NR 1 (112)

ISSN 1426-9558
Styczeń 2014

DWUMIESIĘCZNIK SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

WIADOMOŚCI W CZEPKU

Pierwiosnek

Jeszcze w polu tyle śniegu,
jeszcze strumyk lodem ścięty,
a pierwiosnek już na brzegu
wyrósł śliczny, uśmiechnięty.

Witaj, witaj, kwiatku biały,
główkę jasną zwróć do słonka,
już bociany przyleciały,
w niebie słychać śpiew skowronka.

Stare wierzby nachyliły
miękkie bazie ponad kwiatkiem:
„Gdzie jest wiosna! Powiedz miły,
czyś nie widział jej przypadkiem!”

Lecz on widać milczeć wolał.
O czym myślał – któż to zgadnie?
Spojrzał w niebo, spojrzał w pola,
szepnął cicho: „jak tu ładnie...”

Władysław Broniewski

Szanowni Państwo!

Oddajemy w Państwa ręce pierwszy w tym roku biuletyn. Prezentujemy w nim treści, które naszym zdaniem są istotne dla środowiska. Od pewnego czasu każdy biuletyn zawiera wkładki z obowiązującymi na dzień wydania aktami prawnymi. W tym obszarze jest duża aktywność, dlatego oceniliśmy, że ta forma ułatwi pozyskiwanie aktualnej wiedzy w obszarze legislacji. Taką wkładkę możemy wyjąć i umieścić w miejscu, które umożliwi korzystanie z niej w razie potrzeby. W bieżącym roku było podejmowanych przez samorząd wiele inicjatyw związanych z tym, co się dzieje w pielęgniarstwie oraz w organizacji opieki medycznej szeroko pojętej, a mających wpływ na naszą pozycję zawodową i działalność zawodową. Wiele działań zostało rozpoczętych i nie zakończonych; będą one kontynuowane. Dotyczy to między innymi norm zatrudnienia, kwestii kontraktowania świadczeń przez NFZ. W mojej ocenie bardzo istotne jest to, że w minionym roku Prezes NFZ wstrzymał wprowadzenie drastycznych zmian w zasadach finansowania świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania ubezpieczonego. Zaproponowane zmiany były nie do zaakceptowania przez nasze środowisko i dzięki działaniom samorządu oraz wsparciu Ministerstwa Zdrowia nie zostały one wprowadzone w roku 2014. Ustalono, że zostanie powołany zespół roboczy do przygotowania zasad rozliczania i finansowania tych świadczeń, który będzie składał się z przedstawicieli płatnika, świadczeniodawców oraz samorządu pielęgniarek i położnych. Jednak pomimo upływu czasu do dnia dzisiejszego nie powołano tego zespołu, co rodzi obawy, że będzie znów zbyt mało czasu, aby uzyskać porozumienie w istotnych kwestiach. Jednak jako samorząd nie ustajemy w działaniach, by wcześniejsze ustalenia zostały zrealizowane.

Dla mnie osobiście bardzo trudną sprawą kończącą miniony rok była likwidacja w jednym z naszych szpitali oddziału ginekologiczno-położniczo-neonatologicznego. Wiązało się to z utratą pracy dla wielu koleżanek położnych, które w zawodzie przepracowały wiele lat. Osobiście zaangażowałam się w szukanie miejsc pracy dla nich, działania takie czyniła również dyrekcja szpitala. Jednak rynek nasz jest nasycony i tylko niewielu osobom można było pomóc. Izba nasza zaproponowała także koleżankom wsparcie psychologiczne, z którego niestety niewiele skorzystało. W takich sytuacjach musimy chcieć sami sobie pomóc, bo inni z zewnątrz mogą nas tylko wspierać.

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy! W naszym środowisku mamy grupę zapaleńców, którym chce się chcieć, którzy poświęcają wiele własnej energii działając na rzecz nas wszystkich. Mam nadzieję, że także w tym roku będą to czynić i niektóre sprawy sfinalizują się z korzyścią dla nas.

Przewodnicząca Rady
Maria Matusiak

MEDEOR

PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY
PIELĘGNIARKI I PIELĘGNIARZY

Oferujemy:

- atrakcyjne warunki pracy
- rodzaj zatrudnienia do uzgodnienia
- przyjazne środowisko pracy
- niekonwencjonalne formy szkoleń
- pomoc w podnoszeniu kwalifikacji

Warunki:

- aktualne prawo wykonywania zawodu
- rozpoczęty lub ukończony kurs kwalifikacyjny bądź specjalizacja z dziedziny opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa: geriatrycznego, paliatywnego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego lub zachowawczego
- doświadczenie w pracy

MEDEOR Sp. z o.o. (wcześniej Pielęgniarski NZOZ MEDEOR) jest firmą specjalizującą się w pielęgniarskiej opiece długoterminowej. Świadczymy wysokiej jakości usługi potwierdzone certyfikatem ISO 9001:2008.

Poszukujemy pielęgniarek i pielęgniarzy chętnych do współpracy w powiatach: **szczecińskim, gryfińskim, stargardzkim, goleniowskim, pyrzyckim, myśliborskim, choszczeńskim, policki;**

Zachęcamy do składania CV i wszelkich dokumentów na adres e-mail: **rekrutacja@medeor.com.pl** lub **fax. 91 852 45 22.**
Wiecej informacji pod **tel. 91 852 45-23.**

www.medeor.com.pl

W CV prosimy o dopisanie następującej klauzuli: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)."

Spis treści

Kalendarium ... 2

Chronologia prac NRPiP nad projektem Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej ... 3

Apel do środowiska pielęgniarskiego ... 4

Uwagi do nowego zarządzenia Prezesa NFZ ... 5

Informacja dla absolwentek liceów medycznych w aspekcie zmienionej dyrektywy 2005/36/WE ... 5

Stanowisko nr 15 ... 6

Stanowisko nr 16 ... 7

Nowy Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych ... 8

Nowe akty prawne ... 8

Obwieszczenie MZ - limit miejsc szkoleniowych ... 8

Wyroby medyczne wydawane na zlecenie przez osoby uprawnione oraz pielęgniarki i położne ... 10

Przepisy na papierze, czyli pielęgniarki wciąż na pierwszej linii zakażenia . 11

IV Europejski Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego ... 13

Opinia na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie ... 16

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie pobierania i oznaczenia przez pielęgniarkę badań laboratoryjnych w oddziałach szpitalnych ... 17

Opinia w sprawie pełnienia dyżuru przez pielęgniarki anestezjologiczne w Oddziale Intensywnej Terapii w soboty, niedziele i święta ... 18

Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek) ... 18

Opinia w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika w systemie ochrony zdrowia ... 19

Korespondencja w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w systemie ochrony zdrowia ... 19

Wykonywanie zawodu przez pielęgniarkę i położną w ramach wolontariatu (opinia NRPiP) ... 20

Mgr na pieczątce ... 20

Treść listów nadesłanych do NIPiP ... 21

Podawanie choremu przez pielęgniarkę antybiotyku podczas trwania zabiegu operacyjnego ... 22

Plan porodu obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą ... 22

Osobiste doświadczenia i spostrzeżenia z życia codziennego i pracy pielęgniarki w Australii Zachodniej ... 23

Pielęgniarka Roku 2013 ... 24

Regulamin IX Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2013" ... 25

Pozostały tylko wspomnienia… ... 27

KONDOLENCJE ... 28

Biuro
Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
70-242 Szczecin, ul. Ks. Bogusława 30
czynne
od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00 - 16.00
w trzecią sobotę miesiąca w godz. 9.00 - 13.00

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

Specjalista ds. administracyjno-biurowych
tel. 91 432 98 67

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

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

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

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

Sekretarz Rady
tel. 91 432 98 62
poniedziałki w godz. 10.00 - 18.00
od wtorku do czwartku w godz. 8.00 - 16.00

Kasa Izby
tel. 91 432 98 66
od poniedziałku do czwartku 8.30 - 15.00

Główna Księgowa
tel. 91 432 98 66 od wtorku do czwartku 8.00 - 16.00

Skarbnik
tel. 91 432 98 67
poniedziałek, wtorek - 8.00 - 16.00, środa 8.00 - 12.00

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

Dział Szkoleń "Pelikan"
tel. / fax: 91 432 98 64

Piątek jest dniem bez interesanta

Nordea Bank Polska S.A.
POB Szczecin II
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

UWAGA - WAŻNE!!!

Uprzejmie informujemy, że z dniem 18 czerwca 2012r. nastąpiła zmiana telefonów.
Poniżej zamieszczamy nowe numery telefonów:
Specjalista ds. administracyjno - biurowych
tel. 91 432 98 67
Skarbnik - tel. 91 432 98 67

Wydawca: **Rada Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych**
70-242 Szczecin, ul. Księcia Bogusława 30, tel. 91 432 98 61, tel./fax: 91 432 98 68, REGON 810026946
Redaguje zespół: Helena Gąsior, Gabriela Hofman, Izabela Piasecka, Alicja Jabłecka, Katarzyna Mandes, Dorota Kalek, Magdalena Zyblewska. 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: 12.02.2014 r. Do użytku wewnętrznego.
Egzemplarze bezpłatne dla członków SIPiP.

14.11.2013

Kontrola Ośrodka Kształcenia w OIPiP Koszalin – Anna Maria Król

14.11.2013

NRPiP + spotkanie w MZ – Przewodnicząca Maria Matusiak

15.11.2013

Kontrola Ośrodka Kształcenia w OIPiP Gdańsk – Anna Maria Król

15.11.2013

Konferencja pt. „Opieka pielęgniarska w szkołach i przedszkolach. Profilaktyka i wczesne wykrywanie nieprawidłowości rozwojowych dzieci" – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Gorzowie Wielkopolskim – uczestnicy: Jolanta Suterska, Barbara Rak i Gabriela Hofman. Organizatorzy: Senator RP Helena Hatka, OIPiP Gorzów Wlkp., Lubuskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej.

19.11.2013

Posiedzenie Komisji ds. medycyny szkolnej

20.11.2013

Konferencja w ZUW.

20.11.2013

Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPS ZOZ Zdunowo – Anna Maria Król i Helena Gąsior

20.11.2013

Posiedzenie Komisji ds. jakości w ochronie zdrowia

20.11.2013

Posiedzenie Komisji ds. położnych

21.11.2013

Konkurs na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPWSZ – Helena Gąsior i Anna Maria Król

21.11.2013

Posiedzenie nowo powołanego Zespołu ds. pielęgniarstwa operacyjnego

22.11.2013

Rada Społeczna KRUS – Przewodnicząca Maria Matusiak

22.11.2013

Konferencja zorganizowana przez SIPiP pt. „Wybrane aspekty prawa dla pielęgniarek i położnych"

26.11.2013

Posiedzenie Komisji socjalnej

26.11.2013

Posiedzenie Komisji ds. promowania zawodów

27.11.2013

Spotkanie Kierowników NZOZ i GPP i IP prowadzących opiekę długoterminową

28 – 29.11.2013r.

Rada SIPIP

02.12.2013r.

Posiedzenie Komisji ds. położnych

02.12.2013r.

Posiedzenie Komisji ds. nadzoru nad IPPP

02-03-04.12.2013r.

Wiceprzewodnicząca – udział w posiedzeniu NRPiP oraz Komisji ds. kształcenia przy NRPiP

03-04-05.12.2013r.

Posiedzenie NRPIP oraz spotkanie w MZ w sprawie opieki długoterminowej – Przewodnicząca Maria Matusiak

03.12.2013

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia

05.12.2013

Rada ZOW NFZ – Gabriela Hofman

05.12.2013

Konkurs na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SP ZZOZ Gryfice – Anna Maria Król i Helena Gąsior

09.12.2013

Spotkanie Zespołu ds. pielęgniarstwa chirurgicznego

10.12.2013

Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia – Przewodnicząca Maria Matusiak

10.12.2013

Spotkanie pielęgniarek epidemiologicznych

11.12.2013

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej

11.12.2013

Warsztaty dla pielęgniarek i położnych organizowane przez firmę Pelargos przy współudziale SIPiP (SPWSZ ul. Arkońska 4 w Szczecinie). Tematy: Cukrzyca ciążowa; Synbiotyki XXI wieku; Przyjaciele w bezpiecznej, skutecznej i wygodnej pielęgnacji dziecka od pierwszych lat życia; Ochrona karmienia piersią – nowe rozwiązania LOVI wspomagające laktację.

12.12.2013

Spotkanie PTPAiIO

13.12.2013

Konferencja SIPiP „Wybrane aspekty prawa dla pielęgniarek i położnych" – druga edycja

16.12.2013

Posiedzenie Komisji ds. szpitalnictwa

17.12.2013

Posiedzenie Komisji ds. medycyny szkolnej

17.12.2013

Spotkanie przedstawicieli ZOL i ZPO z województwa zachodniopomorskiego z Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej Dorotą Kalisz

19.12.2013

Posiedzenie Rady SIPiP

2014

07.01.2014

Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki

07.01.2014

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia

07.01.204

Udział Pani Przewodniczącej Marii Matusiak w posiedzeniu Rady Programowej Magazynu Pielęgniarki i Położnej

Chronologia prac NRPiP nad projektem Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Szanowni Państwo,

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych czyniła intensywne starania na rzecz zmiany brzmienia projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Przedmiotowy projekt, zgodnie z procedurą został poddany konsultacji z Okręgowymi Radami Pielęgniarek i Położnych, jak też był przedmiotem spotkania w dniu 2 grudnia 2013r. Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z przedstawicielami Świadczeniodawców, realizujących świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Ponadto, w dniu 4 grudnia 2013 r. NRPiP podjęła „Stanowisko dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej", w którym wnioskowała o natychmiastowe podjęcie działań dotyczących zmiany zapisów projektu, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

NRPiP wyraziła stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

Jednocześnie w dniu 5 grudnia 2013 r. z inicjatywy Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyny Rogali – Pawelczyk odbyły się spotkania w Ministerstwie Zdrowia i NFZ, dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W dniu 11 grudnia 2013 r. NRPiP przekazała do NFZ uwagi, będące implementacją uwag, opinii, postulatów od ORPiP, Świadczeniodawców – pielęgniarek realizujących powyższe świadczenia, Krajowego Związku Pracodawców Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej – Porozumienie Śląskie, NZOZ-ów – Pielęgniarska Opieka Domowa, Zespołów ds. Opieki Długoterminowej Domowej działających przy Okręgowych Radach Pielęgniarek i Położnych, Konsultantów wojewódzkich w dziedzinie przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z oczekiwaniami środowiska zawodowego konsekwentnie wnioskowała o wydanie Zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 r. na aktualnie obowiązujących zasadach.

Ponadto, w celu przygotowania propozycji nowych warunków umów na lata następne, NRPiP wnosiła o powołanie zespołu składającego się z przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców oraz członków i ekspertów komisji ds. kontraktowania świadczeń działającej przy NRPiP. Korespondencja w tej kwestii została, w dniu 12 grudnia 2013 r. przekazana do wiadomości Pana Bartosza Arłukowicza - Ministra Zdrowia oraz Pani Beaty Cholewki, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

W celu omówienia i wypracowania rozwiązań możliwych do przyjęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, w dniu 16 grudnia 2013 r. z inicjatywy Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyny Rogali-Pawelczyk odbyło się kolejne spotkanie z Panem Marcinem Pakulskim, Zastępcą Prezesa ds. medycznych, dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W spotkaniu, oprócz przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych uczestniczyły także pielęgniarki, reprezentujące Świadczeniodawców z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Podczas rozmów omówiono zapisy projektu zarządzenia dotyczące:

1) rozdzielenia świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na czynności pielęgniarskie i czynności pielęgnacyjne,
2) finansowania świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej oraz proponowanych współczynników,
3) katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz Karty czynności pielęgniarskich dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

Przedstawiciele NRPiP zwrócili także uwagę na konieczność opracowania wspólnie przez przedstawicieli NFZ oraz samorządu pielęgniarek i położnych warunków zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, zgodnych z oczekiwaniami środowiska zawodowego.

Jednocześnie, w dniu 16 grudnia 2013 r. NRPiP wystosowała ponownie pismo do Prezesa NFZ, w którym po raz kolejny wnioskowała o wydanie Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 na aktualnie obowiązujących zasadach oraz o powołanie zespołu składającego się z przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców oraz członków i ekspertów komisji ds. kontraktowania świadczeń działającej przy NRPiP w celu przygotowania propozycji nowych warunków umów na lata następne. Powyższe pismo zostało przekazane do wiadomości Pana Bartosza Arłukowicza - Ministra Zdrowia oraz Pani Beaty Cholewki – Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w dniu 16 grudnia 2013 r.

W dniu 18 grudnia 2013 r. na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia zostało opublikowane Zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określe-

nia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W Komunikacie prasowym Funduszu czytamy cyt. „ ...Po przeanalizowaniu uwag zgłoszonych do projektu zarządzenia uznano, że wprowadzenie nowych rozwiązań powinno zostać poprzedzone modyfikacją sprawozdawczości w okresie przejściowym oraz ich ewentualnej weryfikacji w trakcie roku. Ta przesłanka spowodowała, że - przychylając się do wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - Prezes Funduszu określiła wejście w życie nowych zasad rozliczania świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, na dzień 1 stycznia 2015r. Do końca 2014 roku będą obowiązywały dotychczasowe zasady rozliczeń, to jest podział na dwa produkty rozliczeniowe: osobodzień w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów pod różnymi adresami zamieszkania oraz osobodzień w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów pod tym samym adresem zamieszkania. Zmodyfikowany został jedynie zakres sprawozdawanych informacji w szczególności w zakresie czynności związanych z opieką nad pacjentami w szczególnie ciężkim stanie".

Porównanie projektu zarządzenia i aktualnie obowiązującego zarządzenia dostępne pod adresem www.nipip.pl

Prezes NRPiP

(-)Grażyna Rogala-Pawelczyk

Apel do środowiska pielęgniarskiego

Łódź, dnia 04.12.2013

Dotyczy: projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Szanowne Koleżanki!

Poniżej pragnę zwrócić uwagę całego środowiska pielęgniarskiego zainteresowanego prowadzeniem pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Mój apel dotyczy propozycji rozliczania świadczeń pielęgniarskich w domowej opiece długoterminowej. W projekcie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej rodz. 5, par.13 , ust. 2, punkt 6 definiuje zasady sprawowania świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej w następujący sposób:" w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje czynności pielęgniarskie, tzn. takie, których nie może wykonać inna osoba, niż pielęgniarka z ważnym prawem wykonywania zawodu (np. iniekcje, cewnikowanie) oraz czynności pielęgnacyjne (opiekuńcze i higieniczne), które może wykonać inna osoba niż pielęgniarka, wynikające z ustalonego planu pielęgnacji;".

Z kolei w rozdział 6, par. 16, określa kiedy należy zastosować współczynnik korygujący za osobodzień. Współczynniki korygujące są opisane w załączniku nr 1 niniejszego projektu zarządzenia.

Moje obawy dotyczą rozliczania sobót i niedziel, oraz interpretacji, które czynności pielęgniarskie będą traktowane jako czynności pielęgniarskie takie których nie może wykonać inna osoba niż pielęgniarka z ważnym prawem wykonywania zawodu. Czy wykonanie opatrunku w sposób sterylny musi wykonać tylko pielęgniarka, czy też może wykonać inna osoba ?

Zastosowanie takiej formy rozliczenia finansowego obije się negatywnie na jakości świadczonych usług pielęgniarskich. Zastosowanie współczynnika korygującego: 0,6, 0,5, 0,4 spowoduje obniżenie stawki za wizytę pielęgniarską do około 14 zł (brutto), oraz większą rotację pracujących w tej dziedzinie pielęgniarek. Większość doświadczonych pielęgniarek zrezygnuje z wykonywanej pracy. Jednocześnie chcemy przypomnieć, że obecnie w Polsce opiekunka za 1 godzinę pracy pobiera opłatę rzędu 10 -15 zł. Ponadto chciałabym zwrócić uwagę, że jesteśmy podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą w zakresie pielęgniarskiej domowej opieki długoterminowej. Oznacza to, że ponosimy koszty prowadzenia takiego rodzaju działalności opłacając : czynsze lokali dostosowanych do działalności medycznej, energii, gazu, telefonów, benzyny, zakupu neseserów pielęgniarskich i ich wyposażenia, oraz aktualizowania przeterminowanych leków, środków dezynfekcyjnych, opatrunków itd., korzystania z porad prawników w celu dostosowania naszej działalności do aktualnych wymogów, opłacania auditów zewnętrznych w celu utrzymania certyfikatu ISO. Zobowiązani jesteśmy również do płacenia podatku dochodowego i składek ZUS.

To wszystko musimy opłacić w ramach stawki za osobodzień 22,50 zł. (brutto).

Swoją działalność prowadzimy w bardzo ubogim mieście jakim jest Łódź. Na mapie Polski miasto ubogie i z największą liczbą osób starszych i przewlekle chorych.

Z uwagi na powyżej wymienione aspekty, bardzo proszę o uwzględnienie naszej prośby o wydanie opinii negatywnej dotyczącej użycia w rozliczeniach finansowych pomiędzy świadczeniodawcą a NZF współczynników korygujących za osobodzień w ramach świadczeń w pielęgniarskiej domowej opiece długoterminowej.

Z poważaniem

Ewa Kempińska, Wanda Sipel

W związku ze starzeniem się społeczeństwa co roku zwiększa sie zapotrzebowanie na świadczenia udzielane przez pielęgniarkę opieki długoterminowej, a ponieważ NFZ nie ma dodatkowych pieniędzy próbuje zwiększyć ilość zakontraktowanych świadczeń kosztem pielęgniarek.

Rozumiem więc, że świadczeń jest za mało i, że nie ma więcej pieniędzy, ale propozycja NFZ na oszczędności nie jest korzystna ani dla pielęgniarek, ani dla pacjentów.

Dla pielęgniarek ponieważ:

Obecna stawka w Łodzi to 22,50 za osobodzień, co daje 686 zł za jednego pacjenta na miesiąc i ok. 4117 za pełen etat 6 pacjentów. W przypadku grupowych praktyk pielęgniarskich po odliczeniu składek ZUS, kosztów transportu, podatków, czynszu za lokal, telefonu, obowiązkowego ubezpieczenia, materiałów opatrunkowych itp. pielęgniarce pozostaje ok. 2000-2500 zł.

W przypadku NZOZ- ów zatrudnione pielęgniarki zarabiają w granicach 250-350 zł netto za jednego pacjenta, przyjmując średnią 300 zł za sześciu pacjentów jest to 1800 zł. Nie są to wysokie zarobki, pielęgniarki nie będą więc zainteresowane, aby je jeszcze bardziej obniżyć. W związku z tym pacjenci, którzy wychodzą ze szpitala np. po udarach, po złamaniach kości udowej zaopatrzeni tylko w but rotacyjny, którzy nie mają odleżyn, (ale rodzina nie ma pojęcia o opiece i czasami boi się dotknąć takiego pacjenta) mogą mieć problemy z uzyskaniem pomocy, ponieważ edukacja nie jest według NFZ czynnością pielęgniarską. Trafią więc do opieki długoterminowej dopiero, jak nabawią się odleżyn. Stosowanie nowoczesnych opatrunków, które można zmieniać co kilka dni (przyspieszają gojenie, zmniejszają ból, zabezpieczają przed zakażeniem rany), również nie będzie opłacalne, ponieważ wtedy połowa wizyt w miesiącu u pacjenta będzie wyceniana ze współczynnikiem korygującym 0,6. Najbardziej opłacalne będzie wykonywanie na każdej wizycie opatrunków z ganików, co w konsekwencji wydłuży czas gojenia ran, i czas objęcia opieką pacjenta, a także wydłuży kolejkę oczekujących.

Problemy z otrzymaniem pomocy mogą mieć pacjenci karmieni przez sondę, bez odleżyn i wielu innych, u których czynności pielęgniarskie określone przez NFZ nie będą wykonywane na każdej wizycie.

Nie wiem, czy tak drastyczne zmiany powinno się wprowadzać w trakcie obowiązującej jeszcze przez rok umowy, czy NFZ nie powinien wstrzymać się ze zmianą warunków do następnego kontraktowania, czyli za rok.

Jeżeli zmiany są nieodzowne, moim zdaniem najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie ruchomej ilości wizyt w tygodniu w zależności od potrzeb i stanu pacjenta. Są pacjenci wymagający 7 wizyt w tygodniu (rozległe, sączące odleżyny, kroplówki), ale są tacy, u których optymalnym rozwiązaniem byłyby np. 2 (rodzina dobrze sobie radzi z pielęgnacją, nowoczesne opatrunki zmienia się co 3 dni, wymagają wymiany cewnika, sondy). Rozwiązanie takie umożliwiłoby objęcie większej ilości pacjentów (czyli to, o co walczy NFZ), zlikwidowało problem niepotrzebnych wizyt (często pielęgniarki wykorzystywane są do wykonywania toalety u chorego, mimo że mogłyby ją wykonać dzieci lub wnuki. Tylko po co, skoro pielęgniarka zrobi to za darmo, bo to jej obowiązek). Myślę, że nasze państwo nie stać na to, aby pielęgniarki chodziły po domach, aby myć chorych i zmieniać im pampersy. Wykonywanie tego typu czynności przez rok trudno nazwać edukacją. Stawka za wizytę oczywiście w rozsądnej wysokości.

Problem jest w tym, że 4 wizyty narzuca rozporządzenie Ministra Zdrowia, które będzie wkrótce ogłoszone. Zwiększenie ilości czynności pielęgniarskich w karcie czynności myślę, że nie wchodzi w rachubę, ponieważ nie da oszczędności, o które stara się NFZ.

Informacja dla absolwentek liceów medycznych w aspekcie zmienionej dyrektywy 2005/36/WE

Pielęgniarka posiadająca dyplom liceum medycznego, która chciałaby podjąć pracę w państwie Unii Europejskiej po 1 stycznia 2014 r. (czyli po wejściu w życie unowocześnionej dyrektywy 2005/36/WE), powinna przede wszystkim zgłosić się do organu rejestrującego w danym kraju, by uzyskać informacje na temat warunków uzyskania rejestracji. W poszczególnych krajach często funkcjonują wewnętrzne przepisy korporacyjne regulujące tę kwestię w różny sposób.

Pielęgniarka, absolwentka liceum medycznego, przed wyjazdem powinna przetłumaczyć dyplom u tłumacza przysięgłego (niektóre kraje wymagają dodatkowego poświadczenia go w MSZ, MZ lub ambasadzie danego kraju – dlatego ważne jest, aby wcześniej poznać wymagania danego organu rejestrującego). Niezbędne jest też uzyskanie zaświadczenia z okręgowej izby pielęgniarek i położnych, wydawanego osobom chcącym podjąć pracę na terenie UE. Zaświadczenie takie ważne jest 3 miesiące i zawiera informacje m. in. na temat posiadanego wykształcenia (dyplomu), stażu pracy czy braku prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Należy pamiętać, że zmiany dotyczące uznawania dyplomów liceum pielęgniarskiego nie oznaczają ich automatycznego i bezwarunkowego uznania w innych krajach UE, bez konieczności spełnienia warunków wynikających z przepisów dyrektywy oraz krajowych uregulowań. Ważna u wyjeżdżających absolwentów liceów medycznych powinna być świadomość konieczności spełnienia podstawowego warunku umożliwiającego podjęcie pracy, jakim jest posiadanie co najmniej 3 letniego stażu (pracy) w zawodzie pielęgniarki w ostatnich 5 latach.

Warszawa, 4 grudnia 2013 roku

Naczelna
Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 15
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013r.

dotyczące projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.
NRPiP domaga się natychmiastowego podjęcia działań w sprawie zmiany zapisów w/w projektu, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

Wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną marginalizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku. Proponowany projekt Zarządzenia, w części dotyczącej zasad sprawozdawania, rozliczania i finansowania w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej należy odrzucić i uznać jako skandaliczne pogwałcenie praw pacjenta! Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym przypadku narzuca w trakcie już istniejącej opieki nad pacjentem zmianę zasad rozliczania osobodnia na stawkę rażąco niską, stosuje w ten sposób monopolistyczną praktykę wobec pacjentów i świadczeniodawców!
Jest to czyn społecznie nieakceptowany narusza zasady współżycia społecznego i zasady równego traktowania obywateli wynikające z Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wzywa do natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarkom realizującym świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Naczelna
Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 16
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013 roku

dotyczące treści Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. ***w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*** **skierowane do: Premiera RP, Ministra Zdrowia, Parlamentarzystów, Prezesa NFZ, Przewodniczącej Rady Społecznej NFZ**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktykom, w których Prezes NFZ dopuszcza się zmian w treści Zarządzenia niezgodnych z wcześniej przekazanym do konsultacji społecznych projektem.
Treść projektu została zmieniona z dnia na dzień bez uzgodnienia z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych z ogromną stratą dla środowiska.
Naczelna Rada od wielu lat wnioskuje do Prezesa NFZ o wzrost środków na realizację zadań w zakresie pielęgniarki POZ.
W związku z faktem, że treść przyjętego Zarządzenia w istotny sposób różni się od treści projektu i uzgodnień w trakcie spotkania z Panią Prezes NFZ w miesiącu sierpniu 2013 roku wnosimy o wprowadzenie do treści Zarządzenia procedur dodatkowo finansowanych zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Obwieszczenie MZ - limit miejsc szkoleniowych

Dz.Urz.MZ.2013.51

OBWIESZCZENIE

MINISTRA ZDROWIA

z dnia 12 grudnia 2013 r.

w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2014 r.

(Dz. Urz. MZ z dnia 13 grudnia 2013 r.)

Na podstawie art. 70 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456 oraz z 2013 r. poz. 940) ogłasza się, co następuje:

1) limit miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2014 r. wynosi 1850;
2) kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2014 r. wynosi nie więcej niż 4.337 zł.

Nowy Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Pani dr Mariola Rybka jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Od kilku lat kieruje zespołem pielęgniarskim, jako zastępca Dyrektora ds. lecznictwa w zakresie pielęgniarstwa oraz, jako Kierownik Przedsiębiorstwa - Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Szpitalu Lipno Sp. z o.o.

W czerwcu 2011 roku Wojewoda Kujawsko-Pomorski powołał Panią dr Mariolę Rybkę do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa w województwie kujawsko-pomorskim.

Pani Konsultant czynnie uczestniczy w działalności dydaktyczno-naukowej Wydziału Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku. Jest autorem wielu publikacji z zakresu opieki pielęgniarskiej, między innymi opieki geriatrycznej, opieki długoterminowej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych gratuluje Pani Konsultant nominacji oraz życzy sukcesów w realizacji ambitnych planów i zdań w zakresie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Nowe akty prawne

Program Szczepień Ochronnych na 2014 r. (Dz. Urz. MZ poz. 43).

Największe zmiany dotyczą katalogu osób, którym szczególnie zalecane są szczepionki przeciw grypie, natomiast brak zmian w zakresie zwiększenia dostępności do szczepień przeciwko pneumokokom. Wśród wprowadzonych zmian pojawiło się dodatkowe zastrzeżenie przy przeprowadzaniu obowiązkowych szczepień na tężec i błonicę.

Ponadto w zakresie szczepień zalecanych rozszerzono katalog osób, którym zaleca się szczepienia przeciwko WZW typu B - o przewlekle chorych o wysokim ryzyku zakażenia: z chorobami przebiegającymi z niedoborem odporności, w tym leczonych immunosupresyjnie, chorych z cukrzycą oraz pacjentów dializowanych.

» DYREKTYWA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r;

» Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym;

» Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego;

» Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd;

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 roku procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów i sposobu klasyfikacji substancji chemicznych i ich mieszanin;
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich;
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty;
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów;
- OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014 r.;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2014 r.;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru wniosków o przedłużenie lub skrócenie okresu ważności pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013, poz. 1562).

W dniu 12 grudnia 2013 r. zostało podpisane nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne. Powyższe rozporządzenie wprowadza nowy wykaz dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja oraz kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek i położnych. Powyższe rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r.

Zgodnie z zapisami powyższego rozporządzenia specjalizacje dla pielęgniarek będą prowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa:

1) anestezjologicznego i intensywnej opieki;
2) chirurgicznego;
3) geriatrycznego;
4) internistycznego;
5) onkologicznego;
6) operacyjnego;
7) opieki długoterminowej;
8) opieki paliatywnej;
9) pediatrycznego;
10) psychiatrycznego;
11) ratunkowego;
12) rodzinnego.

Ponadto dla pielęgniarek będzie prowadzona także specjalizacja w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w ochronie zdrowia pracujących.

Z kolei dla położnych będą prowadzone specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Jednocześnie dla pielęgniarek i położnych będzie prowadzona specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz pielęgniarstwa neonatologicznego.

W myśl zapisów ww. rozporządzenia dla pielęgniarek będą prowadzone kursy kwalifikacyjne w następujących dziedzinach pielęgniarstwa:

1) anestezjologicznego i intensywnej opieki;
2) chirurgicznego;
3) diabetologicznego;
4) geriatrycznego;
5) internistycznego;
6) kardiologicznego;
7) nefrologicznego z dializoterapią;
8) neonatologicznego;
9) neurologicznego;
10) onkologicznego;
11) operacyjnego;
12) opieki długoterminowej;
13) opieki paliatywnej;
14) pediatrycznego;

15) psychiatrycznego;

16) ratunkowego;

17) rodzinnego;

18) środowiska nauczania i wychowania;

19) transplantacyjnego.

Ponadto dla pielęgniarek będzie prowadzony także kurs kwalifikacyjny w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w ochronie zdrowia pracujących.

Z kolei dla położnych będą prowadzone kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz rodzinnego.

Jednocześnie dla pielęgniarek i położnych będzie prowadzony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Wyroby medyczne wydawane na zlecenie przez osoby uprawnione oraz pielęgniarki i położne

1. 1 stycznia 2014 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Rozporządzenie określa katalog wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom w ramach świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne refundowane przez NFZ, wraz z określeniem poziomu, w tym limitu cen tych świadczeń i sposobu ich finansowania, kryterium przyznawania, okresów użytkowania i limitem cen napraw. Przedmiotowe rozporządzenie zakłada wprowadzenie jednolitego wykazu wyrobów medycznych dostępnych na zlecenie, który uwzględnia potrzeby zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne.

   Zgodnie z art. 38. 1. ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych Świadczeniobiorcom przysługuje, na zasadach określonych w ustawie, zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawa. Kontynuacja zaopatrzenia w wyroby medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 4 może odbywać się także na zlecenie **pielęgniarki lub położnej** ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 5 pkt 26 ustawy o świadczeniach.
2. Udział środków publicznych w cenie wyrobu medycznego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% jego limitu finansowania ze środków publicznych, określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 4.
3. Limit finansowania ze środków publicznych określony dla naprawy wyrobu medycznego może być wykorzystany przez świadczeniobiorcę do dokonania naprawy tego wyrobu w ustalonym dla niego okresie użytkowania. W przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie:
   1) osoby uprawnionej,
   2) **pielęgniarki i położnej**
      - » z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych i wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w tym limicie i kryteria ich przyznawania,
   3) okresy użytkowania oraz limity cen ich napraw
      - » uwzględniając skuteczność i bezpieczeństwo ich stosowania, sposób ich wytwarzania, oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
5. Zlecenie na zaopatrzenie zawiera:
   1) dane świadczeniobiorcy:
      a) imię i nazwisko,
      b) adres zamieszkania,
      c) numer PESEL albo numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
   2) określenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem zaopatrzenia wraz z pisemnym uzasadnieniem;
   3) dodatkowe wskazania zlecającego zaopatrzenie;
   4) potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia wnioskowanym wyrobem medycznym;
   5) potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego u świadczeniodawcy.
6. Zlecenie naprawy zawiera:
   1) dane świadczeniobiorcy:
      a) imię i nazwisko,
      b) adres zamieszkania,
      c) numer PESEL albo numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
   2) określenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem naprawy wraz z pisemnym uzasadnieniem;
   3) potwierdzenie uprawnienia do naprawy wyrobu medycznego;
   4) potwierdzenie naprawy wyrobu medycznego u świadczeniodawcy.

   Powyższe rozporządzenie zastąpi dotychczas obowiązujące

rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1141 z późn. zm.). Zgodnie z delegacją ustawową uprawnionymi osobami do kontynuacji wydawania określonych wyrobów medycznych na zlecenie takich jak: cewniki zewnętrzne, cewniki urologiczne, cewniki jednorazowe urologiczne, worki do zbiórki moczu z odpływem, worki stomijne samoprzylepne, pieluchomajtki lub majtki chłonne, zmienne wkłady anatomiczne są pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego, **pielęgniarka lub położna** będąca świadczeniodawcą, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo **pielęgniarka lub położna** zatrudniona lub wykonująca zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisy na papierze, czyli pielęgniarki wciąż na pierwszej linii zakażenia

Każdego roku w Unii Europejskiej odnotowuje się około 1,2 mln zranień igłami wśród personelu medycznego. W Polsce takich przypadków jest około 37 tys. rocznie. Zmniejszenie tych liczb miało przynieść wdrożenie dyrektywy unijnej dotyczącej zapobiegania zranieniom w placówkach ochrony zdrowia.

Jednak w żadnym z państw członkowskich nie udało się tych regulacji w pełni wprowadzić, gdyż problem ekspozycji wciąż jest niedoceniany, zarówno przez rządzących, jak i sam personel medyczny.

Błędy i przemęczenie

Zdaniem ekspertów do zranień wśród pracowników służby zdrowia dochodzi najczęściej na skutek błędu pracownika pracującego w pośpiechu i w silnym stresie. Problemem jest też ograniczony dostęp do bezpiecznego sprzętu oraz niska świadomość pracowników i ich pracodawców nt. zagrożeń występujących w placówkach zdrowia.

Jak mówi nam Dorota Kilańska z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, polskie pielęgniarki są przeciążone pracą, bo jest ich zbyt mało. Poza tym biorą dodatkowe dyżury, gdyż mają zbyt niskie płace.

– Taki przemęczony personel jest bardziej narażony na ekspozycje. Aby zminimalizować liczbę takich zdarzeń, należy zapewnić możliwie najbezpieczniejsze środowisko pracy. W tym celu wszelkie ostre narzędzia medyczne powinny być wymienione na takie, które mają zabezpieczenia przed skaleczeniami. Dziś jednak w polskich lecznicach brakuje nawet rękawiczek jednorazowego użytku - zaznacza Kilańska.

Średnio co druga pielęgniarka w kraju z oddziału zabiegowego bądź bloku operacyjnego narażona jest w ciągu roku na zakażenie wskutek zakłucia ostrym sprzętem medycznym. Ekspozycja u co piątej następuje poprzez śluzówki. Pamiętając, że ponad 30 patogenów, m.in. wirusy zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV, może być przenoszonych poprzez krew lub inne płyny ustrojowe, wykonywanie zawodu pielęgniarki okazuje się niebezpieczne dla zdrowia.

75 proc. zranień powstaje podczas czynności związanych z opieką nad pacjentem. Szacuje się, że corocznie na 100 łóżek szpitalnych przypada od 12 do 30 zakłuć. W kraju prawie 80 proc. takich sytuacji dotyczy zakłuć igłą, kaniulą dożylną lub ich elementem.

Dyrektywa na papierze

Poprawę warunków pracy w placówkach zdrowia miała przynieść Dyrektywa 2010/32/UE, która za cel postawiła sobie m.in. wyeliminowanie z użytku ostrych narzędzi bez zabezpieczeń w placówkach ochrony zdrowia.

Po sześciu miesiącach od wejścia w życie dyrektywy okazuje się, że jej przepisy nie zostały w pełni wdrożone w żadnym z państw członkowskich - podkreślali specjaliści podczas IV Szczytu European Biosafety Network, który 2 grudnia odbył się w Warszawie.

W większości państw członkowskich w rzeczywistości brak jest wyraźnych działań prowadzących do zwiększenia bezpieczeństwa pracy w placówkach służby zdrowia. Brakuje m.in dostępu do

bezpiecznego sprzętu, oceny ryzyka związanego z danym stanowiskiem pracy, a poziom wiedzy o zagrożeniach związanych z pracą w placówkach służby zdrowia wciąż jest niezadawalający.

– Inwestycja w bezpieczne warunki pracy szybko się zwraca i pozwala uniknąć zdecydowanie wyższych kosztów związanych z procedurami, gdy dojdzie do zranienia w pracy. Dziś obserwujemy brak tej świadomości zarówno u decydentów, pracodawców i samych pracowników - mówił Francisco Alvarez z Komisji Europejskiej.

Bez sankcji ani rusz

Jak podkreślał Alvarez, w efekcie implementacja przepisów dyrektywy jest obecnie na poziomie minimalnym.

Z wdrożeniem do porządku prawnego dyrektywy najlepiej poradziły sobie Niemcy i Holandia, ale są kraje, gdzie praktycznie w ogóle nie doszło na transpozycji w tym zakresie. Co, jak podkreślali zebrani na szczycie eksperci, może się dla tych państw skończyć interwencją KE.

Przy wdrażaniu przepisów do danego prawodawstwa najczęściej pomijano kwestie związane z sankcjami za naruszenie przepisów dyrektywy.

Maximo Gonzalez Jurado z Europejskiej Sieci Bezpieczeństwa Biologicznego podkreślał, że bez odpowiedniego systemu sankcji nie uda się zmobilizować placówki do przestrzegania postanowień dyrektywy.

W Polsce prawie bez zmian

W Polsce transpozycja przepisów Dyrektywy 2010/32/EU do prawa krajowego została przeprowadzona przez rozporządzenie Ministra Zdrowia ws. bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Pracodawcy zostali zobligowani do stosowania wszelkich dostępnych środków do eliminacji zranień ostrymi narzędziami wśród pracowników, w tym do zapewnienia dostępu do sprzętu ze specjalnymi zabezpieczeniami.

Dodatkowo pracodawca jest zobowiązany do przeprowadzania oceny ryzyka nie rzadziej niż raz na dwa lata, w której musi uwzględniać ocenę dostępności personelu do rozwiązań chroniących przed zranieniem.

Wiceminister zdrowia Aleksander Sopliński przyznał podczas obrad, że przyjęte w Polsce rozporządzenie z pewnością będzie wymagało pewnych ulepszeń.

Ujednolicenie procedur

Rozporządzenie wprowadza przepisy dotyczące prowadzenia wykazu zranień. Tym samym umożliwia standaryzację procesu zgłaszania pracodawcy takich przypadków we wszystkich placówkach zdrowia.

Pracodawcy są zaś zobowiązani do opracowywania specjalnego raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

– W kraju potrzeba ujednolicenia procedur postępowania poekspozycyjnego we wszystkich placówkach służby zdrowia. Trzeba pamiętać, że personel narażony na zranienia, jak np. pielęgniarki, pracują często w kilku różnych lecznicach. Gdy w każdej z tych placówek są inne standardy postępowania, pracownik gubi się i nie wie co powinien zrobić, gdy dojdzie do zranienia - podkreśla Kilańska.

W opinii wiceministra Soplińskiego żadne przepisy i regulacje prawne nie pomogą, jeżeli zawiedzie człowiek. - To ludzie muszą pamiętać o ostrożności w pracy. Wydaje się, że fundamentem sukcesu na tym polu jest położenie nacisku na edukację i profilaktykę w tym zakresie - podkreślał.

Szara strefa

Aleksander Sopliński przyznał, że w Polsce co roku zdarza się około 37 tys. zranień związanych z używaniem sprzętu medycznego przez pracowników służby zdrowia. - W porównaniu z innymi krajami nadal jest ich zatem dość dużo - dodał.W opinii Doroty Kilańskiej problem może być jednak zdecydowanie większy, gdyż nie wszystkie tego rodzaju zdarzenia są zgłaszane - np. zakłucia igłami.

Szacuje się że 20 proc. przypadków zakłuć czy innych zdarzeń, które wiążą się z ryzykiem zakażenia, nie jest w ogóle zgłaszanych przez pracowników służb medycznych.

– Dlaczego tak się dzieje? Bo pracownicy obawiają się, iż pracodawca uzna, że do zdarzenia doszło z ich winy, bądź sami poszkodowani bagatelizują taki wypadek - tłumaczy nasza rozmówczyni.

Jak podkreśla ekspertka, konieczne są w kraju działania uświadamiające zagrożenia personelowi medycznemu. Dziś szkolenia z zakresu zagrożeń wynikających z ekspozycji przechodzi zaledwie 25 proc. pielęgniarek.

Realia pracy

Z opartego na badaniu przeprowadzonym wśród około 7 tys. europejskich pielęgniarek raportu wynika, że ok. 70 proc. z nich miało dostęp do bezpiecznego sprzętu jedynie w przypadku niektórych zabiegów, za to aż 30 proc. w ogóle nie miało dostępu do takiego w czasie swojej pracy. Aż 40 proc. ankietowanych pielęgniarek oświadczyło, że doznało zranienia używaną igłą.

- Respondenci wskazywali na często spotykany brak ocen ryzyka w miejscu pracy, a bez tego trudno mówić o skutecznym zapobieganiu pewnym zdarzeniom. Nie znając źródła zagrożenia nie uda się wyeliminować przypadków ekspozycji. Problemem jest też niezadawalająca świadomość personelu narażonego na takie zdarzenia oraz praca na sprzęcie niskiej jakości - mówił Paul de Raeve, sekretarz generalny Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN).

Raeve podkreślał, że w obliczu kryzysu coraz częściej przy zakupie sprzętu i materiałów do placówek zdrowia zwraca się uwagę na cenę, pomijając kwestie jakości.

– W sytuacji, gdy ekonomika wydaje się być priorytetem w polityce kierujących placówkami zdrowia, brakuje dodatkowych środków na zabezpieczenie pracy personelu. To duży błąd. Jakość w kontekście zdrowia zawsze powinna być decydująca - podkreślał.

IV Europejski Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego

W dniu 2 grudnia 2013 r. w Sejmie odbył się IV Europejski Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego, którego organizatorem było Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie we współpracy z Europen Biosafety Network.

Gospodynią spotkania i moderatorem Szczytu była dr Dorota Kilańska – członek komitetu wykonawczego Europejskiej Federacji Towarzystw Pielęgniarskich, przewodnicząca Oddziału w Łodzi Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Omówiono proces wdrażania dyrektywy 2010/32/EU w poszczególnych państwach członkowskich, doświadczenia we wdrażaniu wytycznych i budowaniu świadomości na temat poważnych zagrożeń dla zdrowia spowodowanych przez urazy sprzętem medycznym. W szczycie wzięło udział 106 osób z 19 krajów Unii Europejskiej, organizacji zrzeszonych w EFN (Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarskich). IV Europejski Szczyt, jaki odbył się w Warszawie był kontynuacją Szczytów, które odbyły się w Madrycie, Dublinie i Londynie. Wdrożenie dyrektywy 2010/32/EU dotyczącej umowy ramowej w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali, miało na celu stworzenie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy personelowi medycznemu poprzez zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami oraz ochronę osób, które są narażone na zakażenie.

W Szczycie wśród prelegentów znaleźli się m. in. przedstawiciele Komisji Europejskich, Parlamentu Poselskiego, Stowarzyszeń Pielęgniarskich, Związków Zawodowych, Organizacji Pracodawców i Europejskich Państw Członkowskich Sieci Bezpieczeństwa Biologicznego.

Podczas obrad przedstawiono wyniki badania ankietowego, w których udział wzięły europejskie pielęgniarki zaprezentowane przez Paula de Raeve, sekretarza generalnego Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek. Badania przeprowadzone zostały wśród 7000 respondentów w całej Europie i dowiodły, że :

1. większość pielęgniarek obserwuje w swoim miejscu pracy wyraźny postęp w kierunku spełniania wymagań dyrektywy.
2. około 70% respondentów przyznało, że miało dostęp do bezpiecznego sprzętu, jednak jedynie w przypadku niektórych zabiegów, natomiast 30% nie miało w ogóle dostępu do bezpiecznego sprzętu w trakcie wykonywania swojej pracy.

3. zwrócono uwagę na częsty brak ocen ryzyka w miejscu pracy (nie tylko wśród pracowników), a także działań zwiększających świadomość i szkoleń związanych z zapobieganiem zranień ostrymi narzędziami.
4. brak wykorzystywania wiedzy praktycznej pielęgniarek przy specyfikacji sprzętu jako spełniającego wymogi bezpieczeństwa przed zranieniami.
5. wskazano na bezwzględny zakaz ponownego zakładania osłonek na igły (wg badań) nie został wprowadzony w wielu placówkach ochrony zdrowia.

Paul de Raeve podkreślił, że w obliczu kryzysu coraz częściej przy zakupie sprzętu i materiałów do placówek zdrowia zwraca się uwagę na cenę, pomijając zupełnie kwestie jakości, która w kontekście zdrowia zawsze powinna być decydująca i priorytetowa.

Wiceprzewodniczący Europejskiej Sieci ds. Bezpieczeństwa Biologicznego Cliff Williams, wskazał na doskonałą okazję organizacji IV Szczytu European Biosafety Network w Warszawie po 6 miesiącach od wejścia w życie nowych przepisów. Opublikowane wyniki badań pokazały korzystny wpływ nowej dyrektywy, ale także wskazały, że pewne istotne problemy związane z praktycznym wdrożeniem nowych przepisów wciąż wymagają rozwiązania. Zwrócono uwagę na niepokojący fakt, że ponad 40 % respondentów badania doznało zranienia używaną igłą.

Pracownicy, pracodawcy, decydenci i politycy spotkali się w Sejmie, by zwrócić uwagę jak ważnym elementem szczególnie w placówkach ochrony zdrowia jest zapobieganie zagrażającym życiu ryzykom, napotykanym codziennie przez wszystkich, którzy sprawują opiekę nad innymi ludźmi. Szacuje się, że każdego roku w UE dochodzi do 1,2 miliona zakłuć igłami w związku z wykonywaną praktyką zawodową. W Polsce takich przypadków jest około 37 tys. rocznie. Zranienia te mogą skutkować zarażeniem ponad trzydziestoma niebezpiecznymi chorobami, takimi jak: zapalenie wątroby typu B i C czy HIV. Zdaniem ekspertów do zranień wśród pracowników ochrony zdrowia dochodzi najczęściej na skutek błędu pracownika pracującego w pośpiechu i w silnym stresie. Problemem jest również niska świadomość pracowników i pracodawców nt. zagrożeń występujących na stanowiskach pracy.

Dorota Kiliańska, przewodnicząca Oddziału PTP Łódź wskazała, że Polskie pielęgniarki są przeciążone pracą bo jest zbyt mała obsada natomiast niskie płace powodują konieczność brania dodatkowych dyżurów i przemęczenie powodujące większe narażenie na ekspozycje zawodowe. Aby zminimalizować liczbę takich zdarzeń, należy zapewnić najbezpieczniejsze środowiska pracy. W tym celu wszelkie ostre narzędzia powinny być eliminowane, które nie mają zabezpieczenia przed skaleczeniami.

Maximo Gonzalez Jurado, prezes Hiszpańskiej Rady Pielęgniarek i Wiceprzewodniczący Europejskiej Sieci Bezpieczeństwa Biologicznego podkreślał znaczenie odpowiedniego systemu sankcji, bez których nie uda się zmobilizować placówki ochrony zdrowia do przestrzegania postanowień dyrektywy, natomiast Francisco Alvarez przedstawiciel Komisji Europejskiej dodał, że implementacja przepisów dyrektywy jest na poziomie minimalnym.

Dyrektywa UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej została przyjęta przez Europejską Radę Ministrów w dniu 11 maja 2010 r. i została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (Dz.U. UE) 1 czerwca 2010 roku. Każde państwo członkowskie było do 11 maja 2013 zobowiązane do wprowadzenia w życie ustawy wdrażającej Dyrektywę.

W Polsce transpozycję przepisów Dyrektywy 2010/32/EU do prawa krajowego wprowadzono za pomocą Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez przedmioty wykonujące działalność leczniczą. Pracodawcy są zobowiązani do opracowania specjalnego raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Wiceminister Zdrowia Aleksander Sopliński przyznał podczas Szczytu, że przyjęte w Polsce rozporządzenie z pewnością będzie wymagało ulepszeń.

Wnioski i uwagi podsumowujące spotkanie przedstawił Maximo A.Gonzalez Jurado, prezes Hiszpańskiej Rady Pielęgniarek, a dotyczyły one m. in: - zwiększenia świadomości wśród pracowników ochrony zdrowia nt. zagrożeń wynikających z ekspozycji zawodowej,

1. promowania kultury organizacji opartej na braku obwiniania;
2. konsultowania z przedstawicielami pracowników kwestie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające przed zakłuciami;
3. rozszerzania szkoleń w zakresie polityk i procedur związanych z zapobieganiem i postępowaniem w przypadku ekspozycji;
4. określania ryzyka na stanowiskach pracy w placówkach ochrony zdrowia;
5. promowania dobrej praktyki zawodowej i bezpiecznych systemów pracy;
6. prowadzenia monitoringu zaistniałych zranień ostrymi narzędziami.

W podsumowaniu uznano, że inwestycja w bezpieczne warunki pracy szybko się zwraca i pozwala uniknąć zdecydowanie wyższych kosztów związanych z procedurami, gdy dojdzie do zranienia w pracy. Dziś obserwujemy brak tej świadomości zarówno u decydentów, pracodawców i samych pracowników - powiedział na koniec obrad Francisco Alvarez z Komisji Europejskiej.

Notatkę sporządziła Mariola Łodzińska

ZATRZYMANE W FOTOOBIEKTYWIE…
Posiedzenie Rady SIPiP -19.12.2013r.

Gratulacje od członków Rady dla Pani dr Aliny Jurewicz

Śpiewamy kolędy - „Oj maluśki, maluśki" w wykonaniu duetu Anna Maria Król i Adam Wzorek

Pożegnanie emerytek – 05.02.2014r.

Pamiątkowe wspólne zdjęcie

Wspominamy lata pracy zawodowej…

Występy naszego Chóru

Na posiedzeniu Rady

Na przeglądzie chórów w Kościele Garnizonowym

Podziękowanie za występ z „Wieczorem kolęd" w Domu seniora SŁONECZNE TARASY

ALINA JUREWICZ - Pielęgniarka z tytułem doktora nauk o zdrowiu

Wywiad z dr Aliną Jurewicz

Katarzyna Mandes - W grudniu obroniła Pani doktorat. Proszę przyjąć gratulacje!!! Temat Pani pracy jest unikatowy, proszę powiedzieć, skąd taki właśnie temat ?

Dr Alina Jurewicz - Bardzo dziękuję!

Cieszę się, że zwróciła Pani uwagę na to, że praca jest unikatowa. Dotyczy genetycznych uwarunkowań bólu i jest to pierwsze badanie na grupie pacjentów po planowej alloplastyce stawu biodrowego prowadzone od doby 0 (przyjmując jako dzień zabiegu) do 6. Temat pracy dokładnie brzmi **,,Ocena związku polimorfizmów genów katecholo-tleno-metylotransferazy (COMT) i interleukiny 6 (IL6) z zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe u pacjentów po zabiegu planowej alloplastyki stawu biodrowego."** Do tej pory, jak podaje literatura, wrażliwość na ból badano u pacjentów po operacji kardiochirurgicznej, u pacjentów z chorobą nowotworową i u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów.

Jakiś czas temu brałam udział w badaniu naukowym, które miało na celu określenie polimorfizmów genów COMT i IL6, które odpowiadają za wrażliwość na ból. Moim zadaniem było pobranie próbki krwi od pacjentów zaplanowanych do zabiegu alloplastyki stawu biodrowego. Kiedy zostały określone genotypy odpowiedzialne za różną wrażliwość na ból u pacjentów, pojawiło się pytanie, czy w związku z tym występuje korelacja pomiędzy zapotrzebowaniem na dawkę leków opioidowych, NLPZ i innych leków nieopioidowych przeciwbólowych a poszczególnymi genotypami. I tak powstał temat mojej rozprawy doktorskiej. Celem pracy było określenie korelacji między allelami wariantowymi, genotypami oraz diplotypami genu COMT (rs6269:A>G; s4633C>T; rs4818:C>G; rs4680:G>A) a zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe u pacjentów po zabiegu planowej alloplastyki stawu biodrowego i ocena związku polimorfizmu genu IL6 (rs1800795:G>C) z zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe u pacjentów po zabiegu planowej alloplastyki stawu biodrowego.

Do badań zakwalifikowano 196 pacjentów; 126 kobiet (64,28%) oraz 70 mężczyzn (35,71%), hospitalizowanych w Klinice Ortopedii i Traumatologii SPSK nr 1 PUM w Szczecinie, u których wykonano alloplastykę stawu biodrowego.

Wyniki wymagają jednak omówienia. Być może uda mi się je przedstawić na konferencji dla pielęgniarek.

Wnioski okazały się interesujące i przedstawiły się następująco: Polimorfizm genu COMT nie był związany z zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe u pacjentów po zabiegu planowej alloplastyki stawu biodrowego. Polimorfizm genu IL6 (rs1800795: G>C) wykazał wpływ na zapotrzebowanie oraz dobowe dawki opioidów, w przeciwieństwie do NLPZ, u pacjentów po zabiegu planowej alloplastyki stawu biodrowego.

Ocena polimorfizmu IL6 może znaleźć zastosowanie w optymalizacji leczenia bólu po zabiegach ortopedycznych.

K.M. - Jak widzi Pani jego zastosowanie np. w ginekologii i położnictwie, w codziennej pracy?

Dr A. J. - Badania w mojej pracy dotyczyły grupy pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego, ale na pewno ciekawe byłoby przeprowadzenie takich badań na grupie pacjentek w okresie rozpoczynającego się porodu, czy też pacjentek w oddziałach ginekologicznych. U każdego człowieka w czasie stresu, a poród u kobiety, czy zabieg operacyjny jest taką sytuacją, następują reakcje, które są widoczne chociażby w czasie obserwacji przez pielęgniarkę i położną, czy monitorowania za pomocą specjalistycznego sprzętu. Są to zmiany w poszczególnych układach i narządach, które dokonują się na skutek homeostazy organizmu. I tak, np. obserwuje się u naszych pacjentów tachykardię, tachypnoe, wzrost ciśnienia tętniczego, spoconą skórę, często niepokój. Ma to związek z produkcją amin katecholowych, tj. adrenaliny, noradrenaliny, czy dopaminy. Okazuje się, że te neurotransmitery biorą bardzo ważny udział w przewodnictwie nerwowym, tym samym bólowym, a ich wydzielanie zależy od poziomu enzymu katecho-tleno-metylotransferazy. Następnie badanym czynnikiem była interleukina 6, która jest cytokiną plejotropową. Wykazuje ona wielokierunkowe działanie na komórki układu odporności wrodzonej i nabytej. Po każdym zabiegu, urazie naturalnie powstaje proces zapalny i pojawia się ból. I tak w bólu ostrym, Interleukina 6 przejawia działanie przeciwzapalne, natomiast w bólu przewlekłym, działa prozapalnie. Co to znaczy? Ból ostry według literatury trwa do trzech miesięcy. Po zabiegu operacyjnym pojawia się ból o charakterze ostrym. Jest to typowy ból receptorowy. I należy pamiętać, że ból nieleczony, albo leczony niewłaściwie przeradza się w ból przewlekły. Każdy z nas ma różną wrażliwość i dlatego też mamy różne zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe. Jest jeszcze wiele czynników, które mają wpływ na indywidualne odczuwanie bólu. Ma tu znaczenie płeć, wiek, konstytucja psychiczna, stosowanie używek, ale również jak wcześniej wspomniałam nasze geny. Czynniki genetyczne wpływają na farmakokinetykę i farmakodynamikę leków w tym leków przeciwbólowych. To na co chciałabym zwrócić uwagę, to to, że w pracy pielęgniarki, czy położnej z pacjentkami w czasie porodu, połogu, w oddziałach ginekologicznych i z pacjentami we wszystkich pozostałych oddziałach, należy przede wszystkim pamiętać o tym, że pomiar bólu w dowolnie przyjętej skali jest koniecznością. Ból jest piątym parametrem życiowym po RR, HR, oddechach i temperaturze. Poza tym ważne jest umiejętne przeprowadzenie wywiadu, w którym pytamy pacjentów o doświadczenia w zakresie przebytych urazów, zabiegów i dolegliwości bólowych. Jest to istotna informacja, ponieważ na podstawie tych danych dowiadujemy się, jak goiły się urazy i czy występuje skłonność do przewlekłych procesów zapalnych. Jaka była reakcja na podawane leki przeciwbólowe. Czy występują choroby współistniejące, w czasie których przyjmowane są różne leki, ponieważ wiele leków wchodzi w interakcje z lekami przeciwbólowymi, co może osłabiać ich działanie. I jeszcze jedna bardzo ważna uwaga, że to od nas pielęgniarek zależy, jaki poziom bólu wystąpi u pacjenta w czasie terapii, ponieważ wnikliwa obserwacja, umiejętne rozpoznanie pierwszych objawów bólu (szczypanie, pieczenie) i odpowiednio wczesne podanie leku przeciwbólowego, gwarantują sukces terapeutyczny i satysfakcję pacjenta. Obecne rekomendacje dotyczące leczenia bólu obejmują stosowanie terapii zrównoważonej, in. multimodalnej, tzn., że należy stosować leki o różnych mechanizmach działania. Istotnym zaleceniem jest zapewnienie monitoringu, co zapobiega najgroźniejszym powikłaniom do zgonu włącznie. Dlatego też uważam, że praca pielęgniarki, czy położnej jest bardzo ważna, ponieważ ich obecność zapewnia poczucie bezpieczeństwa każdemu pacjentowi.

K.M. - Co sprawiło Pani największą trudność w trakcie pisania pracy?

Dr A.J. - Największą trudność sprawiły mi tabele, w których musiałam bardzo dokładnie wpisać liczby, które stanowiły o wynikach istotnych statystycznie. Ponieważ danych było bardzo dużo, trudno sobie to wyobrazić, ale w EXCELu same polimorfizmy genów COMT i IL 6 i ich korelacje z zapotrzebowaniem na opioidy zajmowały chyba 12 stron A4 drukowane ,,maczkiem". A takich danych było jeszcze więcej, bo były dane opisowe i osobno leki z grupy NLPZ. Potem jeszcze naniesienie korekt wskazanych przez bardzo wymagającą Panią Promotor Prof. Monikę Białecką. Teraz mogę powiedzieć, że dzięki Pani Profesor ta praca jest moją perełką. Bardzo dziękuję Pani Profesor!

K.M. - Dlaczego Pani zdaniem tak mało jest osób z tytułem doktora wśród pielęgniarek?

Dr A.J. - Zawód pielęgniarki do tej pory był postrzegany jako podległy lekarzowi. Czasem słyszę jeszcze stereotypowy zwrot lekarza do pielęgniarki ,,siostro". Wtedy

zastanawiam się, jakby to brzmiało z drugiej strony, gdybyśmy odzywały się ,,słucham bracie". Na szczęście w Klinice, w której pracuję, pielęgniarki są szanowane. Dzisiaj pielęgniarka jest partnerem w zespole. Decydują o tym przede wszystkim kompetencje, również jakość tą którą mamy w sobie i tą którą widać, kiedy wykonujemy świadczenia na rzecz naszych pacjentów.

Myślę, że dążenie do osiągnięcia tytułu naukowego wymaga bardzo dużego zaangażowania, samozaparcia, często aprobaty, wsparcia, zrozumienia. Nie jest łatwo pracować, zajmować się problemami dnia codziennego i spędzać bardzo dużo czasu nad poszukiwaniem materiałów, literatury najbardziej aktualnej i w obcym języku. Co nie znaczy, że nie jest to możliwe. Praca na Uniwersytecie daje na pewno większe możliwości. Tam jest to konieczne. W pracy w szpitalu nasi przełożeni nie są tym zainteresowani. Dlaczego? Nie potrafię odpowiedzieć na to pytanie. Z obserwacji mojej wynika, że coraz częściej pielęgniarki podejmują kształcenie w różnych dziedzinach, nie tylko pielęgniarstwo, ale chyba też nie do końca wierzą w swoje możliwości. Zwykle poprzestają na tytułach magisterskich. Może potrzebujemy jeszcze czasu, żeby zmienić świadomość w osobach, które uprawiają ten zawód. A jest naprawdę mnóstwo tematów z naszej dziedziny do badań na poziomie naukowym. To, co powiedziałam już wcześniej. Pielęgniarki potrzebują aprobaty. Mnie się udało. Pracuję z ludźmi, którzy bardzo wspierali mnie w czasie pisania pracy doktorskiej. Było to i pozostało dla mnie nieocenione. Życzę wszystkim takiego wsparcia. I przy okazji chciałam również mojemu Zespołowi serdecznie podziękować!

Pani dr Alina Jurewicz i temat rozprawy doktorskiej

K.M. - Czy zdobywanie wiedzy, ustawiczne kształcenie, jest potrzebne w naszym zawodzie?

Dr A. J. - Zdobywanie wiedzy, ciągłe doskonalenie w zawodzie pielęgniarki, powiedziałabym, jest konieczne. To jest bardzo oczywiste. Przede wszystkim systematyzuje wiedzę, pomaga w wypełnianiu obowiązków na stanowisku pracy, podnosi kwalifikacje, wpływa na kompetencje, przez które wzrasta również świadomość zawodowa. Wtedy też praca uczy pokory. Wiemy, co należy do obowiązków i co wynika z przepisów prawnych. Wiedza zdobywana powinna być utrwalana, ale również aktualizowana. Tak kształtuje się profesjonalizm zawodowy. Zawsze powinniśmy pamiętać, że pielęgniarka, czy pielęgniarz jest zawodem zaufania publicznego, co wiąże się z przejęciem odpowiedzialności za powierzone nam zdrowie i życie naszych pacjentów. Ta odpowiedzialność odwołuje się zawsze do etyki i moralności. Można by powiedzieć, że pielęgniarstwo stało się filozofią, bo skupia wszystkie dyscypliny naukowe, które zajmują się poznawaniem człowieka, jego środowiska i zachodzącymi zależnościami.

W zawodzie pielęgniarki pracuję 29 lat. Pierwszą moją pracą była praca na stanowisku pielęgniarki odcinkowej, potem pielęgniarki anestezjologicznej w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPSK Nr 1 w Szczecinie. Bardzo miło wspominam ten czas, ponieważ właśnie w tej Klinice zdobyłam bardzo dużo cennych umiejętności, a które wykorzystuję w obecnej pracy. Pracowałam w zespole, w którym wymagałyśmy od siebie pracowitości, zaangażowania i odpowiedzialności. Miałyśmy bardzo dobrych nauczycieli. To byli lekarze, m.in. dr Mirosław Tęgi, dr Ewa Gruner – Żarnoch, dr Ksawera Umińska, dr Maria Jackowska, dr Irena Krogulska, dr Romuald Bohatyrewicz (dzisiaj prof. dr hab. n. med. Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPSK Nr 1 PUM), którzy wtedy zwracali szczególną uwagę na naszą postawę zawodową. Bardzo często na dyżurach uczyli nas rozpoznawania niewydolności krążenia i oddychania, prawidłowego reagowania w sytuacji zagrożenia życia, zastosowania sedacji i analgezji śród - i pooperacyjnej. Pan Pielęgniarz Oddziałowy mgr Jacek Martynowicz zwracał uwagę na pielęgnowanie pacjentów. W tym czasie pracowałam z dr Romualdem Bohatyrewiczem w zespole diagnozowania dawców narządów. Byłam pierwszą pielęgniarką, która podjęła się takiego wyzwania, potem doszły do zespołu moje koleżanki. Pewnego razu transportowani byliśmy wojskowym samolotem (nie było jeszcze lotnictwa sanitarnego) z dawcą narządów do Katowic, a potem karetką do Zabrza do Kliniki, w której pracował nieżyjący już dziś prof. Zbigniew Religa, w celu pobrania tam na miejscu serca do przeszczepu. Udało mi się zobaczyć przeszczep serca. Innym razem polecieliśmy z naszym małym pacjentem do Centrum Zdrowia Dziecka jako zespól zabezpieczający podstawowe funkcje życiowe. Dzisiaj jest to już bardzo odległy czas. Ale pozostały wciąż żywe wspomnienia. To był cudowny czas mojej pracy z pacjentami. Czas pochłaniania ogromnej wiedzy, czas nauki i niezapomnianych wrażeń. Myślę, że właśnie te chwile wciąż we mnie żyjące, przyczyniły się do poszukiwania kolejnych celów. Po pięciu latach pracy w Intensywnej Terapii, rozpoczęłam pracę w anestezjologii. Pracowałam na różnych blokach operacyjnych, tj. neurochirurgii, kardiochirurgii, chirurgii dziecięcej, bloku chirurgii ogólnej, ginekologii, sali porodowej i pracowni naczyniowej. Wszędzie tam miałam do czynienia z pacjentami cierpiącymi ból fizyczny i psychiczny. I zawsze zagadką było to, co wpływa na różną wrażliwość, bo każdy z pacjentów przeżywał ból inaczej. Z siedemnastu lat przepracowanych w anestezjologii, sześć lat przepracowałam w sali porodowej. Znieczulenia do porodu w tym czasie były nowatorskie i uważam, że bardzo potrzebne.

W moim rozwoju zawodowym znalazłam czas na studiowanie pedagogiki, socjologii, pielęgniarstwa i uzyskałam tytuł specjalisty z organizacji i zarządzania i jeszcze wcześniej ukończyłam kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek anestezjologicznych. Po 17 latach pracy w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, rozpoczęłam pracę w Klinice Ortopedii i Traumatologii na stanowisku pielęgniarki oddziałowej. Tutaj każdą chwilę wykorzystuję na edukację pacjentów w zakresie bólu i pacjentów po urazach z uszkodzeniem rdzenia kręgowego z deficytami samoopieki. Edukuję również rodziny tych pacjentów. Współpracuję z Fundacją Aktywnej Rehabilitacji w celu nawiązania kontaktu z naszymi pacjentami i kontynuowania rehabilitacji. Kilka razy w roku korzystam z konferencji i sympozjów naukowych i występuję z własnymi pracami. Wiedzę z każdej z tych dziedzin wykorzystuję w pracy z pacjentami i w prowadzonych szkoleniach dla naszego zespołu.

Staram się stale mobilizować mój zespół do realizowania kolejnych celów. Również wiedza zdobywana przez moje koleżanki na różnych kursach, specjalizacjach i konferencjach jest przekazywana w formie prezentacji i dyskusji na szkoleniach wewnątrz oddziałowych. Jestem z nich bardzo dumna, ponieważ każda podjęła się ukończenia specjalizacji. W przyszłym roku 100% zespołu pielęgniarskiego Kliniki Ortopedii i Traumatologii SPSK Nr 1 uzyska tytuł specjalisty z dziedziny pielęgniarstwa. Ich wiedza, umiejętności i zaangażowanie przekładają się na jakość świadczonych usług w naszej Klinice. Teraz ja trzymam za wszystkie kciuki.

K.M. - Czego możemy życzyć Pani, oprócz rzecz jasna dalszych sukcesów na niwie naukowej?

Dr A. J. - Jeśli mogę mieć życzenie, to przede wszystkim proszę mi życzyć zdrowia i dobrych ludzi wokół. To pozwala przetrwać różne kryzysy i daje siłę do realizowania kolejnych celów.

Ja natomiast życzę wszystkim pielęgniarkom uśmiechu, bo tego brakuje naszym pacjentom i nam w naszych relacjach, satysfakcji z wykonywanej pracy, spełnienia w poszukiwaniu i realizacji celów i oby tych celów zawodowych było trochę więcej, także tych naukowych.

Bardzo dziękuję!

K.M. - Dziękuję bardzo za udzielenie wywiadu. Życzę dalszych sukcesów i oby Pani postawa była wzorem do naśladowania dla koleżanek i kolegów pracujących w naszym zawodzie!

Wywiad z dr Aliną Jurewicz przeprowadziła

Katarzyna Mandes – Komisja ds. biuletynu

Po obronie - gratulacje od SIPiP

UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Informacje z działalności Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu
ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58
90-136 Łódź, Tel. 42 678 87 53, fax. 42 678 03 67 email: dorota.kilanska@umed.lodz.pl

Witamy w czwartym wydaniu informacji z zakresu prac prowadzonych przez Centrum dla rozwijania międzynarodowego standardu praktyki pielęgniarskiej - ICNP®. Sprawozdanie z działalności Centrum obejmuje okres wrzesień – grudzień 2013 r. Zapraszamy do zapoznania się z wydarzeniami dotyczącymi upowszechniania wiedzy i informacji dotyczących pokazania pracy pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia. Wspólnie z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim, samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych oraz Departamentem Pielęgniarek i Położnych podejmowane są działania mające na celu nie tylko przybliżenie pielęgniarkom idei wprowadzenia słownika do praktyki, ale również przygotowania strategii implementacji na poziomie kraju, w tym przede wszystkim podmiotów leczniczych. W ostatnim roku podejmowano szereg aktywności, które szczegółowo pokazano w terminarzu znajdującym się na stronie www Centrum. Znaczące dla środowiska było opracowanie architektury karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, przygotowanie przez Radę pracującą w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz narzędzia, które będzie wspierać budowanie katalogów planów opieki dla potrzeb dokumentowania międzynarodowego podstawowego zbioru danych o pielęgniarstwie (I-NMDS, International Nursing Minimum Data Set).

Podpisano także pierwsze dwie umowy dotyczącą rozwijania Klasyfikacji przez podmioty kształcące pielęgniarki, także w zakresie prowadzenia pilotażu.

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółowymi informacjami pokazującymi zaangażowanie liderów pielęgniarstwa we wdrożenie ICNP® do praktyki.

Dorota Kilańska - Dyrektor ACBiR ICNP® przy UM w Łodzi

Opinia na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie

Dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
tel. 600062588; e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Kraków, dnia 2012-10-18

Pani
Jolanta Skolimowska
Zastępca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Dyrektor,

w odpowiedzi na pismo z dnia 11.10.2012 roku (MZ-PP-875-8306-2/BW/12) w sprawie opinii na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej, w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie, przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi (ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz.1039 oraz rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego – Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego i badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Z przytoczonych regulacji prawnych wynika, że wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę/położną w ramach świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego. Zasadność wprowadzenia takiego uregulowania wynikała z braku przygotowania pielęgniarek/położnych do realizacji tych świadczeń w ramach kształcenia zawodowego.

Transformacja kształcenia pielęgniarek/położnych, a z nią związane zmiany w standardach kształcenia na tych kierunkach studiów, umożliwiły wprowadzenie zajęć przygotowujących absolwentów do badania fizykalnego.

Od roku akademickiego 2007/2008 na kierunkach studiów pielęgniarstwo i położnictwo – studia I stopnia, uczelnie są zobowiązane do realizacji 45 godzin zajęć dydaktycznych z przedmiotu Badanie fizykalne.

Treści przedmiotu na kierunku pielęgniarstwo obejmują: badanie przedmiotowe i podmiotowe niemowląt i dzieci oraz osób dorosłych - stanu psychicznego, stanu ogólnego, skóry, oczu, uszu, jamy ustnej, gardła, szyi, klatki piersiowej, płuc, gruczołów piersiowych, układu sercowo-naczyniowego, brzucha, męskich narządów płciowych, żeńskich narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego oraz układu nerwowego. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent studiów pielęgniarskich posiada umiejętności i kompetencje w zakresie; rozumienia i rozpoznawania odrębności w badaniu dziecka i niemowlęcia; wykorzystywania metod i technik w badaniu przedmiotowym i podmiotowym; przeprowadzenia wywiadu; interpretowania dostępnych wyników w badaniu fizykalnym; wykorzystywania wyników do rozpoznawania problemów zdrowotnych; dokumentowania przeprowadzonego badania.

Treści kształcenia na kierunku położnictwo z przedmiotu badanie fizykalne obejmują: badanie przedmiotowe noworodków, niemowląt oraz osób dorosłych - stan psychiczny, stan ogólny, skóra, oczy, uszy, jama ustna, gardło, szyja, klatka piersiowa, płuca, gruczoły piersiowe, układ sercowo-naczyniowy, brzuch, męskie narządy płciowe, żeńskie narządy płciowe, obwodowy układ krążenia, układ mięśniowo-szkieletowy, układ nerwowy. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent położnictwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie: przeprowadzenia badania fizykalnego u pacjenta - noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej - zgodnie z obowiązującymi zasadami; interpretowania uzyskanych wyników badań.

Zarówno treści jak i efekty kształcenia na studiach I stopnia – kierunek pielęgniarstwo i położnictwo zostały określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki – Dz. U. 2007.164.1166.

W związku z wprowadzeniem Krajowych Ram Kwalifikacji od roku akademickiego 2012/2013 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo realizowany jest program zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku (Dz. U. z dnia 5.06.2012 r, poz. 631). Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują:

– w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
– w zakresie umiejętności: przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarskiej i jej dokumentowania; rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym; wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo –szkieletowego i układu nerwowego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta; wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczy pacjentów samobadania piersi.

Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku położnictwo obejmują:

– w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki położniczej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego przy dokonywaniu oceny stanu zdrowia podopiecznej,
– w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie fizykalne, rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senium; rozpoznaje proces chorobowy i nieprawidłowości w budowie morfologicznej i anatomicznej w trakcie badania fizykalnego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i wykorzystuje do oceny stanu zdrowia noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senium; stosuje odpowiednie metody i techniki badania fizykalnego w zależności od stanu podopiecznej oraz różnic kulturowych i religijnych.

Z przedstawionej analizy wynika, że absolwenci kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, którzy ukończyli studia I stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe. Zakres tych świadczeń powinien być uwzględniony z przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia nowej wersji rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Specjalistyczne świadczenia diagnostyczne powinny być realizowane przez pielęgniarki/położne po ukończeniu kształcenia podyplomowego. Ich rodzaj i zakres wymaga analizy i uwzględnienia w nowych programach kształcenia podyplomowego.

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie pobierania i oznaczenia przez pielęgniarkę badań laboratoryjnych w oddziałach szpitalnych

Na prośbę zainteresowanych przypominamy raz jeszcze

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecania lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Samodzielne wykonywanie przez pielęgniarkę badań diagnostycznych zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540). § 1 pkt 2 lit. c-h przywołanego rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona jest do wykonywania samodzielnego bez zlecenia lekarskiego czynności wskazanych w cytowanym wyżej rozporządzeniu. Należą do nich:

» kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiału do badań diagnostycznych pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
» kierowanie na badania lub pobieranie materiału do badań bakteriologicznych (mocz, kał, plwocinę, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny) pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
» wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
» oznaczenia glikemii za pomocą gleukometru,
» wykonywania pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnografii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Załącznik nr 1 do przywołanego rozporządzenia wskazuje, że pielęgniarka jest uprawniona do samodzielnego pobierania krwi, ale nie jest uprawniona do samodzielnego wykonania badania krwi i materiałów oraz autoryzacji wyników badań. Zgodnie z art. 2 pkt 4 i art. 6 i 6a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U.Nr 144, poz. 1529 z późniejszymi zmianami) do wykonania badania uprawniony jest wyłącznie diagnosta laboratoryjny lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie przydatnej w diagnostyce, licencjat analityki medycznej oraz osoba posiadająca studia wymienione w art. 7 ust 1 pkt 2 ustawy i mając prawo do podjęcia kształcenia podyplomo-

wego. Autoryzację wyniku badań może przeprowadzić tylko i wyłącznie diagnosta lub lekarz z odpowiednią specjalizacją. Pobrany przez pielęgniarkę materiał do badań powinien być przekazany do badań diagnostycznych. Wykonywanie przez pielęgniarkę badań między innymi tj. oznaczenie równowagi kwasowo-zasadowej, elektrolitów jonogram w oddziałach szpitalnych stanowi naruszenie art. 6 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, który wskazuje, że czynności diagnostyki laboratoryjnej muszą być wykonywane w laboratorium.

Kraków, 14.11.2012 r
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia w sprawie pełnienia dyżuru przez pielęgniarki anestezjologiczne w Oddziale Intensywnej Terapii w soboty, niedziele i święta

Ustawa o Zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób u ludzi z 5 grudnia 2008 r. Art.11 i Art.14 wskazuje, iż kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz do wdrożenia i zapewniania funkcjonalnego systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Jednym z elementów bezpieczeństwa pacjenta i personelu, a także wdrożenie skutecznych metod prewencji zakażeń. Zasady i metody prewencji zakażeń przenoszonych drogą kontaktową wskazują na bezwzględne stosowanie odzieży ochronnej jednorazowej (czapka, maska, fartuch, rękawice) przez wszystkie osoby wchodzące w strefę izolacji pacjenta. Bezpośrednio po opuszczeniu tej strefy, środki ochrony winne być usunięte do pojemnika na odpady skażone, a ręce poddane procedurze dezynfekcji. Personel medyczny świadczący usługi pielęgnacyjno-lecznicze dla pacjenta jest zobowiązany do przestrzegania reżimu sanitarno-epidemiologicznego, w szczególności w zakresie zasad higieny i ochrony osobistej. Oddział Intensywnej Terapii jest miejscem podwyższonego ryzyka epidemiologicznego i bezwzględnego zachowania procedur ograniczających ryzyko przeniesienia drobnoustrojów i ich rozprzestrzeniania się w środowisku. Ograniczenie ilości personelu mającego kontakt z pacjentem, z tego powodu jest wskazany i może znacznie wpłynąć na stan leczonych pacjentów. Mając na uwadze powyższe, uważam, iż udział personelu pielęgniarskiego anestezjologicznego w opiece nad pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii wymaga bezwzględnego stosowania zasad reżimu sanitarno- epidemiologicznego w zakresie środków, odzieży ochronnej i metod w prewencji zakażeń.

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego
mgr Bożena Prządka

Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek)

Ministerstwo Zdrowia Departament Matki i Dziecka

Departament Matki i Dziecka rekomenduje wyłącznie karmienie piersią, jako optymalny i wzorcowy sposób żywienia niemowląt do ukończenia 6 miesiąca życia oraz kontynuację karmienia piersią przy jednoczesnym podawaniu pokarmów uzupełniających nawet do ukończenia przez dziecko drugiego roku życia i dłużej*. Jeśli z obiektywnych powodów nie ma możliwości podania dziecku mleka matki biologicznej, wówczas sztuczna mieszanka, dobrana stosownie do sytuacji klinicznej dziecka, jest akceptowalnym rozwiązaniem. Jednakże karmienie preparatami zastępującymi mleko kobiece (sztucznymi mieszankami) łączy się ze zwiększonym ryzykiem infekcji u niemowląt między innymi: przewodu pokarmowego oraz zapalenia ucha. Karmienie piersią jest jednym naturalnym sposobem żywienia niemowląt i żaden preparat zastępujący mleko kobiece nie posiada identycznych właściwości, co mleko kobiece, dlatego sformułowania takie jak: naturalny, fizjologiczny, inspirowany mlekiem matki, humanizowany, umatczyniony, bliski lub najbliższy mleku matki, wzorowany na mleku matki - mogą zostać uznane za wprowadzające w błąd konsumenta sugerując równoważność (lub podobieństwo) preparatu mlekozastępczego z mlekiem kobiecym i karmieniem naturalnym. Karmienie piersią odgrywa ważną rolę w profilaktyce zdrowotnej, w tym w zapobieganiu cukrzycy oraz otyłości u dzieci, młodzieży i w dorosłym życiu, a także astmy i atopowego zapalenia skóry. Obniża również ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt (SIDS).Departament Matki i Dziecka jednocześnie zaznacza, że powinno się szanować wybór kobiet, które rezygnują z karmienia piersią ze względów innych niż medyczne, jeżeli są świadome ryzyka związanego z karmieniem sztucznym oraz z konsekwencji ekonomicznych.

*zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia. Jednocześnie Amerykańska Akademia Pediatrii zaleca wyłączne karmienie piersią przez 6 miesięcy życia dziecka i kontynuację karmienia co najmniej do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia lub dłużej.

Opinia w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika w systemie ochrony zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
Departament Spraw Obronnych,
Zarządzania Kryzysowego Ratownictwa Medycznego
i Ochrony Informacji Niejawnych

Pani Joanna Walewander
Sekretarz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
Szanowna Pani Sekretarz!

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 października 2013r. w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w systemie ochrony zdrowia, Departament Spraw Obrony, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych uprzejmie informuje, co następuje.

Zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz.757) należy wskazać, że ratownik medyczny wykonuje zawód w warunkach pozaszpitalnych w ramach zespołów ratownictwa medycznego. Ponadto na podstawie rozporządzenia z dnia 3 listopada 2011r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2011 r. Nr 237, poz. 1420), ratownik medyczny wchodzi w skład zasobów kadrowych szpitalnych oddziałów ratunkowych. Obowiązujące regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala innych, niż szpitalny oddziała ratunkowy.

Dodać jednak trzeba, że zgodnie z brzmieniem art.12 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. Nr 208. poz. 12410) ratownik górski i ratownik narciarski posiadający uprawnienia ratownika medycznego, o którym jest mowa w art.10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11. ust. 2 tej ustawy. Dodatkowo zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208. Poz. 1240) ratownik wodny, posiadający uprawniania ratownika medycznego przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11. ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z powyższego wynika, że ratownik medyczny może wykonywać swój zawód nie tylko w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, ale także w ramach ratownictwa górskiego, narciarskiego, wodnego.

Jednocześnie ratownik medyczny może brać udział w zabezpieczeniu imprez masowych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U. poz. 181). Na podstawie ww. rozporządzenia ratownik medyczny może być członkiem zespołu wyjazdowego, patrolu ratowniczego oraz punktu pomocy medycznej i w tych jednostkach może udzielać świadczeń zdrowotnych, w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych, z wykorzystaniem określonych w rozporządzeniu produktów leczniczych i wyborów medycznych.

Biorąc pod uwagę zakres umiejętności ratownika medycznego wynikający z toku kształcenia, które już wkrótce (od roku akademickiego 2013/2014) prowadzone będzie jedynie na poziomie szkół wyższych, w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania tego zawodu poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego i wskazanymi wyżej jednostkami. Prace nad sformułowaniem stosownych przepisów w nowelizowanej obecnie ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym są w toku, a ich ostateczny kształt będzie znany po zakończeniu procedury legislacyjnej i wejściu nowelizacji w życie.

Z poważaniem
Dyrektor
Departamentu Spraw Obronnych
Zarządzania Kryzysowego Ratownictwa
Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych
Ministerstwa Zdrowia
Arkadiusz Kankowski

Korespondencja w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w systemie ochrony zdrowia

Informacja Sekretarz NRPiP na temat odpowiedzi z MZ

Z pisma z MZ wynika, iż obowiązujące aktualnie regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy, na co zwracała również uwagę Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Jednocześnie w związku z informacją zawartą w piśmie z MZ wskazującą, iż w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania zawodu ratownika medycznego również poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego i zamiarem wprowadzenia zapisów w powyższej kwestii w nowelizowanej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym pragnę zaznaczyć, iż w ramach nowelizacji powyższej ustawy NRPiP będzie wnioskowała o utrzymanie dotychczasowych zapisów w przedmiotowej ustawie, które nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy.

Z poważaniem
(-) Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

Wykonywanie zawodu przez pielęgniarkę i położną w ramach wolontariatu (opinia NRPiP)

Zgodnie z art. 19 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U.Nr74,po 1039 ze zm.), pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód: w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej, w ramach wolontariatu, w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust.2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Pielęgniarka i położna mogą więc wykonywać zawód w formie wolontariatu. Niemniej jednak należy pamiętać, iż taka praca może być świadczona wyłącznie na rzecz podmiotów wskazanych w art. 42 ust.1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jedn. Dz. U. z 2010r. Nr 234, poz.1536 z późn. zm.).

Wolontariusze mogą bowiem wykonywać świadczenia wyłącznie na rzecz:

1) organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 w zakresie ich działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
2) organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
3) jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej,
4) podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej zwanych dalej ,,korzystającymi".

A zatem w szczególności podmioty lecznicze posiadają statut korzystającego w rozumieniu ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie i pielęgniarka, położna może wykonywać zawód w ramach wolontariatu na rzecz podmiotu leczniczego.

Pamiętać należy natomiast, iż wykonywane przez pielęgniarkę, położną czynności zawodowe, muszą odpowiadać zakresowi zadań, które wynikają z art.4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o tych zawodach (Dz .U. Nr 174, poz.1039 ze zm.).

Ponadto należy pamiętać, iż w myśl art.44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010r. Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.), świadczenia wolontariuszy są wykonywane w zakresie, w sposób i w czasie określonym w porozumieniu z korzystającym. Na żądanie wolontariusza korzystający jest zobowiązany potwierdzić na piśmie treść powyższego porozumienia, a także wydać pisemne zaświadczenie o wykonaniu świadczeń przez wolontariusza (w tym zakresie wykonywanych świadczeń). Na prośbę wolontariusza korzystający może przedłożyć pisemną opinię o wykonaniu świadczeń przez wolontariusza. Jeżeli świadczenie to wykonywane jest przez okres dłuższy niż 30 dni, porozumienie powinno być sporządzone na piśmie. Tym samym dla uznania, iż pielęgniarka, położna wykonywała zawód w ramach wolontariatu, konieczne będzie potwierdzenie zakresu udzielanych przez nią świadczeń zdrowotnych w ramach wolontariatu na podstawie wskazanych wyżej dokumentów.

W przeciwnym razie będzie ona zobowiązana odbyć przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu. Zgodnie bowiem z art. 26 ust.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej osoby, które nie wykonują zawodu łącznie przez dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat ,a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych oraz odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonania odpowiednio zawodu pielęgniarki i położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym, zwanej ,,opiekunem". W myśl art. 26 ust.2 powyższej ustawy, okręgowa rada pielęgniarek i położnych określi miejsce, czas trwania i program przeszkolenia dla pielęgniarki lub położnej.

Mgr na pieczątce

Pytania i odpowiedzi

Pracuję w szkole jako pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania. Kilka lat temu uzyskałam tytuł mgr pedagogiki, specjalność edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień. Czy mam prawo używać tytułu mgr na pieczątce?

Odpowiedź NIPiP:

W odpowiedzi na zapytanie dotyczące możliwości używania tytułu magistra pielęgniarstwa w przypadku ukończenia studiów magisterskich na kierunku pedagogicznym, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z normami art. 8 ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „pielęgniarka" albo „pielęgniarz", „położna" albo „położny".

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej. Szkołą pielęgniarską jest szkoła wyższa prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie: studiów pierwszego stopnia i studiów drugiego stopnia (art. 52 ww. ustawy). Położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu

szkoły położnych. Szkołą położnych jest szkoła wyższa prowadząca kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie: studiów pierwszego stopnia i studiów drugiego stopnia (art. 53).

Ponadto w myśl § 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 września 2011 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu (Dz. U. z 2011, Nr 196, poz. 1167) absolwentom studiów pierwszego stopnia nadaje się tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa – po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Natomiast absolwentom studiów drugiego stopnia nadaje się tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa – po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo (§ 3 ww. rozporządzenia).

Należy również podkreślić, iż zgodnie z § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010, Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis.

Przedmiotowa kwestia była również tematem dyskusji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która uregulowała ją w sposób jednoznaczny uchwałą nr 113/VI/2013 z dnia 16 września 2013 r. w sprawie treści pieczątki pielęgniarki lub położnej. Zgodnie z § 1 ww. uchwały pieczątka pielęgniarki lub położnej zawiera następujące dane:

1) imię i nazwisko,
2) tytuł zawodowy,
3) magister pielęgniarstwa lub magister położnictwa,
4) licencjat pielęgniarstwa lub licencjat położnictwa,
5) pielęgniarka dyplomowana lub położna dyplomowana,
6) pielęgniarka lub położna,
7) uzyskane specjalizacje,
8) numer prawa wykonywania zawodu.

Posługiwanie się tytułem magistra dotyczącym tytułu zawodowego magistra innego niż pielęgniarstwo kierunku studiów mogłoby wprowadzać w błąd pacjentów, gdyż sugerowałoby, iż osoba taka jest magistrem pielęgniarstwa.

Na pieczątce pielęgniarskiej powinny się więc znaleźć informacje określone w ww. uchwale. Natomiast tytuł magistra na kierunku pedagogika może być uznany w świetle rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2002 r., Nr 173, poz. 1419 z późn. zm.) za posiadanie wykształcenia wyższego w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, uprawniającego do podjęcia kształcenia w celu uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub zdrowia publicznego.

Z wyrazami szacunku
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Treść listu nadesłanego do NIPiP

Czy na świadectwie pracy musi być informacja o tym, że pracowałam w narażeniu na promieniowanie jonizujące?

Odpowiedź NIPiP:

W odpowiedzi na pytanie dotyczące umieszczania na świadectwie pracy wzmianki o pracy pod wpływem promieniowania jonizującego, wyjaśniam, co następuje:

Zgodnie z treścią Załącznika do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz.U.1983.8.43 z pózn. zm.) do ww. prac należą prace narażające na działanie promieniowania jonizującego oraz prace narażające na działanie pól elektromagnetycznych w zakresie od 0,1 do 300.000 MHz w strefie zagrożenia (Dział XIV. Prace różne pkt. 4). Praca taka winna być wymieniona na świadectwie pracy wraz z wyszczególnieniem okresu wykonywania pracy oraz jej rodzaju i zajmowanego stanowiska.

Z poważaniem

(-) Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

Plan porodu obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą

Treść listu nadesłanego do NIPiP:

Jestem położną rodzinną od III 2013r. Moja propozycja dotyczy dokumentacji jaka powinna prowadzić położna środowiskowa. Zwłaszcza zależy mi na planie porodu. Ja poświęcam moim podopiecznym b. dużo czasu i swojej energii, aby opracować rzetelnie i wspólnie z małżonkami plan porodu, a potem na patronażu dowiaduje się, że w szpitalu na bloku porodowym nikt nawet nie zapytał o plan i pacjentki są bardzo zawiedzione, że tyle czasu poświęciły na jego wypełnienie, a w konsekwencji nikt dosłownie nikt na niego nie spojrzał. Dlaczego przepisy nie obowiązują wszystkie placówki jednakowo. Z poważaniem położna środowiskowa.

Odpowiedź NIPiP:

Szanowna Pani,

W odpowiedzi na pismo w sprawie planu porodu, który powinien obowiązywać wszystkie placówki lecznicze, uprzejmie wyjaśniam.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U.2012.1100) wydane jest na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (j.t. Dz.U.2013.217) i obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, czyli podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy oraz lekarza, lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy. Powyższe obowiązuje także położną, gdyż w cytowanej ustawie jest zapis: ilekroć w ustawie jest mowa o pielęgniarce, rozumie się przez to także położną.

Należy podkreślić, iż standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z delegacją dla ministra zdrowia zawartą w art. 22, zostają wydane w celu potrzeby zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

W związku z tym, że przedmiotowe rozporządzenie obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, należy informować kobiety w ciąży, aby zgłaszając się do porodu w podmiotach leczniczych brały ze sobą plany porodu i żądały ich realizacji.

Z poważaniem

Joanna Walewander

Sekretarz NRPiP

Podawanie choremu przez pielęgniarkę antybiotyku podczas trwania zabiegu operacyjnego

Treść pytania nadesłanego do NIPiP:

Bardzo proszę o wypowiedź na temat podawania antybiotyku na bloku operacyjnym przez pielęgniarkę operacyjną - instrumentariuszkę, pacjentowi mającemu zabieg w znieczuleniu miejscowym. Czy nie powinna tego wykonać pielęgniarka anestezjologiczna?

Odpowiedź NIPiP:

W związku z otrzymanym zapytaniem uprzejmie informuję, iż NRPiP wystąpiła do Pani dr hab. n. med. Marii Teresy Szewczyk - Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego w sprawie zajęcia stanowiska w kwestii, czy jest dopuszczalne podawanie antybiotyku na bloku operacyjnym przez pielęgniarkę operacyjną – instrumentariuszkę pacjentowi mającemu zabieg w znieczuleniu miejscowym oraz, czy nie powinna powyższej czynności wykonać pielęgniarka anestezjologiczna.

Odpowiedź Konsultanta:

Stanowisko w sprawie podania choremu antybiotyku przez pielęgniarkę podczas trwania zabiegu operacyjnego.

Na podstawie obecnie obowiązujących przepisów podczas zabiegu operacyjnego w czynnościach związanych z podawaniem płynów, krwi, leków, środków poza lekarzem anestezjologiem uczestniczy pielęgniarka anestezjologiczna (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15). Pielęgniarka ta współpracuje także podczas znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego z lekarzem anestezjologiem, dotyczy to również znieczuleń miejscowych, regionalnych wykonywanych poza blokiem operacyjnym. W zakresie wykonywania przez pielęgniarkę zleceń lekarskich, należy kierować się także zapisem art. 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który określa, że pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, wyjątek stanowić mogą zlecenia wykonywane w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oznacza to, że płyny, leki itp. w tym również antybiotyk podczas zabiegu operacyjnego podaje pielęgniarka anestezjologiczna zgodnie z przepisami prawa.

Reasumując, pielęgniarki operacyjne w czasie trwania operacji zajmują się instrumentowaniem i w pierwszeństwie wykonują zadania związane z asystowaniem chirurgowi; pielęgniarka anestezjologiczna uczestniczy w znieczuleniu ogólnym i miejscowym współpracując z lekarzem anestezjologiem. Jak na wstępie, zadania dotyczące prowadzenia zabiegów operacyjnych precyzuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15) w tym § 9, w szczególności pkt. 9 oraz 10, dostęp: www.mz.gov.pl.

(-) dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK

Konsultant Krajowy w dziedzinie

pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego

Osobiste doświadczenia i spostrzeżenia z życia codziennego i pracy pielęgniarki w Australii Zachodniej

Wiadomości te zostały spisane na podstawie relacji naszej koleżanki pielęgniarki Barbary Woloszyn.

Pani Basia wyjechała z Polski 30 lat temu. Pracuje jako pielęgniarka w Australii Zachodniej, która jest jednym z 6 stanów Australii. Australia to piękny kraj, liczy sobie 7,7 miliona km2, ma ponad 20 mln ludności, zagęszczenie 3 osoby na km2. Jest monarchią konstytucyjną ze stolicą w Canberry.

Jak funkcjonuje system opieki zdrowotnej w Australii

Medicane to instytucja podobna do polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia, która pełni kompleksową opiekę nad obywatelami Australii. Finansowana jest w sposób centralny oraz od odpisów od zarobków w wysokości 1,5%. Natomiast przy zarobkach 150 tysięcy AUD rocznie, koszty opieki medycznej pokrywają w całości pacjenci.

Opieką medyczną objęci są obywatele posiadający pobyt stały lub obywatelstwo australijskie. System jest wygodny dla wszystkich. Pacjenci mają prawo wybierać lekarzy i zasięgać dodatkowo opinii u 2 lub 3 specjalistów.

Są również udogodnienia przy opłatach za wizyty specjalistyczne. Kwota podlegająca refundacji przez Medicane jest automatycznie uwzględniana przy rachunku. Przy usługach stomatologicznych, ludziom mniej zarabiającym przysługuje refundacja w kwocie 4 tys. AUD rocznie.

Rząd Australii dużą kwotę przeznacza na profilaktykę. Istnieją poradnie opiekujące się rodzinami w różnych dziedzinach. W poradniach tych udziela się informacji i prowadzi szkolenia.

Medicane organizuje również fizykoterapię. Osoby będące na zasiłku socjalnym w każdym stanie Australii otrzymują tę usługę bezpłatnie.

W przypadku chorób psychologicznych (depresje, stresy), Medicane opłaca 10 wizyt na rok dla każdego pacjenta, który posiada stały pobyt w Australii albo obywatelstwo.

Opieka szpitalna

W Australii istnieją szpitale państwowe, akademickie i prywatne.

Pielęgniarki w Australii zatrudnione są:

- na etacie bezpośrednio w szpitalu,
- za pośrednictwem agencji,
- przez bank pielęgniarek działający w poszczególnych szpitalach.

Agencje i banki zapewniają kompleksową obsługę pielęgniarską od obsługi w szpitalu do opieki indywidualnej w domu.

Czas pracy pielęgniarki wynosi 6, 8, 10 lub 12 godzin, w zależności od stopnia specjalizacji i obciążenia zawodowego. Od tego zależą też płace pielęgniarek.

W szpitalach państwowych na 1 pielęgniarkę przypada 4 pacjentów. W szpitalach prywatnych przypada 10 pacjentów na 2 pielęgniarki.

Nie ma pielęgniarek oddziałowych. Ich funkcję pełni jedna z pielęgniarek na dyżurze, wykonuje dodatkową pracę za dodatkowe pieniądze.

Każda agencja wyposaża zatrudnione pielęgniarki w swoje uniformy. Kolor uniformu określa stopień wykwalifikowania, np. biała bluzka na zamek błyskawiczny, z krótkim rękawem, z czarnym otokiem na kołnierzyku oznacza pielęgniarkę z szerokimi kompetencjami i umiejętnościami zawodowymi.

Lekarze noszą ubrania prywatne, rozpoznawani są na podstawie identyfikatorów.

W szpitalach państwowych odbywają praktyki zawodowe lekarze i pielęgniarki na zlecenie szkół. Pielęgniarki mogą również odbywać praktyki w szpitalach prywatnych pod ścisłym nadzorem.

Obowiązki pielęgniarki

1) Założenie karty choroby przy przyjęciu do szpitala.
2) Zapoznanie się z historią choroby pacjenta.
3) Podawanie zleconych przez lekarza leków.
4) Obserwacja pacjenta pod względem skuteczności leczenia.
5) Zmiana opatrunków.
6) Przygotowanie pacjenta do zabiegów.
7) Sporządzanie raportów z przebiegu dyżuru pisemnie i/lub w komputerze.
8) Do pracy na oddziale dziecięcym pielęgniarka musi posiadać odpowiednią licencję.
9) Ponadto każda pielęgniarka musi posiadać licencję zawodową, którą wystawia Nursing Bard, organizacja chroniąca prawa pacjenta.
10) Aby utrzymać uprawnienia, pielęgniarka musi co roku zdobyć określoną liczbę punktów i zdać egzamin organizowany przez Australia Nursing Federation.
11) Wskazane jest, aby pielęgniarki należały do organizacji chroniącej ich praw. Jedną z nich jest Australia Nursing Federation – Ochrona Prawna Pielęgniarek.
12) Roczny koszt utrzymania licencji pielęgniarki dyplomowanej wynosi około 1000 AUD. Koszt ten pielęgniarka pokrywa sama.

Szkolnictwo

1) System szkolnictwa jest płatny.
2) Wymagana jest znajomość języka angielskiego i anatomii na poziomie australijskiej szkoły średniej.
3) Nauka w szkole pielęgniarskiej trwa 2,5 roku i kończy się egzaminem.
4) Praktyki zawodowe można odbyć w różnych oddziałach szpitalnych w tym szpitalu psychiatrycznym, w domach opieki. Praktyki trwają od 6 miesięcy do 1 roku.
5) Samokształcenie podczas pracy zawodowej jest płatne przez pielęgniarkę.

Po ukończeniu np. kursu zdaje egzamin.

CIEKAWOSTKI Z PRACY PIELĘGNIARKI:

- » Pielęgniarka nie może dotykać pacjenta bez jego zgody.
- » Pielęgniarki nie powinny brać udziału w ratowaniu człowieka na ulicy.
- » Pacjent nie ma prawa czuć się obnażonym.
- » Wszelkie skargi na pielęgniarkę mogą spowodować utratę przez nią pracy, a nawet kwalifikacji zawodowych.

Pani Basia Wołoszyn wróciła do Australii do swojej rodziny i pracy. Jak stwierdziła sama zabiera ze sobą wspaniałe wspomnienia ze Szczecina i ze spotkania z naszymi koleżankami pielęgniarkami.

Wiadomości zebrała i opisała Izabela Piasecka

Komisja ds. biuletynu.

KOMUNIKAT NR I

IX Ogólnopolski Konkurs "Pielęgniarka Roku 2013"

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Koło Liderów Pielęgniarstwa
przy Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim PTP

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Koło Liderów Pielęgniarstwa przy **Mazowieckim Oddziale PTP**

zapraszają pielęgniarki do udziału

w IX Ogólnopolskim Konkursie

„Pielęgniarka Roku 2013"

Cel Konkursu: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i aktywnym zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego

Harmonogram Konkursu:

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach **do dn. 31.01.2014r.**
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 07.03.2014r. godz.12.oo**
- III etap – prezentacja własna (szczegóły **Komunikat nr 2, strona www.ptp.na1.pl)**

Informacje:

Jagoda Zielińska

tel. 22 326 55 21
kom. 511 451 292
e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

Załączniki:

1. Regulamin Konkursu
2. Karta Zgłoszenia Uczestnictwa Konkursu

Prosimy o rozpropagowanie informacji wśród zainteresowanych

Warszawa, 13 grudnia 2013 r.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny www.ptp.na1.pl
Al. Reymonta 8 lok 12 tel +48 22 398 18 72; fax: + 48 22 398 18 51; email: zgptpiel@gmail.com;
osoba do kontaktu: Jagoda Zielińska Koło Liderów MO PTP email: jagoda_zielinska@wp.pl , zgptpiel@gmail.com
OPP KRS 0000065610

Regulamin IX Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2013”

1. Zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.
4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.
5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczątką imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP adres na stronie: http://www.ptp.na1.pl/ - PTP - struktura w terminie **do dnia 31.01.2014 r.**

Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub biuroptp@gmail.com; fax 022 398 18 51. **Biuro czynne codziennie w godz. 8.00- 14.00.**

6. **Oddziały Wojewódzkie PTP** w terminie do **14.02.2014r.** przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem Komisji Konkursowej, w składzie której będzie przedstawiciel organizatorów, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.
11. Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.
12. Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.
13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania największej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do finału Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały taką liczbę punktów.
14. **Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.**
15. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
16. „Pielęgniarka Roku 2013” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego ZOZ laureata tytułu, a w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
17. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie www. Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego www.ptp.na1.pl.

Uchwała PZG PTP z dnia 16.12.2013 r.

Polish Nurses Association

KARTA ZGŁOSZENIA

UCZESTNIKA IX Ogólnopolskiego Konkursu

„PIELĘGNIARKA ROKU 2013”

1. Imię i nazwisko _____
2. Data urodzenia _____
3. Adres zamieszkania _____
   _____
4. Telefony kontaktowe _____
5. Adres e-mail _____
6. Miejsce pracy _____
   _ _____
7. Stanowisko _____
8. Staż pracy w zawodzie _____
9. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
   Tak * od kiedy _____

   Nie*

10. Działalność na rzecz pielęgniarstwa (przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.) z wyłączeniem obligatoryjnej przynależności do samorządu pielęgniarskiego:
    Tak* jaka _____
    _____
    _____

    Nie*

* odpowiedź zaznacz krzyżykiem

_____ _____

podpis i pieczęć przełożonego czytelny podpis kandydata

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatorów konkursu pod nazwą „Pielęgniarka Roku 2013” **i tylko na cele w/w konkursu** (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

* niepotrzebne skreślić

_____ _____

(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Polish Nurses Association

Pozostały tylko wspomnienia…

Z głębokim smutkiem informujemy, że odeszła od nas na wieczny dyżur mgr Benedykta Olszewska, była Naczelna Pielęgniarka w SP Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie

Pani mgr Benedykta Olszewska pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym podjęła w 1972 roku jako instruktorka ds. metodyczno-organizacyjnych. Wcześniej przez 11 lat uczyła młodzież trudnego zawodu pielęgniarki w Liceum Medycznym. Nowa praca dawała możliwości wykorzystania wiedzy wyniesionej ze szkolnictwa. Stwarzała okazję do działań organizacyjnych, wymiany doświadczeń między placówkami lecznictwa zamkniętego na terenie całego województwa i doskonalenia ich pracy we współdziałaniu z Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia.

W rok później, w związku z reorganizacją służby zdrowia, mgr Olszewska objęła stanowisko naczelnej pielęgniarki w Zespole Przychodni Wojewódzkich, które wkrótce zostały połączone ze szpitalem. Przez kilka pierwszych lat w skład szpitala wchodziła także Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego. Chodziło o lepsze wykorzystanie fachowej wiedzy i sprzętu będącego od tej pory w jednej gestii. Dla pielęgniarstwa oznaczało to dalsze podniesienie rangi samodzielnego zawodu i zatrudnienie zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

Z odejściem na emeryturę Pani Marii Sławeckiej, Benedykta Olszewska objęła stanowisko naczelnej pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. Oznaczało to także sprawowanie zwierzchnictwa nad pielęgniarstwem w przychodniach specjalistycznych, szpitalu i pogotowiu ratunkowym.

Na zdjęciu: w pierwszym rzędzie 6 od lewej mgr Benedykta Olszewska

Rozwój Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego wynikający z powstawania nowych oddziałów oraz postępu w naukach medycznych, wymagał także szybkiego rozwoju kadr pielęgniarskich.

Ambicją mgr Olszewskiej było zawsze dążenie do tego, aby pielęgniarstwo było zawodem samodzielnym. Nowe oddziały szpitalne wymagały specjalistycznego przeszkolenia nie tylko lekarzy, lecz także pielęgniarek. Najtrudniejsze było przygotowanie zespołów do wykonywania przeszczepów nerek. Wychowane i nauczone w duchu zupełnie innego pojęcia śmierci, uznawanej dopiero po zaprzestaniu pracy serca, pielęgniarki instrumentariuszki miały opory przed przystąpieniem do zabiegu pobierania nerki przy bijącym sercu. Naczelna pielęgniarka przyjęła ich stanowisko ze zrozumieniem. Opory pielęgniarek potraktowała przede wszystkim jako objaw myślenia. Obrano metodę cierpliwego wyjaśniania problemu śmierci, przekonywania o etyce przeszczepu, humanitarnej roli dawcy.

Nadal jednak brakowało pielęgniarek, a to zmuszało je do wyczerpującej pracy w nadgodzinach. Zadaniem naczelnej pielęgniarki było pozyskanie pracowników. Wykorzystywano możliwości zatrudnienia nawet uczennic, fundując im stypendia, rozbudowując miejsca hotelowe dla pielęgniarek spoza Szczecina. Na oddziałach brakowało także sanitariuszek. Wojewódzki Szpital jako pierwszy w kraju zainteresował się możliwościami, jakie dawały Ochotnicze Hufce Pracy. Koncepcję hufców w służbie zdrowia podpowiedziała mgr Benedykta Olszewska. Do prac porządkowych na oddziałach, poza zakaźnymi, pod kierunkiem pielęgniarek oddziałowych, przystąpiły piętnastoletnie dziewczęta, które dodatkowo uczyły się w szkołach podstawowych.

Głównym zadaniem mgr Olszewskiej jako pielęgniarki naczelnej była organizacja i pilnowanie przestrzegania zasad na wszystkich stanowiskach zawodowych, koordynacja działalności wielu służb. Dla Pani Olszewskiej równorzędnym zadaniem było zawsze szkolenie i doskonalenia kadr pielęgniarskich. Rozwój medycyny wymuszał nie tylko specjalizację lekarzy. Dotyczyło i nadal dotyczy to również pielęgniarek.

W pracy pielęgniarki naczelnej przydawały się pedagogiczne przyzwyczajenia i wyższe studia z zakresu pedagogiki opiekuńczej.

Mgr Benedykta Olszewska jako Naczelna Pielęgniarka była wymagająca, ale przede wszystkim życzliwa pielęgniarkom. Dbała o swój zespół, wymagała, kontrolowała, radziła, pomagała rozwiązywać problemy.

Po przepracowaniu wielu lat odeszła na zasłużoną emeryturę i na stałe wyjechała do Gdańska gdzie mieszkała do końca swoich dni.

Izabela Piasecka – Komisja ds. biuletynu

„Nikt z nas nie wie, kiedy świeca jego życia zgaśnie,
Pozostawiając bliskie osoby w otchłani rozpaczy...
Jedynie tylko pamięć o tych, co odeszli właśnie
Pozwala nam wiele zrozumieć i Bogu wybaczyć..."
H.G.

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że odeszła z naszego grona **Koleżanka Pielęgniarka Dorota Gut**. Na zawsze pozostanie w naszej pamięci…
Koleżanki pielęgniarki i położne z SPSK1 PUM w Szczecinie

„Nie umiera nikt, kto w naszych sercach pozostaje
Sprawiając, że miłość nasza ożywia wspomnienia...
I znów pamięć rzeczywistość oddaje
Wspólnie spędzone chwile ocalając od zapomnienia..."

Pełne żalu zawiadamiamy o śmierci naszej **Koleżanki ś.p. Doroty Gut**. Odeszła na swój ostatni dyżur pozostawiając rodzinę i nas w smutku. Dorotko, pamięć o Tobie pozostanie w naszych sercach i pamięci…
Koleżanki pielęgniarki z Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej SPSK1 PUM w Szczecinie

„Ci, którzy nas opuścili, nie odeszli,
są nadal z nami, są wciąż obecni, choć niewidzialni…"

Drogiej Koleżance **Annie Brzezińskiej** szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci Ojca składają Wiceprzewodnicząca Rady Anna Maria Król oraz pracownicy komórki organizacyjnej ds. szkoleń „Pelikan" przy SIPiP

„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje,
mimo wielkiej rozpaczy pozwala żyć dalej…"

Koleżance **Annie Brzezińskiej** wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci **Ojca**
składają koleżanki z Chóru Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych wraz z Dyrygent Agatą Pawłowską

„Nie odchodzi się tak naprawdę i zupełnie,
Bo mimo wszystko – pozostaje się czyjejś pamięci i czyimś czekaniu"

Koleżance **Małgorzacie Zabłockiej** z serca płynące wyrazy współczucia i otuchy z powodu tragicznej śmierci **Syna Aleksandra**
składają Naczelna Pielęgniarka Katarzyna Grabowiecka wraz z koleżankami pielęgniarkami z Oddziału Chirurgii Ogólnej 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

„Matka nie odchodzi nigdy.
Bez względu na to, co się stało,
stoi blisko, tuż za twoimi plecami.
Tylko nie możesz się do Niej przytulić..."

Koleżance **Elżbiecie Bielickiej** głębokie i szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Mamy** składa zespół pielęgniarek i położnych

„Gdy umiera ktoś bliski często żałujemy,
że nie zdążyliśmy mu czegoś powiedzieć…"

Koleżance **Barbarze Wesołowskiej** wyrazy współczucia z powodu zgonu **Teściowej** składają koleżanki z Kliniki Chirurgii Naczyniowej SPSK2 w Szczecinie

„Nie płaczcie po mnie…
Przecież jeszcze jestem ciągle wśród was…
W waszych sercach…
W waszych myślach…
Szczęśliwa…
Uwolniona od cierpień…"

Koleżance **Jadwidze Muraszka** z serca płynące kondolencje z powodu śmierci **Mamy** składają koleżanki z Kliniki Chirurgii Naczyniowej SPSK2 w Szczecinie

„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.

Koleżance **Małgorzacie Kuźmińskiej** szczere kondolencje z powodu śmierci bliskiej **Osoby** składają
Naczelny Pielęgniarz Jan Ślęzak i Pielęgniarka Przełożona Zofia Fiut z SPS ZOZ „Zdroje" w Szczecinie Zdrojach

„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
aż po niezmierzony czas…
A wspomnień nam nikt nie odbierze.
Zawsze będą z nami."

Drogiej Koleżance **Elżbiecie Kleczewskiej** serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci **Mamy** składają koleżanki wraz z Pielęgniarką Oddziałową z Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu
SPS ZOZ „Zdroje" w Szczecinie Zdrojach

„Nie odchodzi się tak naprawdę i zupełnie,
Bo mimo wszystko – pozostaje się czyjejś pamięci i czyimś czekaniu"

Drogiej Koleżance **Elżbiecie Sałacińskiej** wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci **Mamy** składają koleżanki z NZOZ AMIMED

„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci…"
Wisława Szymborska

Naszej drogiej Koleżance **Małgorzacie Babińskiej** wyrazy najgłębszego współczucia z powodu śmierci **Taty** składają Pielęgniarka Naczelna, pielęgniarka koordynująca oraz pielęgniarki i położne ze Szpitala św. Jerzego w Kamieniu Pomorskim

NASI ULUBIEŃCY…

Jeśli masz nietypowe zdjęcia swoich zwierzaków – przyślij.
Najciekawsze opublikujemy!

Na zdjęciach – psia mama o imieniu Kartonka i dwa wychowane przez nią kociaki – jako maluchy i w dorosłym życiu. Jak widać, miłość do zastępczej mamy nie przeminęła. W tym przypadku powiedzenie „jak pies z kotem" nie ma uzasadnienia…

Zdjęcia ze zbiorów
Kol. Jolanty Nowowiejskiej - Biegańskiej

NEU Professionals

Yeovil District Hospital NHS
NHS Foundation Trust

Nabór pielęgniarek do Yeovil District Hospital NHS – Wielka Brytania.
Warszawa 24 - 26 marca 2014r.
Kraków 28 - 30 marca 2014 r.

Dla naszego Klienta, publicznego szpitala Yeovil District Hospital NHS Foundation Trust (YDH) organizujemy **nabór pielęgniarek** doświadczonych na oddziałach:
Cardiologii | Intensywnej Terapii | Pogotowia Ratunkowego (Accident & Emergency) | Endoskopii Chirurgii | Bloku operacyjnym/anestezjologii | Oddziałach ogólnych dla dorosłych |

YDH jest w gronie **10 najlepszych szpitali NHS w Wielkiej Brytanii.** Regularnie otrzymuje miano „przyjaznego szpitala" oraz liczne nagrody za inwestycje w profesjonalny rozwój pracowników. Znajduje się 1 godz. od lotniska Bristol, w przepięknej, spokojnej okolicy, przyjaznej dla rodziny.

YDH oferuje:
- Wynagrodzenie Band 5 (w zależności od doświadczenia) pomiędzy £21,388 - £27,901 brutto rocznie
- Pakiet relokacyjny w kwocie £500
- Wyższe raty wynagrodzenia za weekendy i święta (+30% w soboty i + 60% w niedziele i święta)
- Umowy na czas nieokreślony na pełny etat + nadgodziny
- Płatny urlop min 27 dni rocznie, plan emerytalny NHS, elastyczne godziny pracy dla rodziców, bony na opiekę nad dziećmi i wiele innych dodatków
- Pełne wsparcie pracownika w rozwoju profesjonalnym oraz dalszej edukacji

YDH wymaga:
- Przynajmniej 12-miesięcznego doświadczenia w zawodzie
- Entuzjazmu i determinacji do pracy w NHS w Wielkiej Brytanii
- Rozpoczętej rejestracji w Nursing and Midwifery Council NMC
- Bardzo dobrej znajomości języka angielskiego (certifikaty nie są wymagane)

Ważna informacja:
NEU Professionals Ltd (nr rejestracyjny w UK 8814670) nie pobiera żadnych opłat ani prowizji od kandydatów, pośrednio lub bezpośrednio.

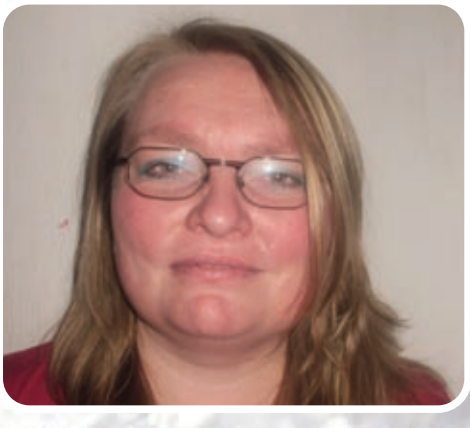
W celu uzyskania wiecej informacji oraz materiałów do przygotowania na rozmowy kwalifikacyjne zapraszamy do kontaktu. Kandydaci mogą przesyłać swoje aplikacje oraz CV w j.angielskim do:

NEU Professionals
Edyta Whelton
Tel.: (+44) 7781 461 852
E-mail: edyta@neuprofessionals.com
Skype: neuprofessionals, Facebook: NEUProfessionalsPL, Web: www.neuprofessionals.com

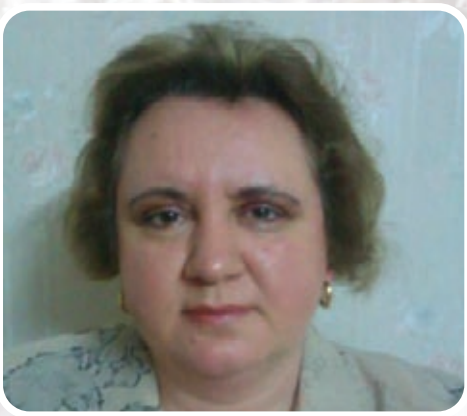
POZNAJMY SIĘ...

Imię: **Krystyna**
Nazwisko: **Mazurek**
Stanowisko pracy: **Przychodnia 109 Szpitala Wojskowego w Szczecinie Pielęgniarka Poradni Alergologicznej**
Jestem pielęgniarką ponieważ: **lubię pomagać chorym.**
Mój zawód jest dla mnie: **powołaniem; sama go wybrałam będąc jeszcze w szkole podstawowej.**
W pracy zawodowej chciałbym: **zniesienia połowy biurokracji, która odhumanizowała ten piękny zawód i czas na nią przeznaczony poświęcać pacjentom.**
Moim największym sukcesem jest: **powrót do zawodu po 13 latach przerwy i ukończenie studiów, które pozwalają na wykorzystywanie wiedzy do bezpośredniej edukacji pacjenta. Nie wszyscy w Polsce są lekarzami i pielęgniarkami!**
Postać którą bardzo cenię: **Stasia Cieszyńska (koleżanka z pracy - teraz 54 rok w zawodzie!) i.. wiele wspaniałych pielęgniarek, które poznałam na studiach, na których też się wzorowałam. Pozdrawiam!**
Moim największym marzeniem jest: **by trudny i odpowiedzialny zawód pielęgniarki był doceniany w Polsce nie tylko przez pacjentów...By nie wyjeżdżały, by tu realizowały swoją przyszłość.**
Najbardziej lubię kiedy: **kiedy jesteśmy szanowane (-ni) przez pacjentów i kiedy się dobrze o nas mówi.**
W wolnych chwilach: **interesuję się sztuką, słucham muzyki, spotykam się z przyjaciółmi, zajmuję się domem i ogrodem, zwyczajnie.**
Moim koleżankom i kolegom z pracy chcę powiedzieć, że **oprócz pracy trzeba mieć duchowe potrzeby, bo "sztuka obmywa nas z kurzu codzienności" (Pablo Picasso), a obcowanie z nią uczy wrażliwości tak potrzebnej w tym zawodzie!**

Imię: **Barbara**
Nazwisko: **Nowak**
Stanowisko pracy: **Pielęgniarka/ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Szczecinie**
Jestem pielęgniarką ponieważ: **namówiła mnie do tego mama.**
Mój zawód jest dla mnie: **ważną częścią mojego życia, dającą mi jednocześnie możliwość samorealizacji i niesienia pomocy innym.**
W pracy zawodowej chciałabym: **widzieć więcej radości na twarzach koleżanek i kolegów oraz zadowolenia u pacjentów.**
Moim największym sukcesem jest: **to, że udało mi się osiągnąć równowagę pomiędzy życiem rodzinnym a pracą. Z obu czerpię wiele radości i spotyka mnie dzięki nim dużo pozytywnych wzruszeń.**
Postać którą bardzo cenię: **miałam szczęście poznać wielu dobrych ludzi, którzy mnie inspirowali, ale nie chciałabym nikogo wyróżniać lub pominąć, więc na tym poprzestanę.**
Moim największym marzeniem jest: **nie mam wielkich marzeń. Cieszę się z każdego przeżytego dnia w zdrowiu i miłości.**
Najbardziej lubię kiedy: **moja rodzina jest w komplecie.**
W wolnych chwilach: **relaks w „zielonym azylu" na Wyspie Puckiej.**
Moim koleżankom i kolegom z pracy chcę powiedzieć, że **bardzo cenię ich za trud, jaki wkładają w pracę i cieszę się, że mogę z nimi pracować.**



Imię: **Alicja**
Nazwisko: **Księżak**
Stanowisko pracy: **Do 31.12.2013 R. Położna na Oddziale Położniczo – Noworodkowym 109 Szpital Wojskowy w Szczecinie Obecnie: Położna Środowiskowa Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy W Szczecinie**
Jestem pielęgniarką ponieważ: **to było moim marzeniem**
Mój zawód jest dla mnie: **największą pasją**
W pracy zawodowej chciałbym: **w dalszym ciągu doskonalić swoje umiejętności oraz realizować swoje zadania na najwyższym poziomie**
Moim największym sukcesem są: **moje dzieci**
Postać którą bardzo cenię: **prof. Władysław Bartoszewski**
Moim największym marzeniem jest: **własna szkoła rodzenia z profesjonalną poradnią laktacyjną**
Najbardziej lubię kiedy: **widzę uśmiech i zadowolenie moich pacjentek**
W wolnych chwilach: **spędzam czas z dziećmi**
Moim koleżankom i kolegom z pracy chcę powiedzieć, że **po burzy zawsze wychodzi słońce, trzeba walczyć o swoje szczęście**



Imię: **Judyta**
Nazwisko: **Bogucka**
Stanowisko pracy: **Pielęgniarka Operacyjna, 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią Sp Zoz w Szczecinie.**
Jestem pielęgniarką ponieważ: **zawsze chciałam pomagać innym ludziom**
Mój zawód jest dla mnie: **możliwością realizacji wybranej drogi**
W pracy zawodowej chciałbym: **osiągnąć jak najlepsze efekty satysfakcjonujące z dobrze realizowanej pracy**
Moim największym sukcesem jest: **moja rodzina**
Postać którą bardzo cenię: **dr n. med. Bożena Gorzkowicz i inne pielęgniarki zdobywające stopnie naukowe**
Moim największym marzeniem jest: **aby zawód pielęgniarki był bardziej doceniany i szanowany w naszym państwie**
Najbardziej lubię kiedy: **widzę efekty ciężkich, skomplikowanych operacji i mam możliwość pracy nowymi metodami, narzędziami i sprzętem operacyjnym**
W wolnych chwilach: **których mam za mało, spędzam je z rodziną**
Moim koleżankom i kolegom z pracy chcę powiedzieć, że **"Pamiętaj, że dobro powraca ze zdwojoną siłą, więc nie bój się pomagać innym"**