidemiologicznej

w sprawie kontroli czystości uczniów przez pielęgniarki i higienistki szkolne

Zgodnie z obecnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814) oraz zaleceniami Instytutu Matki i Dziecka zawartymi w publikacji „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej” odstąpiono od procedury kontroli czystości uczniów

Procedura ta była w latach ubiegłych przeprowadzana dwukrotnie w ciągu roku szkolnego i obejmowała wszystkich uczniów szkoły, a sposób jej realizacji budził wiele kontrowersji i naruszał poczucie godności uczniów. Ponadto nie prowadził do poprawy czystości uczniów, gdyż możliwości naprawcze były znikome. Dlatego obecnie nie wolno lekarzowi, pielęgniarce, ani nauczycielowi przeprowadzać publicznie kontroli czystości uczniów.

Zgodnie z obowiązującymi standardami pielęgniarka i higienistka szkolna w ramach profilaktycznej opieki pielęgniarskiej rozpoznaje problemy zdrowotne i społeczne uczniów oraz wynikające z nich potrzeby zdrowotne, w tym w zakresie higieny osobistej. Uczniów, u których stwierdza problemy wynikające z niewydolności opiekuńczej rodziny, obejmuje opieką czynną i podejmuje odpowiednie do zaistniałej sytuacji działania.

Należy pamiętać, że wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia są informacjami objętymi tajemnicą medyczną i szczególną ochroną. Osoby trzecie, czyli dyrektorzy szkół i nauczyciele mogą żądać informacji tylko w takim zakresie, w jakim pozwala na to prawo. Należy pamiętać, iż nie wolno ograniczać dostępu do nauki z powodu stanu zdrowia ucznia. Jeżeli stan zdrowia ucznia tego wymaga, to dyrektor szkoły jest zobowiązany do stworzenia takich warunków, aby uczeń mógł bez przeszkód kontynuować naukę (Ustawa o systemie oświaty Dz.U. 1996, Nr 67, poz. 329, art 1, ze zmianami).

Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka stoi na stanowisku, iż:

- nie wolno publicznie (w obecności osób trzecich) sprawdzać czystości uczniów
- decyzję o sprawdzeniu czystości skóry i włosów u uczniów w warunkach indywidualnego badania, podejmuje pielęgniarka
- rodzic/opiekun prawny może nie wyrazić zgody na objęcie jego dziecka badaniem.
- pielęgniarka może dokonać przeglądu czystości skóry i włosów, za zgodą rodziców np. z powodu nawracającej wszawicy w danej klasie
- o wynikach przeglądu informuje ucznia i jego rodziców
- dyrekcja szkoły i nauczyciele nie mają prawa do informacji o stanie czystości danego ucznia
- pielęgniarka ma prawo podać nauczycielom informacje o skali problemu na terenie szkoły
- pielęgniarka może odmówić dokonania przeglądu (np. w sytuacji konieczności wykonania innych pilnych zadań w danym czasie) powinna jednak wskazać najbliższy możliwy termin lub przeprowadzić instruktaż dla rodziców, jak i kiedy dokonywać u dzieci przeglądów czystości.

Materiały przekazane z Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Zgodnie z ustawą o Inspekcji Sanitarnej kontrola wymagań higieniczno-zdrowotnych w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego obejmuje m.in.:

- uzgadnianie dokumentacji projektowej obiektów,
- uczestniczenie w dopuszczeniu do użytkowania obiektów.

Działalność obejmującą sprawy projektowania budowy, utrzymania obiektów budowlanych oraz zasady działania organów administracji publicznej w tych dziedzinach reguluje ustawa Prawo budowlane (Dz. U. Nr 156, poz. 1118 z 2006 r. ze zm.).

Uczestnikami procesu budowlanego w rozumieniu ustawy są: inwestor, inspektor nadzoru inwestorskiego, projektant oraz kierownik budowy lub kierownik robót.

Do obowiązków inwestora należy między innymi zapewnić:

- opracowania projektu budowlanego i stosownie do potrzeb innych projektów,
- wykonania i odbioru robót budowlanych.

Do obowiązków projektanta należy m.in.:

- opracowanie projektu budowlanego w sposób zgodny z wymaganiami ustawy Prawo budowlane, przepisami oraz zasadami wiedzy technicznej,
- uzyskanie wymaganych opinii, uzgodnień i sprawdzeń rozwiązań projektowych w zakresie wynikającym z przepisów.

Projekt budowlany podlega zatwierdzeniu w decyzji o pozwolenie na budowę. Właściwy organ administracji budowlanej sprawdza m.in. czy projekt został uzgodniony pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych. Projekt może być uzgodniony przez Państwowego Inspektora Sanitarnego, jak również przez rzeczoznawcę do spraw higieniczno-sanitarnych.

Pozwolenie na budowę może być wymagane również przy zmianie sposobu użytkowania obiektu budowlanego. Przed przystąpieniem do użytkowania obiektu budowlanego należy uzyskać ostateczną decyzję o pozwolenie na użytkowanie, jeśli został nałożony taki obowiązek.

Inwestor jest zobowiązany zawiadomić zgodnie z właściwością wynikającą z przepisów szczególnych organy:

- Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- Państwowej Inspekcji Pracy,
- Państwowej Straży Pożarnej,

o zakończeniu budowy obiektu budowlanego i zamiarze przystąpienia do użytkowania.

Niezależnie od powyższego obowiązek uzyskania stanowiska organu Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu wymagań przez pomieszczenia i urządzenia wynika z rozporządzeń Ministra Zdrowia:

- w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169 z 2004 r. poz. 1781),
- w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich (Dz. U. Nr 60 poz. 409 z 2007 r.)

Obowiązujące przepisy:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 10.11.2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213 poz. 1568 ze zm., Dz. U. Nr 30 poz. 187 z 2008 r.)

W Dz. U. Nr 30 z 2008 r. zmianie uległ §53 rozporządzenia dotyczący programów dostosowania zakładów opieki zdrowotnej niespełniających wymagań tj.:

Zakład opieki zdrowotnej prowadzący działalność w dniu wejścia w życie rozporządzenia lub który po dniu wejścia w życie rozporządzenia będzie prowadził działalność w pomieszczeniach, w których w okresie 12 miesięcy przed tym dniem prowadziły działalność: inny zakład opieki zdrowotnej, indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, grupowa praktyka lekarska, indywidualna praktyka pielęgniarek, położnych, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarek, położnych lub grupowa praktyka pielęgniarek, położnych-

niespełniający wymagań określonych w jego przepisach, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2012 r.

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 9.03.2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 20 poz. 254 z 2000 r.)
- rozporządzenie 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 medycznych (Dz.U. Nr 56, poz. 397)
- rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12.04.2002 r., w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75 z 2002 r., poz 690 ze zm.)
- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j.Dz. U. Nr 169 poz.330 z 2007 ze zm.)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.08.07 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 162 poz. 1153 z 2007).

Opracowała mgr inż. Agnieszka Ossowska
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Szczecinie

KONFERENCJA CHIRURGICZNA W OCZACH UCZESTNIKÓW

Pod koniec października pielęgniarki ze szczecińskich szpitali miały okazję uczestniczyć w konferencji chirurgicznej pod hasłem „Pielęgniarstwo chirurgiczne-wybrane aspekty kliniczne i pielęgnacyjne”. Wyjazd spod siedziby SIPP był prawie punktualny. Na miejsce dotarliśmy w godzinach popołudniowych do małej pięknej nadmorskiej miejscowości Pogorzelca, gdzie w Hotelu Bocianie Gniazdo rozlokowałyśmy swoje bagaże.

Przed otwarciem konferencji wręczono nam materiały edukacyjne i zajęłyśmy miejsca na auli. Przywitała nas gorąco mgr Maria Smalec i rozpoczęłyśmy bardzo ciekawe wykłady. Tego dnia poruszane były aspekty prawne i etyczne opieki pielęgniarskiej oraz zabiegi resuscytacyjne. Pod wieczór udałyśmy się na kolację pod gołym niebem, gdzie miło spędziłyśmy czas bawiąc się przy muzyce i jedząc grillowe przysmaki. Rozmowy trwały do późnego wieczora, Dj grał ulubione piosenki, które zamawiały dziewczyny wraz z pozdrowieniami. Miłym faktem była obecność pielęgniarek z innych województw.

Następnego dnia, od rana uczestniczyłyśmy w wykładach, gdzie podejmowane były ciekawe zagadnienia. Zadawałyśmy pytania i dyskutowałyśmy. Przedstawione tematy były bardzo interesujące. Moim zdaniem najciekawsze z nich to: Stany nagłe w chirurgii oraz opieka pielęgniarska nad pacjentem ze stomią jelitową. Wszyscy moderatory byli bardzo dobrze przygotowani i potrafili zaciekawić prezentowanymi zagadnieniami.

W przerwach między wykładami koleżanki relaksowały się spacerując brzegiem morza czy korzystając z atrakcji przewidzianych w hotelu, między innymi z basenu, solarium czy siłowni.

Drugi dzień konferencji zakończył się uroczystą kolacją, podczas której podawane były smaczne potrawy a także można było potańczyć i nawiązać nowe znajomości.

Ostatni dzień był podsumowaniem wspólnie spędzonego czasu, wymianą doświadczeń i spostrzeżeń. Później nastąpił czas powrotu do domów i rodzin.

Podsumowując - cała konferencja była ciekawym i miłym przeżyciem, a wspólne spędzenie czasu z koleżankami dała wiele pozytywnych przeżyć i relaksu niezbędnego do dalszej pracy po powrocie do domu.

Paulina Frąckiewicz

**KRAJOWY KONSULTANT
W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18, tel. 089. 5393455, fax 533-77-01
e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl**

Olsztyn, dn. 27.11.2008r.

Znak sprawy:KKwDPP/67/08

~~**Pani
Joanna Walewander
Przewodnicząca ORPiP
w Zamościu**~~

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi na pismo z dnia 19.11.2008 r., znak: OIPiP/251/08, w sprawie zwiększających się wydatków ponoszonych przez praktyki pielęgniarskie na zakupy leków do stosowania dla uczniów w środowisku nauczania i wychowania, przedstawiam następującą opinię:

Zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania powinny mieścić się w obszarze profilaktycznej opieki zdrowotnej zgodnie z § 7 Rozporządzenia MZ z 22 XII 2004r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

W w/w obszarze nie mieści się leczenie dzieci, a tylko udzielenie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc. Dziecko chore powinno być przez pielęgniarkę skierowane do lekarza rodzinnego po uprzednim zawiadomieniu Rodziców i wychowawcy klasy bądź Dyrektora.

Nadużywanie podawania uczniom leków przeciwbólowych nie jest wskazane, z powodu chociażby podłoża psychosomatycznego, bądź też niewłaściwego odżywiania (braku kanapek, brak śniadania itp.). Zwracam ponadto uwagę na zał. nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7.11.2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zalecenia lekarskiego, który to określa wykaz leków do których podania bez zalecenia upoważniona jest pielęgniarka.

Dyrekcja szkoły powinna zapewnić uczniom na terenie szkoły możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wraz z jego wyposażeniem jak również apteczkę. Pielęgniarka nie może jednak podawać uczniom leków, które nie są ujęte w/w Rozporządzeniu, a opisane w Pani Przewodniczącej piśmie naciski dyrektorów szkół i nauczycieli na pielęgniarkę są nieuprawnione i bezprawne. Pielęgniarka środowiska, nauczania i wychowania uprawniona jest do realizacji takich świadczeń, na które zezwala prawo. Każdy fakt podania dziecku w szkole leku powinien być udokumentowany, a także o powyższym fakcie powinni być powiadomieni Rodzice. W zeszycie porad ambulatoryjnych należy odnotować któż z rodziców został powiadomiony.

Pragnę zwrócić uwagę na kwestię edukacji zdrowotnej również nauczycieli grona pedagogicznego. Pielęgniarka jest uprawniona do tego typu działań. Może również zaprosić specjalistę, który omówi negatywne skutki powszechnego stosowania leków przeciwbólowych w szkole.

Z poważaniem

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Do wiadomości:

1. Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwo Zdrowia
2. Prezes NRPiP w Warszawie

Wydrukowano w 2 egz:
oryginał – adresat
kopia – a/a
Wyk. K. Piskorz- Ogórek

Nie tylko dyplom decyduje o prawie do wykonywania zawodu pielęgniarki

SAMORZĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH MA PRAWO SPRAWDZAĆ DYPLOMY PIELĘGNIAREK UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRYZNANIE PRAWA DO WYKONYWANIA ZAWODU.

(Sygn. akt II OSK 1059/07)

ORZECZENIE

Naczelny Sąd Administracyjny wydał wyrok korzystny dla Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP). Zapadł on w sprawie pielęgniarki, której samorząd zawodowy odmówił prawa do wykonywania zawodu. Przyczyną tego był przedstawiony przez nią dyplom ukończenia wyższej uczelni. Wskazano, że w 2005 roku kandydatka ukończyła tylko czteroletnie studia wyższe. Tok studiów nie spełniał też, zdaniem NRPiP, standardów godzinowych ustalonych dla kształcenia pielęgniarek. Co prawda w momencie wydania dyplomu uczelnia miała akredytację dotyczącą standardów nauczania, ale otrzymała ją w 2004 roku, tj. zaledwie rok wcześniej.

Wojewódzki sąd administracyjny, do którego poskarżyła się na decyzję NRPiP pielęgniarka, uznał, że samorząd nie mógł odmówić prawa wykonywania zawodu, bo nie może kontrolować dyplomów wyższych uczelni medycznych. W skardze do NSA naczelna rada podkreślała, że nie podważa dyplomów, ale czuwa nad jakością kształcenia. Przekonywała, że ma prawo do kontroli standardów nauczania zarówno na etapie przyznawania akredytacji uczelniom, jak i na etapie przyznawania uprawnienia do wykonywania zawodu. Jej argumenty przekonały NSA.

Zdaniem NSA wojewódzki sąd administracyjny bezpodstawnie uznał, że Rada w postępowaniu o przyznanie prawa do wykonywania zawodu przekroczyła swoje kompetencje. W ocenie NSA zbyt dużym uproszczeniem było stwierdzenie, że samorząd zawodowy pielęgniarek podważa dyplomy wyższych uczelni. Jak wskazał NSA, sąd nie zwrócił uwagi ani na regulacje unijne, ani na szczególny charakter zawodu pielęgniarki jako zawodu regulowanego. Sąd podkreślił, że przepisy dotyczące zawodu pielęgniarki dopuszczają jego wykonywanie w różnych formach, ale we wszystkich przypadkach potrzebne jest stwierdzenie prawa wykonywania zawodu. Stanowisko sądu wojewódzkiego jest, w ocenie NSA, zbyt daleko idącym uproszczeniem. W konsekwencji na ostateczną ocenę, czy Rada ma prawo do kontroli standardów kształcenia czy ma tylko formalnie sprawdzić dyplomy, wpływ będzie miała analiza regulacji unijnych i szczególny charakter zawodu pielęgniarki.

Jest to pierwsza wygrana NRPiP przed NSA w takiej sprawie. W dwóch pierwszych analogicznych sprawach, pod koniec sierpnia tego roku, NSA oddalił jej skargi kasacyjne.

Aleksandra Tarka, Gazeta Prawna, artykuł z dnia: 2008-10-07

Opinia prawna w sprawie zmiany grupy zaszeregowania i podwyższenia wynagrodzenia w przypadku podniesienia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarkę/ położną.

Przepisy prawa pracy, a w szczególności kodeks pracy, nie zawierają żadnych uregulowań nakazujących pracodawcy zmianę grupy zaszeregowania i podwyższenia wynagrodzenia pracownikowi, który uzyskał wyższe kwalifikacje zawodowe. Jedynie regulamin wynagradzania jednostki zatrudniającej pielęgniarkę/ położną może stanowić, że uzyskanie wyższych kwalifikacji zawodowych jest podstawą do zmiany grupy zaszeregowania i uzyskania wyższego wynagrodzenia. Regulamin wynagradzania może również określać wysokość podwyżki w zależności od uzyskanych przez pielęgniarkę/ położną kwalifikacji zawodowych.

Jeżeli regulamin wynagradzania jednostki organizacyjnej zatrudniającej pielęgniarkę/ położną nie zawiera uregulowań w powyższym zakresie można zwrócić się z wnioskiem do zakładowej organizacji związkowej o ewentualną próbę zmiany regulaminu wynagradzania, w ten sposób, aby zawierał regulacje dotyczące zmiany grupy zaszere-

gowania oraz korzystniejszego podniesienia uposażeń osób mających wyższe kwalifikacje zawodowe.

Ponadto można zawsze podjąć próbę negocjacji wysokości wynagrodzenia. Wydaje się, iż uzyskanie wyższych kwalifikacji zawodowych stanowi poważny argument przemawiający za podwyższeniem pracownikowi wynagrodzenia.

Sporządził:

mgr Marek Martyna

Zatwierdził:

Iwona Choromańska

Radca prawny NRPiP

Rozmowa z Arniką...

Byłam bardzo ciekawa tego spotkania. Znałyśmy się do tej pory z naszej korespondencji e-mailowej, gdzie Arnika przysyłała mi swoje eseje. Myślę, że Jej twórczość niejednego czytelnika wprowadza w specyficzny nastrój. Przesyłane eseje - czasem dłuższe lub krótsze - zatrzymują nas w tym ustawicznym pędzie i zmuszają do MYŚLENIA... Zawierają bowiem w swojej treści głębokie, czasem filozoficzne przemyślenia osoby, która patrzy na otaczający nas świat zupełnie innymi oczami.

To my, pędząc pośpiesznie przez życie, nie rejestrujemy pewnych faktów, zdarzeń, zjawisk. Dopiero czytając przemyślenia naszej Koleżanki zaczynamy dostrzegać wskazane przez Autorkę problemy. Czasem zadajemy sobie pytanie, dlaczego ich nie dostrzeżliśmy? Może zbyt szybko zatarła się nasza wrażliwość, a może w tym ustawicznym pędzie założyliśmy sobie klapki na oczy i widzimy tylko wąski pas problemów tuż przed sobą... Nie rozglądamy się na boki, żeby nie mieć dodatkowych zmartwień. Przecież i tak jesteśmy tak zabiegani, pchamy tę naszą taczkę życia, że w tym pędzie czasem zapominamy ją załadować.

Arnika daje nam moment oddechu, zastanowienia i zatrzymania się tu i teraz.

Kim zatem jest Arnika? Powiem tak - jest jedną z nas - pielęgniarką lubiącą wykonywać swój zawód, matką i żoną, jakich wiele. Lubi literaturę, a w szczególności tą trochę „cięższego gatunku”. Podobają Jej się książki W. Whortona, czego odzwierciedleniem są używane w esejach cytaty. Ciekawi Ją, co ów Autor przeżywał, gdy pisał dany utwór literacki.

Do napisania pracy na konkurs o etyce pielęgniarskiej została namówiona przez swoją Piel. oddziałową. Bez motywacji, jak sama stwierdziła, przystąpiła do pisania. Literatura, na której się oparła służyła Jej pomocą, reszta to pisanie „od serca”. Praca ta rzeczywiście zawierała wiele głębokich przemyśleń i została b. dobrze oceniona przez komisję.

Pisze często „do szuflady”, choć teraz wiele z tych wcześniejszych utworów ujrzało światło dzienne. Rodzina i koleżanki przyzwyczaiły się do Jej twórczości. Ja zaś jestem pełna podziwu dla Autorki, gdyż jak sama mówi - dużo przemyśleń przychodzi Jej do głowy po dyżurze. Stąd też pewno wzięła się nazwa cyklu „Rozmyślenia po dyżurze”. Jest osobą bardzo skromną, ale zarazem o jakże bogatej duszy. Patrzącą dużo dalej, niż niejedna z nas... Zawsze z niecierpliwością czekam na nowe teksty Arniki. I mnie i moim koleżankom dają dużo do myślenia. Niby takie zwyczajne, a jednak... Każdy z nich sięga gdzieś głęboko, zawiera coś oczywistego, ale z pewną nutką filozofii...

Wyniosłam wiele z naszego spotkania. Może Arnika oczekiwała, że bardziej będzie mnie interesować Arnika - pielęgniarka. Mnie jednak bardziej interesowała Arnika „rozmyślająca po dyżurze”. Wiem jedno - Jej postać, sposób wyrażania uczuć, wygląd i zachowanie wzbudzają zaufanie. Jako pacjentka chciałabym być pod Jej opieką. Może miałybyśmy wtedy czas na wymianę doświadczeń literackich? Spotkały się bowiem dwa gatunki literackie - esej z poezją (choć to może zbyt duże słowo).

Dzięki, Arniko, za to spotkanie! I do następnego. Czekam na kolejne eseje - adres e-mailowy znasz...

Helena Gąsior

„Bywa nieraz, że stajemy w obliczu prawd, dla których brakuje słów”.

Jan Paweł II

Z głębokim żalem żegnamy Pielęgniarkę **Iwonę Moskal**. Odeszła , choć tyle jeszcze było przed Nią...
Dzielnie walczyła z chorobą. Niestety... Będzie nam Jej brakowało...
Dyrekcja , Naczelny Pielęgniarz Specjalistycznego Szpitala im. prof. A. Sokołowskiego
w Szczecinie Zdunowie.

„Nie umiera ten, kto żyje w sercach i pamięci innych” ...

Tak trudno nam się pogodzić z faktem, że nie ma Cię wśród nas...

Żegnamy z wielkim bólem naszą **Koleżankę Pielęgniarkę Iwonę Moskal**. Zostanie na zawsze w naszych sercach i pamięci...

Koleżanki i współpracownicy z Oddziału IV Wewnętrznego ze Specjalistycznego Szpitala im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie Zdunowie.

*„Za wcześnie, za krótko, nie po naszej myśli,
To los pisze scenariusz, jakiego nie chcemy...
I tylko sen może nam jeszcze się przyśnić
Lecz przecież, jak będzie, sami nie wiemy...”*

H.G.

Drogiej Koleżance **mgr Barbarze Jaskot** wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci Mamy składają koleżanki z Oddziału Chirurgicznego SSPZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą przy ul. Wojciecha

„Słowa nie ukoją bólu, ale nas połączą...”

Koleżance **Wandzie Chwieduk** wyrazy współczucia z powodu śmierci Mamy składają koleżanki i koledzy z Oddziału Reumatologii i poradni SSPZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą przy ul. Wojciecha

*„Wszystko ma swój czas i jest wyznaczona godzina
Na wszystkie sprawy pod niebem
Jest czas rodzenia i czas umierania”*

Księga Koheleta

Naszej drogiej Koleżance **Lidii Brożyniak** wyrazy szczerego wyrazy współczucia z powodu śmierci Mamy składają koleżanki i koledzy z Oddziału Reumatologii i poradni SSPZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą przy ul. Wojciecha

*Życie jest jak płatek śniegu
Ginie, gdy ciepło dłoni poczuje
Nie zdołasz odwrócić jego biegu,
Kiedy w inny wymiar już żeglujesz...*

H.G.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia 30 stycznia 2009r. odeszła od nas w wieku 49 lat nasza Koleżanka
Ś.P. Janina Szymańska.

Bardzo dzielnie walczyła z chorobą. Do końca pełna wiary w sukces leczenia. Osierociła 8 – letnią córeczkę Julkę, której jeszcze tak bardzo była potrzebna.

Żegnamy Jasię i zapamiętamy Ją jako osobę ciepłą, serdeczną, pełną radości i życzliwości dla drugiego człowieka...

Dyrekcja, Naczelna Pielęgniarka oraz pielęgniarki i położne ze SP ZOZ w Choszczynie i POZ

*„Jedne drzwi otwierają się
inne zamykają
a my musimy żyć dalej”*

Drogiej Koleżance **Ani Abramskiej** wyrazy najszerszego współczucia z powodu śmierci Męża składa pełnomocnik Krystyna Głębocka

*Człowiek nigdy nie umiera
W inny wymiar czasu tylko przechodzi
I choć rozpacz serce rozdziera
Musisz się z tym pogodzić...*

H.G.

Naszej drogiej Koleżance **Annie Abramskiej** wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Męża składają Koleżanki z Bloku Operacyjnego i Oddziału Chirurgicznego Szpitala w Choszczynie

*„Każdy jest aniołem, który ma tylko jedno skrzydło.
Jeżeli chcemy wznieść się ponad Ziemię,
Musimy wziąć się w objęcia”.*

Naszej drogiej Koleżance **mgr Renacie Pęciak** wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci Teściowej składają

Przewodnicząca Rady, członkowie Rady i organów Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych

Drogiej Koleżance **mgr Renacie Pęciak** wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci Teściowej składają Przewodnicząca mgr Anna Maria Król oraz członkowie OW Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Drogiej Koleżance **Małgorzacie Mileszko** wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Ojca składają pielęgniarki i położne z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy ZCLiP w Szczecinie

Pani **Teresie Rusieckiej** – Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Internistyczno – Kardiologicznego SPZOZ Choszczno, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za długoletnią pełną poświęcenia pracę, życzliwość w stosunku do pacjentów i współpracowników, wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i realizacji marzeń składają:

Naczelna Pielęgniarka oraz koleżanki z SPZOZ Choszczno.

Pani **Bożenie Staroście** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną poświęcenia pracę, za serce i życzliwość wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają

Naczelna Pielęgniarka, Lekarz Naczelny, Pielęgniarki, Prezes wraz z Zarządem „Uzdrowisko Świnoujście S.A.”

Pani **Teresie Wojciechowskiej** w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za pełną poświęcenia i oddania pracę, za mądrość życiową i doświadczenie, które przekazała młodszym koleżankom z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności Składają Naczelna Pielęgniarka, Lekarz Naczelny, Pielęgniarki, Prezes wraz z Zarządem „Uzdrowisko Świnoujście S.A.”

*„Twój umysł jest z natury spokojny
ale musisz jakby osiąść w sobie,
żeby to dostrzec.”*

D. Chopra

Myślisz - chcesz, czy nie. A może lubisz myśleć? Myśli płyną, jak wartki strumień. Zaszumią, wzburzą Cię. Obserwujesz je i oswojasz. Pozwalasz odpłynąć, to nie powrócą więcej. Innym razem wirują, jak karuzela, dzwonią jak gong. Umęczą Cię i osłabiają. Masz szum w uszach i zamęt w głowie. Są natrętne, uporczywe, chaotyczne, nieprzyzwoite, niechciane, zaskakujące. Omamiają, nie pozwolą zasnąć i doprowadzają do drżenia serca.

To tylko fale w powietrzu, które nieoczekiwanie zacumowały przy Twojej przystani. Pozwól przemknąć im chyłkiem i niepostrzeżenie oddalić. Pozostanie ulotne wspomnienie, mgliste, odległe i nierzeczywiste.

Arnika