DWUMIESIĘCZNIK SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

WIADOMOŚCI W CZEPKU

NR 3 (121)
Maj – lipiec 2016
ISSN 1426-9558

Nowa siedziba Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych

Drogie Koleżanki i Koledzy!

Polecam kolejny w tym roku numer naszego biuletynu. Pomimo wakacyjnego czasu i letniej kanikuły miało miejsce wiele ważnych dla nas wydarzeń. Dnia 07 lipca 2016r. w Sejmie RP odbyła się konferencja z inicjatywy Klubu Poselskiego Kukiz '15 w sprawie planowanych zmian POZ dotyczących pracy pielęgniarek i położnych rodzinnych oraz medycyny szkolnej. Klub poselski zwrócił uwagę że, od kilku miesięcy toczy się intensywna dyskusja w sprawie planowanych zmian w POZ; do biur poselskich dociera wiele apeli z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, które później stają się podstawą pytań i interpelacji poselskich. Niestety nie przynoszą one jednak większych skutków. W konferencji uczestniczyli m in. Pani Elżbieta Witek członek Rady Ministrów i szef gabinetu politycznego Premiera, oraz Pan Marek Tombarkiewicz Wiceminister Zdrowia.

Pani Minister powiedziała, że bardzo docenia naszą ciężką pracę, a zawód nasz jest odpowiedzialny, natomiast Panu Ministrowi bardzo podobały się prezentacje naszych koleżanek, a przedstawione argumenty ocenił jako merytoryczne. Jednak Minister Zdrowia jest bardzo pomysłowy…

Do pomysłów w zakresie POZ, KOC, Ratowników Medycznych oraz Opieki Długoterminowej doszedł pomysł na „ nowelizację kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek" . Zmiana systemu kształcenia będzie polegała na utrzymaniu dotychczasowego systemu i uruchomienia tzw. kształcenia pielęgniarek w formie Liceum Medycznego z uwagi na DRASTYCZNY BRAK PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH!!!

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwiła się takiemu rozwiązaniu. Kolejny „dobry pomysł" Ministra Zdrowia dowodzi ignorancji i niechęci zrozumienia problemów pielęgniarstwa w naszym kraju przez kolejną ekipę Rządu RP.

Po raz kolejny mury Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego opuściły pielęgniarki i położne - absolwentki Wydziału Nauk o Zdrowiu, tak bardzo oczekiwane przez pracodawców. W dniu 15.07.2016r. zgodnie z tradycją naszych zawodów, odbyło się uroczyste czepkowanie.

Serdecznie gratulujemy naszym Koleżankom i Kolegom i zapraszamy do grona członków Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Życzę miłej lektury naszego biuletynu.

Przewodnicząca Rady mgr Gabriela Hofman

Podnosimy kwalifikacje...

Resuscytacja krążeniowo – oddechowa I edycja – Nowogard

Resuscytacja krążeniowo – oddechowa II edycja – Nowogard

Resuscytacja Oddechowo – Krążeniowa noworodka – SIPiP

Zakończenie kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne" – SIPiP

Spis treści:

W numerze ... 1
Kalendarium ... 2
Apel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 6 czerwca 2016 r. ... 3
Notatka z III posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – 21–23.06.2016r. ... 3
Pomysł na zmiany w kształceniu przeddyplomowym ... 4
Spotkanie z Ministrem Zdrowia dotyczące kształcenia przeddyplomowego ... 5
Pismo do Ministra Zdrowia w sprawie zmian w kształceniu ... 6
Raz jeszcze o strajku w Centrum Zdrowia Dziecka ... 7
Stanowisko Nr 1 w sprawie strajku pielęgniarek i położnych w „Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka” ... 9
Odpowiedź w sprawie Stanowiska Nr 1 ... 10
List do premier Beaty Szydło ... 11
Ważne dla POZ! ... 14
Odrębne zdanie NRPiP ... 15
Sytuacja w POZ ... 16
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE ŚRODOWISKOWE ... 17
Finansowanie opieki długoterminowej ... 18
Odpowiedź Narodowego Funduszu Zdrowia ... 19
List otwarty do Premiera Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ... 20
Zasady sprawowania opieki pielęgniarskiej nad chorym ... 22
Warsztaty Diabetologiczne ... 24
KONDOLENCJE ... 24

Biuro
Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
70-237 Szczecin, ul. Kusocińskiego 16 LU1
czynne
od poniedziałku do czwartku
w godz. 8.00 - 16.00

Sekretariat
tel. 91 432 98 61
tel./fax: 91 432 98 68
e-mail:sipip@sipip.szczecin.pl

Specjalista ds. administracyjno-biurowych
tel. 91 432 98 69

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

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
pierwszy wtorek miesiąca o godz. 14.00

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. 14.00 - 16.00
Wizyty proszę umawiać w sekretariacie Izby

Sekretarz Rady
tel. 91 432 98 62
poniedziałek w godz. 8.00 - 16.00
wtorek w godz. 12.00 - 16.00
środa w godz. 12.00 - 16.00
czwartek w godz . 8.00 - 12.00

Główna Księgowa
tel. 91 432 98 66 pn., wt., czw. 8.00 - 16.00

Skarbnik
tel. 91 432 98 67

Dział prawa wykonywania zawodu
tel. 91 432 98 65
poniedziałek, środa, czwartek - 8.00 - 16.00
wtorek - 10.00 - 18.00

UWAGA
Wszelkie płatności w formie przelewów bankowych.

Dział Szkoleń
tel. / fax: 91 432 98 64

Piątek jest dniem bez interesanta

PKO BP
Nr konta:
49 1440 1332 0000 0000 0340 7567

Opłata za szkolenie - nr konta
Alior Bank
Nr konta: 26 2490 0005 0000 4530 9159 0991

Wysokość składki członkowskiej w roku 2016!!!

Składka za miesiąc styczeń 2016 bez zmian – 41,39 zł. Od lutego 2016 roku składka członkowska dla osób prowadzących działalność wynosi **32,10 zł**. Pozostałe osoby płacą składki zgodnie z tekstem jednolitym Uchwał nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w spr. wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Wydawca: Rada Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych
70-237 Szczecin, ul. Kusocińskiego 16 LU1, tel. 91 432 98 61, tel./fax: 91 432 98 68, REGON 810026946
Redaguje zespół: Helena Gąsior, Katarzyna Mandes, Dorota Kalek, Magdalena Zyblewska, Edyta Osiecka, Małgorzata Szymankiewicz, Jarosław Zinkiewicz.
Zdjęcia: ze zbiorów redakcji.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych 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: Drukarnia Drucker, Ustowo 40d, www.drucker.pl. Druk ukończono: 16.07.2016 r. Do użytku wewnętrznego.
Egzemplarze bezpłatne dla członków SIPiP.

Kalendarium

23.05.2016
Gala Plebiscytu Hipokrates Głosu Szczecińskiego Willa West Ende – udział Gabrieli Hofman
30.05.2016 – 01.06.2016
Szkolenie w Warszawie dla członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej
02.06.2016
Rada ZOW NFZ – udział Gabrieli Hofman
02.06.2016
Posiedzenie Komisji ds. medycyny szkolnej
06.06.2016
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPSK 2 – udział Gabrieli Hofman i Marii Matusiak
07.06.2016
Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
07.06.2016
Spotkanie Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych
07.06.2016
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
08.06.2016
Posiedzenie Prezydium SIPiP
08.06.2016
Obrady Komisji ds. POZ przy Ministerstwie Zdrowia – udział Marii Matusiak
08.06.2016
Posiedzenie Komisji ds. położnych
09.06.2016
Spotkanie z pielęgniarkami pracującymi w Specjalistycznym Szpitalu w Zdunowie – udział Gabrieli Hofman i Marii Matusiak
09-10.06.2016
Szkolenie ORzOZ /dla 3 OIPiP/ w siedzibie SIPiP
10.06.2016
Konferencja w ZCDN organizowana przez firmę ProLongaVita przy współudziale PUM WNoZ – udział Heleny Gąsior
10.06.2016
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPSK 2 – udział Gabrieli Hofman i Marii Matusiak
13.06.2016
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SP ZOZ MSW w Szczecinie – udział Gabrieli Hofman i Heleny Gąsior
13.06.2016
Warsztaty organizowane przez Komisję ds. pielęgniarstwa diabetologicznego działającą przy SIPIP pt. „Pacjentka z cukrzycą w ciąży w praktyce pielęgniarskiej – doświadczenia specjalisty"
14.06.2016
Posiedzenie Komisji ds. etyki zawodowej pielęgniarek i położnych
16.06.2016
Konferencja w Warszawie pt. „Teraz położne!"- udział Gabrieli Hofman
20.06.2016
Posiedzenie Komisji ds. nadzoru nad wykonywaniem praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych
20.06.2016
Bezpłatne warsztaty organizowane przez firmę Pelargos przy współudziale SIPIP pt. „Pierwsza pomoc dla noworodków i niemowląt oraz poród w pozycjach wertykalnych"
21.06.2016
Posiedzenie Komisji ds. pielęgniarstwa chirurgicznego
21-23.06.2016
NRPiP – udział Gabrieli Hofman
22.06.2016
Warsztaty organizowane przez Komisję ds. pielęgniarstwa operacyjnego przy SIPIP pt. „Bezpieczeństwo w elektrochirurgii"
24.06.2016
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPSK 1 – udział Marii Matusiak i Heleny Gąsior
24.06.2016
Spotkanie z pielęgniarkami odchodzącymi na emeryturę
24.06.2016
Rada ZOW NFZ – udział Gabrieli Hofman
24.06.2016
Spotkanie z NZOZ – ami, opieką długoterminową i poz w sprawie sytuacji związanej z opieką koordynowaną.
29.06.2016
Posiedzenie Komisji socjalnej
30.06.2016
Posiedzenie Rady SIPIP
01.07.2016
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w ZCO Szczecin – udział Gabrieli Hofman
05.07.2016
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
06.07.2016
Posiedzenie Komisji ds. biuletynu
07.07.2016
Spotkanie w MZ - Gabriela Hofman, Katarzyna Strzelecka
15.07.2016
Dyplomatorium w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym – udział Marii Matusiak i Marzanny Stanisławskiej
19.07.2016
Posiedzenie Komisji socjalnej
21.07.2016
Posiedzenie Prezydium SIPiP
26.07.2016
Spotkanie Kierowników NZOZ'ów pielęgniarskich/położniczych i IP – udział Marii Matusiak

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o jak najszybsze podjęcie przez Rząd RP działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Pani Premier! Niejednokrotnie deklarowała Pani, że poprawa sytuacji polskich pielęgniarek i położnych będzie priorytetem Rządu RP i dawała wyraz swojemu oburzeniu, że Pani poprzednicy dopuścili się w tej kwestii tak wielkich zaniedbań.

Sytuacja jest dramatyczna, a dalsze zwlekanie gwałtownie ją pogarsza. Już teraz mamy jeden z najniższych w Europie wskaźników pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców. Jeśli nic się nie zmieni, niebawem spadnie on poniżej 4 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców, gdy średnia europejska jest dwukrotnie wyższa. Co roku znacząca część z ok. 5 tys. absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych nie podejmuje pracy w swoim zawodzie lub podejmuje ją w innym kraju. Mamy doskonały system kształcenia, o nasze absolwentki zabiegają szpitale w całej Europie, oferując im godne wynagrodzenie za pracę w bezpiecznych warunkach. Dlaczego Polskę stać na kształcenie kadr, a nie stać na zatrzymanie ich w kraju? Czy gdyby polski przemysł eksportował swoje wysokiej jakości produkty za darmo, rząd także by utrzymywał, że to sprawa dyrektorów fabryk?

Polskie pielęgniarki i położne chcą pracować w kraju, tu opiekować się pacjentami, tu podnosić swoje kwalifikacje i tu zakładać rodziny oraz wychowywać dzieci. Mają do tego prawo, jednak sytuacja ekonomiczna niejednokrotnie zmusza je wyjazdu z Polski. Te, które mimo wszystko zostają, pracują coraz ciężej. I coraz głośniej mówią, że w obecnej sytuacji zagrożone jest nie tylko ich zdrowie (są przemęczone pracą po 300 godzin miesięcznie, często w więcej niż jednym miejscu) i byt ekonomiczny (średnia płaca brutto pielęgniarki wg GUS to 3.400 zł), ale także bezpieczeństwo pacjentów, którymi opiekuje się za mało pielęgniarek.

Dłuższe zwlekanie z podjęciem niezbędnych decyzji grozi odejściem od łóżek pacjentów większości pielęgniarek i położnych. Nie z powodu strajków, ale przede wszystkim demografii - na emerytury przejdzie niebawem jedna trzecia zatrudnionych, pozostałe zmienią zawód lub wyjadą, bo nie podołają nadmiarowi obowiązków. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje daleko idącą pomoc we wskazywaniu rozwiązań zabezpieczających społeczeństwo polskie w świadczenia pielęgniarskie i położnicze.

Pani Premier! Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje, że świadoma tych zagrożeń zwoła Pani w trybie pilnym posiedzenie Rady Ministrów RP, na którym zostaną podjęte decyzje, które zatrzymają w zawodzie pielęgniarki i położne pracujące w Polsce oraz skłonią do powrotu pracujące poza jej granicami.

Wiceprezes NRPiP
Sebastian Irzykowski

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Notatka z III posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – 21–23.06.2016r.

Głównymi dyskutowanymi tematami był plan działań NRPiP oraz Komisji i zespołów problemowych na rok 2016 oraz plan kontroli poszczególnych rodzajów kształcenia podyplomowego. Nie zabrakło również rozmowy nad wnioskami zgłoszonymi do Naczelnej Rady.

NRPiP za główny cel stawia sobie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej i finansowej Pielęgniarek i Położnych, współpracę z towarzystwami naukowymi oraz organizacjami Pielęgniarek i Położnych. Wzięto również pod uwagę zgłaszane postulaty poprawy komunikacji ze stroną rządową – Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego w zakresie kształcenia Pielęgniarek i Położnych.

Dużą wagę przywiązano do wspomnianego już kształcenia. Naczelna Rada pracuje nad wdrożeniem standardu ścieżki rozwoju zawodowego, określeniem kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, wprowadzeniem rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego oraz zainicjowaniem działań na rzecz poprawy jakości kształcenia podyplomowego.

Przedstawiono również plan działań poszczególnych Komisji problemowych. Kilkanaście Komisji i zespołów będzie aktywnie działało na rzecz poprawy sytuacji zawodów Pielęgniarki i Położnej. Wśród ich zadań na rok 2016 znalazło się:

- Praca na rzecz nowelizacji ustaw i przepisów wykonawczych do tych ustaw dotyczących wykonywania zawodów Pielęgniarki i Położnej,
- Współpraca w zakresie wprowadzenia do praktyki Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Pielęgniarskich (ICNP) oraz wyceny świadczeń pielęgniarskich i położniczych,
- Propagowanie projektu wdrożenia stanowiska edukatora zdrowia (dla Pielęgniarek) do stacjonarnych podmiotów lecznictwa zamkniętego (specjalisty),
- Opracowanie propozycji zmian do procedury kontroli ośrodków kształcenia,
- Proponowanie zmian do obowiązujących aktów prawnych dotyczących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych,
- Monitorowanie projektów ustaw, aktów wykonawczych i zarządzeń mających zastosowanie w ochronie zdrowia,
- Określenie w aktach prawnych liczby Pielęgniarek i Położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach

świadczeń zdrowotnych jako bezwzględnego kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych,
- Praca nad opracowywanymi przez Zespoły powołane przez Ministra Zdrowia założeniami do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

W trakcie posiedzenia NRPiP:

1. Odbyło się spotkanie w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z Panią Minister Elżbietą Rafalską oraz pracownikami ministerstwa. Samorząd reprezentowali Prezes Zofia Małas, Wiceprezes Mariola Łodzińska, Przewodniczący Tadeusz Wadas. Na spotkaniu omówiono problem Pielęgniarek zatrudnionych Domach Pomocy Społecznej (podwyżki, warunki pracy, umiejscowienie w systemie) oraz pomysł wdrożenia projektu „Pierwsza Praca dla Pielęgniarki i Położnej". Spotkanie odbyło się w 22 czerwca 2016 r. i zgodnie z propozycją obu stron spotkania będą kontynuowane.
2. Posiedzenie Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym uczestniczył Wiceprezes Sebastian Irzykowski. Na posiedzeniu przyjęto plan budżetu oraz najważniejsze założenia do jego realizacji. Podniesiono też problem podwyżek dla Pielęgniarek i Położnych wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1400) oraz wskazano środki na realizację drugiej transzy.
3. Gościem Naczelnej Rady była Beata Cholewka, dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych. Członkowie Rady otrzymali wyjaśnienia dotyczące rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez Pielęgniarkę albo Położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Oczekiwanie środowiska na nowy akt prawny było szczególnie nasilone po rozszerzeniu uprawnień ratowników medycznych. Akt prawny rozszerza kompetencje Pielęgniarek i Położnych, niwelując nieuzasadniony wzrost kompetencji ratowników w stosunku do Pielęgniarek. Rozporządzenie znajduje się trakcie uzgodnień wewnętrznych i należy spodziewać się jego szybkiego opublikowania.
4. Na zaproszenie Prezesa na posiedzeniu NRPiP gościła pani Maria Jolanta Królak, nowy dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami. Przedstawiono plan pracy krótko- i długoterminowy CKPPiP oraz zasady współpracy z samorządem, ze szczególnym uwzględnieniem prac nad programami kursów w kształceniu podyplomowym.
5. Ustalono również m.in. zasady używania uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego.
6. Naczelna Rada przyjrzała się także blisko 40 wnioskom, stanowiskom i apelom, które spłynęły z Okręgowych Zjazdów.
7. Sekretarz NRPiP przedstawiła sprawozdanie z realizacji wniosków, uchwał i stanowisk przyjętych na poprzednim posiedzeniu. Naczelna Rada realizuje założone przez siebie cele zgodnie z harmonogramem, co pozwala na stawianie sobie coraz ambitniejszych wyzwań.

Pomysł na zmiany w kształceniu przeddyplomowym

Pomysł na zmiany w kształceniu przeddyplomowym – wywiad z Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Zofią Małas przeprowadzony przez Aleksandrę Smolińską reprezentującą Politykę Zdrowotną

Nie osiągnęliśmy porozumienia z Ministerstwem Zdrowia w niezwykle ważnej sprawie, jaką jest pomysł zmian w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek i położnych – mówi w rozmowie z Polityką Zdrowotną prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas. Omówiliśmy natomiast sprawę kolejnej transzy podwyżek dla pielęgniarek i położnych. Minister Zdrowia zapewnił, iż środki finansowe są zabezpieczone zgodnie z zawartym Porozumieniem – dodaje prezes NIPiP. O czym jeszcze pielęgniarki z samorządu rozmawiały z ministrem K. Radziwiłłem i z szefem NFZ?

PZ: Co było tematem spotkania pielęgniarek z samorządu z prezesem NFZ?

Zofia Małas: *Spotkaliśmy się między innymi po to, żeby omówić kwestię finansowania pielęgniarek i położnych w POZ. W czerwcowym zarządzeniu, prezes NFZ podniósł wysokość stawek płaconych przez Fundusz za leczenie najstarszych pacjentów, ale podwyżki objęły wyłącznie lekarzy pracujących w POZ.*

PZ: Jaki był powód takiej decyzji Funduszu?

Zofia Małas: *Prezes tłumaczył, że podwyżki dla lekarzy zostały ustalone miedzy innymi po to, aby pielęgniarki zabiegowe pracujące w gabinetach lekarzy POZ mogły otrzymać wcześniej obiecane podwyżki, wynikające z rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia. Nie mamy jednak pewności, że te pieniądze faktycznie trafią do pielęgniarek i położnych zatrudnionych w POZ. Faktem jest, że czujemy z tego powodu niedosyt. Za chwilę pojawią się jeszcze nowe obowiązki związane z wypisywaniem recept. Wprawdzie pielęgniarek, które ukończyły konieczne szkolenia nie jest teraz dużo, ale kolejne są w ich trakcie.*

PZ: A co z pielęgniarkami szkolnymi? Ich wynagrodzenia też nie są wysokie.

Zofia Małas: *Na ten temat również rozmawialiśmy. Spada populacja uczniów, pielęgniarki szkolne są coraz starsze, a młode nie chcą przejmować tych obowiązków ze względu na bardzo niskie wynagrodzenie. To trudna praca, która wymaga dodatkowych uprawnień w zamian za wynagrodzenie, które często nie osiąga nawet poziomu płacy minimalnej. Niebawem pielęgniarki mogą całkiem zniknąć ze szkół. Mamy deklarację prezesa NFZ, że Fundusz będzie monitorował liczbę uczniów przypadających na*

pielęgniarkę w poszczególnych rodzajach szkół. Mam nadzieję, że kwestia ta zostanie w krótce uregulowana, bo obecną współpracę z Funduszem oceniamy dobrze, jest merytoryczna.

PZ: Jak przebiegło spotkanie z ministrem Radziwiłłem? Jakie problemy zostały poruszone w trakcie rozmowy?

Zofia Małas: *To była bardzo trudna rozmowa. Nie osiągnęliśmy porozumienia w niezwykle ważnej sprawie, jaką jest pomysł zmian w kształceniu przeddyplomowym. Omówiliśmy też sprawę kolejnej transzy podwyżek dla pielęgniarek i położnych. Minister Zdrowia zapewnił, iż środki finansowe są zabezpieczone zgodnie z zawartym Porozumieniem.*

PZ: Pielęgniarki od dawna domagają się ustalenia norm zatrudnienia w szpitalach. Czy Ministerstwo Zdrowia spełni ten postulat?

Zofia Małas: *Na razie nic na to nie wskazuje. Domagamy się konkretnych zapisów w koszyku świadczeń zdrowotnych: ile pielęgniarek powinno pracować na danym oddziale. Minister Radziwiłł niestety nie umiał odpowiedzieć kiedy to będzie możliwe. Szkoda, bo takie rozwiązanie pozwoliłoby nam wreszcie jasno określić jak duże są braki kadrowe w naszym środowisku. Przedstawiliśmy ministrowi dwie wersje wyliczania tych norm. Mamy nadzieję, że resort wkrótce zdecyduje się na którąś z nich i normy zostaną wpisane do koszyka tak, jak w przypadku zatrudniania lekarzy.*

PZ: Dlaczego Ministerstwo się zastanawia? Czym minister uzasadnił swoją decyzję, że na razie normy dotyczące zatrudnienia pielęgniarek nie zostaną wpisane do koszyka?

Zofia Małas: *Z naszej rozmowy wynika, że najpierw Ministerstwo chce dokończyć prace nad mapami potrzeb zdrowotnych. Minister Radziwiłł uważa, że łóżek szpitalnych jest w tej chwili za dużo i że należy odejść od hospitalizacji na rzecz opieki w środowisku pacjenta. Ale pielęgniarek w terenie jest mało i nie są to najczęściej osoby młode. Nie będą w stanie przyjąć na siebie większej liczby obowiązków. W tej chwili brakuje około 50 proc. pielęgniarek w naszym systemie w porównaniu ze średnią unijną. Te liczby mówią same za siebie.*

PZ: W takim razie młoda kadra nie powinna mieć kłopotów z zatrudnieniem w zawodzie pielęgniarki czy położnej?

Zofia Małas: *Niestety tak nie jest. Pomimo, że wszędzie brakuje pielęgniarek, wciąż nie ma pieniędzy na zatrudnianie nowych. Te, które pracują są nadmiernie obciążane pracą. Na nowych etatach się oszczędza. Stąd tak dużo pielęgniarek, która kończą studia nie występuje o prawo wykonywania zawodu. Naszym zdaniem Ministerstwo musi coś zrobić, żeby znalazły się pieniądze na nowe etaty.*

PZ: Jakie jest stanowisko samorządu w sprawie zmian w kształceniu pielęgniarek i położnych?

Zofia Małas: *Nie zgadzamy się na zmiany w systemie kształcenia. Licea pielęgniarskie zostały zlikwidowane dlatego, że w tak młodym wieku ludzie nie są w stanie świadomie podejmować decyzji o wyborze przyszłej drogi zawodowej. Do tych wniosków wcześniej doszły też inne kraje. Zgodnie z dyrektywą unijną kształcenie pielęgniarki nie powinno trwać krócej, niż 4600 godzin. Z tego połowa czasu powinna być przeznaczona na kształcenie praktyczne. Nie da się aż tylu godzin kształcenia zawrzeć w programie liceum medycznego, co stoi w sprzeczności z wymogami unijnej dyrektywy.*

Aleksandra Smolińska

Spotkanie z Ministrem Zdrowia dotyczące kształcenia przeddyplomowego

W dniu 18 lipca 2016r w Warszawie odbyło się spotkanie Prezydium NRPiP z ministrem zdrowia Konstantym Radziwiłłem. Spotkanie dotyczyło przede wszystkim proponowanych zmian w obszarze kształcenia przeddyplomowego.

Minister Zdrowia poinformował, iż zmiana systemu kształcenia będzie polegała na utrzymaniu dotychczasowego systemu i uruchomienia tzw. kształcenia pielęgniarek w formie Liceum Medycznego z uwagi na drastyczny brak pielęgniarek i położnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwiła się takiemu rozwiązaniu *(stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych).*

Ponadto podczas spotkania:

- omówiono sprawy związane z kolejną transzą podwyżek od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017r. dla pielęgniarek i położnych zgodnie z zawartym porozumieniem z dnia 23 września -2015r., poruszono sprawę podwyżek dla podwykonawców pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień oraz pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Centrach Krwiodawstwa, Stacjach sanitarno epidemiologicznych. **Minister Zdrowia zapewnił, iż środki finansowe są zabezpieczone zgodnie z zawartym Porozumieniem.**
- omówiono sprawę braku realizacji zapisów dotyczących umocowania pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia w poszczególnych rodzajach świadczeń tzw. rozporządzenia koszykowe. W tej sprawie **MZ obecnie prowadzi prace związane z opracowaniem procedur w poszczególnych świadczeniach i zmiany wspólnie ustalone z samorządem dotyczące wprowadzenia wskaźników zatrudnienia i wymogów kwalifikacyjnych zostały oddalone w czasie.**
- poruszono sprawę dotacji na zadania przejęte od administracji państwowej. Samorząd podtrzymał stanowisko przedstawione przez NRPiP z dnia 22 czerwca 2016r. podjęte na posiedzeniu NRPiP tj. „utrzymanie dotacji i zadań rozliczenia na poziomie roku 2015." Natomiast Minister Zdrowia poinformował, że **Resort Zdrowia proponuje szczegółową analizę i wycenę poszczególnych zadań realizowanych przez samorząd finansowanych ze środków publicznych.**

(żródło: NIPiP)

NIPiP-NRPiP-DM.0022.61.2016

Warszawa, dnia 14 lipca 2016r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

W związku z rozważaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej propozycją wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek polegających m.in. na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych oraz uruchomienia dwuletniego kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki stanowiącego wsparcie dla pacjentów niesamodzielnych oraz personelu pielęgniarskiego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża jednoznaczne stanowisko w tej kwestii.

Zgodnie z uprawnieniami ustawowymi Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o utrzymanie dotychczasowego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek i położnych RP w ramach szkolnictwa wyższego. System ten:

1. jest zgodny z Europejskim Porozumieniem w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz.U. z 1996 r., Nr 83, poz.384) oraz z wymaganiami dotyczącymi kształcenia pielęgniarek i położnych, wynikającymi z Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE. L. 255 z 30.09.2005r., str. 22 z późn. zm.);
2. pozostaje w zbieżności z zapisami Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 roku zmieniającej dyrektywę 2005/36/UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013r., str. 132). W odniesieniu do zmiany uwarunkowań europejskich uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarki i położnej wprowadzonych Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE dokonano analizy, na przykładzie kwalifikacji pielęgniarki, w jakim zakresie obowiązujący aktualnie w Polsce standard kształcenia na kierunku pielęgniarstwo - studia pierwszego stopnia, pozwala na osiągnięcie przez absolwenta tych studiów, kwalifikacji określonych cyt. Dyrektywą. Do poszczególnych grup kwalifikacji pielęgniarki, zdefiniowanych w dyrektywie, przypisano bezpośrednio powiązane z nimi umiejętności licencjata pielęgniarstwa, wymienione w polskim standardzie kształcenia. Pozostałe efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, określone w cyt. standardzie, stanowią bazę do kwalifikacji wynikających z Dyrektywy 2013/55/UE. Należy wskazać, iż zapisy Dyrektywy 2013/55/UE wprowadziły nowe brzmienie akapitu 2 i 3 w art. 31 ust. 2 Dyrektywy 2005/36/WE: W myśl ww. zapisu: „Komisja jest uprawniona do przyjęcia zgodnie z art. 57c aktów delegowanych dotyczących zmian wykazu określonego w załączniku V pkt 5.2.1, w celu dostosowania go do postępu naukowego i technicznego. Zmiany, o których mowa w akapicie drugim, nie mogą w żadnym państwie członkowskim wymagać zmiany istniejących podstawowych zasad ustawodawczych dotyczących struktury zawodów w odniesieniu do kształcenia osób fizycznych i warunków ich dostępu do zawodu. Przy wprowadzaniu takich zmian należy uwzględniać odpowiedzialność państw członkowskich za organizację systemów edukacyjnych, zgodnie z art. 165 ust. 1 TFUE.” Wyżej wymienione przepisy jednoznacznie wskazują zatem, że państwa członkowskie nie są zobligowane do zmiany: po pierwsze ustawodawstwa regulującego kształcenie pielęgniarek; po drugie organizacji sytemu tego kształcenia. Mając na uwadze powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla zasadność i racjonalność utrzymania aktualnie obowiązującego dwustopniowego sytemu kształcenia pielęgniarek i położnych, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia. Jednocześnie stwierdza, że wejście w życie zapisów Dyrektywy 2013/55/UE nie wymaga nowelizacji polskich aktów prawnych regulujących ten system kształcenia i uzyskiwanie kwalifikacji pielęgniarki i położnej, gdyż ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do tej ustawy z nią powiązane są zgodne w przedmiotowych zakresach z cytowaną Dyrektywą.
3. Obecny system kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie studiów wyższych jest objęty dwustronnym systemem monitorowania jakości kształcenia przez Krajową Radę Akredytacyjną Szkół Pielęgniarek i Położnych oraz Polską Komisję Akredytacyjną, co zaowocowało doprowadzeniem do wypracowania i realizacji efektywnego procesu ewaluacji jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, głównie w zakresie programów i procesów kształcenia, kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej oraz wewnątrzuczelnianych systemów jakości kształcenia. Szkoły prowadzące kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U z 2012r., poz. 572 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej są zobowiązane do uzyskania akredytacji Ministra Zdrowia, co potwierdza spełnianie standardów kształcenia. Posiadanie wymogu akredytacji przez szkoły gwarantuje kształcenie w zawodzie pielęgniarki i położnej na wysokim poziomie.
4. Obecny system kształcenia pielęgniarek i położnych jest standaryzowany, co zapewnia regulacyjność zawodu i osiągnięcie wyników końcowych w postaci sformułowanych i zrealizowanych efektów kształcenia.Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wprowadzone rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego,

farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U z 2012r., poz 631) przedstawiają się następująco:

- studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180, studia mają profil praktyczny, kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,
- studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120, studia mają profil praktyczny.

5. Limity przyjęć nie są określane centralnie na poziomie ministerialnym tylko na poziomie uczelni. Uczelnie są zainteresowane pozyskaniem jak największej liczby studentów, dlatego nie wprowadzają niskich limitów. **Stąd powodem niedoboru absolwentów nie są trudności w dostępie do kształcenia, tylko w atrakcyjności zawodu, tj. warunkach pracy i wynagradzania.** Inny problem stanowi niezatrudnianie absolwentów przez podmioty realizujące świadczenia zdrowotne. Dlatego wprowadzenie dodatkowego szczebla kształcenia nie będzie skutkowało wzrostem liczby potencjalnych kandydatów do zawodów pielęgniarki i położnej. Kształcenie średnie sprawdziło się w przeszłości, gdy w systemie służby zdrowia potrzebny był pracownik realizujący świadczenia pomocnicze na rzecz świadczeń lekarskich. Obecnie zawody pielęgniarki i położnej to zawody samodzielne medyczne wymagające nie tylko przygotowania w zakresie mechanicznego wykonywania procedur, ale również samodzielnego podejmowania decyzji diagnostycznych, profilaktycznych, terapeutycznych i ratunkowych, co wymaga szerokiego zakresu wiedzy i umiejętności. W całym rozwiniętym świecie medycznym obserwuje się substytucję usług, czego wyrazem w Polsce było wprowadzenie dla pielęgniarek i położnych uprawnienia do ordynacji leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Stąd zasadnym jest zróżnicowanie kompetencji licencjata i magistra odpowiednio pielęgniarstwa i położnictwa oraz osób posiadających tytuł specjalisty, a także ich wynagrodzeń. Z danych statystycznych przedstawionych w Raporcie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, w latach 2006-2012 łączna liczba absolwentów studiów pierwszego stopnia wynosiła 32 437 pielęgniarek, a drugiego stopnia - 13 327. Natomiast na kierunku położnictwo w latach 2006-2010 liczba absolwentów wyniosła 5176 studiów pierwszego stopnia, a 2605 - na studiach drugiego stopnia. Gdyby wszyscy ci absolwenci zostali zatrudnieni w podmiotach leczniczych, niedobory kadrowe w grupie pielęgniarskiej i grupie położniczej byłyby znacznie mniejsze. Koniecznym jest dlatego określenie jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia dwustopniowego pielęgniarek i położnych (licencjat i magister).

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Do wiadomości:

1. Jarosław Gowin
   Wiceprezes Rady Ministrów
   Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
2. Anna Zalewska
   Minister Edukacji Narodowej

Raz jeszcze o strajku w Centrum Zdrowia Dziecka...

OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD KRAJOWY
ZK-478/VII/2016

Warszawa, 27 czerwca 2016r.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok. 10
02-757 Warszawa

Działając w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych informuję, że Zarząd Krajowy z wielkim niepokojem obserwował wypowiedzi i stanowiska prezentowane przez członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie dotyczące i odnoszące się do strajku, jaki wybuchł w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Oczywiście problemy, jakie tam się ujawniły dotyczą całej naszej grupy zawodowej Izie na terenie całej Polski i to jest bezdyskusyjne.

Przypominamy jednak, że OZZPiP oraz NRPiP były stronami Porozumienia z dnia 23.09.2015r. zawartego z ówczesnym Ministrem Zdrowia oraz Prezesem NFZ wprowadzającego mechanizmy wzrostu wynagrodzeń naszej grupy zawodowej. Porozumienie to stanowiło

bardzo kruchy kompromis, który udało się jednak wynegocjować i wprowadzić w życie. Mamy nadzieję, że NRPiP otrzymywała i otrzymuje sygnały o zamiarach odebrania pielęgniarkom i położnym II, III i IV raty wzrostu wynagrodzeń. Aktywnie w tym kierunku działają NSZZ SOLIDARNOŚĆ i OPZZ, we współpracy z przedstawicielami pracodawców w Radzie Dialogu Społecznego.

Zwracam się zatem z ogromną prośbą do Członków NRPiP o rozważne formułowanie stanowisk w przyszłości w podobnych sprawach tak, aby nie stworzyć pretekstu, który mógłby być wykorzystany przez stronę rządową do likwidacji, ograniczenia lub odroczenia w czasie wejścia w życie kolejnych rat wzrostów wynagrodzeń. Oczywiście prośba ta nie ma na celu wywierania jakiegokolwiek wpływu na NRPiP, która jest w pełni samodzielna we własnym działaniu, a jest jedynie i tylko prośbą o wzięcie pod uwagę tego stanowiska.

Wprawdzie NRPiP nie składała żadnych własnych zobowiązań w zakresie przestrzegania tzw. „pokoju społecznego" w/w Porozumienia, ale takie zobowiązanie musiał wówczas złożyć Zarząd Krajowy OZZPiP, który był przecież inicjatorem ogólnokrajowej akcji protestacyjnej (pkt. 1 Porozumienia). Zarząd Krajowy OZZPiP wypełnił swoje zobowiązanie i zakończył ogólnokrajową akcję protestacyjną, a także zaapelował do Zakładowych i Międzyzakładowych Organizacji Związkowych OZZPiP o rozważenie w zakresie własnych kompetencji do zakończenia prowadzonych przez nie sporów zbiorowych w części dotyczącej warunków wynagradzania.

Przypominamy, że NRPiP zobowiązała się jednak w pkt. 12 w/w Porozumienia do współdziałania w realizacji Porozumienia w zakresie własnych i wyłącznych kompetencji. Jest to jeden z punktów, który mógłby być ewentualnie wykorzystany w przypadku zamiaru wypowiedzenia Porozumienia.

Przewodnicząca Zarządu Krajowego OZZPiP
Lucyna Dargiewicz

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.210.2016.MK

Warszawa, dnia 1 lipca 2016 r.

Pani

Lucyna Dargiewicz

Przewodnicząca

Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Pielęgniarek
i Położnych

W odpowiedzi na pismo Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie wypowiedzi i stanowiska NRPiP dotyczących i odnoszących się do strajku w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie informuję, że członkowie NRPiP rozumieją niepokój Pani Przewodniczącej i członków OZZPiP związany z wypłatą II, III i IV raty wzrostu wynagrodzeń. Zupełnie jednak nie rozumiemy w jaki sposób stanowisko NRPiP oraz wypowiedzi jej członków w dniach 26.05 - 08.06 br. mogły niekorzystnie wpłynąć na realizację porozumienia.

W naszej opinii w żadnym wypadku nie doszło do naruszenia przez NRPiP porozumienia z dnia 23.09.2015 r. zawartego z ówczesnym Ministrem Zdrowia oraz Prezesem NFZ wprowadzającego mechanizmy wzrostu wynagrodzeń naszej grupy zawodowej. Przeciwnie, nasza działalność mediacyjna w samym CZD oraz publiczne wypowiedzi członków NRPiP ukierunkowane były na jak najszybsze zakończenie sporu w tej placówce. Niezabranie głosu w tej sprawie (co nie jest jednoznaczne z opowiedzeniem się po którejkolwiek ze stron sporu) byłoby naruszeniem ustawowego obowiązku samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jakim jest reprezentacja osób wykonujących te zawody oraz sprawowanie pieczy nad należytym ich wykonywaniem w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

To obliguje nas do informowania opinii publicznej o krytycznym stanie pielęgniarstwa i niedoborach kadrowych nie tylko w CZD. Członkowie NRPiP w swoich wypowiedziach koncentrowali się na tym, że sytuacja polskiego pielęgniarstwa wymaga głębokich reform a w interesie publicznym leży jak najszybsze wskazanie rozwiązań. Tego też dotyczy Apel do Premier RP, w którym NRPiP podkreśliła że „sytuacja jest dramatyczna, a dalsze zwlekanie

gwałtownie ją pogarsza". Domagaliśmy się (i nadal to robimy) jak najszybszej realizacji rekomendacji podpisanych przez MZ i wdrożenia programu naprawczego dotyczącego zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych.

Sytuacja w Instytucie CZD tylko potwierdziła nasze obawy, że brak umocowania pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia doprowadził do bardzo trudnej sytuacji. Obecnie, gdy rząd zapowiada szeroką reformę całego systemu ochrony zdrowia, a Ministerstwo Zdrowia publikuje propozycje wzrostu wynagrodzeń dla wszystkich zawodów medycznych, zarówno przed samorządem zawodowym, jak i Związkiem stoi bardzo trudne zadanie zadbania o faktyczną poprawę warunków pracy i płacy naszych grup zawodowych.

NRPiP także stoi na stanowisku, że tylko dialog i współpraca oparta na wzajemnym zaufaniu sprawi, że osiągniemy ten cel. Jestem przekonana, że mimo różnych zadań, do których powołane zostały nasze organizacje jesteśmy w stanie wspólnie działać na rzecz poprawy przygotowania zawodowego oraz wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Z poważaniem

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Do wiadomości:

Członkowie NRPiP

Stanowisko Nr 1 w sprawie strajku pielęgniarek i położnych w „Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka"

Stanowisko Nr 1
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 30 maja 2016 r.

w sprawie strajku pielęgniarek i położnych w „Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka"

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z wielką trwogą obserwuje dramat, który rozgrywa się w Instytucie – Pomniku Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Jako samorząd zawodowy jesteśmy ustawowo zobligowani do nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej. Przez ostatnie ćwierćwiecze zgromadziliśmy ogromny materiał merytoryczny - raport odzwierciedlający stopień bezpieczeństwa pacjentów i zakres zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę pielęgniarską i położniczą.

Wysoka jakość opieki pielęgniarskiej gwarantująca bezpieczeństwo pacjentów powinna wszystkim leżeć na sercu. Strajk trwający w „Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka" jest swoistym obnażeniem patologii, które od lat toczą system ochrony zdrowia, nie tylko na poziomie jednego szpitala, ale niestety większości placówek medycznych. W większości podmiotów leczniczych opiekę sprawuje zbyt mała liczba pielęgniarek i położnych, co zagraża zdrowiu i życiu pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie wskazywała Ministerstwu Zdrowia i Rządowi RP konieczność zapewnienia pacjentom pełnego dostępu do opieki pielęgniarskiej i położniczej. Regulacja ta umożliwi wyjście z zapaści, w której ze względu na brak odpowiedniej liczby pielęgniarek i położnych znajduje się system opieki zdrowotnej. Strajkujące pielęgniarki postulują przede wszystkim o zwiększenie liczby pielęgniarek na dyżurach.

Dobro pacjenta jest nierozerwalnie związane z bezpiecznymi warunkami pracy pielęgniarek i położnych. Należy o tym pamiętać szczególnie wtedy, gdy Nasze Koleżanki i Koledzy symbolicznie „odchodzą od łóżek". Pielęgniarki i położne z Instytutu – Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka zdobyły się na ten ruch po dwóch latach bezowocnych negocjacji, ponieważ liczą, że w końcu zostaną wysłuchane.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera słuszność działań podjętych w szeroko podjętym interesie pacjentów. Sprowadzanie konfliktu w CZD jedynie do kwestii płacowych uważamy za szczególnie szkodliwe i nie służące osiągnieciu porozumienia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w marcu bieżącego roku przedstawiła Ministrowi Zdrowia projekt rozwiązań systemowych, który powinien stanowić podstawę do jak najszybszego podjęcia decyzji uzdrawiających sytuację zawodową pielęgniarek i położnych, a tym samym przywracających bezpieczeństwo pacjentów.

Wiceprezes NRPiP
Sebastian Irzykowski

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Odpowiedź w sprawie Stanowiska Nr 1

Kancelaria Prezydenta
Rzeczpospolitej Polskiej
00-902 Warszawa ul. Wiejska 10
Biuro Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich

Warszawa 21.06.2016 r.

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i
Położnych
ul Pory 78/lok. 10
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

Potwierdzam wpływ do biura Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich Kancelarii Prezydenta Rzeczpospolitej Polskiej pisma zawierającego stanowisko Nr 1 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 30.06.2016 r.

Pragnę poinformować, że wpływająca korespondencja jest wnikliwie analizowana, a wynikające z niej wnioski są przekazywane Głowie Państwa w przyjętym w Kancelarii trybie i w miarę możliwości brane pod uwagę w podejmowanych decyzjach i działaniach.

Chciałabym przy tym zapewnić, że problemy szeroko pojętej ochrony zdrowia – zarówno w odniesieniu do pacjentów, jak też różnych grup zawodowych pracowników służby zdrowia – są szczególnie ważna dla Pana Prezydenta.

Jak Pani Prezes zapewne wiadomo, powołana przez Prezydenta Andrzeja Dudę Narodowa Rada Rozwoju będąca ciałem ekspercko - doradczym, pracującym nad rozwiązaniami systemowymi w różnych dziedzina życia społecznego, swoją działalność zainaugurowała posiedzeniem zatytułowanym „Bezpieczeństwo Zdrowotne Polaków - diagnoza sytuacji". Natomiast w dniu 8 czerwca br. Prezydent RP wziął udział w posiedzeniu plenarnym Rady Dialogu Społecznego, którego tematem były m.in. kwestie dotyczące uregulowania wynagrodzeń w służbie zdrowia.

Niemniej trzeba zaznaczyć, że ciężar rozwiązania kwestii stanowiących przedmiot akcji strajkowej w Instytucie Centrum Zdrowia Dziecka spoczywa głównie na dyrekcji Szpitala, a w zakresie rozwiązań systemowych – na Ministerstwie Zdrowia.

Z poważaniem
Dyrektor Dialogu I Inicjatyw Obywatelskich
Grażyna Wereszczyńska

Sopot, 5 maja 2016

Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OZZ P i P

Krajowy Związek PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Polish Nurses Association

Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce
ODDZIAŁ TERENOWY W OLSZTYNIE

Szanowna Pani Premier,

Na początku tego listu chcemy wyrazić podziękowania za zainteresowanie się tematyką Podstawowej Opieki Zdrowotnej w kontekście Pielęgniarek i Położnych. Rzeczywiście, na całym świecie istnieje szereg rozwiązań, które warto implementować w celu wzmocnienia roli Pielęgniarki i Położnej. Wierzymy, iż intencje ministra zdrowia, Pana Konstantego Radziwiłła były i są słuszne, jednakże ostateczny owoc działań, które podjął resort są dalekie od oczekiwań naszego środowiska.

Niestety, z wielkim bólem musimy przypomnieć, że minister zdrowia jest ministrem wszystkich Pacjentów i Podopiecznych. Ta oczywistość niesie za sobą konkretny przekaz - Decydenci powinni reprezentować również interes Pielęgniarek i Położnych, gdyż leży on właśnie w interesie wyżej wymienionych. Koncentrując się na interesie środowiska lekarskiego obecny Rząd dystansuje się jednocześnie od instytucji dialogu społecznego, opartego na partnerstwie i kompromisie. To bardzo surowa teza, jednakże wynikająca z podjętych działań. Do prac w zespole ds. POZ nie zostały zaproszona odpowiednia liczba reprezentantów środowiska Pielęgniarek i Położnych, co jednoznacznie obrazuje politykę resortu wobec naszych Koleżanek i Kolegów.

Ważne są również elementy makro - polityczne, które powinny dać do myślenia członkom zespołu, z którym ministerstwo prowadzi współpracę. Zarówno zalecenia WHO, jak i te znajdujące się w Deklaracji Monachijskiej z 2000 roku są oparte o silną rekomendację poszerzania niezależności zawodu Pielęgniarki i Położnej. Uzasadnienie tejże rekomendacji wynika z kryzysu demograficznego.

Rozwiązania propagowane przez ministerstwo zdrowia nie wiedzieć do końca czemu (trudno o logiczne uzasadnienie) są oparte, o dogmatyczną negację zaleceń międzynarodowych instytucji badających system opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Polska, jak Pani Premier zapewne dobrze wie, również dotknięta jest kryzysem demograficznym. Nie sposób pominąć faktu, iż w naszym kraju brakuje około 100 tysięcy pielęgniarek. Co roku setki z nich opuszcza nasz kraj za przysłowiowym chlebem, ponieważ ojczysty system nie spełnia ich oczekiwań. Tracą nie tylko same pielęgniarki, ale przede wszystkim społeczeństwo, które z racji starzenia się wymaga opieki w stopniu bardziej zaawansowanym niż jeszcze dziesięć, piętnaście lat temu.

Retoryka, która została przyjęta przez ministerstwo zdrowia to w efekcie odebranie niezależności zawodu Pielęgniarki i Położnej, zepchnięcie jej na margines praktyk Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Za komunikowaną narracją nie przemawia niestety matematyka. W 2015 roku na świadczenia lekarzy POZ NFZ zawarł 6226 umów, a na świadczenia Pielęgniarek i Położnych POZ odpowiednio 6393 i 4684. Rozumiemy podstawy ekonomiczne w kontekście interesu lekarzy, ale nie Pacjentów i Podopiecznych.

Przede wszystkim, lekarz nie jest w stanie zbadać środowiska domowego. Wielokrotnie Pacjent wymaga nie tyle leczenia, co opieki, troski i pomocy. W razie wątpliwości zalecamy powtórne zapoznanie się z liczbami dotyczącymi świadczeń w roku uprzednim. Proszę zwrócić uwagę, że cały szereg problemów, które mają wpływ na stan Pacjenta wynika z ekosystemu, w jakim przebywa. Ogromna ilość działań może pozostać w obrębie właśnie środowiska Pacjenta, bez potrzeby udawania się do lekarza. Warto rozważyć taki sposób myślenia.

To samo tyczy się środowiska Położnych. W imię jakiego paradygmatu lekarz miałby nadzorować proces pielęgnacji? Położne uzyskały odpowiednie uprawnienia, które pozwalają im na samodzielność. Czy rządzący są w stanie wyjaśnić, dlaczego zamiast dążyć do realizacji i ustaleń dotyczących niezależności Położnych przyswaja się koncepcje nie służące interesowi milionów Polek. Proszę nie zapominać, że Położna jest przewodnikiem po świecie kobiecości. Próba ingerencji w tą ważną społecznie więź jest trudna do zrozumienia. Apelujemy, aby i w tej sprawie niezłomnie podążać już dawno wytyczoną ścieżką.

Podsumowując - marginalizacja środowiska Pielęgniarek i Położnych, hibernacja tysięcy ludzi w przestrzeni gabinetów lekarskich, swoiste odcięcie od Pacjenta można nazwać pewnego rodzaju daleko idącym wynaturzeniem zawodu, którego esencją jest budowanie integralnej więzi ze społeczeństwem.

Zespół ds. POZ, który został powołany 23 marca 2016 roku na wniosek ministra zdrowia, Pana Konstantego Radziwiłła wypracował analizę dotyczącą Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Stanowić ma ona merytoryczną podstawę do prac legislacyjnych nad ustawą o POZ. Z przykrością informujemy, iż nie możemy zaakceptować tez postawionych w w/w wymienionym dokumencie ze względu na nadreprezentację środowiska lekarskiego w składzie zespołu, co przyczyniło się w efekcie do zagłuszenia postulatów zgłaszanych przez Pielęgniarki i Położne.

UROCZYSTE OTWARCIE NOWEGO LOKALU SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZY UL. KUSOCIŃSKIEGO 16 LU1 W DNIU 12 maja 2016r.

Dział Szkoleń

Gabinet Pani Przewodniczącej Gabrieli Hofman

Dział Prawa Wykonywania Zawodu

Anna Maria Król i Tomasz Kaczmarek - OIPiP w Poznaniu

Listy z gratulacjami i obraz – prezent od Małopolskiej Izby

Zaproszeni Goście – Marta Giezek, Tomasz Kaczmarek
i Bogumiła Aziewicz - Gabis - Konsultant Wojewódzki

Nasze Koleżanki – Mariola Stępień, Grażyna Szkutnik i Iza Kubicka

Goście – Gabriela Hofman, Dorota Ćwiek, Maria Smalec i Mariola Cieśla

Nasz Deweloper – Lesław Siemaszko, Maria Matusiak
i Bogumiła Aziewicz - Gabis

Grażyna Kędzierska, Marzanna Stanisławska i Mariola Rokicka – przedstawiciel
Firmy Siemaszko

Maria Matusiak, Grażyna Kędzierska, Mariola Cieśla, Marta Giezek,
Tomasz Kaczmarek, Maria Ilnicka – Mądry, Justyna Bolewska;
w głębi – ks. Dariusz Knapik i Piotr Kęsik

Występ Chóru SIPiP

Wystąpienie Przewodniczącej Rady Gabrieli Hofman, obok – Marzanna Stanisławska – Sekretarz Rady

Życzenia od przedstawiciela NRPiP Sebastiana Iżykowskiego…

… Marii Ilnickiej – Mądry – przedstawiciela Prezydenta Miasta Szczecin…

… Tomasza Kaczmarka z OIPiP w Poznaniu…

… Iwony Zbożil – Dyrektora Oddziału Firmy INTERPolska…

…Marioli Rokickiej – z Firmy Siemaszko

Uroczyste przecięcie wstęgi – Maria Matusiak…

…Anna Maria Król…

Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych
70-237 Szczecin, ul. Kusocińskiego 16LU1
tel. (91) 432-98-64 * fax (91) 432-98-64
www.sipip.szczecin.pl , e-mail: szkolenia@sipip.szczecin.pl

OFERTA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Lp.	Rodzaj i dziedzina kursu	Obowiązujące kwalifikacje	Przewidywane terminy rozpoczęcia kursu
	Kursy dokształcające		
1.	**„Przetaczanie krwi i jej składników” *(podstawowy)* dla pielęgniarek i położnych „Przetaczanie krwi i jej składników” *(uzupełniający)* dla pielęgniarek i położnych**	-	realizacja na bieżąco
2.	**„Wybrane elementy pielęgniarstwa diabetologicznego” dla pielęgniarek i położnych**	-	listopad 2016r.
3.	**„Pielęgnacja portów donaczyniowych i innych dojść dożylnych” dla pielęgniarek i położnych**	-	październik 2016r.
	Kursy specjalistyczne		
1.	**„Wywiad i badania fizykalne” dla pielęgniarek i położnych**	-	wrzesień, październik , listopad 2016r.
	„Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych	-	część I wrzesień , październik , listopad 2016r. część II wrzesień , październik 2016r.
2.	**„Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” dla pielęgniarek i położnych**	-	październik 2016
3.	**„Resuscytacja oddechowo- krążeniowa noworodka” dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
4.	**„Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG” dla pielęgniarek i położnych**	-	listopad 2016r.
5.	**„Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek**	-	wrzesień, grudzień 2016r.
6.	**„Szczepienia ochronne „ dla położnych**	-	wrzesień, grudzień 2016r.
7.	**„Leczenie ran” dla pielęgniarek**	-	wrzesień 2016r.
8.	**„Leczenie ran” dla położnych**	-	wrzesień 2016r.
9.	**„Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów” dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
10.	**„Dializoterapia” dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
11.	**„Wykonanie badania spirometrycznego” dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
12.	**„Kompresjoterapia” dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
13.	**„Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową” dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń

14.	**„Wykonywanie konikopunkcji. Odbarczenie odmy prężnej oraz wykonywanie dojścia do szpikowego" dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
15.	**„Wykonywanie i ocena testów skórnych" dla pielęgniarek**	-	październik 2016r.
16.	**„Edukator w cukrzycy" dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
18.	**„Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą" dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
19.	**Opieka nad dziećmi ze schorzeniami otolaryngologicznymi dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
20.	**Opieka nad pacjentem poddawanym procedurom diagnostycznym i terapeutycznym z użyciem otwartych źródeł promieniowania dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
21.	**„Terapia bólu przewlekłego u dorosłych" dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
22.	**„Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową" dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
23.	**„Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie" dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
24.	**„Podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej" dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
25.	**„Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi" dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
26.	**„Żywienie dojelitowe i pozajelitowe" dla pielęgniarek**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
27.	**„Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji „ dla położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
28.	**„Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu „ dla położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
29.	**„Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym" dla położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
30.	**„Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie „ dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
31.	**„Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI" dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
32.	**„Podstawy języka migowego" dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
33.	**„Terapia bólu ostrego u dorosłych „dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń
34.	**„Terapia bólu przewlekłego u dorosłych „dla pielęgniarek i położnych**	-	w zależności od ilości zgłoszeń

Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek			
1.	**Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki**	**RKO i EKG,**	listopad 2016r.
2.	**Pielęgniarstwo chirurgiczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
3.	**Pielęgniarstwo geriatryczne**	**Leczenie ran**	w zależności od ilości zgłoszeń.
4.	**Pielęgniarstwo internistyczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
5.	**Pielęgniarstwo kardiologiczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
6.	**Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią**	**RKO**	w zależności od ilości zgłoszeń
7.	**Pielęgniarstwo neurologiczne**	**RKO**	w zależności od ilości zgłoszeń
8.	**Pielęgniarstwo pediatryczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
9.	**Pielęgniarstwo ratunkowe**	**RKO i RKO Noworodka**	w zależności od ilości zgłoszeń
10.	**Pielęgniarstwo transplantacyjne**	**RKO i EKG + ważne przetaczanie krwi**	w zależności od ilości zgłoszeń
11.	**Pielęgniarstwo diabetologiczne**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
12.	**Pielęgniarstwo neonatologiczne**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
13.	**Pielęgniarstwo onkologiczne**	**-**	styczeń 2017r.
14.	**Pielęgniarstwo operacyjne**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
15.	**Pielęgniarstwo opieki długoterminowej**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
16.	**Pielęgniarstwo opieki paliatywnej**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
17.	**Pielęgniarstwo psychiatryczne**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
18.	**Pielęgniarstwo rodzinne**	**-**	wrzesień 2016r.
19.	**Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania**	**--**	w zależności od ilości zgłoszeń
20.	**Ochrona zdrowia pracujących**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
Kursy kwalifikacyjne dla położnych			
1.	**Pielęgniarstwo rodzinne**	**RKO i RKO Noworodka**	w zależności od ilości zgłoszeń
2.	**Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w ginekologii i położnictwie**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
3.	**Pielęgniarstwo operacyjne**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń
Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek i położnych			
1.	**Pielęgniarstwo epidemiologiczne**	**-**	w zależności od ilości zgłoszeń

Szkolenie Specjalizacje dla pielęgniarek			
1.	**Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
2.	**Pielęgniarstwo chirurgiczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
3.	**Pielęgniarstwo geriatryczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
4.	**Pielęgniarstwo opieki paliatywnej**	**RKO**	w zależności od ilości zgłoszeń
5.	**Pielęgniarstwo pediatryczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
6.	**Pielęgniarstwo psychiatryczne**	**RKO**	w zależności od ilości zgłoszeń
7.	**Pielęgniarstwo ratunkowe**	**RKO i RKO Noworodka EKG,**	w zależności od ilości zgłoszeń
8.	**Pielęgniarstwo rodzinne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
9.	**Pielęgniarstwo Internistyczne**	**RKO i EKG**	w zależności od ilości zgłoszeń
10.	**Pielęgniarstwo opieki długoterminowej**	**Leczenie ran**	w zależności od ilości zgłoszeń
11.	**Ochrona zdrowia pracujących**	**RKO**	w zależności od ilości zgłoszeń
12.	**Pielęgniarstwo onkologiczne**		w zależności od ilości zgłoszeń
13.	**Pielęgniarstwo operacyjne**		w zależności od ilości zgłoszeń
Szkolenie Specjalizacje dla położnych			
1.	**Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze**	**RKO Noworodka, Leczenie ran dla położnych**	w zależności od ilości zgłoszeń
2.	**Pielęgniarstwo rodzinne**	**RKO i RKO Noworodka**	w zależności od ilości zgłoszeń
Szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych			
1	**Pielęgniarstwo epidemiologiczne**		w zależności od ilości zgłoszeń
2.	**Pielęgniarstwo neonatologiczne**		w zależności od ilości zgłoszeń.

Uczestnik przed zakończeniem i zaliczeniem specjalizacji, musi posiadać szkolenie w zakresie badania fizykalnego, udokumentowane uwierzytelnioną kopią:

- dyplomu uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r.
  lub
- zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego *Wywiad i badanie fizykalne*
  lub
- zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego *Advanced Physical Assessment*.

TERMINY ROZPOCZĘCIA POSZCZEGÓLNYCH SZKOLEŃ SĄ DOSTĘPNE NA STRONIE INTERNETOWEJ:

www.sipip.szczecin.pl

W związku z możliwością realizacji przez SIPIP szkoleń realizowanych w ramach projektów finansowanych ze środków zewnętrznych harmonogram może ulec zmianie. Informujemy, że istnieje możliwość realizacji szkoleń „na życzenie" dla zorganizowanych grup pielęgniarek i położnych, również szkoleń wyjazdowych w innych miastach .

…Helena Gąsior…

…Gabriela Hofman

Poświęcenie otrzymanej w podarunku pamiątkowej ikony

Poświęcenie Izby

Kwiaty dla Pielęgniarki Roku 2015 Justyny Bolewskiej…

…i Małgorzaty Białkowskiej – Położnej na Medal!

Wspólne zdjęcie

Pracownicy SIPiP prawie w komplecie

Gabriela Hofman i Sebastian Iżykowski

Uroczysta Msza św. w Katedrze pw. św. Jakuba w intencji pielęgniarek i położnych

Wprowadzenie pocztów sztandarowych

W kościele…

Poczty sztandarowe

Chór SIPiP

Chór SIPiP

Ks. Dariusz Knapik prezentuje odnaleziony kielich mszalny
(SIPiP będzie jednym ze sponsorów jego renowacji)

Apelujemy o powołanie nowego zespołu, który będzie oparty o parytet poszczególnych grup zawodowych. W naszej ocenie jest to jedyny sposób na zbudowanie strategii, która będzie służyć interesowi Pacjenta. Każdy inne rozwiązanie jest dalekie od zasad szeroko pojętego dialogu społecznego.

Z wyrazami szacunku,
podpisano

Anna Czarnecka
Lider KOPiPu
Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych

Krystyna Dębkowska
Lider KOPiPu
Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych

Sebastian Irzykowski
Lider KOPiPu
Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych

Ilona Kwiatkowska-Falkowska
Lider KOPiPu
Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych

Zofia Małas
Prezes NRPiP
NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Lucyna Dargiewicz
Przewodnicząca OZZPiP
OZZ PiP

Grażyna Aksamit
Prezes Zarządu KZPL
Krajowy Związek PODMIOTÓW LECZNICZYCH

dr Grażyna Wójcik
Prezes ZG PTP
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Polish Nurses Association

Maria Łapko
Prezez KPiPR w Olsztynie
Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce
ODDZIAŁ TERENOWY W OLSZTYNIE

NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

NRPIP O PROPONOWANYCH ZMIANACH W POZ

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

W dniu 28.06.br. zebrał się Zespół ds. podstawowej opieki zdrowotnej przy NRPiP. Celem spotkania była analiza ZARZĄDZENIA Nr 50/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wypracowanie strategii - standardu opieki pielęgniarki szkolnej. Jak poinformowała dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ Beata Cholewka, podczas III posiedzenia NRPiP, które odbyło się dnia 23.06.br., z ustawy tej wyłączone zostaną pielęgniarki szkolne. Ich kompetencje i zakres działań ma regulować odrębna ustawa.

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

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **nie wyraża zgody** na:

1. zapis umożliwiający tworzenie zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej. NRPiP uważa, że zaproponowane w projekcie rozwiązania pozbawią pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej, a w konsekwencji samodzielności gospodarczej przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe;

2. wprowadzenie do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy, a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;

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

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

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2016 r.

Pan
Tomasz Tomasik
Przewodniczący
Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

W związku z przekazaniem do zaopiniowania członkom Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej projektu „Analizy funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycji strategii rozwiązań systemowych" (w wersji 1.0 z dnia 5 kwietnia 2016r.) informuję, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza odrębne zdanie do przedmiotowego projektu:

1. w liście skrutów na str. 4 brak jest wyszczególnienia skrótu „PR" i jego rozwinięcia „pielęgniarka rodzinna";
2. w tabeli nr 10 w pkt 7 proponuje się wyrazy „po uzyskaniu odpowiednich specjalizacji" zastąpić wyrazami „po uzyskaniu odpowiednich kompetencji wynikających z posiadanego wykształcenia";
3. w tabeli nr 12 w pkt 5 proponuje się wyrazy „rozważenia wprowadzenia" zastąpić wyrazem „wprowadzenia";
4. w tabeli nr 12 w pkt 10 proponuje się dodać wyrazy „pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych";
5. w tabeli nr 5 w pkt 14 proponuje się wykreślić wyrazy „po wyborze modułu podstawowego w innych specjalizacjach" w odniesieniu do pielęgniarek i położnych. Jednocześnie zwraca się uwagę na konieczność i celowość stworzenia systemu rezydentur dla pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych. Stworzenie tego systemu byłoby uzasadnione w szczególności średnim wiekiem pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych, który często uniemożliwia wręcz uzyskanie przez nie specjalizacji;
6. w tabeli nr 5 w pkt 19 proponuje się uwzględnić lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie szkoleń podnoszących kwalifikacje, uwzględniających także aspekty socjologiczne i psychologiczne. Aspekty socjologiczne i psychologiczne powinny być stałym elementem kształcenia podyplomowego wszystkich wspomnianych trzech grup zawodowych;
7. w pkt 6 „Integracja wewnątrz - i międzysektorowa" na str. 41 proponuje się dodać,że „pielęgniarka rodzinna jest koordynatorem opieki pielęgniarsko-socjalnej. Pielęgniarka prowadzi pacjenta przez system podstawowej opieki zdrowotnej w celu uzyskania konkretnego świadczenia zdrowotnego, to ona kontaktuje się w imieniu pacjenta z przedstawicielami innych zawodów medycznych czy innymi instytucjami, w niezbędnym zakresie.

Ponadto, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ponownie zwraca uwagę na to, że w projektowanym dokumencie brak jest rozdzielenia między pielęgniarką pracującą w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień a pielęgniarką udzielającą świadczeń w domu pacjenta. Rozwiązanie takie pozwoliłoby na rozdzielenie zadań i zakresów obowiązkówtych pielęgniarek, jak również w sposób realny wycenić koszty związane z ich pracą, a tym samym oszacować rzeczywiste koszty udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie, rozdzielenie zadań tych pielęgniarek pozwoliłoby na efektywne i skuteczne wykonywanie przez nie swoich obowiązków. Czas, który pielęgniarka udzielająca świadczeń w domu pacjenta mogłaby przeznaczyć na opiekę nad tym pacjentem jest ograniczany przez określone obowiązki tej pielęgniarki, które musi ona wykonać w gabinecie zabiegowym lub w punkcie szczepień. Pielęgniarka udzielająca świadczeń w domu pacjenta powinna cały swój czas przeznaczyć na udzielanie świadczeń w domu pacjenta, czyli na swoje podstawowe obowiązki, do których jest przygotowana i przeznaczona. Ograniczenie jej czasu poprzez konieczność przebywania i wykonywania określonych obowiązków w gabinecie zabiegowym lub w punkcie szczepień powoduje, że nie wykonuje ona swoich zadań, a pacjent w praktyce zmuszony jest do odwiedzania gabinetu zabiegowego lub punktu szczepień (bo tam jest pielęgniarka), chociaż większość świadczeń udzielanych temu pacjentowi w tych miejscach może być udzielana bez żadnego uszczerbku w miejscu jego zamieszkania. Oznacza to konkretne uciążliwości dla – często poważnie schorowanego pacjenta związane z koniecznością opuszczenia przez niego miejsca zamieszkania i jego transportem.

Niezależnie od powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę na przewidziane w projekcie analizy kwestie odnoszące się do tworzenia zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej (vide tabela nr 4, pkt 4; tabela nr 9, pkt 11; tabela nr 11, pkt 5). W świetle projektu analizy zespoły takie mają być podstawową formą organizacyjną udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wskazuje na to w szczególności to, że w projekcie przewidziano wsparcie finansowe dla tworzenia takich struktur, budżet powierzony, opiekę koordynowaną, czy wspólne listy do lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Zaproponowane w projekcie analizy rozwiązania pozbawią pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej, a w konsekwencji samodzielności gospodarczej przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe.

Podobnie w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, stanie się na skutek wprowadzenia do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy, a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to jest niedopuszczalne i niezgodne z przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r.

o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), w szczególności z przepisem art. 2 cyt. ustawy, zgodnie z którym zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi.

Podkreślić należy fakt, że jednocześnie ze wspomnianą propozycją wspólnych list w projekcie analizy wskazano, że „pielęgniarkom i położnym należy zagwarantować dużą niezależność zawodową, a relacje lekarz-pielęgniarka powinny opierać się na zasadzie partnerstwa, a nie tradycyjnej podległości" (str. 38), co jest niemożliwe do pogodzenia. Ponadto, pielęgniarkom i położnym należy zagwarantować pełną niezależność zawodową, czyli po prostu niezależność zawodową, a nie niezależność zawodową w jakimkolwiek stopniu stopniowalną (dużą, niedużą). W ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych – na co Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwracała już uwagę – tylko zagwarantowanie pacjentowi swobody wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej pozwoli zagwarantować niezależność zawodową pielęgniarki i położnej.

Podnieść należy także – na co Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych również zwracała już uwagę – że wprowadzenie wspólnych list będzie stanowić ograniczenie prawa pacjenta. Dokonując bowiem wyboru lekarza, dokonywać będzie automatycznie wyboru związanych z tym lekarzem pielęgniarki i położnej.

Podkreślić przy tym trzeba, że do tej pory nie zostały opracowane zasady tworzenia wspólnych list, w związku z czym w praktyce może to oznaczać brak możliwości samodzielnego kontraktowania świadczeń przez pielęgniarki i położne.

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że zintegrowane zespoły medycyny rodzinnej nie mogą być jedyną i przeważającą formą udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Proponowane rozwiązania nie mogą eliminować funkcjonujących już form i rozwiązań, w szczególności samodzielnych praktyk pielęgniarskich i położnych. Wyłącznie swoboda wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy może zapewnić właściwy poziom udzielania tych świadczeń, poprzez eliminację z rynku podmiotów niespełniających określonych prawem wymogów, czy niespełniających oczekiwań pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych pragnie również zwrócić uwagę na problem medycyny szkolnej. W projekcie analizy na str. 19 (tabela nr 6, pkt 3) wskazano, że zostanie utrzymane odrębne finansowanie medycyny szkolnej, podczas gdy na str. 39 wskazano, że środki na świadczenia w środowisku nauczania znajdą się w budżecie powierzonym lekarzowi. Projekt zatem jest wewnętrznie sprzeczny i nie wynika z niego, w jaki sposób medycyna szkolna ma być finansowana. Podkreślić w tym zakresie należy, że środowisko uczniów jest środowiskiem innym, niż środowisko pacjentów danego lekarza (nie są to środowiska tożsame). Podkreślić należy również, że w ramach medycyny szkolnej pielęgniarki wypracowały daleko posuniętą samodzielność w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te są udzielane przez pielęgniarki z olbrzymim doświadczeniem zawodowym, związanym z pracą często wśród dzieci upośledzonych lub niepełnosprawnych. Lekarze nie znają specyfiki tego środowiska, jak również specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych przedstawicielom tego środowiska. Wprowadzenie lekarza jako głównego podmiotu udzielającego świadczeń w zakresie medycyny szkolnej i finansującego te świadczenia może zburzyć dotychczas wypracowane, skuteczne i efektywne, mechanizmy. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża na to zgody.

Należy zwrócić uwagę na to, że przyjęta metoda pracy zespołu na zasadzie głosowanie określonych rozwiązań w sytuacji gdy środowisko pielęgniarek i położnych reprezentowane jest przez mniejszość, nie daje możliwości wprowadzenia preferowanych przez nasze środowisko rozwiązań.

W *imieniu NRPiP*
*Maria M*atusiak

Sytuacja w POZ

Spotkanie z Prezesem NFZ

W dniu 18 lipca 2016 r. przedstawiciele NRPiP spotkali się z p.o. Prezesa NFZ Andrzejem Jacyną. Spotkanie odbyło się na prośbę samorządu w związku z Zarządzeniem Nr 50 /2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016r w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ

W trakcie spotkania Prezes NRPiP Zofia Małas przedstawiła problemy dotyczące:

- zmniejszającej się liczby uczniów w szkołach, co będzie skutkowało pogorszeniem dostępności do świadczeń z uwagi na niższe środki na realizację zadań,
- pozyskania środków na podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień zgodnie z zawartym Porozumieniem,
- zmniejszenia z 2750 na 2500 liczby zadeklarowanych pacjentów na jedną pielęgniarkę POZ,
- zmniejszenia wskaźnika z 0,75 na 0,5 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

W takcie spotkania uzgodniono, że środki finansowe na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek POZ od 1 września 2016 r.do 31 sierpnia 2017r. dla pielęgniarek i położnych będą wypłacone zgodnie z zawartym porozumieniem z dnia 23 września 2015r.

- **Izabela Ćwiertnia** – pielęgniarka POZ, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, mgr socjologii, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

W celu wypracowania zmian systemowych w POZ, Minister Zdrowia powołał w dniu 04.01.2016r. Zespół do opracowania propozycji wstępnych założeń do ustawy o POZ. Początkowo w Zespole nie było przedstawicieli pielęgniarek zrzeszonych w Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych. Po interwencji środowiska pielęgniarskiego oprócz przedstawicieli lekarzy POZ (12 osób), w posiedzeniach Zespołu uczestniczą też przedstawiciele Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce (2 osoby) oraz przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (1 osoba), Konsultant Krajowy ds. pielęgniarstwa rodzinnego (1osoba). Przedstawiciele lekarzy POZ przedstawiają propozycje, które zmierzają do wykluczenia samodzielnego pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego z POZ. Dążą usilnie do wyeliminowania pielęgniarskich i położniczych podmiotów wykonujących samodzielnie działalność leczniczą, aby przejąć funkcjonalnie i formalnie te podmioty. Pielęgniarki rodzinne podlegając lekarzom POZ, mają równocześnie łączyć różne funkcje pielęgniarki POZ. Z uwagi na to, iż w Zespole głosowanie zapada zwykłą większością głosów, pielęgniarki rodzinne są pewne, że takie niekorzystne zmiany mogą zostać przegłosowane na niekorzyść pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych. Prace nad zmianami w POZ powinny uwzględniać przede wszystkim polepszenie świadczeń i opieki nad pacjentem. Kierunek prac Zespołu zmierza do pogorszenia i ograniczenia opieki nad pacjentem w miejscu zamieszkania oraz budzi niepokój o istnienie podmiotów pielęgniarskich/położniczych.

W odpowiedzi na zapowiadane zmiany podstawowej opiece zdrowotnej, dnia 11 kwietnia 2016r. w siedzibie Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie z parlamentarzystami z woj. małopolskiego. W spotkaniu udział wzięły pielęgniarki i położne oraz parlamentarzyści: Agnieszka Ścigaj, Lidia Gadek, Józefa Szczurek – Żelazko. Tematem spotkania było przedstawienie osobom decyzyjnym problemów wynikających z proponowanych rozwiązań. Aby lepiej zrozumieć teraźniejszość, należy znać historię, dlatego od jej prezentacji rozpoczęto wyjaśnianie obecnym bieżącego problemu.

Pielęgniarstwo domowe, później środowiskowe, rodzinne powstało w mieście Krakowie, staraniem największych naszych autorytetów m. in. nestorki pielęgniarstwa Czcigodnej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej. Nie tylko wprowadziła pielęgniarstwo domowe, ale w krótkim czasie rozwinęła je na wysoki poziom. Jego znaczenie i potrzeby rozumiała bardzo głęboko twierdząc: „Pielęgniarstwo domowe odciąża poczekalnie, gabinety zabiegowe i gabinety lekarskie, zmniejszając napływ pacjentów poważnie chorych. Nade wszystko udostępnia szpital dla tych, którzy koniecznie wymagają hospitalizacji. Trzeba też wziąć pod uwagę względy ekonomiczne. Chory w domu mniej kosztuje, niż w szpitalu". W roku 1960 Hanna Chrzanowska publikuje w PZWL podręcznik „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej" i już wtedy definiuje samodzielność zawodu pielęgniarskiego: „Samodzielność, decydująca o odrębności zawodu pielęgniarki polega na pełnieniu prac nie wchodzących w zakres prac lekarza. Pielęgniarstwo otwarte ma ich jeszcze więcej, niż zamknięte. Należy do nich pielęgnowanie obłożnie chorych w trudnych warunkach domowych, oświata sanitarna i praca społeczna, a wszystko to oparte o metody opracowane przez pielęgniarki".

Kolejne lata prawnie sankcjonowały funkcjonowanie pielęgniarki środowiskowej – instrukcja z 1966r. i instrukcja z 1985r. o pielęgniarstwie rodzinnym. Duże zasługi w tworzeniu samodzielnego pielęgniarstwa rodzinnego miała śp. Pani Senator RP Janina Fetlińska, pierwsza Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Polski.

W roku 1999 jako pierwsze w kraju zostały zwolnione bez odpraw pielęgniarki rodzinne z państwowych SPZOZ-ów i zmuszone do założenia własnych praktyk, świadczących usługi pielęgniarskie w domu pacjenta i w szkołach. Za pobrane kredyty, pieniądze swoich rodzin tworzyły dla siebie i koleżanek miejsca pracy. Rejestrowały na bazie działalności gospodarczej podmioty lecznicze. Pierwsze kontrakty zawierane były z Wojewodą, następne z Kasą Chorych. Ilość nowo tworzących się praktyk grupowych pielęgniarek i położnych z roku na rok zwiększała się.

Z danych z Kasy Chorych, własnych badań wnioskuję o dużych zależnościach pomiędzy formami zatrudnienia pielęgniarek a ilością zabiegów, procedur wykonywanych przez pielęgniarki na rzecz podopiecznych. W praktyce pielęgniarki na bezpośrednim kontrakcie 80% czasu poświęcają na pracę w domu chorego, a 20% na pracę w gabinecie pielęgniarki rodzinnej. Odwrotny schemat podziału czasu pracy obserwuje się przy zatrudnieniu pielęgniarek rodzinnych przez pracodawcę – lekarza. Większość czasu pracy, ok. 80% pielęgniarki przeznaczają na pracę w gabinecie zabiegowym lub rejestracji. Tylko w sporadycznych wypadkach udają się do domu chorego. Także pod względem ilości i różnorodności wykonywanych zabiegów, procedur pielęgnacyjnych, leczniczych, profilaktycznych, diagnostycznych, pielęgniarki zatrudnione o 90% mniej tych świadczeń wykonują w domu chorego, niż pielęgniarki rodzinne samo zatrudniające się. Aby utrzymać samodzielność, pielęgniarki stale podnosiły kwalifikacje poprzez studia podyplomowe, specjalizacje i kursy kwalifikacyjne. Pielęgniarka/położna rodzinna, szkolna to osoba, która zawsze opiekowała się chorym i jego najbliższymi w domu i w środowisku szkolnym. W ramach samodzielności zawodowej planuje proces pielęgnowania, samodzielnie go realizuje, wypowiada się jako ekspert i fachowiec. Pacjent w domu, uczeń w szkole jest traktowany indywidualnie. Rodziny są spokojne, ponieważ wiedzą, że zawsze mogą liczyć na pomoc ze strony pielęgniarki, która natychmiast reaguje na potrzeby swoich podopiecznych.

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dn. 15 lipca 2011r., art. 2 zawiera zapis, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi.

Wykonywanie zawodu pielęgniarskiego polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności: Art. 4 – rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjentów

- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjentów
- planowanie i sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych

- realizacji zleceń lekarskich
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

Holistyczna opieka pielęgniarki obejmuje człowieka zdrowego, chorego, niepełnosprawnego, od 3 miesiąca życia aż do naturalnej śmierci.

Do 3 miesiąca życia dla dzieci obojga płci opiekę holistyczną sprawuje położna rodzinna.

Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do rozpoznania stanu bio-psycho-społecznego jednostki, wydolności opiekuńczo – pielęgnacyjnej rodziny, ustalenia diagnozy pielęgniarskiej określającej stan aktualny, zaplanowania procesu pielęgnowania wraz z pacjentem i rodziną z wykorzystaniem potencjału społeczności lokalnej.

Realizuje zadania na rzecz jednostki i rodziny w oparciu o teorię D. Orem.

Pielęgniarka rodzinna pielęgnuje i pomaga swoją wiedzą i umiejętnościami, a także osobistym kontaktem i relacją, jaka tworzy z pacjentem – rodziną.

Inny model, daleki od tych sprawdzonych i rekomendowanych przez Zapisy Deklaracji Monachijskiej – „Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia" z 17 czerwca 2000r. mówiący o wzmacnianiu pozycji pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych, reprezentowany jest w podręczniku dla studentów medycyny pod redakcją Latkowski B., Lukas W., Medycyna Rodzinna PZWL, 2006, Warszawa. W rozdziale IV autorstwa M. Godycki – Ćwirko, K. Kosiek pt. Organizacja praktyki lekarza rodzinnego i zarządzanie nią, przedstawiono zakres obowiązków asystentki medycznej w praktyce lekarza rodzinnego, którą ma być pielęgniarka rodzinna. Do jej licznych zadań należą także te związane z prowadzeniem praktyki lekarzowi np. : „Ścisła współpraca z lekarzami i odpowiedzialność wobec nich w zakresie spraw medyczno – pielęgniarskich" (brak podległości służbowej pielęgniarka – pielęgniarce)., „Współpraca z menadżerem, informatykiem,. Samodzielna praca w ramach uzgodnionych wcześniej z pracodawcą kompetencji" (lekceważenie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej i zapisanych w niej kompetencjach).

Tworzenie Medycyny Rodzinnej opartej na zespołach pielęgniarki i lekarza połączonych co najmniej więzami funkcjonalnymi, a także strukturalnymi, będzie powodowało ograniczenie pielęgniarstwa rodzinnego, a nie jego rozwój. Pielęgniarka wielofunkcyjna, łącząca wiele zadań, fizycznie nie będzie w stanie realizować planu pielęgnowania i być dyspozycyjna dla pacjentów obłożnie i przewlekle chorych, których w starzejącym się społeczeństwie będzie coraz więcej. Opieka nad pacjentem w miejscu zamieszkania jest najlepszą dla niego i najtańszą dla płatnika formą świadczeń.

Propozycja wspólnego kontraktowania wszystkich zakresów świadczeń przez jednego świadczeniodawcę – lekarza i jedna wspólna deklaracja wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z Kartą Praw pacjenta. Wspólna deklaracją już była i się nie sprawdziła, wprowadziła tylko zamęt i niezdrową konkurencję.

Najważniejsze jest wolne prawo wyboru przez pacjenta – pielęgniarki, położnej i lekarza poz. Proponowane zmiany całkowicie ograniczą to prawo, a także zniszczą podmioty pielęgniarek/położnych rodzinnych. Prowadzona forma działalności pielęgniarek jest sprawdzona na rynku świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki przez 17 lat udzielania świadczeń udowodniły, że potrafią samodzielnie kontraktować świadczenia, zarządzać podmiotami leczniczymi, udzielać świadczeń we współpracy z lekarzami rodzinnymi, specjalistami, fizjoterapeutami, pracownikami socjalnymi, opiekunkami osób chorych i niepełnosprawnych, dyrektorami szkół, nauczycielami i rodzinami. Prace nad zmianami w POZ powinny uwzględniać przede wszystkim polepszenie świadczeń i opieki nad pacjentem.

Doświadczenia wskazują, że odrębne kontraktowanie świadczeń medycznych określonej grupy zawodowej wchodzącej w skład zespołu interdyscyplinarnego zwiększa samodzielność poszczególnych świadczeniodawców, co przynosi wymierne korzyści dla pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych, których największą ilość mamy po 70 roku życia.

Mamy mocne korzenie, prosimy tylko, aby ich nie podcinać.

(materiał zamieszczony za zgodą Autorki)

Finansowanie opieki długoterminowej

NIPiP-NRPiP-DM.0025.127.2016

Warszawa, dnia18 lipca2016r.

Pan
Andrzej Jacyna
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o podjęcie działań w celu wyjaśnienia zmiany zapisu oraz przywrócenia proponowanego w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w Załączniku nr 1 w kolumnie nr 7 - wskaźnika 0,75, który powinien obowiązywać od dnia 1stycznia 2017roku.

W czerwcu opiniowany był projekt zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej z 13.06.2016r.

W załączniku Nr 1 - katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych,w wierszu nr 7 dotyczącym świadczeń udzielanych pod tym samym adresem, w Kolumnie nr 7 — taryfa jest zapis 0,75. Przywołaną podstawą tych danych jest Obwieszczenie Prezesa AOTMiT z dnia 17 grudnia 2015 roku w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielę-

gnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W arkuszu ocena skutków finansowych w punkcie 5 zapisano, że prognozowany przez AOTMiT skutek finansowy w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej wskazuje na średni wzrost finansowania w zględem dotychczasowych wydatków NFZ na wartość ok. 95 500 000 zł.

W zarządzeniu Prezesa NFZ w uzasadnieniu do zarządzenia pozostawiono treści takie, jak w projekcie. Natomiast w załączniku Nr 1 w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych w wierszu nr 7 dotyczącym udzielanych świadczeń pod tym samym adresem zamieszkania, w kolumnie nr 7 wskazano taryfę - 0,5. Oznacza to, że uwzględniono dane z załącznika do Obwieszczenia Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 roku, a nie tego w skazanego w projekcie z dnia 17 grudnia 2015 roku, gdzie wskaźnik był wyższy i wynosił 0,75.

Wobec przyjętego przez NFZ rozwiązania wskaźnik nadal pozostaje na poziomie obowiązującym aktualnie. Pod tabelą w załączniku nr I znajduje się informacja,że „zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy taryfa obowiązuje od 1 stycznia 2017 r.”- jest to nielogiczne. Pragnę zwrócić uwagę na fakt, że Obwieszczenie Prezesa AOTMiT oraz zarządzenie Prezesa NFZ wydane są tego samego dnia, czyli 29 czerwca 2016 roku, czy wobec tego należy uważać, że dane te były uzgodnione telefonicznie. Innego chyba wytłumaczenia nie może być, bo proces przygotowania założeń oraz dokumentu potrzebuje określonego czasu. Ponad to zmiana tak ważnego dokumentu, który stanowi o finansowaniu świadczenia w wersji ostatecznej jest nieuczciwa, gdyż opiniowaliśmy projekt w oparciu o inn epodstawy finansowe.

W związku z powyższym, jeszcze raz proszę o podjęcie pilnych działań w celu wyjaśnienia powyższej kwestii i przywrócenia proponowanego w projekcie wskaźnika 0,75 od dnia 1 stycznia 2017roku.

Z wyrazami szacunku
Zofia Małas
Prezes NRPiP

Odpowiedź Narodowego Funduszu Zdrowia

Warszawa, dnia 21.07.2016r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo z dnia18 lipca 2016 r.znak:NIPiP-NRPiP-DM.0025.127.2016 w sprawie taryfy w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, określonej w przepisach Zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r., proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

Jak słusznie Pani zauważyła, w projekcie zarządzenia w sprawie określenia warunków zawieraniai realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, które zostało udostępnione do konsultacji społecznych na stronie internetowej Funduszu w dniu13 czerwca 2016r., w zakresie świadczenia: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, faktycznie określona została taryfa jako 0,75 punktu z odnośnikiem, że taryfę uwzględniono na podstawie Obwieszczenia Presa AOTMiT z dnia 17 grudnia 2015 r.

Natomiast w Zarządzeniu Nr 60/DSOZ/2016 Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w zakresie świadczenia: pielęgniarska opieka długo terminowa domowa, dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, określona została taryfa jako 0,5 punktu z odnośnikiem, że taryfę uwzględniono na podstawie Obwieszczenia Presa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. Mając powyższe na względzie uprzejmie informuję, że nie jest możliwe uwzględnienie w przepisach ww. zarządzenia, taryfy obwieszczonej przez AOTMiT w grudniu 2015 r.

Dodatkowo informuję, że koszt świadczenia bazowego oszacowany przez AOTMiT, który zawarty jest w Obwieszczeniu z dnia 29 czerwca 2016 r. jest wyższy niż oszacowany w 2015 r. Tak więc cena za osobodzień zaświadczenia realizowane w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów zamieszkałych pod jednym adresem oraz dla zamieszkałych pod różnymi adresami, jest wyższa, niż ma to miejsce obecnie.

Z poważaniem
Leszek Szalak
Z-ca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia

l.dz. 1035/06/16/ _____ Warszawa, 15 czerwca 2016 r.

III OGÓLNOPOLSKIE FORUM KIEROWNIKÓW MEDYCZNYCH LABORATORIÓW DIAGNOSTYCZNYCH

LIST OTWARTY

do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Posłów i Senatorów RP

Kierujemy do Państwa ten list jako protest wobec braku troski przez sprawujących władzę o bezpieczeństwo medycznej diagnostyki laboratoryjnej w Polsce. W obecnie uchwalanym projekcie ustawy nowelizującej ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* nie został uwzględniony wniosek Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych wprowadzający do przepisów zmiany zapewniające obecność **medycznego laboratorium diagnostyczne jako obligatoryjnej** jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne. Głoszony przez rząd program „stop prywatyzacji w służbie zdrowia" pominął medyczne laboratoria diagnostyczne przez co stał się fikcją. Obecnie polska diagnostyka laboratoryjna przejmowana jest przez komercyjne laboratoria z kapitałem zagranicznym i traktowana jako usługa niemedyczna, tak jak pralnia, kuchnia czy sprzątanie.

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych (KRDL) zgłaszała wniosek o wprowadzenie przedmiotowej zmiany w trakcie toczących się aktualnie prac nad projektem ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych nowelizacji ustawy. Na etapie konsultacji publicznych Ministerstwo Zdrowia nie wprowadziło postulowanych zmian do projektu. Natomiast o fakcie, przedłożenia przedmiotowego projektu pod obrady Sejmowej Komisji Zdrowia, jak i Senackiej Komisji Zdrowia, samorząd diagnostów laboratoryjnych nie został poinformowany.

Mając na względzie cel nowelizacji ustawy o działalności leczniczej jakim jest wstrzymanie „prywatyzacji szpitali", pozostawienie czynności diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej dla szpitali w gestii podmiotów zewnętrznych stanowi wyraźną niekonsekwencję ustawodawcy.

Nie sposób bowiem zrozumieć z jakich powodów wprowadza się „zakaz" prywatyzacji szpitali, umożliwiając jednocześnie wyłączanie jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego (szpitala) jakim jest medyczne laboratorium diagnostyczne ze struktury podmiotu leczniczego i oddawanie tego laboratorium firmom zewnętrznym. Nie sposób odnaleźć uzasadnienia dla odmiennego traktowania medycznego laboratorium diagnostycznego od innych jednostek podmiotu leczniczego, przy uwzględnieniu takich samych przesłanek ekonomicznych oraz aksjologicznych, związanych z zapewnieniem świadczeń medycznych na możliwie najwyższym poziomie.

Brak przepisów prawnych obligujących podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne do posiadania w swojej strukturze medycznych **laboratoriów diagnostycznych prowadzi do likwidacji polskich laboratoriów i przekazywania usług diagnostyki laboratoryjnej firmom zewnętrznym, pozostającym bez rzeczywistego nadzoru publicznego.**

Brak wyceny badania laboratoryjnego powoduje, że kierownictwo szpitala postrzega medyczne laboratorium diagnostyczne jedynie po stronie kosztów, a nie jako zysk dla szpitala i pacjentów.

Posiadanie przez szpital medycznego laboratorium diagnostycznego będzie stanowiło gwarancję, że badania diagnostyczne wykonywane w ramach kontraktu szpitala z NFZ będą wykonywane w odpowiednim czasie oraz w najwyższej jakości, a także zapewniona będzie **współpraca diagnosty laboratoryjnego z lekarzami szpitala** w diagnostyce i terapii pacjenta. Współczesna diagnostyka laboratoryjna ze względu na swoją złożoność wymaga prowadzenia coraz ściślejszej współpracy lekarza z diagnostą laboratoryjnym w doborze i interpretacji wyników badań. **Badanie laboratoryjne jest integralną częścią świadczenia medycznego realizowanego w ramach opieki szpitalnej.**

Pragnę podkreślić, iż wg. danych światowych 70% decyzji lekarskich opartych jest na wynikach badań laboratoryjnych a koszty utrzymania laboratoriów szpitalnych w Polsce oscylują pomiędzy **3 do 5%** budżetu szpitala, z czego wynika, iż jakość badania laboratoryjnego wpływa na właściwe dysponowanie całymi kosztami leczenia.

Postulowane rozwiązania są powszechnie stosowane w innych państwach Unii Europejskiej.

Medyczne laboratorium diagnostyczne nie jest tylko miejscem „produkcji" wyników badań, ale działa w całym procesie opieki medycznej nad pacjentem. Współpraca diagnosty laboratoryjnego (posiadającego wykształcenie medyczne) z lekarzem zachodzi w procesie doboru badań oraz interpretacji ich wyników w diagnostyce i terapii pacjenta. Ponadto medyczne laboratorium diagnostyczne i zatrudnieni w nim diagności uczestniczą w programach zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, a także w szpitalnej polityce antybiotykowej.

Wskazując na powyższe okoliczności apelujemy do Państwa o uwzględnienie postulatów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych i wprowadzenie zmian w ustawie o działalności leczniczej.

Dr n.med Elżbieta Puacz

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Zasady sprawowania opieki pielęgniarskiej nad chorym

Wystąpienie na konferencji „Wyzwania pielęgniarstwa rodzinnego XXI wieku – moduł II", która odbyła się w dniu 29 czerwca 2016r. w Mierzynie

ZASADY SPRAWOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD CHORYM W STARSZYM WIEKU Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

„Serce jest bogactwem, którego się nie sprzedaje ani się nie kupuje, ale które się ofiarowuje".
Gustaw Flaubert

Wraz ze zmianami demograficznymi, których efektem jest dynamiczny wzrost populacji osób starszych coraz więcej uwagi poświęca się tej grupie wiekowej.

Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad osobami w starszym wieku ze względu na wystąpienie złożonych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych i społeczno-psychologicznych jest wyzwaniem dla pielęgniarek. Opieka ta wymaga od personelu pielęgniarskiego znajomości procesu starzenia, zagadnień z zakresu pedagogiki i psychologii. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym jest priorytetowym działaniem zapobiegającym zjawisku instytucjonalizacji lub przedwczesnej instytucjonalizacji ludzi starszych.

Holistyczna opieka (z gr. holos - całość) nad pacjentem geriatrycznym ukierunkowana jest nie tylko na aspekty kliniczne (wystąpienie niepożądanych objawów), ale również na aspekty socjalne i psychologiczne. Głównym celem opieki nad osobą starszą jest podejmowanie działań w kierunku utrzymania niezależności w każdym wymiarze życia. Holistyczne spojrzenie na potrzeby pacjenta obejmuje opiekę lekarską, także lekarza psychiatry i geriatry, pomoc psychosocjalną, działania rehabilitacyjne, aspekty edukacyjne i edukację rodziny. Opiekunowie, członkowie rodziny powinni posiadać wiedzę w zakresie rozumienia zaburzeń psychicznych, zapobiegania ich nawrotom, poznania zasad opieki nad osobą starszą oraz pomoc w przypadku

pogorszającego się zdrowia i związanej z tym niesprawności psychicznej.

Podstawową zasadą opieki nad chorym w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi jest zdobycie zaufania. Kontakt ze starszym pacjentem należy podejmować ze świadomością, że starszy człowiek jest szczególnie wrażliwy na oznaki zainteresowania, uznania i szacunku. Pielęgniarka musi rozumieć, że

uchybienia chory będzie odbierać nadzwyczaj boleśnie niekiedy z irytacją, utratą zaufania, zamknięciem się w sobie. Niezmiernie ważne i istotne jest poszanowanie bogatego doświadczenia życiowego i zawodowego pacjenta, wykazanie zainteresowania osiągnięciami chorego, cierpliwe wysłuchanie skarg i dolegliwości.

Nie należy przejawiać zniecierpliwienia, nerwowości, pośpiechu, zawsze zaoferować gotowość do udzielania pomocy, wykazać życzliwość i bezinteresowność.

W celu łagodzenia niepokoju należy wykorzystać dotyk terapeutyczny. Specyfika opieki nad pacjentem z zaburzeniami w sferze psychicznej, zwłaszcza o charakterze otępiennym i majaczeniowym wymaga zapewnienia i przypominania o obecności pielęgniarki w dzień i w nocy, uspakajania, tworzenia atmosfery bezpieczeństwa. Wskazane jest uprzedzenie o zaplanowanych zabiegach, również tuż przed ich realizacją, wyjaśnianie wątpliwości, edukowanie. Należy również korygować błędną orientację w czasie i przestrzeni oraz zachować stały rozkład dnia.

Osoby leżące należy pielęgnować zgodnie z zasadami profilaktyki przeciwodleżynowej i odparzeń, przeciwdziałać zakażeniom i odwodnieniu.

W zaawansowanym stadium otępienia pielęgniarka powinna stosować elementy terapii walidacyjnej - podstawowe założenie to uważne słuchanie wypowiedzi chorego i wskazywanie mu, które z nich są sensowne i znaczące.

Mechanizmy, które wyzwalają zaburzenia psychiczne u osób starszych dzielą się na organiczne, psychologiczne, środowiskowe i egzogenne. Mechanizmy organiczne odnoszą się do uszkodzeń mózgu, zaburzeń neuroprzekaźnictwa, chorób różnych narządów, które powodują zaburzenia świadomości lub ból.

Mechanizmy psychologiczne polegają na uświadomieniu przez chorego upośledzenia. Dotyczą również zaburzeń zdolności komunikowania i manifestacji zaburzeń psychotycznych (omamy i urojenia).

Mechanizmy środowiskowe i egzogenne są to: otoczenie, niezidentyfikowany hałas, niewłaściwe postępowanie opiekunów, działanie uboczne leków, infekcje.Rodzaj postępowania zawsze zależy od rodzaju zaburzeń zachowania – przykłady:

Wędrowanie

Pamiętaj! Dostosuj otoczenie do chorego, a nie chorego do otoczenia. Wskazane jest stworzenie otoczenia bezpiecznego.

Błędne rozpoznawanie osób (osoby realne + objaw telewizora i lustra)

Zaburzenia jedzenia, które mogą być efektem zapominania, niemożności rozpoznawania pokarmów (agnozja), utraty umiejętności używania sztućców (apraksja), zaburzeń w połykaniu lub zmiany smaku.

Zaburzenia rytmu dobowego – wskazane jest wykształcenie prawidłowych nawyków mających na celu podtrzymywanie aktywności w ciągu dnia i ułatwienie zasypiania w godzinach nocnych.

Stany obniżonego nastroju

Personel pielęgniarski w pełni rozumie, że depresja to nie chandra, czy objaw słabości woli lub charakteru.

Nie należy obiecywać i zapewniać o szybkim wyzdrowieniu.

Uświadamiać choremu o znaczeniu farmakoterapii.

Wspieranie chorego przez towarzyszenie mu w cierpieniu.

Poważne traktowanie wypowiedzi chorego wskazujących na tendencje samobójcze.

Aktywizowanie chorego do działań, które wcześniej sprawiły mu przyjemności.

Dostrzeganie postępów, chwalenie w atmosferze zaufania i ludzkiej życzliwości.

Wypowiadanie przez pacjenta treści urojeniowej trzeba potraktować spokojnie, nie zaprzeczać, nie udowadniać ich nierealności, przedstawić swój własny punkt widzenia w danej kwestii.

Okazanie zrozumienia wobec urojeń - postawa akceptacji, umiejętność zachowania spokoju i nieodpowiadania agresją na złośliwości pacjenta

Zachowanie pielęgniarki powinno być autentyczne i neutralne.

Na zakończenie podziękowanie dla personelu pielęgniarskiego od pacjentów w wieku podeszłym.

„Błogosławieni niech będą, którzy się do mnie uśmiechają i ze mną w pogawędkę się wdają. Błogosławieni niech będą, którzy zauważają moje dolegliwości i próbują moje cierpienia pomniejszyć" (Phil Bosmans) .

mgr Janina Sztama – Kierownik Oddziału Opiekunczo – Leczniczego SPS ZOZ „Zdroje", członek Komisji ds. nadzoru nad IPPP

Dnia 13.06.2016 r. po raz pierwszy w nowej siedzibie SIPIP odbyły się III Warsztaty Diabetologiczne pn.„**Pacjentka z cukrzycą w ciąży – doświadczenia specjalisty"** zorganizowane dla pielęgniarek i położnych przez Komisję ds. pielęgniarstwa diabetologicznego.Po rejestracji uczestników i powitaniu odbyła się prezentacja multimedialna przeprowadzona przez naszego Gościa - mgr Dorotę Herman, specjalistę pielęgniarstwa diabetologicznego, pracownika Kliniki Diabetologii.

Tematem prezentacji P. Doroty była „Opieka pielęgniarska nad pacjentką z cukrzycą w ciąży". Zainteresowanie przedstawioną tematyką podczas warsztatów było duże, o czym świadczyła ilość osób na wypełnionej sali. Po wykładzie wywiązała się dyskusja na temat zadań pielęgniarki i położnej w opiece nad pacjentką z cukrzycą w ciąży, pomiędzy personelem pracującym na oddziale i w poradni. Panie i Pan (zaszczycił nas obecnością jeden pan) poruszyli również kwestię Skoordynowanej opieki nad kobieta ciężarną , której głównym celem jest kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu i połogu.

P**o raz pierwszy w historii warsztatów gościem była pacjentka, Pani Urszula – mama czwórki dzieci chorująca na cukrzycę typu I**, która w bardzo ciekawy i osobisty sposób opowiedziała historię swoich ciąż i porodów. Odpowiadała również na pytania uczestników warsztatów. Miłe by to, iż wśród uczestników warsztatów Pani Ula rozpoznała Panie Położne, które opiekowały się nią i dziećmi.

III Warsztaty diabetologiczne były bardzo ciekawe i dobrze ocenione przez uczestników. Poruszały ważne tematy dotyczące pacjentek z cukrzycą uważaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za Pandemię XXI wieku.

Komisja ds. pielęgniarstwa diabetologicznego

KONDOLENCJE

„Czas przeznaczony każdemu…
Przemierzamy nasze życie, minuty,
godziny, dni, miesiące, lata,
aż wydamy ostatnie tchnienie.
Zatopieni we łzach".
W. Wharton

Z żalem i smutkiem zawiadamiamy, iż odeszła z naszego grona nasza Koleżanka Pielęgniarka śp. **Lucyna Berlińska**.
Na zawsze pozostanie w naszych sercach i pamięci…

Pielęgniarka Naczelna mgr Katarzyna Grabowiecka wraz z zespołem pielęgniarek ze 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ

„Za wcześnie, nie w porę, nie po naszej myśli,
to życie pisze scenariusz, jakiego nie chcemy.
I choć to, co za nami może się przyśnić,
to pewnych zdarzeń nic już nie zmieni…"
H.G.

Szczere wyrazy współczucia Koleżance **Elżbiecie Żaczek** z powodu śmierci Ojca składają koleżanki pielęgniarki i koledzy z NZOZ PMR przy ul. Kadłubka w Szczecinie

„Są chwile, by działać, i takie, kiedy należy pogodzić się z tym, co przynosi los"
Paulo Coelho

Drogiej Koleżance **Barbarze Kaczor** wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Mamy składają
Kierownik ds. pielęgniarstwa i organizacji opieki
mgr Alicja Skwarczyńska wraz z koleżankami z oddziału ewnętrznego Szpitalnego Centrum Medycznego Sp. z o.o. w Goleniowie.

Posiedzenie NRPiP

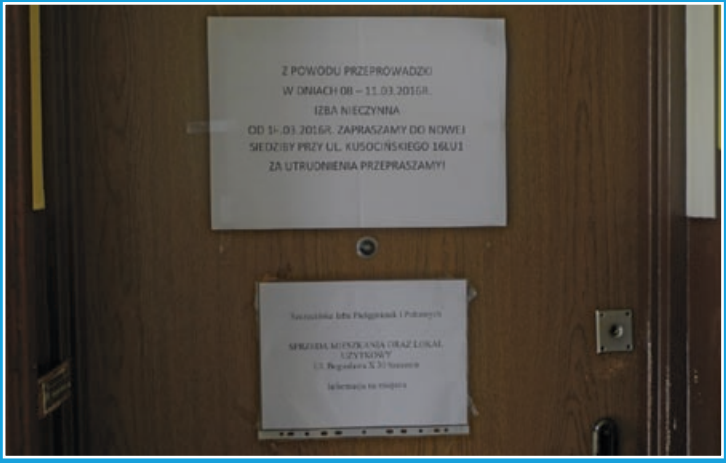
Posiedzenie NRPiP

„Pośpiewaj mi mamo, pośpiewaj mi tato…" – warsztaty w Izbie

dr Agata Czekalińska – prezentacja strony muzycznej przedsięwzięcia…

G. Hofman i K. Strzelecka na spotkaniu w Sejmie
(na zaproszenie ugrupowania politycznego Kukiz-15)

dr Dorota Ćwiek - … strona merytoryczna

Pożegnanie Pań odchodzących na emeryturę

Przeprowadzka do nowej Izby...