



DWUMIESIĘCZNIK, WYDAWANY PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 2451-4489

Lipiec - Sierpień 2022

DZIEŃ PIELEŃNIARKI 2022



NOWE PWZ



SYSTEM ZACHĘT





**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie:**

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25 /IV piętro/

Kontakt telefoniczny:
Tel. +48 34 324 51 12
Fax +48 34 361 30 18
Kom. 503 008 946
e-mail: sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.pl

Godziny pracy biura:

Pn - wt 7.00-16:00
Śr 7.00-17.00
Czw - pt. 7.00-15.30

Nr konta bankowego:

Millennium Bank
82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Księgowość:

Pn-wt-czw-pt
Tel. 510 893 392

Ośrodek szkoleniowy:

Pn, wt, pt 7:00 - 15:00
Śr 7:00 - 17:00
Czw 7:00 - 13:00
Tel. +48 34 324 51 12
Fax +48 34 361 30 18
Kom. 519 862 186
e-mail: szkolenia@oipip.czest.pl

Skarbnik ORPiP

Pn 14:00 - 17:00
Śr 12:00 - 17:00

Biblioteka:

Pn - wt 7.00-16:00
Śr 7.00-17.00
Czw - pt 7.00-15.30

**Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej**

dyżur pełni w pierwszą i trzecią
środę miesiąca: 15.00-17.00

Radca Prawny:

konsultacje (osobiste, telefoniczne, e-mail)
odbywają się tylko i wyłącznie po
wcześniejszym ustaleniu terminu drogą
telefoniczną pod nr tel. 34 324 51 12
środa 10.00 - 14.00.

Wydawca:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
42-200 Częstochowa ul. Pułaskiego 25 /IV piętro/
Kontakt telefoniczny:
Tel: +48 34 324 51 12
Fax+48 34 361 30 18
Kom. 503 008 946
e-mail: sekretariat@oipip.czest.pl

Zespół Redakcyjny:

Barbara Płaza
Marzena Maniszewska
Lidia Kucharska
Anna Kęsik

Druk:

Drukarnia Paula
www.drukarniapaula.pl
Tel. +48 34 366 90 46

Do użytku wewnętrznego.
Egzemplarze bezpłatne
dla członków OIPiP w Częstochowie.
Nakład: 500 egzemplarzy

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publicznych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-językowych. Za błędy powstałe podczas druku nie ponosimy odpowiedzialności.

SPIS TREŚCI

WOKÓŁ ZAWODU

- 3 NOWE PWZ
- 4 OPIEKA DŁUGOTERMINOWA - APEL
- 6 REFORMA POZ – KORZYŚCI DLA PACJENTA
- 7 SYSTEM ZACHĘT
- 7 PISMO
- 8 PRAWO DO STWIERDZANIA ZGONU
- 9 USTAWA O NAJNIŻSZYM WYNAGRODZENIU
W PODMIOTACH LECZNICZYCH
- 12 STANOWISKO 60, 61

INFORMACJE / DZIAŁALNOŚĆ ORPIP

- 15 SPRAWOZDANIE Z IX KONFERENCJI POLSKIEGO
TOWARZYSTWA PIELEŃNIARSTWA RATUNKOWEGO
- 17 PLANOWANE SZKOLENIA NA II PÓŁROCZE 2022 R,
ORGANIZOWANE PRZEZ OIPIP W CZĘSTOCHOWIE
- 19 PO CO PIELEŃNIARCE UBEZPIECZENIE – ODCINEK 1
- 19 WYCIĄG Z PROTOKOŁU Z POSIEDZENIA
PREZYDIUM I ORPIP
- 20 OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA OPIEKI
PALIATYWNEJ
- 21 DZIEŃ PIELEŃNIARKI 2022
- 23 CIĘŻKI POWRÓT Z WAKACJI
- 24 DEKONTAMINACJA ŚRODOWISKA SZPITALNEGO
- 26 KALENDARIUM
- 27 KONDOLENCJE
- 28 BEZPIECZEŃSTWO NA WAKACJACH

Słowo od Słowa

Słowa mają moc,
ale ludzie władze nad nimi!
Nie pozwól, aby te, które zraniły,
wiecznie zaprzętały Twoją głowę.
Zgubne są losy przyszłości,
która żyje przeszłością!

- rzekło Słowo do Człowieka
w nadziei, że coś się zmieni!!!

Słowo ma sprawczą moc, a zatem korzystajmy z tej
dobrej mocy słowa. Pozytywnym słowem wspierajmy
i motywujmy siebie i innych.
Zmieniając język zmieniamy myślenie o sobie i o życiu.

NOWE PWZ

Informacja w sprawie stosowania nowych wzorów dokumentów prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, prawa wykonywania zawodu położnej, ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki oraz ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej. Zgodnie z art. 73 ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1394 ze zm.) dokumenty publiczne wydawane na podstawie przepisów dotychczasowych, wytwarzane według wzoru określonego w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, które nie spełniają wymagań odnośnie do minimalnych zabezpieczeń określonych w niniejszej ustawie, mogą być nadal wydawane, w przypadku dokumentów publicznych kategorii pierwszej i drugiej, nie dłużej niż przez okres trzech lat od dnia wejścia w życie ww. ustawy tj. do 2022-07-12

Dokumenty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, prawa wykonywania zawodu położnej, ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki oraz ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej, stanowią dokumenty kategorii drugiej w rozumieniu ww. ustawy.

Stosownie do postanowień art. 12 pkt 2 ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021, poz. 1559) dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 41 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zachowują moc obowiązującą do dnia wejścia w życie nowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 41 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, jednak nie dłużej niż do dnia 11 lipca 2022 r.

Mając na uwadze powyższe regulacje, począwszy od dnia 12 lipca 2022 r. nie będzie możliwe wydawanie dokumentów:

- prawa wykonywania zawodu pielęgniarki,
- prawa wykonywania zawodu położnej,
- ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki
- ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej

wg wzoru określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2013 r. w sprawie wzorów dokumentów o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz. U. poz. 222).

Nowe wzory dokumentów wskazanych powyżej oraz szczegółowe rodzaje zabezpieczenia przed przerobieniem, podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną określa projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Prawo wykonywania zawodu położnej, Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej.

Zgodnie z projektem rozporządzenia dokumenty wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują ważność. Należy jednak podkreślić, że ani przepisy przywołanych wyżej ustaw, ani projekt rozporządzenia, nie przewidują podstawy normatywnej dla wydawania

dokumentów PWZ (lub ich duplikatów) wg dotychczasowych wzorów. Z dniem wejścia rozporządzenia w życie dokumenty PWZ pielęgniarki lub położnej będą mogły być wydawane wyłącznie wg nowych wzorów określonych w załącznikach do rozporządzenia. Zasada powyższa dotyczy wszystkich dokumentów PWZ, niezależnie od takich okoliczności, jak data ukończenia studiów, dnia złożenia wniosku o stwierdzenie lub przyznanie PWZ, czy też dnia podjęcia uchwały o stwierdzeniu lub przyznaniu PWZ przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych.

Wzór Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki:



Wzór Prawa wykonywania zawodu położnej:



Biorąc pod uwagę stosunkowo krótki okres pomiędzy przewidywanym wejściem rozporządzenia w życie oraz obowiązkiem stosowania nowych wzorów, wysoce prawdopodobne jest, że przez pewien okres nie będzie w ogóle możliwe wydawanie dokumentów PWZ z uwagi na brak fizycznej dostępności dokumentów wg nowo ustalonych wzorów. W takiej sytuacji, w okresie „przejściowym” zainteresowane pielęgniarki lub położne winny otrzymywać oryginał uchwały o stwierdzeniu lub przyznaniu prawa wykonywania zawodu lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu.

Komunikat Ministra Zdrowia

Warszawa, 07 lipca 2022 r.

Informuję, iż dokumenty prawa wykonywania zawodu - pielęgniarki, położnej i diagnosty laboratoryjnego mogą być wydawane wg dotychczasowych wzorów wyłącznie do dnia 12 lipca br. Natomiast po tym terminie, prawo wykonywania zawodu musi spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia finalizowane są prace, mające na celu przygotowanie nowych wzorów praw wykonywania zawodu - pielęgniarki, położnej oraz diagnosty laboratoryjnego w formie spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej, wykonanej z poliwęglanu, posiadającej zabezpieczenia zgodne z wymogami określonymi w ustawie z dnia

Wzór Ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki:



Wzór Ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej:



22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych. W związku z powyższym, do czasu wydania pielęgniarce, położnej lub diagnoście laboratoryjnemu dokumentu prawa wykonywania zawodu według nowego wzoru dokumentem potwierdzającym posiadanie prawa do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej oraz diagnosty laboratoryjnego będzie stosowna uchwała właściwej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych/Prezydium ORPiP - w przypadku pielęgniarce i położnych lub uchwała Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych - w przypadku diagnostów laboratoryjnych, stwierdzająca prawo wykonywania zawodu.

Piotr Bromber
Podsekretarz Stanu

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA - APEL

Opieka długoterminowa jest na skraju przepaści, a zapowiadany od 1 lipca kolejny wzrost minimalnych stawek wynagrodzeń w ochronie zdrowia doprowadzi do jej upadku - twierdzą przedstawiciele organizacji branżowych apelując o naprawę sytuacji w sektorze opieki nad osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi.

DRAMATYCZNA SYTUACJA W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

- APEL DO NAJWAŻNIEJSZYCH OSÓB W POLSCE O RATUNEK

Pod Apelem podpisali się przedstawiciele: Ogólnopolskiego Porozumienia Świadczeniodawców Fizjoterapia Plus, Krajowej Izby Domów Opieki, Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej, Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia oraz Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń. Wg sygnatariuszy Apelu jedyną szansą na uratowanie opieki długoterminowej jest pilne podjęcie prac legislacyjnych i wzrost finansowania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.

- Jesteśmy świadomi potrzeb płacowych wszystkich grup zawodowych w ochronie zdrowia, ale nie możemy się zgodzić, żeby zapowiadana zmiana odbyła się ponownie kosztem opieki długoterminowej - mówi Magdalena Osińska-Kurzywik, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” i dodaje - Poprzedni wzrost płac minimalnych miał miejsce niecały rok temu i dzisiaj wiemy, że drugiej tak gwałtownej zmiany na rynku pracy opieka długoterminowa nie przetrwa.

Zwiększyć finansowanie opieki długoterminowej do 4 proc. budżetu NFZ

Organizacje branżowe nie zgadzają się na postępujący w Polsce „szpitalocentryzm”, czego najlepszym przykładem

jest wg nich rozdysonowanie wzrostu planu finansowego NFZ na 2022 rok, w którym ze środków w kwocie 9,1 mld zł na opiekę długoterminową przeznaczono jedynie 114,19 mln zł, czyli zaledwie 1,3 proc.

- W kontekście 57 proc. środków finansowych przekazanych na leczenie szpitalne, jest to dla nas, naszych pacjentów oraz mieszkańców domów pomocy społecznej i całodobowych domów opieki wyraźny sygnał, że publiczny system ochrony zdrowia będzie coraz bardziej skoncentrowany na powtarzających się hospitalizacjach z powodu zaniedbań pielęgnacyjnych i opiekuńczych. To prosta droga do bankructwa! - przewiduje Wacław Kerpert, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia. Postulowany wzrost do 4 proc. budżetu NFZ powinien obejmować również świadczenia zdrowotne realizowane w domach pomocy społecznej i całodobowych domach opieki, które aktualnie są wyłączone z tego rodzaju finansowania.

Przeprowadzić niezbędne zmiany systemowe

Jak przypominają organizacje podpisane pod Apelem, przez ostatnie kilkanaście lat tylko dwukrotnie próbowano dokonać systemowego przełomu w opiece długoterminowej. W 2009 roku - przez zespół powołany przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religę opracował założenia do projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym i w roku 2015 przez zespół ekspertów, któremu przewodniczył senator Mieczysław Augustyn. Obie inicjatywy nie zyskały poparcia politycznego, chociaż żaden rząd nie był w stanie opracować alternatywnej propozycji.

- Apelujemy o powrót do prac nad obydwojoma projektami ustaw - mówi Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. - Ich połączenie oznaczałoby formę kompromisu politycznego, zapewniając jednocześnie stabilny mix finansowy. Byłoby też odpowiedzią na rosnące wyzwania demograficzne, o których nasze środowisko ciągle przypomina politykom.

Zaprzestać oszczędności kosztem opieki długoterminowej

Jednym z najważniejszych postulatów Apelu jest

natychmiastowe powstrzymanie dalszego szukania oszczędności w opiece długoterminowej. Nie może być zgody na jakiegokolwiek obniżanie taryf świadczeń w opiece długoterminowej w stosunku do lat 2016-2017, gdy po raz ostatnie ustalano.

- *Postulujemy zainicjowanie nowej taryfikacji świadczeń realizowanych w ramach opieki długoterminowej stacjonarnej oraz domowej, w oparciu o realne koszty i możliwości systemu usług opiekuńczych i zdrowotnych wraz z wprowadzeniem indeksacji* - apeluje Robert Suchanke, prezes Zarządu Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej. To właśnie pacjenci będący pod opieką Związku w sposób najbardziej dotkliwy odczuwają zjawisko, o którym mówi prezes Suchanke, bo od 1 maja NFZ obniżył wycenę świadczeń domowej nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej nawet o 62 proc.

Skończyć z krótkowzroczną polityką i urzędniczą obojętnością

Wg sygnatariuszy Apelu Polacy potrzebują rzetelnej edukacji na temat starości, niesamodzielności i niepełnosprawności. „Miarą poziomu cywilizacyjnego nowoczesnego państwa jest umiejętność systemowego zaopiekowania się najsłabszymi, dbając przy tym o publiczne finanse i satysfakcję zawodową osób, które zdecydowały się na pracę w opiece długoterminowej” czytamy w dokumencie.

Pełna treść apelu dostępna pod linkiem: www.niesamodzielnym.pl



OTWARTY APEL DO:

Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
Marszałka Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
Prezesa Rady Ministrów
Ministra Zdrowia
Minister Rodziny i Polityki Społecznej
oraz
Prezesa Prawa i Sprawiedliwości, Przewodniczącego Platformy Obywatelskiej,
Współprzewodniczących Nowej Lewicy, Prezesa Polskiego Stronnictwa Ludowego,
Przewodniczącego Polska 2050, Wspótliderów Konfederacja Wolność i Niepodległość
oraz
Przewodniczącego Klubu Parlamentarnego Prawo i Sprawiedliwość, Przewodniczącego Klubu Parlamentarnego Koalicja Obywatelska - Platforma Obywatelska, Nowoczesna, Inicjatywa Polska, Zieloni, Przewodniczącego Koalicyjnego Klubu Poselskiego Lewicy (Nowa Lewica, Razem), Przewodniczącego Klubu Parlamentarnego Koalicja Polska - PSL, UED, Konserwatyści, Przewodniczącej Koła Parlamentarnego Polska 2050, Przewodniczącego Koła Poselskiego Konfederacja

W imieniu niżej podpisanych sygnatariuszy apelujemy do Państwa o zwrócenie uwagi na sytuację w sektorze opieki nad osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. Opieka długoterminowa jest na skraju przepaści, a zapowiadany od 1 lipca br. kolejny wzrost minimalnych stawek wynagrodzeń w ochronie zdrowia doprowadzi do jej upadku.

Będąc w pełni świadomymi potrzeb płacowych wszystkich grup zawodowych w ochronie zdrowia, nie możemy się zgodzić, aby zapowiadana zmiana odbyła się ponownie kosztem opieki długoterminowej. Od ostatniego wzrostu minimalnych płac minął niespełna rok i dzisiaj wiemy, że drugiej tak gwałtownej zmiany na rynku pracy opieka długoterminowa już nie wytrzyma. Dlatego apelujemy do Państwa o pilne podjęcie prac legislacyjnych popartych wzrostem finansowania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, bez względu na miejsce pobytu świadczeniobiorcy (m.in. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy pomocy społecznej, całodobowe domy opieki).

W pierwszej kolejności apelujemy o natychmiastowe powstrzymanie dalszego szukania oszczędności w opiece długoterminowej. Nie może być zgody na jakiegokolwiek obniżanie taryf świadczeń w opiece długoterminowej w stosunku do lat 2016-2017, gdy po raz ostatnie je ustalano. Apelujemy o zainicjowanie nowej taryfikacji świadczeń realizowanych w ramach opieki długoterminowej stacjonarnej oraz domowej, w oparciu o realne koszty i możliwości systemu usług opiekuńczych i zdrowotnych wraz z wprowadzeniem indeksacji. Wnosimy również o podjęcie działań zapobiegających dyskryminacji płacowej pracowników w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej.

Dla realizacji w/w postulatów uważamy za niezbędne jak najszybsze podniesienie poziomu finansowania opieki długoterminowej z obecnego 2,1% do co najmniej 4% budżetu NFZ. Postulowany wzrost powinien obejmować również świadczenia zdrowotne realizowane w domach pomocy społecznej i całodobowych domach opieki. Nie zgadzamy się na postępujący w Polsce „szpitalocentryzm”, którego najlepszym przykładem jest ostatnie rozdysonowanie wzrostu planu finansowego NFZ na 2022 rok. W zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 28 marca 2022 roku wroście planu finansowego o 9,1 mld zł opieka długoterminowa otrzymała jedynie 114,19 mln zł, co stanowi zaledwie 1,3% tej kwoty. Przy blisko 57% przekazanych środków finansowych na Leczenie szpitalne jest to dla nas, naszych pacjentów, a także mieszkańców domów pomocy społecznej i całodobowych domów opieki wyraźnym sygnałem, że w Polsce publiczny system ochrony zdrowia coraz bardziej będzie koncentrował się na powtarzających się hospitalizacjach z powodu zaniedbań pielęgnacyjnych i opiekuńczych. To prosta droga do bankructwa!

Opieka długoterminowa wymaga głębokich zmian systemowych. Nie dokonamy tego bez woli politycznej i ponadpartyjnego porozumienia. Przez ostatnie kilkanaście

lat tylko dwukrotnie próbowano dokonać systemowego przełomu w opiece długoterminowej. W 2009 roku zespół powołany przez ówczesnego Ministra Zdrowia ś.p. prof. Zbigniewa Religę opracował założenia do projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Sześć lat później, w roku 2015, ukończono prace na projektem ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, przygotowanym przez zespół ekspertów, któremu przewodniczył senator RP Mieczysław Augustyn. Niestety, obydwie inicjatywy nie zyskały poparcia politycznego, chociaż żaden rząd nie był w stanie opracować alternatywnej propozycji.

Jako środowisko opieki długoterminowej jesteśmy szeroko zainteresowani współpracą w kierunku wprowadzenia zmian systemowych w obszarze opieki długoterminowej, uwzględniając w szczególności kwestie, mające na celu poprawę dostępności do tych świadczeń oraz organizacji ich udzielania.

Podczas gdy inne kraje Unii Europejskiej od wielu lat wdrażały nowe rozwiązania wychodzące naprzeciw ogólnoeuropejskim zmianom demograficznym, Polska straciła nieodwracalnie co najmniej dziesięć lat jakże cennego czasu. Nie stać nas już na marnowanie kolejnych lat, a nawet miesięcy. Dlatego oprócz wyżej wymienionych postulatów apelujemy do Państwa razem i każdej formacji politycznej z osobna o powrót do prac nad obydwojoma projektami ustaw. Ich połączenie oznaczałoby formę kompromisu politycznego, zapewniając jednocześnie stabilny mix finansowy, będący odpowiedzią na rosnące wyzwania demograficzne.

Należy podkreślić, że wszystkie pozaszpitalne formy realizowanych długoterminowych świadczeń zdrowotnych nad przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi są z ekonomicznego punktu widzenia najtańsze, od lat praktykowane w świecie, stąd zasadne jest prezentowane we wskazanym piśmie nasze stanowisko.

Najwyższy czas skończyć z krótkowzroczną polityką i urzędniczą obojętnością. Polki i Polacy potrzebują

rzetelnej edukacji na temat starości, niesamodzielnosci i niepełnosprawności. Miarą poziomu cywilizacyjnego nowoczesnego państwa jest umiejętność systemowego zaopiekowania się najsłabszymi, dbając przy tym o publiczne finanse i satysfakcję zawodową osób, które zdecydowały się na pracę w opiece długoterminowej.

Ponieważ pojęcie opieki długoterminowej w Polsce jest różnorodnie postrzegane, sygnatariusze niniejszego Apelu zgodnie uznają za obszar opieki długoterminowej świadczenia realizowane za pośrednictwem:

- zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- zespołów długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej,
- domów pomocy społecznej,
- całonocnych domów opieki,
- nieformalnej opieki domowej prowadzonej zazwyczaj przez rodzinę i bliskich.

Wszelkie zapytania oraz uwagi związane z niniejszym Apellem prosimy kierować do Biura Zarządu Koalicji „Napomoc niesamodzielnym” (tel. 22 279 49 02, e-mail: biuro@niesarnocizielnym.pl).



REFORMA POZ – KORZYŚCI DLA PACJENTA

Zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej. Już od lipca lekarz rodzinny będzie mógł zlecić pacjentowi znacznie więcej badań diagnostycznych, co skróci czas oczekiwania na postawienie diagnozy. Lekarz medycyny rodzinnej zleci też więcej badań profilaktycznych oraz zajmie się opieką koordynowaną nad pacjentem.

– Przedstawiamy fundamentalne zmiany, które będą obejmować bardzo poważną reformę podstawowej opieki zdrowotnej. Pracowaliśmy nad tą reformą przez ostatni rok, a założenia wypracowaliśmy w dużej mierze na podstawie oczekiwań pacjentów. Dlatego już od lipca poszerzymy zakres badań diagnostycznych zlecanych przez lekarzy POZ – zapowiadał podczas konferencji prasowej minister zdrowia Adam Niedzielski.

Na liście znajdują się m.in. szybki test wykrywający antygen paciorkowca, badania na przeciwciała anty-CCP do

rozpoznaniu reumatoidalnego zapalenia stawów, czy przeciwciała przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C. Dzięki poszerzeniu badań diagnostycznych skróci się czas oczekiwania na postawienie diagnozy, a co za tym idzie – wdrożenie odpowiedniego leczenia.

– Chcemy wprowadzić proaktywną opiekę, która stanie się nowym standardem w opiece zdrowotnej. Lekarze POZ będą otrzymywali premie, jeżeli ich pacjenci będą zaopiekowani i kierowani na odpowiednie badania – mówił Adam Niedzielski.

Pacjenci chorzy przewlekle będą w jak największym stopniu prowadzeni na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, a nie tylko przekazywani do specjalistów. Część chorób, jak np. cukrzyca, może być prowadzona przez lekarza POZ.

– Ma być więcej diagnostyki oraz opieka koordynowana. Wprowadzamy też konsultacje między lekarzem



podstawowej opieki zdrowotnej a lekarzem specjalistą, aby usprawnić proces leczenia pacjenta – dodawał minister.

SYSTEM ZACHĘT

Ministerstwo Zdrowia zainteresowane realizacją postulatów NIPiP dot. mentoringu

- W przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia „Systemie zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych” znalazła się m.in. instytucja mentoringu dla osób wchodzących do zawodów pielęgniarstwa i położnictwa. To jeden z postulatów forsowanych przez NIPiP.
- Celem mentoringu jest zamortyzowanie wejścia do zawodu nowym osobom oraz zapewnienie im wsparcia zarówno merytorycznego, jak i psychologicznego przez doświadczonych pracowników – mentorów.
- Mentorzy, odpowiedzialni za wprowadzenie od zawodu nowych pracowników, będą za swoją dodatkową pracę wynagrodzeni finansowo.



Zgodnie z założeniami i działaniami w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, Ministerstwo Zdrowia przygotowało miernik D29G: Wejście w życie „Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych”.

Źródło:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-zachet-do-podejmowania-i-kontynuowania-studiow-na-wybranych-kierunkach-medycznych>

PISMO

Warszawa, 5 lipca 2022 r.

BPK.402.1.2021.BSZ

Pani

Zofia Małas

Prezes

Naczelnej Rady

Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na prośbę przesłaną drogą elektroniczną w dniu 2 czerwca br., w sprawie przekazania opinii dotyczącej usunięcia warunku zobowiązującego pielęgniarkę, położną do przedłożenia zaświadczeń o ukończonych kursach specjalistycznych przed przystąpieniem do egzaminu państwowego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych przedstawia następujące

Aktualizacja programów szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych została przygotowana przez

Zespół, w skład którego powołano Konsultantów krajowych w pielęgniarstwie i położnictwie oraz eksperta wskazanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Uzasadnieniem podjętych działań były wyniki przeprowadzonej analizy, wskazującej na:

- 1) brak spójności z kształceniem przeddyplomowym w ramach którego pielęgniarki, położne nabywają umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 2) brak możliwości zwolnienia z obowiązku przedkładania zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Resuscytacja krążeniowo-oddechowa na podstawie kwalifikacji uzyskanych w kształceniu przeddyplomowym;
- 3) brak spójności z wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji (Kraków kwiecień 2021). „Każdy obywatel powinien zdobyć podstawowe umiejętności ratowania życia. Osoby zawodowym obowiązkiem udzielania pomocy powinny być kompetentne w prowadzeniu resuscytacji w zależności od poziomu opieki, który zapewniają, tj. począwszy od

podstawowych zabiegów resuscytacyjnych BLS do zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych ALS u dzieci i/lub dorosłych i zgodnych z aktualnymi wytycznymi ERC". Uwzględniając wskazane wytyczne przedkładanie zaświadczeń potwierdzających ukończenie kursu specjalistycznego Resuscytacja krążeniowo-oddechowa np. w 2000 roku lub 2010 r., jest jedynie spełnieniem warunku posiadania zaświadczenia a nie umiejętności, które w odniesieniu do postępowania w stanach zagrożenia życia są wartością nadrzędną;

4) brak spójności ze standardami akredytacyjnymi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Standardy nakładają na placówkę poddającą się akredytacji obowiązki w zakresie szkolenia personelu, wskazując w części Opieka nad pacjentem cyt. „Pracownicy szpitala są szkoleni wresuscytacji krążeniowo – oddechowej”. Wyjaśnieniem do wskazanego zapisu jest, cyt. „Podstawowe znaczenie mają regularne, organizowane nie rzadziej niż raz w roku, podstawowe szkolenia w standardzie BLS w resuscytacji krążeniowo- oddechowej dla całego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pozostałego personelu medycznego. Szkolenia powinny być prowadzone z uwzględnieniem aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji udział w szkoleniu powinien być udokumentowany w aktach osobowych”;

5) nałożenie obowiązku wynikającego z § 3 pkt 2 ppkt b) i § 7 pkt 1 ppkt b) z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.2017 poz.497), nie znajduje odniesienia dla szkolenia specjalistycznego. W związku z powyższym nałożenie obowiązku posiadania zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla dorosłych jest bezzasadne;

6) brak spójności z zapisami § 3 pkt 3 ppkt a) i § 7 pkt 2 ppkt a)

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017 poz.497). Zgodnie z tymi regulacjami pielęgniarka, położna może wykonywać świadczenia lecznicze z zakresu doboru sposobu leczenia ran jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmował treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa. W programach szkoleń specjalistycznych przypis 3 nakazywał obowiązek przedkładania zaświadczenia tylko o ukończeniu kursu specjalistycznego Leczenie ran a nie uwzględniał innych warunków wynikających z cytowanego rozporządzenia. Ponadto wybrane programy szkoleń specjalistycznych, zawierają treści kształcenia z tego zakresu, dlatego przedkładanie zaświadczeń jest niezasadne;

7) wydłużenie czasu przystąpienia do państwowego egzaminu specjalistycznego, co powoduje opóźnienie wejścia specjalistów do systemu ochrony zdrowia.

W opinii Centrum jak również Zespołu dokonującego aktualizacji programów szkoleń specjalistycznych, dla wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej najważniejsze jest posiadanie wiedzy i umiejętności oraz stałe ich aktualizowanie, co również wskazuje art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 poz. 551, z późn. zm.), a nie przedkładanie zaświadczenia przed przystąpieniem do egzaminu państwowego.

Z poważaniem

Dyrektor

Centrum Kształcenia Podyplomowego

Pielęgniarek i Położnych

Beata Guzak

PRAWO DO STWIERDZANIA ZGONU

Czy pielęgniarki w opiece paliatywnej uzyskają prawo do stwierdzenia zgonu?

- Głównym tematem ostatniego posiedzenia Prezydium NRPiP była kwestia nadania uprawnień do stwierdzenia zgonu przez pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej.
- Z wnioskiem o rozpoczęcie prac nad tym zagadnieniem wystąpiła Pani Izabela Kaptacz konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Brak precyzyjnych regulacji oraz braki kadrowe sprawiają znaczące wydłużanie procesu stwierdzenia zgonu u pacjentów w chorobie terminalnej. Problem ten nasilił się w trakcie pandemii SARS-CoV-2.
- Problematyka jest niezwykle skomplikowana – w trakcie Prezydium NRPiP padło wiele argumentów zarówno za, jak i przeciw nowym uprawnieniom.
- Najbliższe miesiące będą poświęcone analizie tego

zagadnienia, aby członkowie NRPiP mogli wypowiedzieć się w tej kwestii na wrześniowej Radzie i podjąć decyzję.

Stanowisko 1

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 29 czerwca 2022r.

w sprawie: włączenia do grupy osób uprawnionych do stwierdzenia zgonu i wystawiania karty zgonu - pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wobec pacjenta/ zmarłego, który był objęty opieką paliatywną.

skierowane do: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie popiera uwzględnienie w nowelizowanej ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz aktach

wykonawczych, możliwości po dokonaniu oględzin, stwierdzenia zgonu i wystawiania karty zgonu przez pielęgniarkę z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej u pacjentów, którzy byli objęci opieką paliatywną.

Działania takie będą adekwatną odpowiedzią na zapotrzebowanie środowiska pielęgniarek opieki paliatywnej i da możliwość poszerzenia kompetencji i rozwoju zawodowego wskazanej grupy.

Ważnym aspektem w niniejszej sprawie jest jednak przeprowadzenie odpowiednich działań wdrażających nowe kompetencje, tym samym nadanie ich winno być początkiem drogi legislacyjnej do ich prawidłowego i bezpiecznego wdrożenia.

Przychylając się do postulatów środowiska proponujemy

wprowadzenie uprawnienia do oględzin, stwierdzenia zgonu i wystawiania karty zgonu przez pielęgniarkę:

- ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
- wobec pacjentów objętych opieką paliatywną - domową i/lub stacjonarną,
- po ukończeniu kształcenia uzupełniającego w tym zakresie,
- rozwiązanie prawne analogicznie jak uprawnienie do ordynacji i wystawiania recept wprowadzone w 2015 roku.

*Sekretarz Marzena Maniszewska
Przewodnicząca Barbara Płaza*

USTAWA O NAJNIŻSZYM WYNAGRODZENIU W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych oraz nowe współczynniki pracy

Nowelizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, na nowo określiła grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku oraz przyporządkowuje im nowe współczynniki pracy. Zgodnie z przyjętą ustawą w tabeli zawarto następujące grupy pielęgniarek i położnych:

- 1) pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – ze współczynnikiem pracy **1,29 co daje 7304 zł**,
- 2) pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa pielęgniarka, położna wymagająca wyższego wykształcenia (może być licencjat) i specjalizacja albo ze średnim wykształceniem i specjalizacją – **1,02 co daje 5775 zł**,
- 3) pielęgniarka, położna, posiadająca wykształcenie wyższe (studia I stopnia- licencjat) lub pielęgniarka, położna posiadająca wykształcenie średnie – **0,94 co daje 5322 zł**,

Podwyższenie wynagrodzeń nastąpi od 1 lipca 2022 roku.

USTAWA

z dnia 26 maja 2022 r.

o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 i 6 w brzmieniu:

„5) stażysta – lekarz i lekarz dentysta odbywający staż podyplomowy, o którym mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.²⁾);

6) rezydent – lekarz i lekarz dentysta odbywający specjalizację w ramach rezydentury na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

2) w art. 3:

a) w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „Do dnia 1 lipca 2021 r.” zastępuje się wyrazami „Do dnia 1 lipca 2022 r.”;

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Do wynagrodzeń zasadniczych stażystów i rezydentów nie stosuje się warunków określonych w ust. 1.

1b. Wynagrodzenia zasadnicze stażystów i rezydentów, o których mowa w ust. 1a, określa minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie art. 15i ust. 4 oraz art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zapewniając podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego stażysty i rezydenta do poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego ustalonego w sposób określony w ust. 1.”;

c) uchyla się ust. 3,

d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Od dnia 2 lipca 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 1 lipca 2022 r.”;

3) w art. 3a po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Do wynagrodzeń zasadniczych stażystów i rezydentów nie stosuje się warunków określonych w ust. 1.

1b. Wynagrodzenia zasadnicze stażystów i rezydentów,

októrych mowa w ust. 1a, określa minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie art. 15i ust. 4 oraz art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zapewniając podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego stażysty i rezydenta do poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego ustalonego w sposób określony w ust. 1.”;

4) w art. 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie: „Kontrolę wykonywania przepisów art. 3, art. 3a i art. 5 przeprowadza.”;

5) art. 5 otrzymuje brzmienie:

„Art. 5. W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonującej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to:

1) odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu;

2) uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy;

3) uwzględniało wysokość wynagrodzenia odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie.”;

6) po art. 5 dodaje się art. 5a–5c w brzmieniu:

„Art. 5a. Od dnia 1 lipca 2022 r. w umowie o pracę pracowników wykonujących zawód medyczny lub pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, wskazuje się, do której grupy zawodowej określonej w załączniku do ustawy jest zaliczone zajmowane przez pracownika stanowisko pracy.

Art. 5b. W podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej na podstawie art. 83 tej ustawy, oraz w art. 22b ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 195 oraz z 2022 r. poz. 655), przepisy art. 5 i art. 5a stosuje się wyłącznie do pracowników zatrudnionych w komórkach wewnętrznych, które w ramach struktury organizacyjnej tych podmiotów udzielają świadczeń zdrowotnych, oraz pracowników wykonujących zadania Wojskowej Inspekcji Sanitarnej.

Art. 5c. W przypadku osoby niewykonującej zawodu medycznego zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 5b, adekwatny średni wzrost wynagrodzenia w ustalonym okresie realizuje się na zasadach określonych dla pracowników resortu obrony narodowej w ramach środków finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń tych pracowników w danym roku budżetowym, od dnia 1 stycznia danego roku kalendarzowego.”;

7) uchyla się art. 6;

8) załącznik do ustawy otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej ustawy.

Art. 2. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.³⁾) w art. 16j ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, z podziałem na wynagrodzenie wposzczególnych dziedzinach medycyny, w których jest odbywane szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, kierując się koniecznością zapewnienia dostępności świadczeń specjalistycznych dla pacjentów oraz biorąc pod uwagę wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego określanego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.”

Art. 3. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 31h dodaje się art. 31ha w brzmieniu:

„Art. 31ha. 1. Prezes Agencji po otrzymaniu zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 31n pkt 2c, dokonuje analizy dotyczącej zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń oraz przygotowuje raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydaje rekomendację.

2. Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zawiera:

1) analizę danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców;

2) sposób uwzględnienia w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zmiany kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności związanych ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801 oraz z 2022 r. poz. 1352);

3) analizę skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów obowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

3. Prezes Agencji, w terminie 21 dni od dnia otrzymania zlecenia, o którym mowa w art. 31n pkt 2c, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rekomendację wraz z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia po zapoznaniu się z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz rekomendacją Prezesa Agencji zatwierdza tę rekomendację oraz przekazuje ją Prezesowi Agencji w celu opublikowania, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji lub wnosi do niej uwagi.”;

2) w art. 31lc:

a) w ust. 2 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

„4) stanowisko pracy osoby zatrudnionej u świadczeniodawców, o których mowa w ust. 4, na podstawie umowy o pracę lub świadczącej usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub w ramach podwykonawstwa, w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 5) zanonimizowane dane o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osoby, o której mowa w pkt 4, oraz kosztów zatrudnienia ponoszonych przez świadczeniodawcę, w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a–4d w brzmieniu:

„4a. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnia Agencji nieodpłatnie, w terminie wskazanym przez Prezesa Agencji, nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosku o udostępnienie danych, dane dotyczące wszystkich osób zatrudnionych u niego na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub w ramach podwykonawstwa, obejmujące informacje o wymiarze zatrudnienia i wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia, oraz kosztów zatrudnienia ponoszonych przez świadczeniodawcę, a także dane dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

4b. Dane, o których mowa w ust. 4a, obejmują:

1) stanowisko pracy;
2) zanonimizowane dane o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia oraz kosztów zatrudnienia ponoszonych przez świadczeniodawcę, w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
3) dane dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

4c. Wytyczne dotyczące sposobu przekazywania danych, o których mowa w ust. 4a, określa Prezes Agencji i publikuje je w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.

4d. Dane, o których mowa w ust. 4a, są wykorzystywane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1a i 2c.”;

3) w art. 31n po pkt 2b dodaje się pkt 2c w brzmieniu:

„2c) przygotowywanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawanie, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, rekomendacji Prezesa Agencji w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określanego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych;”

Art. 4. 1. Porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zawiera się w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, z mocą od dnia 1 lipca 2022 r.

2. Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w ust. 1, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, z mocą od dnia 1 lipca 2022 r.:

1) kierownik podmiotu leczniczego;

2) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974 i 1079).

3. Strony umowy o pracę, o której mowa w art. 5a ustawy zmienianej w art. 1, dostosują umowy o pracę pracowników wykonujących zawód medyczny lub pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy do wymogów określonych w tym przepisie, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 5. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w terminie 21 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wyda rekomendację, o której mowa w art. 31n pkt 2c ustawy zmienianej w art. 3, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym niniejszą ustawą.

Art. 6. Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: A. Duda

Załącznik do ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw „Załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych”

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1559 i 2232 oraz z 2022 r. poz. 583, 655, 830, 974 i 1352.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1559 i 2232 oraz z 2022 r. poz. 583, 655, 830 i 974.

WOKÓŁ ZAWODU

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1079 i 1265.

WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	Lekarz albo lekarz dentysta ze specjalizacją	1,45
2	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1, 3 i 4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,29
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,19
4	Stażysta	0,95
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, technik elektroradiolog, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim; pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	1,02
6	Fizjoterapeuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, technik elektroradiolog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie studiów I stopnia; fizjoterapeuta, ratownik medyczny, technik analityki medycznej, technik elektroradiolog z wymaganym średnim wykształceniem albo pielęgniarka albo położna z wymaganym średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,94
7	Inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–6 z wymaganym średnim wykształceniem oraz opiekun medyczny	0,86
8	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	1
9	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	0,78
10	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	0,65

STANOWISKO 60, 61

Stanowisko nr 60

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 czerwca 2022 r.

w sprawie zabezpieczenia profilaktycznej opieki
zdrowotnej nad uczniami w szkołach przez pielęgniarki
środowiska nauczania i wychowania

Po zapoznaniu się z propozycją Ministra Zdrowia dotyczącą
nowelizacji przepisów w zakresie kwalifikacji pielęgniarki

środowiska nauczania i wychowania, określonych w ustawie
o opiece zdrowotnej nad uczniami, Prezydium Naczelnej
Rady Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż
w obecnej sytuacji związanej z trudnościami
w zabezpieczeniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad
uczniemi w szkołach przez pielęgniarki środowiska
nauczania i wychowania należy podjąć następujące
rozwiązania legislacyjne i pozalegislacyjne, polegające na:



1) w art. 5 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r., poz. 1078), proponujemy nowe brzmienie punktu 3:

„3) odbywa lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania”.

2) podniesienie wysokości rocznej stawki kapitacyjnej i współczynników korygujących we wszystkich rodzajach szkół, z uwzględnieniem realnych kosztów wzrostu cen i inflacji lub ustalenie dodatku motywacyjnego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, tak aby wynagrodzenie zasadnicze było co najmniej na poziomie wynagrodzeń pielęgniarek w podmiotach leczniczych.

3) podjęcie priorytetowych i skutecznych działań promocyjnych w zakresie istotnej roli pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w szkołach.

Uzasadnienie

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zaproponowane powyższe działania są uzasadnione koniecznością zapewnienia uczniom dostępności do świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych poprawa dostępności opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną pozwoli na uzyskanie pozytywnych efektów zdrowotnych, stwarzających wymierną korzyść dla całego społeczeństwa. Ochrona zdrowia uczniów oraz kształtowanie u uczniów postaw prozdrowotnych i odpowiedzialności za własne zdrowie stanowi podstawę profilaktyki zdrowotnej w populacji, a realizacja świadczeń zdrowotnych uczniom z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością pozwala im na możliwość stałej i systematycznej edukacji w szkołach.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uważa, iż warunkiem koniecznym do zapewnienia ciągłości profilaktycznej opieki zdrowotnej, realizowanej przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, będzie podniesienie wysokości rocznej stawki kapitacyjnej i współczynników korygujących we wszystkich rodzajach szkół, a także wyrównanie współczynników korygujących stawkę kapitacyjną na uczniów szkół specjalnych, niepełnosprawnych w klasach ogólnodostępnych oraz uczniów klas integracyjnych, sportowych i specjalnych w szkołach typu I, określonych Zarządzeniem Nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, do poziomu wskaźników korygujących wymaganą dostępność, zalecanych w części III załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 540).

W opinii Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęcie zaproponowanych działań



legislacyjnych i pozalegislacyjnych pozwoli na zwiększenie możliwości wyboru przez pielęgniarki realizacji świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, samodzielnie podpisując umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia lub będąc zatrudnione albo wykonując zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ.

Mając na uwadze niezwykle istotne zadania realizowane przez pielęgniarki w szkołach gwarantujące bezpieczeństwo zdrowotne uczniów, Prezydium NRPIP jest zdania, iż wprowadzenie pozytywnych rozwiązań motywacyjnych oraz promocyjnych będzie dodatkowym ważnym czynnikiem podczas podejmowania przez pielęgniarki decyzji przy wyborze pracy na stanowisku pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

*Sekretarz NRPIP Joanna Walewander
Wiceprezes NRPIP Mariola Łodzińska*

Stanowisko nr 61

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 czerwca 2022 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, wyraża zdecydowany sprzeciw wprowadzeniu zmian w przedstawionej formie, które mogą spowodować bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia pacjentów, nie mówiąc o narażeniu ratowników medycznych na odpowiedzialność prawną. W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o odrzucenie projektu w całości.

Uzasadnienie

Zastrzeżenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych budzi przedstawiona w projekcie rozporządzenia propozycja dotycząca umożliwienia ratownikom medycznym wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków

zwiotczających. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określony w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r., poz. 755 ze zm.) standard kształcenia przygotowujący do wykonywania zawodu ratownika medycznego nie obejmuje efektów uczenia się związanych z wykonaniem przez niego intubacji z użyciem środków zwiotczających. Ratownicy medyczni w procesie kształcenia przed i podyplomowego nie są przygotowani do wykonywania powyższej czynności, co stoi w sprzeczności z uzasadnieniem do przedmiotowego projektu rozporządzenia. Wprowadzenie możliwości intubacji z użyciem środków zwiotczających jest procedurą obciążoną wysokim ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych. Tak wysokie kompetencje uzyskuje specjalizujący się lekarz anestezjologii i intensywnej terapii w procesie realizacji kursu specjalizacyjnego, gdzie przed przystąpieniem do egzaminu musi wykonać minimum pięćset zabiegów znieczulenia ogólnego z użyciem środków zwiotczających i anestetycznych warunkujących nadanie uprawnień do samodzielnego wykonania tego zabiegu w zakresie gwarantującym bezpieczeństwo pacjenta.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż rozszerzenie katalogu leków do samodzielnego podawania przez ratownika medycznego o leki stosowane podczas znieczulenia ogólnego, czyli: etomidat, ketamina, rokuronium, jest niebezpieczne i niesie za sobą zbyt duże ryzyko powikłań, z ryzykiem zgonu pacjenta łącznie. Program kształcenia ratowników medycznych nie obejmował podawania ww. leków ani żadnych innych obciążonych działaniem. Podawanie bezpiecznego etomidatu i ketaminy w warunkach klinicznych wymaga głębokiej znajomości ich wpływu na ośrodkowy układ nerwowy, układ oddechowy oraz układ krążenia. Ponadto, w celu ratunkowego odwrócenia działania rokuronium bromide tzn. w celu ratunkowego zniesienia blokady nerwowo-mięśniowej stosuje się: sugammadeks, neostygmine, edrofonium, pirydostygmine. Kompetencje ratownika medycznego nie obejmują podawania ww. leków, a także leki te nie są stosowane w zespołach ratownictwa medycznego. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych samodzielne podawanie przez ratownika medycznego dopaminum hydrochloricum jest niezasadne i stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Powyższe związane jest z brakiem odpowiedniego szkolenia na obecnym etapie kształcenia ratowników medycznych dotyczącego podawania ww. leku wymagającego umiejętności prawidłowego dawkowania oraz postępowania w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych. Ponadto, według uznanych towarzystw naukowych nie jest lekiem zalecanym do leczenia ostrej niewydolności krążenia.

Reasumując:

system Państwowe Ratownictwo Medyczne został utworzony w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w warunkach pozaszpitalnych. Dlatego, bezpieczne kompetencje ratownika medycznego nie mogą obejmować świadczeń wysokospecjalistycznych realizowanych w warunkach szpitalnych, czyli bloku operacyjnego lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

*Sekretarz NR PiP Joanna Walewander
Prezes NR PiP Zofia Małas*

Uchwała Nr 549/VII/2022
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 23 czerwca 2022 r.

w sprawie określenia kalendarza wyborczego

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. 2021 poz. 628) oraz Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków stanowiącego załącznik do Uchwały nr 2 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VII Kadencji z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków, oraz art. 14hb ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2021, poz. 2095 ze zm.) uchwalają się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych określa następujący kalendarz wyborczy wyborów delegatów na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych:

1) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przekaze do dnia 30.10.2022 r. okręgowym radom pielęgniarek i położnych informację o ustalonej liczbie delegatów na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych z danej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, wynikającej z rejestru pielęgniarek i rejestru położnych prowadzonych dla tej izby na dzień 1.10.2022 r.

2) Okręgowe rady pielęgniarek i położnych w terminie do dnia 31.03.2023 r. przeprowadzą okręgowe zjazdy, na których wybrani zostaną delegaci na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

3) Okręgowe rady pielęgniarek i położnych w terminie do dnia 10.04.2023 r. przekażą dane delegatów na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych według załączonego wzoru stanowiącego załącznik do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz NR PiP Joanna Walewander
Prezes NR PiP Zofia Małas*

Uchwała Nr 5561V11/2022
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 23 czerwca 2022 r.

w sprawie promocji projektu „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja



Rozwój 2014-2020 Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2021 r. poz. 628) oraz art. 14hb ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2021, poz. 2095 ze zm.) uchwalając, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zobowiązuje okręgowe rady pielęgniarek i położnych do rozpowszechnienia wśród członków samorządu, na obszarze działalności właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, informacji o realizacji projektu „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych realizowanego w ramach Programu

Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia", w tym o celach projektu i zasadach uczestnictwa w projekcie, celem umożliwienia jak największej liczbie pielęgniarek i położnych skorzystania z form kształcenia podyplomowego realizowanych w ramach projektu. Rozpowszechnienie informacji o projekcie może nastąpić w sposób oraz w formie przyjętej przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych dla komunikacji z członkami samorządu, w tym w szczególności poprzez zamieszczenie informacji o projekcie na stronie internetowej właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz NRPIP Joanna Walewander
Wiceprezes NRPIP Sebastian Irzykowski
Prezes NRPIP Zofia Małas*

SPRAWOZDANIE Z IX KONFERENCJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELEŃNIARSTWA RATUNKOWEGO

W dniach 1–3 czerwca 2022 roku odbyła się IX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego pod hasłem przewodnim: Wiedza mamoc!

Medycyna ratunkowa szybko i dynamicznie się rozwija, z tego powodu aktualizowanie i poszerzanie wiedzy jest bardzo istotne. Sukces leczenia pacjenta zależy od znajomości najnowszych wytycznych i zaleceń oraz wykorzystania w praktyce nowych technologii i rozwiązań. Stałe poszerzanie i rozwijanie wiedzy ma moc ratowania życia.

Wymiana doświadczeń międzynarodowych była cenną wartością merytoryczną tego wydarzenia. Wielu ekspertów z zagranicy m.in. Jeff Solheim (USA), Nancy Bonalumi (USA) Yves Maule (Belgium) Domingo Munoz Arteaga (Spain), Jean A. Proehl (USA), podzieliło się z nami doświadczeniami związanymi z pandemią, postępowania z pacjentem urazowym, różnymi wyzwaniami w zakresie medycyny



ratunkowej oraz brakami kadrowymi z powodu pandemii. Istotnym elementem konferencji była również dyskusja o rozwoju nowych kierunków pielęgniarstwa ratunkowego w innych krajach.

Interesującym tematem podczas konferencji było omówienie ryzyka zdarzeń o charakterze terrorystycznym oraz podejmowanych wówczas działań medycznych zarówno przez zespoły ratownictwa medycznego jak również SOR. Prawdopodobieństwo zdarzeń o tym charakterze jest w obecnej chwili, potencjalnie wysokie i istotny jest rodzaj podejmowanych działań zarówno na miejscu zdarzenia, podczas transportu jak również w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Analizę odniesionych obrażeń omówiono na przykładzie zdarzenia z 2019 roku na Giewoncie - wypadku masowego spowodowanego rażeniem piorunem. Był to wypadek z dużą liczbą poszkodowanych osób, gdzie rodzaj doznanych obrażeń jest porównywalny do tych odniesionych podczas



wybuchu- siła uderzenia pioruna wywołała falę uderzeniową, a oderwane fragmenty skał uderzały wposzkodowanych jak pociski. Nasza wiedza na temat działań podejmowanych na polu walki, balistyce, obrażeniach spowodowanych użyciem broni chemicznej czy biologicznej jest znikoma, dlatego wielu z nas chętnie uczestniczyło zarówno w wykładach jak i w warsztatach dotyczących tej tematyki.

Wzbudzającym duże emocje tematem był wykład pokazujący granice człowieczeństwa- rozmowa o działaniach podejmowanych na granicy polsko-białoruskiej i uchodźców, którym udzielanie pomocy było bardzo utrudnione. Pomoc czasem udzielana po cichu, w trudnych warunkach i ogromna rola zwykłych ludzi w tej sytuacji.

Omówione zostały najważniejsze zagadnienia związane z pracą na miejscu wypadku w tym również zabezpieczenie tzw. trudnych dróg oddechowych, prawidłowa komunikacja w zespole, transport pacjenta wentylowanego mechanicznie, postępowanie z raną ostrą, oraz poruszony został temat roli członków Zespołów Ratownictwa Medycznego w procesie donacji narządów i tkanek.

W dalszym ciągu konferencji poruszane są tematy narastającej agresji wobec członków ZRM i personelu medycznego, oraz bardzo istotna tematyka dotycząca działań przedszpitalnych, transportu i leczenia wstrząsu u pacjentów z oparzeniami, oraz postępowanie w przypadku odmrożenia i hipotermii pourazowej.

Bardzo ciekawy był wykład dotyczący pierwszej pomocy przedmedycznej w oparzeniach. Przedstawiono nowoczesne metody leczenia oparzeń z zastosowaniem przeszczepów uszypułowanych i skóry, z wykorzystaniem najnowszych dermatomów siatkowych. Prezentowane efekty takiego leczenia były zachwycające. Szczególnie ciekawa była część wykładu pokazująca sposoby leczenia oparzeń gdzie środkiem parzącym jest piorun. Rozległość szkód, zwłaszcza kośćca, oraz odmienny sposób leczenia rzucił nowe spojrzenie na postępowanie przedszpitalne.

W panelu dyskusyjnym dotyczącym kierunków rozwoju pielęgniarstwa ratunkowego w Polsce, uczestniczyło wiele osób. Praktycznie każdy uczestnik mógł się wypowiedzieć na tematy związane zarówno z rozwojem tej specjalizacji,

jak również problemów, które napotykamy w swojej pracy. Obecna sytuacja w Polsce, związana z wojną prowadzoną w Ukrainie, dużą ilością uchodźców, możliwymi działaniami o charakterze terrorystycznym oraz zmianami klimatycznymi i kataklizmami z tym związanymi, będzie dużym wyzwaniem dla współczesnej medycyny ratunkowej- z tego powodu konieczne jest określenie nowych kierunków rozwoju tej specjalizacji. Dyskusja ta zaowocowała opracowaniem stanowiska PTPR w sprawie kierunków zmian i perspektyw dla pielęgniarstwa specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w Polsce.

W trakcie konferencji dużym zainteresowaniem cieszyły się warsztaty z różnych dziedzin:

- postępowanie z pacjentem paliatywnym w ZRM
- trening umiejętności z zakresu USG EFASST,
- kaniulacja żył z użyciem aparatu USG,
- omówienie zdarzeń o charakterze terrorystycznym oraz balistyki pocisków,
- zabezpieczenie trudnych dróg oddechowych
- procedur chirurgicznych w ratownictwie medycznym.

Każdy z nas w sytuacjach nagłych, w trudnych warunkach może napotkać na trudności techniczne w zakresie utrzymania drożności dróg oddechowych, oraz może popełniać błędy. Każda intubacja, która jest wykonana w warunkach pozaszpitalnych obciążona jest większym ryzykiem powikłań. W przypadku niepowodzenia intubacji oraz problemów z zabezpieczeniem dróg oddechowych istotne jest wprowadzenie postępowania wg, algorytmu Vortex jako postępowanie przy braku możliwości udrożnienia dróg oddechowych, oraz check listy jako element sprawdzający prawidłowość postępowania i wykonania danych procedur.

Ćwiczenia obejmowały intubację z użyciem wideo laryngoskopu, bronchoskopu, ale również rzadko wykonywaną konikopunkcję i konikotomię jako alternatywną metodę udrożnienia dróg oddechowych. Należy tu również podkreślić fakt, iż nowe wytyczne ERC 2021 dopuszczają wykonanie nacięcia więzadła pierścienno- tarczowego, jest ono bowiem mniej obciążone powikłaniami niż konikopunkcja i jest rozwiązaniem bardziej efektywnym.

Ćwiczenia praktyczne to ważna część naszego zawodu, stanowią one nieodłączny element edukacji w medycynie ratunkowej, ułatwiają naszą codzienną pracę i pozwalają zdobyć nowe umiejętności techniczne.

Konferencja to nie tylko wysłuchanie wykładów prowadzonych przez wybitnych ekspertów z dziedziny medycyny ratunkowej, ale również czas wymiany doświadczeń, za kuluarowych rozmów, dyskusji, nowych znajomości i pogłębiania współpracy pomiędzy sobą nawzajem. Takie spotkania są ważne w nawiązywaniu zarówno nowych relacji jak i tworzenia nowych pomysłów na poprawę opieki nad pacjentem.

*Zespół ds. pielęgniarstwa ratunkowego
Działającego przy OIPiP w Częstochowie*



PLANOWANE SZKOLENIA NA II PÓŁROCZE 2022 R, ORGANIZOWANE PRZEZ OIPIP W CZĘSTOCHOWIE

NAZWA SZKOLENIA	PLANOWANA DATA ROZPOCZĘCIA	MINIMALNA LICZBA UCZESTNIKÓW	WYMAGANE DODATKOWE KURSY SPECJALISTYCZNE DO ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI
SPECJALISTYCZNE			
Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa	Od Września Po zebraniu grupy	15	brak
Wywiad i badanie fizykalne	Sierpień Po zebraniu grupy	15	brak
Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych	Od Września Po zebraniu grupy	15	brak
Endoskopia	Październik Po zebraniu grupy	15	brak
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	Od Września Po zebraniu grupy	15	brak
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	Lipiec Po zebraniu grupy	15	brak
Szczepienia ochronne dla położnych	Lipiec Po zebraniu grupy	15	brak
Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa noworodka	Po zebraniu grupy	15	brak
Ordynowanie leków i wypisywanie recept - Część I	Lipiec Po zebraniu grupy	15	brak
Ordynowanie leków i wypisywanie recept - Część II	Lipiec Po zebraniu grupy	15	brak
Edukator w cukrzycy	Październik Po zebraniu grupy	15	brak
Leczenie ran - dla pielęgniarek	Sierpień Po zebraniu grupy	15	brak
Leczenie ran - kurs dla położnych	Sierpień Po zebraniu grupy	15	brak
Spirometria	Październik Po zebraniu grupy	15	BRAK
KWALIFIKACYJNE			
Rodzinne dla położnych	Październik Po zebraniu grupy	15	
Anestezjologiczne i intensywnej opieki	Październik Po zebraniu grupy	15	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
Pielęgniarstwo ratunkowe	Po zebraniu grupy	15	
Rodzinne dla pielęgniarek	Wrzesień Po zebraniu grupy	15	
Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	Wrzesień Po zebraniu grupy		
SPECJALIZACJE			
„Pielęgniarstwo internistyczne” dla pielęgniarek	Wrzesień Po zebraniu grupy	20	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
„Pielęgniarstwo chirurgiczne” dla pielęgniarek	Wrzesień Po zebraniu grupy	20	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
DOKSZTAŁCAJĄCE			
Długoterminowe porty naczyniowe - użytkowanie portów naczyniowych	Po zebraniu grupy	20	
KTG płodu	Po zebraniu grupy	20	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	Listopad Po zebraniu grupy	20	
Zastosowanie przymusu bezpośredniego	Lipiec Po zebraniu grupy	20	

KONTAKT Z OŚRODKIEM SZKOLENIOWYM OIPIP

Tel. (34) 324-51-12 wew.407

Kom. 519-862-186

e-mail: szkolenia@oipip.czest.pl



INTER TOUR 365

ROCZNE UBEZPIECZENIE PODRÓŻNE DLA PRZEDSTAWICIELI ZAWODÓW MEDYCZNYCH

INTER TOUR 365 – JEDNA POLISA I WIELE BEZPIECZNYCH PODRÓŻY



RAZ NA CAŁY ROK

Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 365 dni od daty wskazanej na polisie. Nieograniczona liczba wyjazdów do każdego miejsca na świecie.* W wariantcie rodzinnym ochrona członków rodziny podróżujących razem z Państwem



WYGODNY ZAKUP

Polisa dostępna w ciągu kilku minut – wystarczy zapytać agenta lub kupić on-line, bez wychodzenia z domu



BEZPIECZEŃSTWO

Oferujemy wysokie sumy ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą – do 500 000 zł, na członka rodziny (w zakresie również szkody, które wystąpią po spożyciu alkoholu)



AKTYWNY WYPOCZYNEK

Bieganie, skoki, loty, pływanie? Taniec, wędrówki? Pokrywamy koszty leczenia związanego z amatorskim uprawianiem sportów rekreacyjnych oraz uprawianiem sportów ekstremalnych (w przypadku rozszerzenia o nie ubezpieczenia)



OCHRONA BAGAŻU

Nie chcemy, aby cokolwiek zmąciło spokój podczas urlopu. Chronimy Państwa bagaż, w tym sprzęt elektroniczny i sportowy. Ubezpieczenie dotyczy szkód powstałych na skutek rabunku, kradzieży z włamaniem, zdarzeń losowych, wypadku komunikacyjnego

Choroba podczas zagranicznej podróży Konieczność wykonania badań diagnostycznych oraz kilkudniowy pobyt w szpitalu

W ramach ubezpieczenia oferujemy zwrot kosztów leczenia, nawet jeśli Państwa niedyspozycja jest wynikiem zaostrzenia choroby przewlekłej

W trakcie pobytu w Alpach doszło do wypadku na stoku narciarskim. W wyniku zderzenia z przypadkową osobą uczestnicy wypadku wymagali interwencji medycznej, a u ubezpieczonego stwierdzono złamanie kończyny dolnej

Ubezpieczenie INTER Tour 365 obejmuje koszty leczenia za granicą (oraz pokrywa szkodę wyrządzoną poszkodowanemu) jeśli do zdarzenia doszło podczas amatorskiego uprawiania sportów

PO CO PIELEŃNIARCE UBEZPIECZENIE – ODCINEK 1



Wakacje to czas relaksu i odpoczynku dla każdego z nas. Pielęgniarki i Położne, co rozumiecie, również potrzebują odpoczynku. Może właśnie szczególnie One, po długim okresie pandemii i związanymi z tym czasem nowymi obciążeniami zawodowymi, zdrowotnymi, psychologicznymi powinny odpocząć tak jak lubią.

Wybierając się poza granice naszego kraju warto pamiętać o ubezpieczeniu podróżnym. Zgodnie z zapisami ustawy o turystyce, każdy organizator wyjazdu jest zobowiązany zapewnić uczestnikom ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą i / lub następstw nieszczęśliwych wypadków. Ubezpieczenie to jest jednak kosztem organizatora więc warto sprawdzić czy taka polisa będzie wystarczająco pomocna gdy coś nieprzewidzianego się wydarzy w podróży. Warto przypomnieć, że karta EKUZ, która oczywiście daje dostęp do systemu opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej daje nam taki dostęp do lekarzy, przychodni i szpitala, jaki jest oferowany obywatelom w tym kraju. To dobitnie oznacza, że jeśli jakieś usługi medyczne w tym kraju są płatne (bądź współpłatone), to polski obywatel też będzie zobowiązany zapłacić. Również koszt ewentualnego powrotu do kraju po wypadku, w zaleconych przez lekarza warunkach (w pozycji leżącej, czy w warunkach szpitalnych) nie będzie pokryty z karty EKUZ.

Poniższa historia, która zdarzyła się na Bałkanach niech będzie zachętą do kupienia ubezpieczenia turystycznego dla każdej Pielęgniarki i Położnej, najlepiej na cały rok - tak aby nie trzeba było pamiętać za każdym razem, przy wyjazdach bliższych i dalszych nawet na kilka dni.

Upalne lato na Bałkanach, w nocy była straszna burza, rozciągająca się na kilka krajów wzdłuż Adriatyku. Pewnie dlatego rano było wyjątkowo przyjemnie i raczej chłodno, poszłam więc na plażę aby pograć w siatkówkę. Hotel miał kilka wyznaczonych boisk na plaży i zwykle zebrał się przynajmniej jeden skład do gry. Gdy graliśmy słońce powoli wychodziło zza chmur i powoli robiło się gorąco. Nie pamiętam co się stało potem, kolejność wydarzeń znam już z opowieści męża i znajomych, z którymi odpoczywaliśmy. Kolejny obraz, który pamiętam to szpital. Podobno poszłam do pokoju, bo się źle poczułam. Tego już nie pamiętam... odpowiadałam logicznie na pytania, leżąc na łóżku ale po 3 minutach zadawałam te same pytania w podobnej kolejności. Zaburzenia pamięci krótkotrwałej

były oczywiste. Pogotowie ratunkowe nie mogło do mnie przyjechać bo byłam przytomna i mogłam chodzić... ponieważ była sobota, mój mąż (z dużą pomocą rezydenta) wezwał taksówkę i pojechaliliśmy do najbliższej przychodni... tam jednak nie było neurologa, więc do kolejnej... na koniec do szpitala gdzie neurolog już był i wykonano mi badanie diagnostyczne i podano kroplówkę... i już z tego miejsca mam pierwsze wspomnienia. Po powrocie do Hotelu, a trwało to kilkanaście godzin, zgłosiliśmy telefonicznie zdarzenie Ubezpieczycielowi, przekazując wypis ze szpitala. Jak się okazało, w dokumentacji medycznej były opisy dalszego postępowania medycznego, które spowodowały, że Ubezpieczyciel wysłał z Polski lekarza neurologa, który towarzyszył mi we wcześniejszym powrocie do kraju. Mimo, iż czułam się już dobrze, lekarz zdecydował, że wrócę do kraju 4 dni wcześniej i zostaną w szpitalu w celu dalszej diagnozy i leczenia.

Gdy jak co roku wyjeżdżamy na wakacje, wspólnie ze znajomymi, to zwykle ja jestem osobą, która niesie pomoc medyczną, z racji wyuczonego i wykonywanego zawodu. Jednak w tym przypadku moje najbliższe otoczenie, nie ja, musiało odpowiednio zareagować i szybko działać. Tym razem to ja byłam zagrożona. Oczywiście wszystko dobrze się skończyło, dziś po roku od tego zdarzenia wciąż nie pamiętam tych kilkunastu godzin, choć ze względu na wielokrotne przypomnianie mi tego zdarzenia mam już utrwalone zdanie jak to mogło wyglądać. Bardzo ważne dla mnie i mojej rodziny było to, że wszystkie koszty, jakie musiałam ponieść w związku z tym zdarzeniem zostały pokryte przez Ubezpieczyciela:

- Koszty dojazdu do pierwszej przychodni taksówką
- Koszty przejazdu między kolejnymi placówkami i powrotu do hotelu późnym wieczorem, również taksówką
- Koszty leczenia w każdej placówce,
- Koszty leków, które przepisał lekarz,
- Koszt przyjazdu lekarza na Bałkany i wcześniejszego mojego powrotu do Polski.

Sumaryczny koszt przekroczył w przeliczeniu 14.000 złotych. Gdyby nie polisa, którą posiadałam, musiałabym większość tych kosztów ponieść sama bez widoków na refundację - mimo posiadanej karty EKUZ.

Na podstawie tego wydarzenia zachęcam gorąco Pielęgniarki i Położne, które często czują się odpowiedzialne za swoich bliskich, aby pamiętały o ubezpieczeniu podróżnym.

WYCIĄG Z PROTOKOŁU Z POSIEDZENIA PREZYDIUM I ORPIP

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 czerwca 2022 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- zatwierdzenia sprawozdania finansowego Okręgowej

Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za rok 2021,

- zmiany zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
- braku możliwości przeprowadzenia Okręgowego Zjazdu

- Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
- podtrzymano decyzję odmowną Komisji ds. Pomocy finansowej z funduszu ratowania życia i wypadków losowych – 1 pielęgniarka.

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 czerwca 2022 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony i wpisu do Rejestru Pielęgniarek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie – 1 pielęgniarka,
- dofinansowania leczenia uzdrowskiego i turnusu

- rehabilitacyjnego – 4 pielęgniarki na kwotę 3970 zł.,
- udzielenia pomocy finansowej z funduszu ratowania życia i wypadków losowych – 3 pielęgniarki na kwotę 8500 zł.,
- wpisu położnej do Rejestru Położnych Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie – 1 położna,
- dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – 3 pielęgniarki na kwotę 3750 zł.,
- skierowania na XVII Zjazd Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych – 2 położne,
- wydano jedną decyzję w sprawie odmowy udzielenia pomocy finansowej z funduszu dofinansowania leczenia uzdrowskiego i turnusu rehabilitacyjnego.

OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA OPIEKI PALIATYWNEJ

Wydział Nauk o Zdrowiu WUM, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci UCK WUM, Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci oraz Vicommi Media zapraszają do rejestracji na Ogólnopolską Konferencję Opieki Paliatywnej „Odchodzić bez bólu”. Spotkanie to zgromadzi ponad 350 specjalistów: lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy związanych zawodowo z opieką nad pacjentem u kresu życia.

Zapraszamy do rejestracji: www.odchodzicbezbolu.pl.



Weź udział w Ogólnopolskiej Konferencji Opieki Paliatywnej!

23 września 2022 r., Warszawa

www.odchodzicbezbolu.pl

Wybitni wykładowcy – praktyka – nowoczesne rozwiązania

- ♥ nowoczesne metody leczenia bólu
- ♥ leczenie ran trudno gojących się u pacjentów paliatywnych
- ♥ żywienie
- ♥ wyzwania i dramaty pediatrycznej opieki paliatywnej
- ♥ kannabinoidy i opioidy w medycynie paliatywnej
- ♥ standardy postępowania w terapiach pacjentów u kresu życia

i wiele innych tematów!



Przewodniczący Komitetu Naukowego
dr n. med. i o zdr. Paweł Witt

ORGANIZATORZY



DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI 2022

Dnia 10 czerwca 2022r. odbyły się uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Piełęgniarki i Dnia Położnej w Częstochowskiej Filharmonii.

Przybyli goście życzyli piełęgniarkom i położnym satysfakcji z wykonywanych zawodów, wszelkiej pomyślności.

Podczas uroczystości Wiceprezes Naczelnej Rady Piełęgniarek i Położnych Sebastian Irzykowski wręczył brązowe i srebrne odznaczenia „Zasłużony dla samorządu piełęgniarek i położnych”. Przy tej okazji wręczone zostały również odznaczenia przyznawane przez Kapitułę Okręgowej Rady Piełęgniarek i Położnych w Częstochowie „Za zasługi w zawodzie”, ceremonii tej dokonała Pani Przewodnicząca Barbara Płaza.

Oto lista Wszystkich wyróżnionych:

"Zasłużony dla samorządu piełęgniarek i położnych" ODZNACZENIA BRĄZOWE

AGATA FIKUS
AGNIESZKA HEBDA
ANETA WILK
BEATA SZCZERBAK
EWA PREŚ
JOLANTA DOŁĘGA
MARZENA KWIATKOWSKA
ROMAN BORSZCZ
WIOLETTA KACZMARZYK

"Zasłużony dla samorządu piełęgniarek i położnych" ODZNACZENIA SREBRNE

AGATA CIESIELSKA
ANNA BIEDROŃ
BEATA KAPKOWSKA
BEATA PUCHAŁA
ELŻBIETA KRUPIŃSKA
EWA LULA
EWA PIEKIEŁEK
IRENA CIEŚLAK
JACEK PUDLIK
KATARZYNA CHOLEWA

Odnaczenia „Za zasługi w zawodzie”

PIEŁĘGNIARKI

AGATA DZIUBEK
BEATA CHRZUSZCZ
BEATA MARKOWSKA
DOROTA GLIŃSKA
ELŻBIETA SIMKIEWICZ
EWA KRZEŚLAK
GABRIELA CIERNIK
GRAŻYNA SOWIŃSKA
HALINA DRAŻKIEWICZ
HELENA BARTOCHA
IWONA FABIJANOWSKA
JOLANTA HAMPPEL
KRYSZYNA IREK
LUCYNA SYMIEC
MAŁGORZATA KULIŚ
MAŁGORZATA PRZYGODZKA
PIKUŁA HELENA
URSZULA BRZEZINA
URSZULA RADOSZ
URSZULA SZACHO-GŁUCHOWICZ

POŁOŻNE

LUCYNA GAWROŃSKA
GABRIELA JASEK
DANUTA LAURMAN-WIERUS
MAŁGORZATA OLESIŃSKA
ALICJA STEFAŃSKA





CIĘŻKI POWRÓT Z WAKACJI

Ciężki powrót z wakacji, czyli pourlopową depresję – jak sobie poradzić?

Jesteś tuż po swoim wymarzonym urlopie, a mimo to odczuwasz smutek? W dodatku perspektywa spędzenia całego dnia w pracy wydaje się nie do zniesienia. Być może to depresja pourlopową.

Jeszcze niedawno wylegiwałaś się na leżaku, wstawiałaś, o której chciałaś i żyłaś w zwolnionym tempie. Koniec urlopu i kontrast między dniami laby a nawałem obowiązków dla wielu osób oznacza ogromny szok i stres.

Powrót do pracy na najwyższych obrotach przeraża, wywołuje niechęć, przygnębienie, brak możliwości skupienia uwagi na czymkolwiek, odkładanie zadań "na później". Wspomnienia o błogim czasie wypoczynku dodatkowo zasmucają.

"Zjawisko stresu pourlopowego to naturalna reakcja organizmu na konieczność ponownego narzucenia sobie dawnego rygoru i zdyscyplinowania w wykonywaniu codziennych zadań. Pracując, nasz organizm jest w stanie ciągłej gotowości, funkcjonuje na "wysokich obrotach". W czasie urlopu to napięcie naturalnie "schodzi", czujemy się zrelaksowani i odprężeni. Trudno się więc dziwić, że nagły powrót do szarej rzeczywistości po dwóch czy trzech tygodniach urlopowania może się okazać przykrym doświadczeniem. Nasz organizm po prostu wciąż jest nastawiony na odpoczynek. Nie bez znaczenia jest zmieniająca się pogoda i pierwsze powiewy jesieni, krótsze i chłodniejsze dni, żółknięcie liści - to bardzo wpływa na obniżenie nastroju.

Taki stan, który utrzymuje się dłużej niż trzy tygodnie, może oznaczać depresję pourlopową (powakacyjną). Zdarza się, że potrzebna jest pomoc specjalisty. Niekiedy ustępuje jednak sama.

Jedną z przyczyn pojawienia się powakacyjnej depresji może być również fakt, że odpoczynek był za krótki i organizm nie zdołał efektywnie wypocząć. Klasyczne objawy pourlopowej niedyspozycji to nerwowość, drażliwość, kłopoty ze snem, przygnębienie i zmęczenie. Chociaż jednak małe są szanse, że uda nam się całkowicie im oprzeć, istnieją sposoby minimalizowania szkód.

Zacząć powinniśmy jeszcze na etapie planowania wyjazdu. Chodzi zarówno o termin, jak i sposób wypoczynku. Nieważne, czy to będzie leniwy urlop na tropikalnej wyspie, czy relaks na łódkach na Mazurach - generalna zasada brzmi: rób to, co lubisz. Każdy z nas odpoczywa inaczej, warto więc zaplanować wakacje wcześniej, uwzględniając indywidualne potrzeby i zainteresowania, i pamiętając, że odpoczywać należy wtedy, gdy jeszcze mamy siłę do pracy.

Depresja pourlopową – czym jest?

Smutek po urlopie nie jest niczym niezwykłym. To normalne, że po dwóch tygodniach słodkiego lenistwa nie garniesz się do pracy.

Jak zauważają naukowcy z amerykańskiego uniwersytetu w stanie Waszyngton:

W pierwszym tygodniu po powrocie z urlopu wydajność pracownika wynosi jedynie 40% efektywności sprzed wakacji.

Efektywność wzrasta powoli przez kolejnych siedem dni. Dopiero w drugim tygodniu po powrocie do pracy dobroczynny efekt wakacji staje się widoczny, a wydajność wzrasta do 110%!

Powakacyjny zły nastrój trwa zazwyczaj od 3 do 7 dni i nie powinien być dla Ciebie niczym niepokojącym. Gorzej, jeśli przygnębienie, wybuchy agresji czy nadmierna płaczliwość nie mijają po upływie trzech tygodni od powrotu. Wtedy możesz zacząć się zastanawiać, czy przypadkiem nie dopadła Cię pourlopową depresję.

Specjaliści określają w ten sposób zjawisko stresu pourlopowego. To naturalna reakcja organizmu na konieczność ponownego narzucenia sobie dawnego rygoru i dyscypliny. Mówiąc bardziej obrazowo, w trakcie urlopu Twój organizm działa na „zwolnionych obrotach”, dlatego czujesz się zrelaksowana i odprężona. Po powrocie do codziennych obowiązków, musi na nowo przystosować się do funkcjonowania na „wysokich obrotach”.

Depresja po urlopie – jak ją rozpoznać?

Typowym objawem jest niechęć i przygnębienie wywołane perspektywą powrotu do pracy. Pojawia się też przerażenie samą myślą o konieczności spędzenia w biurze całego dnia. Wszystkiemu towarzyszy ciągłe zmęczenie, ból głowy i problemy ze snem.

Innym objawem obniżonego nastroju są kłopoty z koncentracją. Możesz mieć problem ze skupieniem na czymkolwiek uwagi, a wszystkie obowiązki odkładać na później.

Depresja pourlopową u niektórych osób mija samoistnie. W części przypadków niezbędny jest jednak kontakt z psychologiem, który pomoże Ci się uporać z tą przykrą dolegliwością.

Sposoby na pourlopową depresję.

Istnieje wiele przepisów na to, by zminimalizować efekt przykrego powrotu do codziennych obowiązków po leniwym okresie wakacji.

Oto 6 sposobów na to, by poradzić sobie z pourlopową depresją.

1. Zaplanuj urlop w taki sposób, by mieć po powrocie przynajmniej jeden dzień wolnego.

Postaraj się uniknąć sytuacji, w której jeszcze wczoraj leniuchowałaś na plaży, a dziś musisz spędzić osiem godzin w biurze. Taka nagła zmiana może źle odbić się na Twoim organizmie. Jeden dzień wolnego po powrocie z urlopu pozwoli Ci nie tylko na spokojne rozpakowanie walizek, ale też na łagodne „przestawienie się” z trybu wakacyjnego na codzienną rutynę.

2. Uzgodnij z szefem, by w pierwszy dzień po urlopie dał Ci taryfę ulgową.

Jeszcze przed wakacjami, porozmawiaj ze swoim przełożonym o pierwszym dniu po urlopie. Wyjaśnij,

że powrót do codziennych obowiązków nie zawsze jest prosty, dlatego możesz potrzebować dzień lub dwa pracy na „na zwolnionych obrotach”.

3. Zaakceptuj gorszy nastrój tuż po powrocie do pracy.

To normalne, że w pierwszych dniach po urlopie możesz odczuwać lekkie rozleniwienie, gorszy humor czy spadek nastroju. Nie staraj się ich na siłę zwalczyć.

4. Pierwszego dnia w pracy zajmij się czymś prostym i niewymagającym dużej koncentracji.

Daj sobie czas na to, by stopniowo wdrożyć się w nowy tryb. Nie wpadaj od razu w wir obowiązków. W pierwszych dniach pracy ustal listę najważniejszych zadań i skup się na nich. Zaległości nadrabiaj powoli, ale systematycznie.

5. Wypoczywaj aktywnie po pracy.

Postaraj się o chwilę przyjemności. Idź na basen, rower, zrelaksuj się. W ten sposób przywołasz przyjemne wspomnienia z wakacji.

6. Skorzystaj z profesjonalnej pomocy.

Jeśli przykre objawy nie ustępują, wybierz się do psychologa lub terapeuty.

Kilka wskazówek dla przyszłych urlopowiczów

Zaplanuj swoje wakacje w taki sposób, by jak najbardziej zminimalizować ryzyko wystąpienia depresji po urlopowej. Co istotne - nie zostawiaj niedokończonych spraw przed urlopem.

To ważne! W przeciwnym razie możesz w trakcie wymarzonego wypoczynku martwić się, że nie zrobiłaś tego, co miałaś do wykonania. I przy okazji zepsuć sobie wolny czas.

Twój urlop nie może być też za krótki. By móc się odpowiednio zregenerować, Twój organizm potrzebuje czasu.

W trakcie wakacji wypoczywaj w taki sposób, jak lubisz. Jedni lubią góry, inni kąpiele w morzu... Dlatego postaraj się, by Twój urlop był prawdziwymi wakacjami i pozwolił się oderwać od codziennej krzątaniny.



Udanego urlopu i równie miłego powrotu!

Źródło;

<https://www.drmax.pl> › Blog › Sen i emocje

<https://www.ofeminin.pl> › ... › Zdrowe odżywianie

DEKONTAMINACJA ŚRODOWISKA SZPITALNEGO

Skażone powierzchnie w środowisku szpitalnym wpływają na istotne ryzyko przenoszenia patogenów odpowiedzialnych za zakażenia związane z opieką zdrowotną (HAI). Coraz częściej zauważana jest korelacja między jakością sprzątnięcia w placówkach opieki zdrowotnej a częstością kolonizacji i zakażeń hospitalizowanych pacjentów. Poprawa czyszczenia i dezynfekcji powierzchni, zwłaszcza w zakresie dekontaminacji powierzchni często dotykanych, które mają największe znaczenie w transmisji drobnoustrojów w warunkach szpitalnych, może istotnie ograniczyć występowanie infekcji szpitalnych. Proces sprzątnięcia powinien podlegać stałej i okresowej kontroli. W celu osiągnięcia właściwego poziomu jakości dekontaminacji środowiska szpitalnego zalecane jest monitorowanie procesów sprzątnięcia z wykorzystaniem dostępnych metod, takich jak: znaczniki fluorescencyjne, bioluminescencja ATP lub ocena liczby żywych drobnoustrojów tlenowych na powierzchniach

ozwieszonym ryzyku skażenia.

METODY DEKONTAMINACJI ŚRODOWISKA SZPITALNEGO

W warunkach szpitalnych wszystkie powierzchnie są myte lub myte i dezynfekowane zgodnie z przyjętymi procedurami. Procesy dekontaminacji są prowadzone regularnie w określonych odstępach czasu, zawsze w sytuacji powstania widocznych zabrudzeń i po wypisie lub zgonie pacjenta. Sposób i częstość rutynowej dekontaminacji są zależne przede wszystkim od wymaganego poziomu czystości mikrobiologicznej oraz od spodziewanego skażenia powierzchni.

Powierzchnie, takie jak: podłogi, meble, drzwi, półki, grzejniki, sufit, ściany i kraty wentylacyjne, są zazwyczaj myte zużyciem detergentów i jednorazowych lub wielorazowych ścierek. Metoda ta usuwa zabrudzenia



ieliminuje ponad 80% drobnoustrojów obecnych na powierzchniach. Dezynfekcja powierzchni niekrytycznych ma zastosowanie w sytuacji ich zanieczyszczenia materiałem biologicznym lub w obszarach wysokiego ryzyka (sale operacyjne, pomieszczenia izolacji ochronnej itp.). Powierzchnie często dotykane, określane jako dotykowe, to między innymi: uchwyty, przyciski, przełączniki, klawiatury komputerowe, telefony, ramy łóżek, podnośniki pacjenta, pompy infuzyjne, wózki naleki, białe do przygotowywania leków, dozowniki mydła i antyseptyków.

Mają one istotne znaczenie w rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów, czego dowodem są między innymi badania przeprowadzone w jednym z oddziałów intensywnej terapii noworodków w Stanach Zjednoczonych. Znacznik (wirus mozaiki kalaflora) umieszczony na telefonie jednej z sześciu sal oddziału został w czasie 8 godzin przeniesiony na 78% powierzchni często dotykanych i utrzymywał się przez okres tygodnia na 18–23% badanych powierzchni. W przypadku powierzchni dotykowych zalecana jest częsta dekontaminacja ze wskazani

Osobnym zagadnieniem jest sprzęt medyczny, który powinien być dekontaminowany zgodnie z zaleceniem producenta. Mycie i dezynfekcja sprzętu oraz powierzchni szpitalnych są prowadzone najczęściej metodą manualną przez przecieranie, z wykorzystaniem jednorazowych lub wielorazowych ściereczek i mopów z bawełny lub mikrofibry. Mikrofibra w wyniku połączenia poliamidu i poliestru umożliwia lepszą absorpcję zanieczyszczeń; wielokrotnie odnotowano jednak związaną z tym nieskuteczną dekontaminację ściereczek z mikrofibry przed ich ponownym użyciem. Dekontaminacja metodą przecierania jest uważana za szczególnie istotną, ponieważ pozwala na fizyczne usunięcie materiału biologicznego – w tym drobnoustrojów – z oczyszczanej powierzchni, a jej skuteczność jest porównywalna ze skutecznością metod z zastosowaniem preparatów dezynfekcyjnych.

Dekontaminacja środowiska szpitalnego może być przeprowadzona także

z wykorzystywaniem tzw. metod bezdotykowych, takich jak: promieniowanie UV, para wodna lub zamgławianie nadtlenkiem wodoru. Badania wykazały, że skuteczność dekontaminacji pomieszczeń jest wyższa w sytuacji, kiedy np. w pełni zautomatyzowany system UV-C (ang.

ultraviolet-C radiation) działa przy jednoczesnym utrzymaniu rutynowego manualnego czyszczenia powierzchni szpitalnych. Para wodna szybko i skutecznie eliminuje drobnoustroje obecne w środowisku i nie wymaga wcześniejszego manualnego oczyszczania powierzchni. Metoda ta nie może być jednak stosowana w obecności pacjenta, a skraplająca się para stanowi istotne ograniczenie w zakresie jej stosowania. Dekontaminacja środowiska szpitalnego nadtlenkiem wodoru (HP) jest prowadzona z wykorzystaniem tego związku w formie suchego gazu lub mgły. Metoda ta jest skuteczna w eliminacji bakterii, w tym: *Mycobacterium tuberculosis*, szczepów MRSA, VRE, wieloopornych Gram-ujemnych pałeczek, atakże spor bakteryjnych i norowirusów. W praktyce jest wykorzystywana głównie do dekontaminacji pomieszczeń zanieczyszczonych przez *C. difficile* lub *A. baumannii*. Skuteczność dezynfekcji z zastosowaniem nadtlenu wodoru jest istotnie ograniczona obecnością substancji organicznej, stąd przed ekspozycją na HP powierzchnie muszą być dokładnie oczyszczone. Konieczne jest także szczelne zamknięcie sali, w której przeprowadzana jest taka dezynfekcja. W jednym z badań wykazano poekspozycyjną przeżywalność MRSA wyższą o 1,5 do 3,5 log₁₀ w porównaniu z *Geobacillus stearothermophilus*, co może mieć związek z wytwarzaniem katalazy przez szczepy *S. aureus*. Nowe metody bezdotykowe – takie jak użycie stałego zamgławiania niską dawką (np. 0,2 ppm) nadtlenu wodoru lub światła widzialnego o wysokiej intensywności i wąskim spektrum (np. 405 nm) – są w trakcie badań. Zautomatyzowane technologie mogą zapewnić lepszą skuteczność odkażania, nie są jednak w stanie zastąpić rutynowego codziennego sprzątan manualnego.

W ostatnim czasie do środowiska szpitalnego są wprowadzane powierzchnie tzw. samodezynfekujące, impregnowane lub pokryte metalami, takimi jak srebro lub miedź, chemicznymi substancjami bakteriobójczymi np. triklosanem, lub o aktywności antibakteryjnej indukowanej światłem [48]. Ze wszystkich proponowanych rozwiązań najczęściej stosowane są samodezynfekujące powierzchnie impregnowane lub pokryte miedzią. Wykazano, że hamują one wzrost *S. aureus*, w tym: szczepów MRSA, *Enterococcus* spp., *E. coli*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *P. aeruginosa* i *M. tuberculosis*.

Należy jednak podkreślić, że nadal niewiele jest badań oceniających wpływ takich powierzchni na częstość występowania zakażeń szpitalnych oraz ich aktywność wobec spor bakteryjnych, w tym spor *C. difficile*. Zaletami powierzchni samodezynfekujących są stała aktywność przeciwdrobnoustrojowa i brak toksyczności dla pacjentów. Ograniczeniami tego typu rozwiązań są niewątpliwie koszty instalacji, brak jednoznacznych zaleceń precyzujących jak często i jaką metodą takie powierzchnie powinny być poddawane czyszczeniu, ale przede wszystkim brak możliwości zastąpienia wszystkich powierzchni szpitalnych powierzchniami samodezynfekującymi.

Jakość sprzątan w warunkach szpitalnych jest często niezadawalająca. Carling i wsp., wykorzystując





fluorescencyjny żel do oznakowania powierzchni ponad tysiąc sal chorych w 23 szpitalach i lampę UV do odczytu obecności użytego markera, wykazali, że średnio tylko 49% (od 35% do 81%) powierzchni czyszczonych było w sposób umożliwiający usunięcie znacznika [53]. Kontrola środowiska szpitalnego, oparta na wykrywaniu obecności ATP (ang. adenosine triphosphate, adenozyotrójfosforan), wykazała nieefektywną dekontaminację w przypadku 84% badanych powierzchni i sprzętu. W innym badaniu, opartym na ocenie mikrobiologicznej czystości sprzętu, nieprawidłowy wynik uzyskano w przypadku 87% pobranych próbek. Zaobserwowano zależność między niewłaściwą dekontaminacją środowiska a częstością zakażeń. W okresie dwóch miesięcy monitorowania środowiska szpitalnego w jednym ze szpitali w Wielkiej Brytanii wykazano istotny wzrost liczby zakażonych pacjentów w sytuacji, kiedy liczba bakterii obecnych na powierzchniach sal chorych przekraczała 2,5 CFU/cm² lub powierzchnie te były skażone szczepami *S. aureus*.

Podobnie na oddziale intensywnej terapii neurochirurgii potwierdzono istotną korelację między kontaminacją środowiska a częstością kolonizacji i infekcji pacjentów szczepem

A. baumannii. Ocenę wpływu sprzątanania na częstość występowania zakażeń przeprowadzono w Wielkiej Brytanii na dwóch oddziałach chirurgicznych w kolejnych, sześciomiesięcznych okresach. W pierwszym okresie sprzątananie prowadzono od poniedziałku do piątku, a do mycia powierzchni stosowano wyłącznie detergenty. Wprowadzenie intensyfikacji sprzątanania w drugim okresie badania, w tym częstego przecierania powierzchni dotykowych, skutkowało istotnym zmniejszeniem liczby zakażeń. W badaniu przeprowadzonym w 10 OIOM w Stanach Zjednoczonych oceniano skuteczność wprowadzenia intensywnego sprzątanania pomieszczeń zajmowanych przez pacjentów wcześniej skolonizowanych lub zakażonych szczepami MRSA i VRE oraz kontroli sprzątanania opartej na znacznikach fluorescencyjnych. Wprowadzone rozwiązanie pozwoliło uzyskać zmniejszenie zanieczyszczenia powierzchni sal chorych z 45% do 27%, a także redukcję występowania nowych przypadków zakażeń wywołanych przez MRSA o 49%, a VRE o 29% w porównaniu z wartością wyjściową. Przykładem drobnoustrojów trudnych do eradykacji ze środowiska szpitalnego są odporne na wankomycynę enterokoki (VRE). Mogą one przetrwać wielokrotne procesy dekontaminacji powierzchni, zwłaszcza jeżeli czas kontaktu z powierzchnią jest zbyt krótki, lub w sytuacji, kiedy zamiast przecierania stosowana jest metoda spryskiwania powierzchni. Cdn.

Katarzyna Szykowna

KALENDARIUM

Lipiec - Sierpień 2022 rok

07.06.2022r. -	Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Regionu Śląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych,
10.06.2022r. -	Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej – Filharmonia Częstochowska,
20.06.2022r. -	Uroczystość wręczenia najwyższych odznaczeń w ochronie zdrowia – ORPIP w Katowicach – Filharmonia Zabrzeńska,
23.06.2022r. -	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
23.06.2022r. -	Posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
24.06.2022r. -	Piknik Rodzinny Dom Pomocy Społecznej w Blachowni,
24.06.2022r. -	Jubileusz 40 – lecia utworzenia samorządu radców prawnych – Katowice,
27.06.2022r. -	Posiedzenie komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych,
27.06.2022r. -	Posiedzenie komisji ds. Dofinansowania Leczenia Uzdrawiskowego i Turnusu Rehabilitacyjnego,
29.06.2022r. -	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
29.06.2022r. -	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
01.07.2022r. -	XVIII Spotkanie Rodzinne Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Lelowie,
06.07.2022r. -	Posiedzenie Komisji Rewizyjnej ORPIP w Częstochowie,
13.07.2022r. -	Spotkanie dla kadry zarządzającej pielęgniarek i położnych - warsztaty dotyczące wsparcia Pielęgniarek i Położnych w doskonaleniu kompetencji interpersonalnych,
27.07.2022r. -	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

KONDOLENCJE

„Życie choć piękne
Tak kruche jest,
Wystarczy jedna chwila
Byzgasicje...”

Z wielkim żalem zawiadamiamy, iż w wieku 57 lat,
dnia 28 czerwca 2022 roku odeszła od nas

Ś.P. Wioletta Skupień

Koleżanka, Człowiek o ogromnej radości życia, wielkim i szlachetnym sercu,
Pielęgniarka niezwykle oddana pracy zawodowej.

Rodzinnie i Bliskim zmarłej składamy najserdeczniejsze wyrazy współczucia.

Dyrekcja, personel pielęgniarski, lekarski oraz pomocniczy
NZOZ Przychodni Lekarskiej „Wrzosowiak” w Częstochowie, ul. Orkana
oraz
Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



„Lecz on ciągle przecież żywi,
Nadal wytrwale są wśród nas,
Ich dusze przy nas pozostały,
Tylko ich ciała zabrał czas...”

Pani

Iwonie Baran

Pielęgniarka Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie, ul. PCK 7
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają: Pielęgniarka Oddziałowa, koleżanki z oddziału,
współpracownicy Szpitala
oraz
Przewodnicząca a także Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

—

Panu

Romanowi Borszcz

Pielęgniarszowi Oddziałowemu Oddziału XII Rehabilitacji – Kochcice
w SP Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach
Śląskich,
Członkowi Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
wyrazy głębokiego współczucia i otuchy z powodu śmierci

Mamy

składają: współpracownicy Oddziału XII Rehabilitacji w Kochcicach
oraz
Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

Pani

Beacie Świątkiewicz

Pielęgniarka Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie, ul. Bialska
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają: koleżanki z oddziału, współpracownicy Szpitala
oraz
Przewodnicząca a także Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

—

Pani

Małgorzacie Banaczkowskiej

Położnej Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami
Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie, ul. Bialska

wyrazy współczucia oraz słowa otuchy i wsparcia z powodu śmierci

Mamy

składają: koleżanki Położne, współpracownicy z oddziału
oraz
Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

—

Pani

Liliannie Kuc

Położnej Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami
Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Częstochowie, ul. Bialska

wyrazy współczucia oraz słowa wsparcia w trudnych chwilach po
śmierci

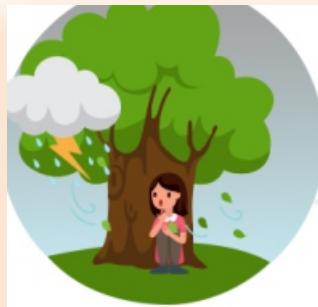
Męża

składają: koleżanki Położne, współpracownicy z oddziału
oraz
Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



NAJWAŻNIEJSZE ZASADY DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA NA WAKACJACH

PORADNIK



1. W TRAKCIE BURZY NIE SZUKAJ SCHRONIENIA POD DRZEWAMI!

2. JEŚLI PRZEBYWASZ NA ZEWNĄTRZ W SŁONECZNE DNI STOSUJ KREMY Z FILTREM UV ORAZ PAMIĘTAJ O OCHRONIE W GODZINACH POPOŁUDNIOWYCH – NAJLEPSZY CIĘŃ DA PARASOL.



3. PAMIĘTAJ O ODPOWIEDNIACH ZASADACH ZACHOWANIA W LESIE.

- NIE KRZYCZ
- NIE SMIEĆ
- NIE NISZCZ DRZEW I INNYCH ROŚLIN
- NIE OBLAMUJ ANI NIE OBCINAJ ŻYWYCH GAŁĘZI
- NIE ROZKOPUJ ŚCIOŁKI
- NIE ZRYWAJ I NIE NISZCZ ROŚLIN CHRONIONYCH

Najważniejsze zasady dotyczące bezpieczeństwa na wakacjach

1/3

4. ZACHOWAJ ODPOWIEDNIĄ OSTROŻNOŚĆ NA KĄPIELISKACH.

- KĄP SIĘ TYLKO W MIEJSCACH STRZEŻONYCH
- STOSUJ SIĘ DO REGULAMINÓW KĄPIELISK I POLECEŃ RATOWNIKÓW
- NIE ZAKŁÓCAJ WYPOCZYNKU I KĄPIELI INNYCH OSÓB



5. ZAWSZE MIEJ ZE SOBĄ KARTKĘ Z NAJWAŻNIEJSZYMI TELEFONAMI ALARMOWYMI LUB MIEJ JE ZAPISANE W TELEFONIE.

112 EUROPEJSKI NUMER ALARMOWY
999 POGOTOWIE RATUNKOWE
998 STRAŻ POŻARNA
997 POLICJA

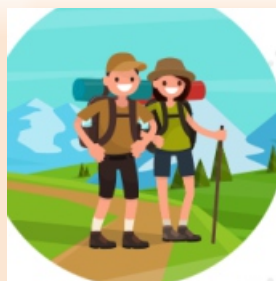


6. NA ROWERZE KORZYSTAJ Z DRÓG ROWEROWYCH, PAMIĘTAJ RÓWNIEŻ O ODPOWIEDNIEJ OCHRONIE – KASKU.



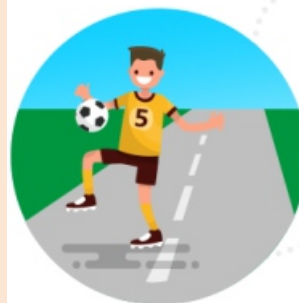
Najważniejsze zasady dotyczące bezpieczeństwa na wakacjach

2/3



7. JEŚLI WYPOCZYWASZ W GÓRACH, WYBIERAJ TYLKO ODPOWIEDNIO PRZYSTOSOWANE SZLAKI.

8. NIE OTWIERAJ DRZWI OSOBOM, KTÓRYCH NIE ZNASZ.



9. NIE BAW SIĘ W POBLIŻU JEZDNI.



10. NIE CZĘSTUJ SIĘ SŁODYCZAMI OD NIEZNAJOMYCH.

Najważniejsze zasady dotyczące bezpieczeństwa na wakacjach

3/3