

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



***EGZAMIN KOŃCOWY KURSU***

***Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07 Pierwsza edycja***

**PAŹDZIERNIK 2009r**

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38



# POPRAZ NAUKĘ I ZABAWĘ PROMUJEMY ZAWÓD PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

## *URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ*

Międzyszkolny konkurs na stadionie "Włókniarza"



### W NUMERZE:

Pisma z NJPiP	1
Stanowiska z NIPiP	4
Konsultant krajowy	6
Opieka nad uczniami	6
Śląski Urząd Wojewódzki	7
NFZ - Śląski Oddział informuje	8
Koszty prowadzenia gabinetu POZ	9
Gazeta Prawna	11
Konferencje, szkolenia	13
Prace dyplomowe	16
Informacje	22
Kalendarium	23

#### Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

#### Adres Redakcji:

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie  
Ul. Kopernika 38  
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18  
0-503-008-946

#### Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

#### MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

#### Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora

Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13  
42-200 Częstochowa  
birako@o2.pl  
Nakład 1000 szt.



**MINISTERSTWO  
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ  
SEKRETARZ STANU  
JAROSŁAW DUDA**

Warszawa, dnia 8 września 2009 r.

Pani Elżbieta Buczkowska  
Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek  
i Położnych  
Al. Ujazdowskie 22  
00-478 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo przesyłające kopie wystąpienia do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zawierania umów z pielęgniarkami, które złożyły w I półroczu 2009 roku wnioski o zawarcie umów na realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej zadaniową formą finansowania, uprzejmie wyjaśniam, że:

Niestety, również w resorcie znane są przypadki ograniczeń oddziałów wojewódzkich w podejmowaniu nowych zobowiązań finansowych w zakresie świadczeń pielęgniarskiej opieki środowiskowej co jest efektem zmniejszających się Wpływów finansowych do Funduszu Zdrowia ze składki zdrowotnej. Argumentacja dotycząca słabnącej kondycji finansowej NFZ nie jest jednak przekonująca dla ministerstwa pracy, gdyż nie można się zgodzić, aby ofiarami ograniczeń finansowych byli ponownie mieszkańcy domów pomocy społecznej, którzy opłacają składki i mają prawo do takich samych świadczeń jak wszyscy ubezpieczeni w naszym kraju.

Z dniem 1 sierpnia br. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadził zmiany do zarządzenia nr 105/2008 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka medyczna, sankcjonując wprowadzone w miesiącu czerwcu i lipcu br. ograniczenia dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZu. Wycofując możliwość zawierania nowych kontraktów na pielęgniarską opiekę środowiskową finansowaną metodą zadaniową wskazując, iż nowe kontrakty finansowane będą według skorygowanej stawki kapitałowej (według współczynnika 3.5 stawki podstawowej).

Zdaniem resortu pracy i polityki społecznej zmiana ta może wpłynąć niekorzystnie na jakość świadczonych usług pielęgniarskich adresowanych do mieszkańców domów pomocy społecznej.

W świetle działań jakie były realizowane przez okres ostatniego roku, między innymi zachęcania pielęgniarek etatowo zatrudnianych w domach pomocy społecznej do podejmowania kontraktów zadaniowych, zmiana strategii działania Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie wydaje się być mniej korzystna zarówno dla mieszkańców domów pomocy społecznej jak i pielęgniarek niż proponowane rozwiązania z 2008 roku gdy wprowadzone zostały kontrakty zadaniowe.

Należy jednak podkreślić, że wszyscy świadczeniobiorcy, którzy dokonali wyboru pielęgniarki poz na podstawie deklaracji wyboru powinni być objęci kompleksową adekwatną do stanu zdrowia opieką pielęgniarską, zgodną z zakresem kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. NFZ zawiera umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez

Prezesa Funduszu. Mechanizm zawarcia umowy przyjęty w przepisach kreuje prawo do zawarcia umowy w razie złożenia wniosku oraz spełnienia warunków określonych przez Prezesa NFZ.

Wszelkie nieprawidłowości w realizacji umów zawartych przez świadczeniodawców z Funduszem, podlegają rygorom kontroli i powinny być przedmiotem skargi do właściwego terytorialnie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Wobec powyższego zachęcam Panią Przewodniczącą do dalszych starań aby Narodowy Fundusz Zdrowia obejmował skuteczną opieką pielęgniarską również mieszkańców domów pomocy społecznej. Równocześnie pragnę dodać, iż resort równolegle czyni dalsze starania, aby mieszkańcy domów nie byli grupą pacjentów dyskryminowanych w dostępie do świadczeń pielęgniarskich finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W chwili obecnej prowadzone są rozmowy z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia zmierzające do wypracowania rozwiązań prawnych, które mam nadzieję, będą zapewniały dostęp do pielęgniarskiej opieki środowiskowej finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. ■

Jarosław Duda

**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK  
I POŁOŻNYCH**

Warszawa, dnia 6 sierpnia 2009 r.

Pan  
Andrzej Wojtyła  
Główny Inspektor Sanitarny

Szanowny Panie Ministrze.

W związku z napływającymi zapytaniami i wynikającymi stąd wątpliwościami dotyczącymi treści art. 67 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570. zm.: zm. Dz. U. z 2009 r. Nr 76. poz. 641) zwracam się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie, czy w chwili obecnej lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2.5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych mogą wykonywać szczepienia ochronne?

Przepis przejściowy zawarty w art. 67 pkt 3 ustawy daje możliwość wykonywania szczepień ochronnych przez osoby, które nie posiadają kwalifikacji określonych rozporządzeniem wydanym na podstawie wyżej wskazanego art. 17 ust. 10 pkt 3 obecnie obowiązującej ustawy, jednakże przedmiotowe rozporządzenie nie zostało jeszcze wydane, natomiast obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018 ze zm.), które w § 7 nakłada na osoby wykonujące szczepienia obowiązek odbycia kursu specjalistycznego w tym zakresie. ■

Z poważaniem  
Elżbieta Garwacka - Czachor  
Wiceprezes NRPiP





## GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY Andrzej Wojtyła

Warszawa, dnia 2009.08.31

Pani  
Elżbieta GAWRACKA-CZACHOR

Wiceprezes Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
Al. Ujazdowskie 22  
00-478 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 6.08.2009r. znak NIPiP/NRPiP/DM/0055/225/09 uprzejmie informuję, że zgodnie z brzmieniem art. 67 pkt 3 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 roku (Dz. U. nr 234, poz.1570) do dnia 31 grudnia 2015 roku szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 cytowanej ustawy, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Osoby nie posiadające kwalifikacji do przeprowadzania szczepień ochronnych zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień z dnia 19 grudnia 2002 roku ( Dz. U.Nr.237, poz 2018 z późn. zm.) winny odbyć w ramach doskonalenia zawodowego specjalistyczny kurs w tym zakresie. ■

## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 6 lipca 2009 r.

### LIST OTWARTY

Szanowni Państwo,

Jako prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stanowczo muszę wypowiedzieć się w sprawie sytuacji mieszkańców domów pomocy społecznej, osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnego życia. Na stronach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia dla świadczeniodawców POZ zostały zamieszczone komunikaty o wstrzymaniu rozpatrywania nowych wniosków o zawarcie umów w zakresie pielęgniarskiej opieki środowiskowej, finansowanej metodą zadaniową. Stwierdzam z pełnym przekonaniem, że podjęcie takiej decyzji godzi nie tylko w interes pacjentów, ale również stanowi przykład niestabilnego stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia wobec nowych podmiotów gospodarczych (świadcze-

niodawców). Jest przy tym przykładem bezpodstawnego naruszenia zasady zawierania umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Odmowa zawierania umów przez NFZ na pielęgniarską opiekę środowiskową (co przecież odbywa się przy akceptacji Ministra Zdrowia) przynosi konkretną szkodę pacjentom z wymienionych grup. Przyczynia się także do postępującej destrukcji opieki zdrowotnej, którą państwo powinno zapewnić obywatelom, i stopniowo eliminuje pielęgniarki jako podmioty gospodarcze w podstawowej opiece zdrowotnej.

Usunięcie kadry pielęgniarskiej z DPS-ów, czyli z miejsca zamieszkania pacjentów, pociągnie za sobą nieodwracalne skutki zdrowotne i znacząco podroży koszty leczenia szpitalnego w każdym przypadku zaniedbań. Zaniedbania najczęściej będą skutkiem braku profesjonalnie przygotowanej kadry pielęgniarskiej, która powinna wykonywać świadczenia zdrowotne, opiekuńcze i rehabilitacyjne zgodnie z potrzebami zdrowotnymi. Stała opieka pielęgniarska jest nie tylko tańszą formą zabezpieczenia zdrowotnego, ale najbliższą człowiekowi i najbardziej ludzką. Należy zauważyć, że jest liczna grupa pielęgniarek i położnych, które zarejestrowały własne firmy. Zachęcane, nierzadko wręcz zmuszane do podjęcia działalności gospodarczej i pracy na własny rachunek ponosiły niemałe nakłady finansowe, zrezygnowały z pracy na etacie. Są przygotowane, aby wykonywać zawód w różnych formach organizacyjno-prawnych na rzecz mieszkańców DPS. Decyzja Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiona w komunikatach zamyka im drogę do wykonywania zawodu, pozbawia środków utrzymania. Oburza, ponieważ pogwałca wiążące ustalenia. Trudno potraktować to inaczej, niż jako przejaw dyskryminacji pielęgniarek, jakich zresztą obserwujemy coraz więcej. Powinno to być przedmiotem dyskusji społecznej i parlamentarnej, a także rozmów z rządem.

Zwracam się do wszystkich organów władzy publicznej: Premiera Rządu RP, wojewodów, organów samorządu terytorialnego: marszałków województw, prezydentów i burmistrzów miast, starostów i wójtów. Skończmy z naiwną wiarą, że państwo gwarantuje bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i równy dostęp do opieki zdrowotnej. Powstrzymajmy falę prywaty, politykę podporządkowującą doraźnym interesom żywotne decyzje dotyczące zdrowia obywateli. Kto zyskał na permanentnych reformach ministrów? Na pewno nie pacjent - szczególnie przewlekle chory, niezdolny do samodzielnego życia, stary i niepełnosprawny. Nie zyskały też pielęgniarki i położne jako grupa zawodowa. Wręcz przeciwnie, dyskryminuje się je za przedsiębiorczość, własne zdanie i domaganie się respektowania swoich praw. Arogancja rządzących, niechęć do rozmów o wzmocnieniu opieki świadczonej przez pielęgniarki i położne, doprowadzi w naszym kraju do katastrofy zdrowotnej. Zadziwiające, że wśród decydentów panuje zмова milczenia na ten temat! Proszę Państwa o pomoc i wsparcie naszych działań, aby nie było za późno. Popierając pielęgniarki i położne władze lokalne zdolają otoczyć opieką zdrowotną społeczeństwo, zwłaszcza najsłabsze jego warstwy. Proszę szczególnie poważnie potraktować ten apel. ■

Prezes  
Elżbieta Buczkowska



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 5 czerwca 2009 r.

Pan  
Jan Vincent - Rostowski  
Minister Finansów

Szanowny Panie Ministrze.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o podjęcie działań zmierzających do nowelizacji ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, tj. przywrócenie obowiązującego do dnia 31 grudnia 2003 r. prawa do:

- możliwości odliczania przez pielęgniarki i położne wysokości składki członkowskiej od podatku dochodowego od osób fizycznych (taką możliwość stanowiły przepisy art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy uchylone nowelizacją 12 listopada 2003 roku - Dz. U. Nr 202, poz. 1956),
- odliczenie od podatku dochodowego wydatków poniesionych przez pielęgniarkę i położną na cele związane z doskonaleniem zawodowym (uchylony art. 27a przewidywał odliczenie wydatków poniesionych na kształcenie i doskonalenie zawodowe).

Uzasadniając powyższe wskazujemy, że polskie pielęgniarki i położne są objęte na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) obowiązkową przynależnością do samorządu zawodowego, na rzecz którego wnoszą składki członkowskie. Zgodnie z przepisami obowiązującymi do 1 stycznia 2004 roku - art. 26 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r., Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) składki wnoszone na rzecz samorządu zawodowego mogły być odliczane od dochodu stanowiącego podstawę opodatkowania, jeżeli nie zostały one zaliczone do kosztów uzyskania przychodów.

Nowelizacja ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 12 listopada 2003 r. pozbawiła możliwości pełnego odliczenia składki członkowskiej wszystkie osoby zatrudnione w ramach stosunków pracy, objęte obowiązkową przynależnością do organizacji samorządu zawodowego. Potraktowanie składki członkowskiej jako części kosztów uzyskania przychodu z tytułu stosunku pracy (art. 22 ust. 2 ustawy) nie daje możliwości pełnego jej odliczenia, ponieważ jest to koszt uzyskania przychodu naliczany bez względu na ponoszone przez pielęgniarki i położne rzeczywiste koszty.

Należy podnieść, iż z uwagi na ściśle określoną przepisami ustawy wysokość odliczenia, jego kwota nie pokrywa kosztów dojazdu do pracy oraz kosztów składki. Jest jednakowa dla wszystkich osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy, zarówno objętych obowiązkową przynależnością do samorządu zawodowego, jak i pracowników nie objętych takim obowiązkiem. Potraktowanie obu grup pracowników jednakowo narusza zasadę równości wobec prawa zagwarantowaną art. 32 ust. 1 Konstytucji RP

Ponadto przypominamy, że sytuacja finansowa polskich pielęgniarek i położnych jest nieporównywalna z sytuacją finansową pozostałych podatników, objętych obowiązkową przynależnością do innych samorządów zawodowych. Dlatego też brak możliwości odliczenia składek członkowskich odczytujemy za szczególnie niesprawiedliwy dla pielęgniarek i położnych. Ponadto likwidacja możliwości dokonywania odliczeń od dochodu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych - w całości przeznaczonych na działalność samo-

pomocową i podnoszenie kwalifikacji zawodowych członków tego samorządu, jest całkowicie nieuzasadniona i godząca w funkcjonowanie samorządu zawodowego.

Odnosząc się do ustawowego zobowiązania pielęgniarki i położnej do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, czyli obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawa do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia (art. 10b ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej tj. Dz. U. z 2001 i. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.) w pełni uzasadniona jest propozycja samorządu pielęgniarek i położnych wprowadzenia w obowiązującej ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych możliwości obniżenia podatku o kwoty wydatkowane na odpłatne dokształcanie i doskonalenie zawodowe podatnika oraz odpłatne kształcenie w szkołach wyższych, w rozumieniu przepisów prawo o szkolnictwie wyższym.

Przedstawiając powyższe stanowisko pragniemy podkreślić, iż składki przekazywane obligatoryjnie na rzecz samorządu zawodowego są przeznaczone nie tylko na działalność administracyjną samorządu, ale w znacznej części na kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych oraz na organizowanie i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek i położnych oraz ich rodzin.

Powszechnie wiadomo, że dochody pielęgniarek i położnych należą do jednych z najniższych, a więc wprowadzenie ulgi podatkowej nie stanowiłoby istotnego uszczerbku dla budżetu państwa, natomiast jest niezwykle ważne dla każdej pielęgniarki i położnej

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postuluje jak na wstępie, bowiem przywrócenie tego odliczenia będzie stanowić realizację zasad sprawiedliwości społecznej. ■

Z poważaniem  
Elżbieta Buczkowska  
Prezes NRPiP

## Narodowy Fundusz Zdrowia Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu

Poznań, dnia 7.09.2009 roku

Pani  
Elżbieta Garwacka-Czachor  
Wiceprezes  
Naczelnej Izby  
Pielęgniarek i Położnych  
Al. Ujazdowskie 22  
00 - 478 Warszawa

W odpowiedzi na pismo z dnia 24 sierpnia 2009 roku w przedmiocie dokonywania zmian w harmonogramie czasu pracy pielęgniarki, Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ uprzejmie informuje, iż ustanowiony obowiązek udzielania świadczeń przez pielęgniarki poz w gabinecie pielęgniarki w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych tj. w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00 wynika z konieczności stworzenia warunków do objęcia opieką zdrowotną pacjentów niewymagających



wizyty w miejscu zamieszkania. W opinii Oddziału NFZ, dopiero fakt realizowania świadczeń w obu wariantach, wypełnia kryterium pełnej dostępności do usług pielęgniarki poz, która to działając w ww. sposób, zabezpiecza zgodnie z wyborem samego ubezpieczonego (deklaracja) kompleksowe świadczenie zdrowotne. O zasadności ustanowienia i przestrzegania powyższego niech świadczy fakt wpływania do WOW NFZ ze strony świadczeniobiorców pism interwencyjnych dotyczących trudności w uzyskaniu iniekcji dokonywanej ambulatoryjnie, szczególnie w godzinach popołudniowych.

Mając na względzie zaangażowanie podmiotów w należyte sprawowanie opieki zdrowotnej jak i również prezentowane już przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Koninie oraz Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce Oddział Terenowy w Koninie stanowisko pielęgniarek poz, płatnik po dokonaniu analizy charakteru wymogu poprosił ww organy o podjęcie współpracy w przedmiocie ustanowienia takiej organizacji pracy podmiotów pielęgniarskich (np. system dyżurowy) by przy wieloosobowych praktykach gabinet pielęgniarki poz czynny był w godzinach przed i popołudniowych (minimum po 1 godzinie), przy praktykach indywidualnych gabinet winien być dostępny przynajmniej w godzinach przedpołudniowych - jednakże dooatkowo, dla zachowania staranności realizacji zapisów umowy, pielęgniarka w przypadku konieczności wykonania zabiegu w godzinach popołudniowych zapewni jego wykonanie na zasadzie poczynienia indywidualnych uzgodnień ze świadczeniobiorcą.

Proponowana wyżej organizacja pracy pielęgniarek poz, oczywista i jednoznaczna dla odbiorcy świadczenia (uregulowana zapisem załącznika nr 2 do umowy) pozwoli z pewnością uniknąć wszelkich roszczeń co do oczekiwanego godzinowego czasu uzyskania świadczenia.

W ocenie płatnika, aktualnie czyniona przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ regulacja zasad udzielania świadczeń w umowach pielęgniarek poz nie wpływa negatywnie na charakter obecnej pracy podmiotów a jedynie stwarza możliwość takiego formalnego przeorganizowania pracy praktyk by w efekcie pielęgniarki mogły ograniczyć wizyty w środowisku na rzecz bezpośredniego zabezpieczenia pacjenta w ambulatorium.

W świetle przedstawionych argumentów WOW NFZ uprzejmie prosi również Naczelna Izbę Pielęgniarek i Położnych, Panią Wiceprezes oraz za Pani pośrednictwem Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu o podjęcie współpracy w zakresie ustanowienia takiej regulacji, której przestrzeganie w konsekwencji zapewni bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorców stanowiących dla wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej dobro nadrzędne. ■

Z poważaniem  
Z-ca Dyrektora ds. Medycznych  
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Barbara Murawska



### **Stanowisko nr 25 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**z dnia 17 czerwca 2009 roku  
w sprawie podjęcia działań mających na celu  
wprowadzenie zmian legislacyjnych w przepisach  
dotyczących zasad przeprowadzania egzaminu  
praktycznego na studiach pomostowych,  
na kierunku pielęgniarstwo bądź położnictwo  
przez osoby posiadające prawo wykonywania  
zawodu**

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 - zmiany: Dz. U. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410; z 1998 r. Nr 106, poz. 668; z 2000 r. Nr 120, poz. 1268; z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052; z 2004 r. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1237, 2009 r. Nr 6, poz. 33) uchwała się, co następuje:

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, pielęgniarki lub położne posiadające prawo wykonywania zawodu, które ukończyły liceum medyczne lub medyczne studium zawodowe i kontynuują kształcenie na studiach pomostowych na kierunku pielęgniarstwo, bądź położnictwo, są zobowiązane do ponownego zdawania egzaminu praktycznego z przygotowania zawodowego. Egzamin praktyczny na studiach pomostowych obejmuje oprócz zakresu specjalistycznych umiejętności pielęgniarskich, także zakres podstawowych umiejętności pielęgniarskich, które nabywa każda pielęgniarka lub położna posiadająca dyplom ukończenia liceum medy-

cznego lub medycznego studium zawodowego. W związku z powyższym ponowne zdawanie egzaminu praktycznego na studiach pomostowych w zakresie nabytych uprzednio przez pielęgniarkę lub położną podstawowych umiejętności pielęgniarskich jest nieuzasadnione.

Uwzględniając powyższe argumenty, NRPiP wnioskuje o wprowadzenie rozwiązań prawnych, mających na celu wyłączenie z egzaminu praktycznego na studiach pomostowych, na kierunkach pielęgniarstwo, bądź położnictwo, podstawowych umiejętności pielęgniarskich z zakresu umiejętności wymaganych w odniesieniu do osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

### **Stanowisko nr 26 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**z dnia 17 czerwca 2009 roku**

**w sprawie wprowadzenia oddzielnych formularzy  
druków deklaracji wyboru świadczeniodawcy -  
lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postuluje o wprowadzenie do stosowania oddzielnego wzoru deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej.



**Uzasadnienie:**

Wprowadzenie druku, na którym są trzy deklaracje wyboru, budzi wśród świadczeniobiorców wątpliwości w zakresie jego wypełnienia, sugerując jednoczesny wybór trzech świadczeniodawców. Powyższa sytuacja ogranicza ustawowe prawo pacjenta do wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

W przeszłości obowiązywał wspólny druk deklaracji i był powodem konfliktu wśród świadczeniodawców, ponieważ sprzyjał monopolizowaniu świadczeń zdrowotnych przez jednego świadczeniodawcę - lekarza poz, co w konsekwencji było przyczyną ograniczenia dostępu pacjentów do świadczeń pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Między innymi z tego właśnie powodu deklaracje wyboru były dotychczas na odrębnych drukach.

Zawód pielęgniarki i zawód położnej są zawodami samodzielnymi, wykonywanymi w formie indywidualnych, grupowych praktyk lub ramach zatrudnienia w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) pielęgniarka i położna są świadczeniodawcami (art. 5 pkt. 26), a pacjent ma prawo do wolnego wyboru świadczeniodawcy POZ (art. 28 ust. 1), dlatego przedmiotowe deklaracje wyboru powinny stanowić odrębne druki, które nie będą budzić wątpliwości i wprowadzać dezorientacji wśród pacjentów. Wypracowana w ostatnich latach dobra praktyka w tym zakresie powinna być argumentem za powrotem do odrębnych druków deklaracji. ■

### **Stanowisko nr 27 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**z dnia 17 czerwca 2009 roku**

#### **w sprawie przywrócenia zadań pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej w podstawowej opiece zdrowotnej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia zadań pielęgniarki rodzinnej (środowiskowo-rodzinnej) i położnej rodzinnej (środowiskowo-rodzinnej) w podstawowej opiece zdrowotnej finansowanej z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przypisanych w/w podmiotom od czasu wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce w roku 1999, a związanych z planowaniem i realizacją kompleksowej opieki pielęgniarskiej (i odpowiednio pielęgnacyjnej opieki położniczo-ginekologiczno-neonatologicznej) nad jednostką, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania (przebywania pacjenta).

**Uzasadnienie:**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa, że obecne regulacje wprowadzane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmieniają rolę i zadania pielęgniarek i położnych rodzinnych w strukturach ochrony zdrowia, kładąc nacisk na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w miejscu świadczeniodawcy.

Należy podkreślić, że podstawowa opieka zdrowotna stanowi

fundamentalne ogniwo pierwszego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej i jest ona częścią systemu ochrony zdrowia, zapewniającą zdrowym i chorym w miejscu zamieszkania (przebywania), w warunkach ambulatoryjnych, świadczenia zdrowotne zorientowane na promocję i profilaktykę zdrowotną, diagnostykę schorzeń, leczenie, rehabilitację oraz pielęgnację i edukację zdrowotną, a także orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia oraz koordynację dalszej opieki medycznej, w celu uzyskania możliwie optymalnego postępowania zdrowotnego i zapewnienia bezpieczeństwa podopiecznym. ■

### **Stanowisko nr 29 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**z dnia 16 września 2009 r.**

#### **dotyczące rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest w sprawie procedury konsultacji społecznych projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z uchwałą nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. - Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221 ze zm.), Minister Zdrowia powinien przekazać Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych projekty wskazanych rozporządzeń w terminie umożliwiającym wydanie opinii, w terminie nieprzekraczającym 30 dni, a w szczególności uzasadnionych przypadkach, krótszym niż 7 dni. Ustalając ten termin, organ wnioskujący o przedstawienie opinii powinien brać pod uwagę nie tylko pilność sprawy, ale także rodzaj i przedmiot opiniowanego dokumentu. Ponadto, w celu właściwego przygotowania projektu aktu prawnego, w przypadku zgłoszenia licznych uwag o charakterze merytorycznym, zgodnie z § 14 ust. 2 wyżej wymienionej uchwały, Minister Zdrowia obowiązany był przeprowadzić konferencję uzgodnieniową.

Czterodniowy termin, wyznaczony na zaopiniowanie 13 obszernych projektów, które wprowadzają podstawowe regulacje prawne w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, czyni z konsultacji społecznych fikcję. Jednak, pomimo tak krótkiego terminu i przekazania przez NRPIP propozycji rozwiązań mających na celu wyeliminowanie błędnych regulacji przeniesionych z zarządzeń Prezesa NFZ w tym zakresie, stanowisko NRPIP zostało w całości pominięte. Tworzenie prawa z pogwałceniem zasady prawidłowej legislacji, za jaką należy uznać właściwe przeprowadzenie konsultacji społecznych i brak konferencji uzgodnieniowej, ujemnie rzutuje na jakość projektowanego prawa w obszarze ochrony zdrowia.

Wnosimy o pilną nowelizację rozporządzeń MZ do tzw. ustawy koszykowej w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej i uwzględnienia proponowanych uwag. ■



### **KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO**

**Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie ryzyka przenoszenia zakażeń przez personel medyczny noszący sztuczne paznokcie tzw. tipy w pracy w kontakcie z pacjentem.**

W prewencji zakażeń szpitalnych podstawowe znaczenie ma prawidłowa higiena rąk.

Powszechnie uznano fakt transmisji drobnoustrojów poprzez ręce personelu medycznego oraz istotę prawidłowej dekontaminacji skóry rąk jako najlepszej i najtańszej metody zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Nie ma obecnie przepisów prawnych zabraniających noszenia sztucznych paznokci tzw. tipsów przez pracowników zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej. Jednak doświadczenie epidemiologiczne wielu ośrodków i doniesienia ekspertów

wskazują że sztuczne paznokcie tzw. tipy mogą być niebezpieczne dla chorych i odgrywać negatywną rolę w rozprzestrzenianiu zakażeń szpitalnych, dlatego ich noszenie jest niewskazane. Podobnie niebezpieczne w aspekcie powstawania zakażeń jest noszenie w trakcie pracy biżuterii (szczególnie w oddziałach szpitalnych i blokach operacyjnych). Przypominam, że jednym z elementów wymienionych w instrukcjach i procedurach mycia rąk jest higiena paznokci, brak biżuterii oraz zakaz malowania paznokci.

Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej są zobowiązani do wyeliminowania wszelkich wektorów przenoszenia zakażeń, w tym poprzez ręce, wdrażając stosowne procedury postępowania. ■

Z poważaniem  
mgr Beata Ochocka  
Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa  
epidemiologicznego



### **Opieka nad uczniami**

#### **Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami i działania niezbędne dla poprawy jej jakości**

**Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami  
i działania niezbędne dla poprawy jej jakości  
Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka  
Polskiej Akademii Nauk**

W Polsce, w roku szkolnym 2006/2007 do 30 324 szkół uczęszczało 5 700 200 uczniów. W 2009 r. obowiązek szkolny zostanie obniżony do 6 lat i liczba uczniów przekroczy 6 mln co stanowić będzie ponad 16% ogółu ludności.

Uczęszczanie do szkoły obejmuje 2/3 całego wieku rozwojowego człowieka. Ten okres życia charakteryzuje się dynamicznym tempem wzrastania, zwłaszcza w drugiej dekadzie, w przebiegu którego, u znacznego odsetka dzieci i młodzieży ujawniają się lub pogłębiają różnorodne zaburzenia rozwoju i zdrowia w okresie tym kształtują się także zachowania zdrowotne i umiejętności, z którymi młodzi ludzie wkraczają w dorosłe życie, a które w największym stopniu warunkują zdrowie ludzi w dalszych latach życia i trudno poddają się zmianom. Z tego powodu populacja w wieku szkolnym, obok zapewnienia odpowiednich warunków życia, oddziaływań wychowawczych (w tym edukacji zdrowotnej), wymaga zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej, obejmującej profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową oraz promocję zdrowia.

Zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej tak dużej liczbie uczniów nie jest zadaniem łatwym. W ostatnim półwieczu koncepcje tej opieki i jej organizacja ulegały wielokrotnie zmianom.

#### **Koncepcja i organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami**

Obecny model profilaktycznej opieki zdrowotnej opracowany został z wykorzystaniem nowoczesnych założeń promocji

zdrowia oraz strategii WHO "Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku". Przyjęto, że zdrowie uczniów zależy od wielu czynników pozamedycznych w tym zwłaszcza statusu ekonomiczno-społecznego rodziny, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego w szkole i miejscu zamieszkania. Dlatego w ochronie i promocji zdrowia uczniów powinni uczestniczyć: rodzice, sami uczniowie, szkoła i pracownicy medyczni. Koncepcja ta, przeciwstawia się zakorzenionym w polskim społeczeństwie stereotypom, że za zdrowie populacji odpowiedzialna jest wyłącznie służba zdrowia.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami powinna być sprawowana przez:

- pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w gabinecie profilaktycznym w szkole.

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego lub pediatrę) w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu praktyki zawodowej lekarza, w odniesieniu do dzieci i młodzieży znajdujących się na jego liście aktywnej.

Zadania ich określono w obowiązujących aktach prawnych oraz w standardach zatrudnienia i postępowania stanowiących podstawę do zawierania kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### **Stan zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami**

Dane instytutu Matki i Dziecka pochodzące z rutynowej sprawozdawczości oraz wyników badań ankietowych przeprowadzonych w 2005 r. wśród pielęgniarek szkolnych i dyrektorów szkół ponadgimnazjalnych wskazują, że pod względem ilościowym stopień zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami jest w miarę zadowalający, o czym świadczy m.in.:

- dobrze przygotowana i stabilna kadra pielęgniarska - 90% pielęgniarek pracujących w szkołach ukończyło kursy kwalifikacyjne. 10% specjalizację w zakresie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, 70% pracuje w szkole ponad 10 lat;





- wykonywanie testów przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich u ponad 90% uczniów podlegających tym badaniom;

- objęcie nadzorowanym szczotkowaniem zębów preparatami fluorkowymi 3/4 uczniów szkół podstawowych.

Istnieje jednak wiele niedociągnięć które wpływają niekorzystnie na jakość i skuteczność tej opieki, w tym:

- przekraczanie norm dotyczących liczby uczniów na etat pielęgniarki - w 2006 r normę tę przekroczone w większości szkół w 6 województwach (przyczyna jest zbyt niska stawka kapitacyjna);
- brak pomieszczeń na gabinety profilaktyczne w 10% szkół w miastach, a na wsi w 2/3 szkół podstawowych, 1/3 liceów, techników i szkół specjalnych, niedostateczne wyposażenie ponad połowy gabinetów;
- nieregulowana kwestia nadzoru merytorycznego nad sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej, w tym szczególnie nad wykonywaniem zadań przez lekarzy poz;
- niezrozumienie przez lekarzy poz znaczenia opieki profilaktycznej i swojej roli w jej sprawowaniu oraz brak zainteresowania podnoszeniem swoich kwalifikacji w tym zakresie, w dostępnych w Polsce podręcznikach medycyny rodzinnej nie uwzględniono zagadnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą,
- duże nierówności w zabezpieczeniu tej opieki - w niekorzystnej sytuacji są uczniowie szkół podstawowych na wsi, w zasadniczych szkołach zawodowych (narażeni na zagrożenia związane z praktyczną nauką zawodu, a u 1/4 nie wykonano profilaktycznych badań lekarskich) oraz szkół specjalnych.

Najsłabszym ogniwem systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym jest opieka stomatologiczna. Powierzenie pielęgniarkom szkolnym zadania nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi u uczniów szkół podstawowych jest tylko jednym i niewystarczającym elementem profilaktyki próchnicy zębów. Efektem załamania się tradycyjnej opieki stomatologicznej nad uczniami jest to, że w latach 1987-2004 nastąpiła niewielka tylko poprawa stanu uzębienia 12- i 18-latków i stan uzębienia młodzieży w Polsce jest w porównaniu do wiodących krajów nadal niezadowalający

#### **Działania, które należy podjąć dla poprawy jakości i skuteczności profilaktycznej opieki zdrowotnej**

Dostępne dane nie pozwalają na ocenę jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz tego, w jakim stopniu przyczynia się ona do rozwiązywania problemów zdrowotnych populacji

w wieku szkolnym. Za niezbędne należy uznać podjęcie następujących działań:

- 1 Należy przeznaczyć odpowiednie środki na badania jakości i skuteczności profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w reprezentatywnej próbie świadczeniodawców (pielęgniarek szkolnych, lekarzy poz, pracowników nadzoru) oraz świadczeniobiorców (uczniów i ich rodziców oraz dyrektorów szkół) Badania te powinny być wykonywane systematycznie i oceniane przykładowo w odstępach 4-5 letnich stanowiąc podstawę do modyfikowania założeń i organizacji tej opieki.
- 2 Niezbędna jest ścisła współpraca między Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Edukacji Narodowej w zakresie działań na rzecz zdrowia fizycznego i psychicznego w szkole. Od 2002r. nie podpisano porozumienia między obu ministrami w sprawie wspierania rozwoju edukacji zdrowotnej w szkole oraz programu szkół promujących zdrowie.
- 3 Istnieje konieczność szkolenia lekarzy rodzinnych i lekarzy pediatrów w zakresie problemów zdrowotnych uczniów oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad tą populacją. W programie kursu atestacyjnego dla lekarzy rodzinnych i lekarzy pediatrów jeden dzień należy przeznaczyć na zagadnienia związane z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami Pytania z tego zakresu powinny znaleźć się w banku pytań egzaminacyjnych.
4. Ważną rolę mają do spełnienia lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (pediatra i lekarz rodzinny), którzy powinni sprawować swe zadania w sposób zachęcający rodziców i uczniów do zgłaszania się na profilaktyczne badania lekarskie. Istotne jest zabezpieczenie możliwości konsultacji w poradniach specjalistycznych oaz ewentualnie oddziałach szpitalnych zależnie od wyników badań profilaktycznych.
5. Uregulowania wymaga sprawa nadzoru merytorycznego nad profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowanego przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego. Jednym z pilnych zadań tego nadzoru powinno być wyrównywanie nierówności w zakresie dostępności do tej opieki, szczególnie uczniów w szkołach podstawowych na wsi. w szkołach specjalnych i zasadniczych szkołach zawodowych.
6. Niezbędne jest pilne wprowadzenie programów badań i opieki stomatologicznej w populacji dzieci i młodzieży. ■

Członkowie Komitetu Rozwoju Człowieka  
Polskiej Akademii Nauk  
Warszawa 12 sierpnia 2008 r

## **Śląski Urząd Wojewódzki**



### **ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W KATOWICACH**

**Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej  
40-012 Katowice, ul. Dworcowa 17  
Katowice 25.08.2009 r.**

NZ/IV/8025/7/09/3224

Pani Halina Synakiewicz

Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
ul. Kopernika 38 42- 200 Częstochowa

Szanowna Pani Przewodnicząca

Serdecznie dziękujemy za pomoc i współpracę w działaniach na terenie Województwa Śląskiego mających na celu upowszechnianie informacji promującej „ Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych" współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007 - 2013 r.

Propagowanie idei kształcenia znalazło bardzo pozytywny odzew w naszym regionie a także w Ministerstwie Zdrowia. ■

z poważaniem  
w/z Dyrektora Wydziału  
Ireneusz Ryszkiel

Przedruk: Nasze Sprawy - Lipiec-Sierpień 2009r

## **Informacja Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach**

Śląski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu  
Zdrowia w Katowicach

Zgodnie z ustaleniami zawartymi podczas spotkania, które odbyło się w dniu 16 czerwca br. w siedzibie Śląskiego OW NFZ przekazuję informacje dotyczące problemów poruszanych podczas spotkania. Jednocześnie wyjaśniam, że analiza sprawozdawczości dotycząca świadczenia: wizyty patronażowa, wykonana ponownie po spotkaniu z Panią, z uwzględnieniem przekazanych przez Panią uwag, nie potwierdziła zgłaszanego przez Panią twierdzenia, że błędy dotyczyły jedynie miesiąca stycznia i wynikały z błędnych informacji przekazywanych przez pracowników Oddziału. Nieprawidłowości występowały również w miesiącach następujących po styczniu. Uwzględniając powyższe nie widzę podstaw do odstąpienia od konieczności korekty i zastosowania „okresu przejściowego”. Ponieważ Pani uczestnicząca w spotkaniu prosiła o udzielenie szybkiej odpowiedzi informacja ta została przekazana Pani zaraz po spotkaniu przez Panią Bożenę Gil. Odnośnie pozostałych pytań proszę przyjąć następujące wyjaśnienia:

- Zarządzenie 12/2009, które dokładnie określiło łączną liczbę wizyt finansowanych poza stawką kapitulacyjną (liczba nie może być większa od 6) zostało wydane w dniu 11 lutego 2009 roku, weszło w życie z dniem podpisania ale z mocą obowiązywania, w przedmiotowym zakresie, od dnia 1 stycznia 2009 roku. Tym samym wszyscy świadczeniodawcy zostali zobligowani do dokonania korekt za styczeń 2009 roku. Podpisując aneks do umowy świadczeniodawcy zobowiązali się do przestrzegania zapisów Zarządzenia.
- Świadczenia finansowane poza stawką kapitulacyjną i realizowane w formie wizyt - zalecanym przez Oddział ze względu na pełną „czytelność” danych jest wykazywanie każdej wizyty na oddzielnym kuponie, Wyjaśniam, że obecnie dopuszczalne jest również sprawozdanie kilku wizyt na jednym kuponie, jednakże nie jest to sposób zalecanym przez Oddział.
- Podpis pacjentki potwierdzający wizytę/wizyty - zgodnie z zapisami paragrafu 22 Zarządzenia 105/2008 DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna położna poz dokumentuje udzielone świadczenia w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wykonanie świadczeń, o których mowa w ust. 2 (wizyt zrealizowanych przez położną poz w ramach edukacji przedporodowej, wizyt patronażowych, wizyt domowych w ramach kooperacyjnej opieki pielęgnacyjnej położnej poz nad kobietami po operacjach ginekologicznych lub onkologiczno-ginekologicznych) położna poz potwierdza podpisem świadczeniobiorcy/opiekuna. Jednocześnie należy zaznaczyć, że w Zarządzeniu nie zostały określone szczegółowe załączniki dotyczące indywidualnej karty opieki położnej w poz. Położna zobowiązana jest prowadzić dokumentację zgodnie z zapisami zawartymi w odrębnych przepisach, zgodnie z którymi dokumentację dzieli się na dokumentację:

- 1) wewnętrzną - przeznaczoną dla pielęgniarki, położnej;

- 2) zewnętrzną - przeznaczoną dla pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę, położną.

Dokumentacją wewnętrzną są:

- 1) karta indywidualnej pielęgnacji;
- 2) karta wizyty patronażowej;
- 3) karta wywiadu środowiskowo - rodzinnego.

Kartę indywidualnej pielęgnacji, kartę wizyty patronażowej, kartę wywiadu środowiskowo - rodzinnego zakłada się przy udzielaniu świadczenia po raz pierwszy. W zakresie danych dotyczących porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych karta indywidualnej pielęgnacji, karta wizyty patronażowej, karta wywiadu środowiskowo - rodzinnego zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej; normy;
- 3) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 4) rozpoznanie problemu zdrowotnego;
- 5) dane identyfikujące pielęgniarkę, położną zgodnie z ust. 1 pkt 2.

W zakresie danych dotyczących oceny środowiskowej karta indywidualnej pielęgnacji, karta wizyty patronażowej, karta wywiadu środowiskowo - rodzinnego zawierają informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu. Dokumentację należy prowadzić czytelnie. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając podpisem koniec każdego wpisu. Każdy wpis do dokumentacji musi być opatrzony datą wpisu oraz podpisem pielęgniarki, położnej. Ponieważ, zgodnie z Zarządzeniem 105/2008 świadczeniobiorca/opiekun powinien również potwierdzić podpisem fakt zrealizowania przez położną wizyt powinien tego dokonać każdorazowo. Jednocześnie uwzględniając argumenty przedstawione przez Panią położną w trakcie spotkania, na którym omawiano powyższy problem informuję, że wyrażam zgodę na zastosowanie tzw. okresu przejściowego do końca czerwca 2009 roku, co oznacza, że nie będą kwestionowane dokumenty, w których podpisem świadczeniobiorcy/opiekuna zostało potwierdzone wykonanie całego cyklu wizyt patronażowych.

- Rozliczanie świadczeń wykonanych na rzecz noworodków z porodów mnogich

- w sprawozdawczości dotyczącej wizyt patronażowych udzielonych noworodkom z porodów mnogich należy wprowadzić rozpoznanie Z38.3 (bliźniaki urodzone w szpitalu) lub Z38.4 (bliźniaki urodzone poza szpitalem). W trakcie weryfikacji świadczenia sprawozdawane z tymi kodami nie będą kwestionowane.

- Deklaracje i wizyty patronażowe - położna poz sprawuje opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2 miesiąca życia. W trakcie weryfikacji zostaje sprawdzone, czy świadczenie zostało udzielone nie wcześniej niż data złożenia deklaracji, tylko takie wizyty są finansowane poza stawką kapitulacyjną. Dlatego już podczas pierwszej wizyty patronażowej należy przyjąć od opiekuna dziecka deklarację wyboru.

- Porady edukacyjne - położna prowadzi edukację kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowując kobiety do odbycia porodu, z uwzględnieniem poniższych zasad:

- a) świadczenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, realizowane są na podstawie opracowanego przez położną poz planu edukacji (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej). Świadczenia udzielane są w formie





wizyt odbywających się, począwszy od 26 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż 2 razy w tygodniu;

- b) plany edukacji przedporodowej, o których mowa w pkt 3 stanowią integralną część dokumentacji medycznej pacjentek.

Położna poz nie posiada w chwili obecnej umocowań prawnych do samodzielnego rozpoznawania i prowadzenia ciąży, zatem powinna ustalać, zarówno moment podjęcia edukacji przedporodowej jak i ustalać plan edukacji na podstawie karty przebiegu ciąży oraz zaświadczenia lekarza prowadzącego ciążę o braku przeciwwskazań do przygotowania fizycznego do porodu. Powyższe powinno znajdować odzwierciedlenie w prowadzonej przez położną poz dokumentacji medycznej pacjentki. Jednocześnie należy zaznaczyć, że w aktualnie obowiązującym Zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna nie zostały określone szczegółowe załączniki dotyczące planu edukacyjnego oraz dokumentacji wizyt położnej poz w edukacji przedporodowej w związku z powyższym położna zobowiązana jest prowadzić dokumentację zgodnie z zapisami zawartymi w odrębnych przepisach, w których dokładnie określono jakie informacje powinna zawierać prowadzona dokumentacja wewnętrzna (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych). Odnośnie konieczności kontynuacji opieki u położnicy, która korzystała wcześniej z porad edukacyjnych oczywistym jest, że w sytuacji gdy świadczeniobiorca nie dokona zmiany położnej poprzez złożenie deklaracji wyboru do innej położnej, położna, która prowadziła edukację przedporodową ma obowiązek kontynuować opiekę na zadeklarowaną do niej kobietą również po porodzie.

Dodatkowo wyjaśniam, że to opiekun dziecka zdecyduje do której położnej zostanie złożona deklaracja wyboru dziecka. - Pacjentka po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej-położna poz, sprawując kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-ginekologiczno-neonatologiczną nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, realizuje na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 pkt 1 Ogólnych warunków umów, w formie wizyt domowych, pooperacyjną opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej. Zgodnie z zapisami § 12 ust. 10 pkt 1 Ogólnych warunków umów świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

- 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
- 2) recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej;

W świetle powyższych przepisów NFZ finansuje dodatkowo, poza stawką kapitałową, pooperacyjną opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej jedynie na podstawie skierowania wydanego przez świadczeniodawcę wykonującego zabieg operacyjny. Skierowanie powinno zostać dołączone do dokumentacji pacjentki. ■

Z poważaniem  
z upoważnienia Dyrektora  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Katowicach  
Zastępca Dyrektora ds. Medycznych  
Marcin Pakulski

## Koszty prowadzenia gabinetu POZ



### **KONFERENCJA PRASOWA „PRÓBA LIKWIDACJI ZAWODU PIELĘGNIARKI POZ (ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ) POPRZECZ WPROWADZENIE ZARZĄDZENIA 105 PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA”.**

#### **RACHUNEK EKONOMICZNY KOSZTÓW WPROWADZENIA GABINETU PIELĘGNIARKI POZ WEDŁUG ZARZĄDZENIA NR 105 PREZESA NFZ**

##### **WPROWADZENIE**

W marcu 2009 roku Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych i Komisja ds. kontraktowania świadczeń z NFZ przy Naczelnej Radzie zwróciła się do Katedry Rachunkowości Finansowej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie (UEK) z prośbą o dokonanie analizy opłacalności prowadzenia Gabinetu Pielęgniarki POZ (tzw. pielęgniarka środowiskowa,

rodzinna). Pielęgniarki, które świadczą swoje usługi w ramach tego typu prywatnej praktyki, prowadzonej w formie własnej działalności gospodarczej, nie są etatowymi pracownikami ośrodków zdrowia lub innych zakładów opieki zdrowotnej. Pielęgniarki uznały, że Zarządzenie nr 105/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 listopada 2008 r. (zwane dalej zarządzeniem 105) wprowadza krzywdzące dla nich zmiany i to na tyle, że w nowych uwarunkowaniach nie będą one mogły prowadzić swojej działalności z przyczyn czysto ekonomicznych. Zarządzenie 105 wprowadziło bowiem takie zmiany, które spowodują, że ich działalność stanie się nieopłacalna, a to zmusi je do zwrócenia się z prośbami o zatrudnienie ich u lekarzy prowadzących tzw. poz-y (od „podstawowa opieka zdrowotna”). W związku z tym, że lekarze zyskują dodatkowe środki pieniężne na każdej zatrudnionej w prowadzonych przez nich lekarskich poz-ach, wydaje się, że zasadne jest pokazać zależności finansowe poprzez wykonanie stosownego rachunku ekonomicznego. Spośród pracowników Katedry Rachunkowości Finansowej zadania tego podjął się dr Mariusz Andrzejewski, który między innymi wyklada rachunkowość

zarządczą na UEK. W związku z tym, że prace obliczeniowe wymagają także zastosowania procedur związanych z wyceną tego typu prywatnej praktyki pielęgniarskiej, zadanie to zostało wykonane we współpracy z Instytutem Prawa Spółek i Inwestycji Zagranicznych (IPSI), który jest reprezentowany przez Pana mgra Bogusława Kaczmarczyka, biegłego rzeczoznawcę.

Celem tego artykułu jest wyliczenie skutków ekonomicznych nowych rozwiązań, jakie wprowadza dla „pielęgniarek poz” zarządzenie 105. Dziś bowiem, pielęgniarki poz działają na dotychczasowych zasadach, w myśl których ich praca polega na wizytach domowych, do czego potrzebują samochodu i walizeczki z niezbędnymi materiałami pielęgniarskim (strzykawki, igły, waciki, bandaże itp.). Zakres zadań, jaki dziś mają do wykonania pielęgniarki poz (środowiskowe, rodzinne) nie wymaga od nich posiadania gabinetu pielęgniarskiego ani nie wymaga się od nich bycia w domu w trakcie dni roboczych, czyli wtedy, kiedy pracują w terenie. Taka konieczność, wprowadzona zarządzeniem 105, w przypadku pielęgniarek poz (środowiskowych, rodzinnych) jest o tyle zaskakująca, że ich praca z zasady jest wykonywana w domach pacjentów, a nie w gabinecie pielęgniarskim. Sporną kwestią jest także konieczność dokonywania poboru oraz przewożenia materiału do badań diagnostycznych zaleconych przez lekarzy.

## ŹRÓDŁA DANYCH I ZASTOSOWANA METODYKA RACHUNKU EKONOMICZNEGO

Autorzy badań opracowali ankietę, która została rozesłana do pielęgniarek środowiskowych i rodzinnych prowadzących prywatną praktykę w całej Polsce.

Wśród danych ekonomicznych, które pielęgniarki wpisywały na podstawie dotychczas ponoszonych kosztów, wyszczególniono między innymi: koszt produktów leczniczych, pielęgniarskich, sprzęt medyczny jednorazowego użytku, materiał do badań diagnostycznych, odzież ochronną, zużycie paliwa, amortyzację samochodu, środki czystości i dezynfekcyjne, materiały biurowe, usługi obce, zużycie energii, podatek od nieruchomości, opłaty ZUS, ubezpieczenie majątkowe i OC, ubezpieczenie zdrowotne, szkolenia, a także składkę z tytułu przynależności do organizacji samorządu zawodowego.

Ponadto w ankiecie wpisywano dane osobowe, a w szczególności numer Okręgowej Izby Pielęgniarek oraz numer w rejestrze OIPI. W ten sposób uzyskano precyzyjne dane, które były niezbędne do wykonania stosownych obliczeń. Dane zostały rozesłane i zebrane przez Małopolską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych. Wpłynęło 413 ankiet, które są przedmiotem wykonywanych badań naukowych, mających doprowadzić między innymi do realizacji celu tego opracowania.

W celu dokonania rachunku ekonomicznego opłacalności prowadzenia Gabinetu Pielęgniarki POZ (GPP), w ramach prowadzonej odrębnej działalności gospodarczej, zdecydowano się zastosować analizę CVP (Cost-Volumen-Profit). W ramach tej analizy wyznaczyć można tzw. punkt krytyczny produkcji (break event point - BEP), który da nam odpowiedź, jaka liczba pacjentów GPP zaczyna przynosić zyski i jakiego rzędu są to dziś kwoty. Następnie, w ramach analizy CVP, określimy te same wielkości, przy uwzględnieniu dodatkowych kosztów, które pielęgniarki będą musiały ponieść, jeżeli wejdzie w życie zarządzenie 105.

W celu tak określonych zadań należy skorzystać ze wzorów na punkt krytyczny produkcji  $V_0$  (czyli BEP), przy założonym zysku (Z), który jest następujący:  $V_0 = K_s / (p - k_z)$ , a przy założonym zysku większym od zera:  $V_z = (K_s + Z) / (p - k_z)$ , gdzie:  $K_s$  - koszty stałe, Z - zysk z działalności, p - cena

jednostkowa,  $k_z$  - jednostkowy koszt zmienny,  $V_0$  - minimalna liczba zadeklarowanych świadczeniobiorców, przy której GPP nie będzie przynosił ani strat, ani nie będzie dawał żadnego zysku.

Chcąc zobrazować powyższe zależności ekonomiczne wybierzemy przykładowe dane dotyczące jednego z GPP, działających w Małopolsce.

## RACHUNEK EKONOMICZNY OPŁACALNOŚCI DZIAŁANIA GABINETU PIELEŃNIARKI POZ PO WPROWADZENIU W ŻYCIE ZARZĄDZENIA 105.

Chcąc dokonać analizy CVP, na podstawie danych nadesłanych w ankiecie przez jeden z GPP działających w Małopolsce, należało w pierwszej kolejności dokonać podziału kosztów na stałe i zmienne. W analizowanym GPP liczba zarejestrowanych świadczeniobiorców wynosi  $V = 2100$  osób. Koszty stałe ( $K_s$ ) wynoszą 2 310 zł miesięcznie, koszty zmienne ( $K_z$ ) wyniosły 1100 zł miesięcznie, co daje jednostkowy koszt zmienny na poziomie około 50 gr na osobę. W związku z tym, że NFZ przeznacza dla jednego GPP kwotę około 7 500 zł, w przypadku gdy jest w nim zarejestrowana maksymalna dopuszczalna liczba świadczeniobiorców równa 2750 osób, to przy tej liczbie wielkość przychodów ze sprzedaży (S) równa się 5 727 zł. W związku z powyższym jednostkowa cena sprzedaży świadczenia wynosi około 2,7 zł na jedną osobę.

A zatem  $V_0 = 2310 \text{ zł} / 2,2 \text{ zł} = 1050$  osób - czyli, jeżeli pielęgniarka środowiskowa prowadząca GPP ma zadeklarowanych 1050 osób, to jej działalność nie przynosi jej straty, ale nie daje też żadnego zysku, czyli nie generuje żadnego wynagrodzenia.

W rozpatrywanym GPP z Małopolski zadeklarowanych świadczeniobiorców jest 2100, a zatem ta działalność daje prowadzącej ją pielęgniarsce zysk, czyli wynagrodzenie. Wynagrodzenie to wyliczamy jako zysk:  $Z = 2100 \times 2,2 - 2310 = 2310$  zł.

Jeżeli jednak w rozpatrywanym GPP byłaby maksymalna liczba osób zadeklarowanych, czyli 2750, to ten zysk mógłby wynieść:  $Z = 2750 \times 2,2 - 2310 = 3740$  zł.

Można zatem stwierdzić, że przed wdrożeniem zarządzenia 105 „pielęgniarki poz” mogą zarobić dziś do 3 740 zł miesięcznie. Należy teraz dać odpowiedź, jak zmienić się mogą owe wyliczenia, jeżeli pielęgniarki poz (środowiskowe, rodzinne) będą musiały wdrożyć w życie zarządzenie 105. Za najbardziej krzywdzące dla pielęgniarek należy uznać w zarządzeniu 105 to, że zostaną one zmuszone do zapewnienia zakupu lub wynajęcia dobrze wyposażonego, odremontowanego lokalu pod gabinet pielęgniarski, o minimalnej powierzchni 12 m<sup>2</sup>. Innym wielce niekorzystnym zapisem w zarządzeniu 105 jest konieczność zapewnienia w trakcie dni pracy w tygodniu obecności osoby w gabinecie pielęgniarskim. Oznacza to, że jeżeli dotychczas prowadząca działalność pielęgniarka środowiskowa zechce wypełnić ten warunek, to albo nie będzie mogła wykonywać swoich obowiązków poprzez wizyty u ludzi, albo będzie musiała zatrudnić dodatkową osobę. Jednak zatrudnienie dziś dodatkowej osoby, nawet z mniejszym doświadczeniem i praktyką, to dodatkowy koszt minimum 2 400 zł. Jeżeli dodamy do tego dodatkowy koszt wynajmu 12 m<sup>2</sup> lokalu i konieczność pobierania materiału do badań diagnostycznych, to może to być miesięczna kwota około 600 zł. W ten sposób koszty stałe miesięczne będziemy musieli zwiększyć o 3000 zł. Jak to wpłynie na zyski, czyli wynagrodzenia pielęgniarek środowiskowych? Otóż w przypadku zadeklarowanych 2100 osób działalność taka staje się nieopłacalna i wręcz będzie generowała straty w wysokości 690 zł, a w przypadku pełnej





obsady zadeklarowanych pacjentów, to zamiast zysku w wysokości 3740 zł, zarobki pielęgniarki prowadzącej własną działalność gospodarczą w formie Gabinetu Pielęgniarki POZ (środowiskowej, rodzinnej) zmniejszą się do kwoty 740 zł. W jednym i drugim przypadku prowadzenie GPP staje się wręcz niemożliwe z przyczyn ekonomicznych.

### WNIOSKI KOŃCOWE I REKOMENDACJE

Prowadzone dziś w formie prywatnej praktyki Gabinety Pielęgniarek POZ dobrze wypełniają swoje zadania w naszym społeczeństwie. Należy zwrócić uwagę, że dziś pielęgniarki mają wybór: albo mogą prowadzić tego typu własną działalność gospodarczą, albo mogą starać się o zatrudnienie u lekarza prowadzący poz-y. Zatrudnienie się u lekarza powoduje, że wielkość wynagrodzenia danej pielęgniarki ustala lekarz, a ten nie ma przeważnie zbyt wielu powodów, żeby to wynagrodzenie zwiększać, wręcz odwrotnie. Należy jednak podkreślić, że w przypadku, zadeklarowania u lekarza poz maksymalnej liczby 2750 osób, to on uzyskuje stosowną kwotę w wysokości około 7 500 zł z NFZ z tytułu zatrudnienia u siebie danej pielęgniarki. Szacuje się, że lekarze poz mogą uzyskiwać korzyści finansowe w związku z zatrudnianiem u siebie pielęgniarek rzędu do 4 000 zł za jeden etat pielęgniarki.

Można zatem wysunąć tezę, że omawiane powyżej zmiany w zarządzeniu 105 mają tylko i wyłącznie spowodować brak zainteresowania ze strony pielęgniarek prowadzeniem własnej działalności gospodarczej. Zaproponowane w zarządzeniu 105 zmiany zakresu i formy działania Gabinetów Pielęgniarek POZ, niejako zmuszają je do przejścia na etaty do lekarzy poz.

Przyczyną tego będą ekonomiczne skutki wprowadzenia tych zmian, które są wyjątkowo niekorzystne dla pielęgniarek. Należy podkreślić, że takie zmiany zwiększają jeszcze bardziej przychody lekarzy, kosztem pielęgniarek.

Każda zatrudniona pielęgniarka u lekarza może generować dla niego dodatkowy zysk w kwocie około 4 000 zł. Wydaje się, że pomysłodawcy takich zmian działali na korzyść lekarzy i w sposób ewidentny doprowadzi to do zablokowania w naszym kraju prywatnej inicjatywy w działalności pielęgniarskiej.

### Rekomenduje się zatem Prezesowi NFZ:

1. albo zmianę zarządzenia 105 i przywrócenia dziś jeszcze obowiązującego zakresu zadań i formy działania GPP,
2. albo zwiększenie świadczenia na rzecz Gabinetu Pielęgniarki POZ o około 3000 zł miesięcznie.

Z przyczyn ekonomicznych, wydaje się, że lepszym rozwiązaniem zarówno dla NFZ, jak i pielęgniarek, byłaby realizacja rekomendacji nr 1. Realizacja rekomendacji nr 2 wiązałaby się z koniecznością wygenerowania przez NFZ dodatkowych środków, a z tym jest zawsze duży problem, i mogłaby niepotrzebnie prowadzić do dodatkowych obciążeń podatkowych naszych obywateli. ■

Dr Mariusz Andrzejewski  
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie  
Katedra Rachunkowości Finansowej



Przedruk Gazeta Prawna nr 69 - 27.08.2009r

## Przepisy antykrzysowe nie dla budżetówki

**Jesteśmy jednostką budżetową (Dom Pomocy Społecznej). Czy możemy obniżyć wymiar etatu naszym pracownikom na podstawie ustawy antykrzysowej i skorzystać z dopłat, jakie przewiduje ta ustawa?**

Nie. Przepisy ustawy o łagodzeniu skutków kryzysu ekonomicznego dla pracowników i przedsiębiorców stosuje się do pracodawców, którzy posiadają status przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Za przedsiębiorcę w myśl tej ustawy uważa się osobę fizyczną, osobę prawną i jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną-wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą. Za przedsiębiorców uznaje się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej (art. 4 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej - Dz. U. z 2007 r. nr 155, poz. 1095 ze zm.).

Domy Pomocy Społecznej należą do samorządowej sfery budżetowej i nie prowadzą działalności gospodarczej na własny rachunek. Są to jednostki całkowicie zależne od organu, któremu podlegają (w tym wypadku organom samorządu terytorialnego). Nie mogą więc skorzystać z możliwości,

jakie stwarza ustawa antykrzysowa, nawet jeżeli jednostka ta przeżywa kłopoty finansowe z powodu trudnej sytuacji gospodarczej. ■

Przedruk Gazeta Podatkowa nr 77 - 24.09.2009r

## Świadczenia rodzinne po zmianach

**Z początkiem września br. rozpoczęła się akcja przyjmowania wniosków o świadczenia rodzinne na nowy okres zasiłkowy. Z uwagi na zmiany w przepisach przyznawania wspomnianych świadczeń, istotnych zarówno dla świadczeniobiorców, jak i organów je realizujących.**

### Wyższe kwoty niektórych świadczeń

Pierwszą ze zmian, która powinna ucieszyć świadczeniobiorców, jest podwyższenie kwot zasiłku rodzinnego oraz świadczenia pielęgnacyjnego. Z dniem 1 listopada 2009 r. wysokość tych świadczeń wzrasta odpowiednio:

- zasiłku rodzinnego na dziecko w wieku:
  - do ukończenia 5. roku życia - z 48 zł do 68 zł,
  - powyżej 5 lat do ukończenia 18 lat - z 64 zł do 91 zł,
  - powyżej 18 lat do ukończenia 24. roku życia - z 68 zł do 98 zł,

- świadczenia pielęgnacyjnego z 420 zł do 520 zł. Wysokość pozostałych świadczeń rodzinnych, tj. dodatków do zasiłku rodzinnego, jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka oraz zasiłku pielęgnacyjnego, pozostaje na dotychczasowym poziomie. Nie zmieniają się również kryteria dochodowe, co skutkować będzie kolejnym ograniczeniem liczby osób uprawnionych do świadczeń.

### **Okres zasiłkowy po nowemu**

Kolejna ze zmian dotyczy okresu zasiłkowego, na który przyznawane są świadczenia rodzinne. Po zmianach okres ten będzie trwał od 1 listopada danego roku kalendarzowego do 31 października roku następnego. Przypomnijmy, że w poprzednich latach okres ten trwał od 1 września do 31 sierpnia następnego roku.

Skutkiem tej zmiany było przedłużenie decyzji przyznających świadczenia rodzinne na okres zasiłkowy ustalany według dotychczasowych zasad. Następowo to z urzędu, a więc bez konieczności występowania ze stosownymi wnioskami przez osoby zainteresowane.

### **Uwzględnienie świadczeń kompensacyjnych**

Z początkiem lipca br. rozszerzone zostały definicje dochodu utraconego oraz uzyskanego, zawarte w art. 3 pkt 23 i 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych, poprzez dodanie do nich nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych. Uzyskanie takiego świadczenia traktowane jest aktualnie jako uzyskanie dochodu, zaś utrata prawa do niego - jako utrata dochodu.

Wejście w życie ustawy o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych spowodowało również rozszerzenie zakresu sytuacji, kiedy nie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne. Począwszy od 1 lipca 2009 r. świadczenie to nie przysługuje, jeżeli osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do świadczenia kompensacyjnego.

Ustawa o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych przywróciła także ust. 8a-8c w art. 5 ustawy o świadczeniach rodzinnych, dotyczące zasad ustalania dochodu rodziny w przypadku wydzierżawienia gospodarstwa rolnego.

### **Zmienione wnioski i niektóre terminy**

Zmiany w ustawie o świadczeniach rodzinnych spowodowały konieczność opracowania nowych wzorów wniosków o poszczególne świadczenia. Należy z nich i korzystać już podczas starań o świadczenia na okres zasiłkowy, rozpoczynający się 1 listopada br.

Zmiany objęły nie tylko same wnioski, ale i zakres dołączanych do nich dokumentów. Z listy załączników, które należy dołączyć do wniosku o zasiłek rodzinny wykreślone zostało zaświadczenie o wysokości ponoszonej opłaty za pobyt członka rodziny przebywającego w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie. Natomiast podczas starań o dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego oraz o świadczenie pielęgnacyjne niezbędnym jest zaświadczenie placówki zapewniającej całodobową opiekę, w przypadku umieszczenia w niej dziecka, o liczbie dni w tygodniu, w których korzysta w niej z takiej opieki.

W związku ze zmianą okresu zasiłkowego zmianie uległ także termin przyjmowania wniosków o świadczenia. Obecnie są one przyjmowane począwszy od 1 września. Istotną dla świadczeniobiorców jest też zmiana dotycząca terminu na wystąpienie o dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego. Poprzednio mieli na to 4 miesiące od dnia rozpoczęcia roku szkolnego lub rocznego przygotowania przedszkolnego, aktualnie wniosek ten może być złożony w każdym momencie

aż do dnia zakończenia okresu zasiłkowego, w którym rozpoczęto rok szkolny lub roczne przygotowanie przedszkolne.

### **Utrata i uzyskanie dochodu**

Niewątpliwie jedną z korzystniejszych dla świadczeniobiorców zmian, będących konsekwencją wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 czerwca 2009 r. (sygn. akt P 45/08, Dz. U. nr 108, poz. 910), jest usunięcie z rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o świadczenia rodzinne § 17 ust. 2. Przepis ten stanowił, że nie pomniejsza się dochodu rodziny o dochód utracony, jeżeli w tym samym roku kalendarzowym osoba uzyskała inny dochód i nie utraciła go przed zgłoszeniem wniosku o zasiłek, bez względu na przerwę w uzyskiwaniu dochodów w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy.

### **Becikowe tylko dla objętych opieką**

Ostatnią z ważniejszych zmian, która wejdzie w życie z dniem 1 listopada br., a dotyczy osób starających się o dodatek z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka, jest konieczność pozostawiania przez matkę dziecka pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu. Na potwierdzenie tego faktu koniecznym będzie przedłożenie zaświadczenia lekarskiego. Z wyjaśnień MPiPS wynika, że wymóg ten nie dotyczy osób, które złożą wnioski o przyznanie jednego ze wspomnianych świadczeń przed 1 listopada 2009 r.

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 28.11.2003 r. - o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. nr 139, poz. 9921 zezm.),
- rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 2.06.2005 r. w sprawie sposobu i trybu H postępowania w sprawach o świadczenia rodzinne (Dz. U. nr 105, poz. 881 ze zm.),
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11.08.2009 r. w sprawie wysokości dochodu" rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek; rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych 8 (Dz. U. nr 129, poz. 1058). ■

Przedruk Gazeta Podatkowa nr 77 - 24.09.2009r

## **Podnoszenie kwalifikacji na polecenie pracodawcy**

Pracownik nie będzie mógł odmówić podniesienia swoich kwalifikacji zawodowych, gdy nakaże mu to pracodawca i spełnione będą określone warunki. Podstawowy z nich opiera się na wystąpieniu związku dokształcania z wykonywaną pracą. Kolejny określa, że szkolenie musi się odbywać w czasie pracy pracownika. Jeżeli jednak będzie przypadło poza normalnymi godzinami pracy, pracodawca w zamian udzieli mu równoważnego czasu wolnego. Natomiast gdy szkolenie zostanie przeprowadzone w dniu dla pracownika wolnym od pracy, jako rekompensatę otrzyma on inny dzień wolny. Przy czym udzielenie czasu wolnego oraz innego dnia wolnego następuje z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Ostatni warunek ma charakter finansowy. Określa on, iż szkolenie ma się odbywać na koszt pracodawcy.

Takie regulacje zawiera przygotowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej projekt nowelizacji Kodeksu pracy.





Na jego podstawie pracownik będzie miał prawo do urlopu szkoleniowego. Jeżeli podnoszenie kwalifikacji będzie kończyło się egzaminem lub pracą zaliczeniową, pracownik otrzyma co najmniej 5 dni urlopu szkoleniowego. W przypadku gdy pracownik będzie zobowiązany zarówno do zdania egzaminu, jak i napisania pracy końcowej, będzie mu przysługiwał urlop nie krótszy niż 10-dniowy. Szczegółowe warunki podnoszenia kwalifikacji przez pracownika zawierać będzie umowa szkoleniowa. Może ona

określać, że pracodawca nie ponosi kosztów ponownego przystąpienia do egzaminów lub powtarzania obowiązkowych zajęć przez pracownika. Dopuszczalne będzie również nałożenie obowiązku przepracowania maksymalnie 3 lat po zakończeniu szkolenia. Przepisy przejściowe zakładają obowiązywanie dotychczasowych umów szkoleniowych do 10 kwietnia 2010 r. Po tym czasie zachowają one swoją ważność, o ile zostaną dostosowane do nowych przepisów. ■

## Konferencje, szkolenia



### Szanowni Państwo,

Z prawdziwą przyjemnością zapraszamy Państwa do udziału w naszej IV Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, która odbędzie się 12 grudnia 2009 r. w Warszawie pod hasłem

### **„Edukacja diabetologiczna szansą na życie bez powikłań”.**

Celem konferencji jest próba zdefiniowania edukacji diabetologicznej w aspekcie istniejących powikłań, zanalizowania różnych aspektów edukacji, uwarunkowań, skuteczności, a także szans i zagrożeń oraz wyzwań jakie stawia przed jej członkami (pacjentami, zespołem edukacyjnym) współczesna rzeczywistość.

Tematyka konferencji adresowana jest do przedstawicieli dyscyplin naukowych, którzy za cel badań i działań przyjmują człowieka z cukrzycą i jego edukację. Człowiek z cukrzycą i jego edukacja analizowane są z różnych punktów widzenia, w refleksji teoretycznej i badaniach empirycznych, według odmiennych metod i sposobów naukowej penetracji. Dlatego też do współpracy zapraszamy przedstawicieli nauk medycznych (pielęgniarki, lekarzy, rehabilitantów, dietetyków, psychologów), socjologów, pedagogów oraz przedstawicieli innych dyscyplin naukowych zajmujących się problematyką edukacji ludzi z cukrzycą.

### TEMATY KONFERENCJI

1. Edukacja
  - środowisko nauczania i wychowania - aspekt medyczny i pedagogiczny
  - kobieta ciężarna z cukrzycą
  - programy edukacyjne dla pacjentów
2. Przewlekłe powikłania cukrzycy - wymiana doświadczeń
  - retinopatia
  - nefropatia- dializoterapia, leczenie nerko zastępcze
3. Nowe możliwości terapii cukrzycy
  - leczenie przeciwciałami monoklonalnymi
  - przeszczepy komórek macierzystych
  - leczenie endowaskularne oraz angioplastyka poniżej stawu kolanowego w leczeniu niedokrwiennej postaci stopy cukrzycowej
  - telemedycyna w diabetologii
4. Sesja plakatowa

### INFORMACJE OGÓLNE

1. Uprzejmie prosimy o przesłanie „Karty zgłoszenia” drogą mailową na adres: iwona.pilarczyk@pfed.org.pl do dnia 31.10.2009 roku. „Zgłoszenie prac do prezentacji” drogą mailową na adres: dorota.herbut@pfed.org.pl do dnia 31.10.2009r.
2. Opłata konferencyjna:
  - dla członków PFED - 50 PLN,
  - dla osób nie należących do PFED - 100 PLN.

Konferencja odbędzie się w Warszawie 12 grudnia 2009r. w Hotelu Westin , Al. Jana Pawła II 21

Rozpoczęcie Konferencji o godz. 10.00, a zakończenie ok. godz. 17.00.

W ramach opłaty organizatorzy zapewniają: udział w wykładach, materiały konferencyjne, wyżywienie na czas konferencji.

Opłatę konferencyjną należy wносить na konto PFED z dopiskiem "IV Konferencja PFED" do dnia 30.11.2009r.

Nr konta:  
98 1050 1025 1000002302941964

Oddział Warszawa 169 ul.. F. Zamoyskiego 51A, 03-801 Warszawa

Goście zaproszeni (lub honorowi) nie ponoszą opłat konferencyjnych.

Pragniemy przypomnieć, że wszystkie informacje na temat konferencji PFED, karta zgłoszenia są umieszczone na naszej stronie [www.pfed.org.pl](http://www.pfed.org.pl)

Wszystkie uwagi, propozycje dotyczące działalności PFED prosimy kierować na adres mailowy: [pfed@pfed.org.pl](mailto:pfed@pfed.org.pl) bądź listownie na adres siedziby PFED.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Konferencji Alicja Szewczyk

Warszawa 07.09.2009r  
Szanowni Państwo,

Cukrzyca jest chorobą społeczną. Na całym świecie choruje na nią około 250mln ludzi, a liczba nowych zachorowań stale wzrasta. Szacuje się, że do roku 2025 liczba ta wzrośnie do 340 mln, co stanowić będzie ok. 6,5% ogólnej populacji. W Polsce



na cukrzycę choruje ok. 2,5mln osób, z czego 15tys. stanowią dzieci poniżej 18 roku życia. Cukrzyca jest jedną z najczęstszych przyczyn niewydolności nerek, utraty wzroku, amputacji kończyn, a także główną przyczyną chorób układu sercowo-naczyniowego oraz przedwczesnej śmierci w populacji ogólnej.

Leczenie cukrzycy, a przede wszystkim jej powikłań pociąga za sobą znaczne koszty ekonomiczne i społeczne. Duże znaczenie w zapobieganiu powikłaniom oraz redukcji kosztów społeczno-ekonomicznych ma nie tylko dobra kontrola glikemii, ale również skutecznie prowadzona ciągła edukacja pacjentów i ich bliskich, której nie da się zrealizować bez dobrze przygotowanych do tego zadania edukatorów.

Wychodząc naprzeciw problemom społeczeństwa z inicjatywy osób aktywnie zajmujących się pacjentem z cukrzycą, w 2006r. powstała Polska Federacja Edukacji w Diabetologii (PFED). Założycielami PFED są pielęgniarki i dietetycy pracujący na co dzień w I.P. Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie - Międzylesiu i w Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii SPCSKAM w Warszawie. Federacja zrzesza pielęgniarki, dietetyków, pedagogów, psychologów, lekarzy diabetologów oraz innych członków zespołów terapeutycznych. Celem federacji jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa poprzez aktywne szkolenie personelu medycznego, promowanie zespołów edukacyjnych w leczeniu cukrzycy, podejmowanie działań prewencyjnych cukrzycy i podnoszenie wiedzy diabetologicznej w środowisku wychowania, nauczania i pracy. Polska Federacja Edukacji w Diabetologii prowadzi szeroką działalność naukowo-szkoleniową polegającą na:

1. Organizowaniu konferencji naukowo-szkoleniowych,
2. Opracowywaniu programów i organizowaniu kursów doskonalących, specjalistycznych, specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego,
3. Opracowywaniu i wydawaniu zaleceń dla pielęgniarek i położnych dotyczących zasad postępowania w opiece nad osobą z cukrzycą,
4. Prowadzeniu badań dotyczących poziomu i organizacji opieki nad pacjentami z cukrzycą,
5. Wydawaniu magazynu edukacyjnego PFED.

PFED pracuje również nad przygotowaniem projektu świadczeń pielęgniarstwa realizowanych w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz stanowiska pracy pielęgniarki diabetologicznej.

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii jest zainteresowana współpracą z Okręgowymi Izbami Pielęgniarek i Położnych w celu podnoszenia kwalifikacji pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, opracowywania programów nauczania cukrzycy na uczelniach medycznych, prowadzenia wspólnych badań dotyczących organizacji opieki diabetologicznej, wpływu czynników środowiskowych na rozwój cukrzycy, znaczenia edukacji w prewencji powikłań.

Wspólnie podejmowane działania są szansą na zmianę zachowań zdrowotnych w społeczeństwie, zapobieganie cukrzycy, wczesne jej wykrywanie, prawidłowe leczenie a w konsekwencji opóźnienie i ograniczenie powikłań i poprawę jakości życia osób z cukrzycą ■

Alicja Szewczyk  
Przewodnicząca PFED

### KOMUNIKAT I

## XTV JASNOGÓRSKA KONFERENCJA OPIEKI PALIATYWNEJ I ZESPOŁÓW HOSPICYJNYCH „POMÓŻ MI ODEJŚĆ” CZĘSTOCHOWA, JASNA GÓRA 28 - 31.01.2010r.

Organizator:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

Współorganizator:

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej  
i Hospicyjnej

Kierownik naukowy: dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Kierownik organizacyjny: mgr Anna Kaptacz

Szanowni Państwo!

W imieniu Organizatorów mamy zaszczyt zaprosić Państwa do udziału w XIV Jasnogórskiej Konferencji, która odbędzie się w dniach 28 - 31 stycznia 2010 roku na Jasnej Górze w Częstochowie.

Tematem Konferencji będzie szeroko rozumiana problematyka dotycząca opieki nad pacjentami chorującymi na przewlekłe i nie poddające się leczeniu choroby główne nowotworowe. Podczas tegorocznej Konferencji odbędzie się Spotkanie Opłatkowe Hospicjów Polskich.

### Miejsce:

Dom Pielgrzyma im. Jana Pawła II ul. Wyszyńskiego 1/31  
w Częstochowie

### Uczestnik otrzyma 16 punktów edukacyjnych

### Opłata za udział w Konferencji:

do 15.12.2009: 400 PLN, po 15.12.2009: 450 PLN

Organizator nie przewiduje zwrotu kosztów w przypadku rezygnacji. Opłata za udział w szkoleniu obejmuje:

- Udział w sesjach wykładowych i sesjach warsztatowych
- Materiały konferencyjne, certyfikat
- Wyżywienie i przerwy kawowe zgodnie z programem
- Spektakl teatralny
- Zwiedzanie Jasnej Góry

### Proponowane miejsca noclegowe:

1. Dom Pielgrzyma ul. Wyszyńskiego 1/31  
tel. (034) 3777564; Orientacyjny koszt za pokój 2 - osobowy - 90 PLN
2. Hotel Mercure ul. Ks. J. Popieluszki 2  
www.orbis.pl/pl/mercure/Hotel Orientacyjny koszt za pokój 2 - osobowy - 280 PLN
3. Dom św. Kaspra ul. Mąkoszy 1 tel.(034) 3664836;  
Orientacyjny koszt za pokój 2 - osobowy - 90 PLN
4. Hotel Sonex ul. Krakowska 45 www.hotelsonex.pl  
Orientacyjny koszt za pokój 2 - osobowy - 110 PLN  
Istnieje możliwość rezerwacji noclegów za pośrednictwem Biura Komitetu Organizacyjnego.

Biuro Organizacyjne Konferencji:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej  
42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45a tel: (034)3605491,  
3605537,

e-mail: konferencja.czestochowa@wp.pl

Aneta Długosz 0504 941 868,  
Beata Gradoń 0501 046 657



<b>Czwartek 28 stycznia 2010</b>	12.00-15.00	Rejestracja uczestników
	13.30	Msza św. w Kaplicy Cudownego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej
	15.00-16.30	Sesja warsztatowa
	16.45-18.15	Sesja warsztatowa
<b>Piątek 29 stycznia 2010</b>	18.45-19.15	Kolacja
	8.30- 9.00	Śniadanie
	9.00- 9.15	Uroczyste otwarcie Konferencji Zespołów Hospicyjnych i Opieki Paliatywnej
	9.15-11.00	I Sesja wykładowa <b>Moderator: dr n. med. Jadwiga Pyszkowska</b> <i>Rola medycyny paliatywnej u schyłku życia</i>
	11.00-11.30	Przerwa kawowa
	11.30-13.00	II Sesja wykładowa <b>Moderator: mgr Anna Kaptacz</b> <i>Pielęgniarska opieka paliatywna</i>
	13.00-13.30	Przerwa kawowa
	13.30-15.00	III Sesja wykładowa <b>Moderator: dr Agnieszka Wójcik</b> <i>Wpływ fizjoterapii na jakość życia w chorobie nowotworowej</i>
	15.00-15.30	Przerwa kawowa
	15.30-17.00	IV Sesja wykładowa <b>Moderator: dr n. med. Marcin Janecki</b> <i>Żywienie i odżywianie pacjentów z chorobą nowotworową</i>
	17.30-18.00	Obiadokolacja
	18.30	Wyjście do Teatru
19.00	Spektakl teatralny	
<b>Sobota 30 stycznia 2010</b>	8.30- 9.00	Śniadanie
	9.00-11.00	V Sesja wykładowa <b>Moderator: ks. dr Tomasz Knop</b> <i>Etyczne aspekty w opiece paliatywnej</i>
	11.00-11.30	Przerwa kawowa
	11.30-13.00	VI Sesja wykładowa <b>Moderator: mgr Jolanta Stokłosa</b> <i>Rola wolontariatu hospicyjnego</i>
	14.00	Msza św. w Kaplicy Cudownego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej
	15.15-18.00	Spotkanie opłatkowe dla uczestników Forum Hospicjów Polskich
	18.00	Walne Zebranie Sprawozdawczo - Wyborcze członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej
	21.00-21.30	Apel Jasnogórski
21.30	Czuwanie	
<b>Niedziela 31 stycznia 2010</b>		<b><i>Pielgrzymka Hospicjów Polskich</i></b>
	8.30	Śniadanie
	9.30	Msza św. w intencji Hospicjów polskich w Kaplicy Cudownego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej
	11.00	Droga Krzyżowa na Wałach Jasnogórskich
	12.30	Zwiedzanie Jasnej Góry

24 września 2009r. zakończyła się pierwsza edycja kursu specjalistycznego:

### **Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07**

zorganizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

13 osób przystąpiło do egzaminu końcowego i ukończyło go z wynikiem pozytywnym.

GRATULUJEMY! ■

### **OŚRODEK SZKOLENIOWY PROWADZI ZAPISY NA KURSY I SZKOLENIA:**

#### **I. KURSY SPECJALISTYCZNE:**

#### **Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07**

W związku z dużym zainteresowaniem, informujemy, iż przyjmujemy zapisy na powyższy kurs, którego rozpoczęcie planowane jest na maj 2010r.





Osoby zapisane na styczniową edycję kursu proszone są o zgłoszenie się do Kierownika Ośrodka Szkoleniowego w celu odebrania harmonogramu zajęć teoretycznych i ustalenia terminu zajęć stażowych. Proszę o dostarczenie zaświadczenia o zatrudnieniu i posiadaniu w chwili zgłoszenia prawa wykonywania zawodu.

### Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07

Kolejna edycja kursu będzie ogłoszona po zebraniu grupy 24 osób.

## II. SZKOLENIA JEDNODNIOWE

### Prawidłowa obserwacja i ocena rozwoju psychoruchowego noworodka

Zapraszamy położne oraz pielęgniarki zainteresowane tematem. Szkolenie odbędzie się 27 października 2009r. w godzinach: 11.00 – 13.00.

### Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej

Szkolenie odbędzie się o dniach: 01.10.2009r., 12.11.2009r. oraz 21.01.2010r. (brak wolnych miejsc na wszystkie terminy). W przypadku zgłoszeń kolejnych osób zainteresowanych tematem, podany zostanie dodatkowy termin szkolenia.

### Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia

Terminy planowanego szkolenia: 30.09.2009r., 20.10.2009r., 18.11.2009r.

Kolejne daty szkolenia podane zostaną na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych po dokonaniu ustaleń z prowadzącymi zajęcia.

### Rozwiązywanie konfliktów w miejscu pracy – negocjacje

Terminy szkolenia: 21.10.2009r., 25.11.2009r.

Szkolenie prowadzone przez pracownika Państwowej Inspekcji Pracy.

22 września 2009r. odbyło się pierwsze, po wakacyjnej przerwie, szkolenie z powyższego tematu. Uczestnicy wysoko ocenili poziom merytoryczny spotkania.

**Z powodu możliwości wystąpienia zmian w podanych terminach zajęć z przyczyn niezależnych od organizatora prosimy o kontakt z Ośrodkiem Szkoleniowym na co najmniej jeden tydzień przed planowanym uruchomieniem kursu lub szkolenia.**

Jednocześnie zapraszamy na naszą stronę internetową ([www.oipip.czyst.pl](http://www.oipip.czyst.pl)), na której umieszczamy ewentualne zmiany i nowe propozycje.

Informujemy, że przygotowywane są następujące szkolenia:

- kurs specjalistyczny: Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (Nr 03/08),
- kurs specjalistyczny: Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek (Nr 08/07)
- kurs dokształcający: Dezynfekcja i sterylizacja

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów pożądanych kursów/szkożeń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPIp pokój nr 316 (pon. 8.00-13.00, czwartek 8.00-17.00 lub piątek 8.00-14.00), telefonicznie (tel.519 862 186) lub za pomocą poczty elektronicznej ([elakrupinska@vp.pl](mailto:elakrupinska@vp.pl)).

Dziękujemy za zaangażowanie i zgłaszane propozycje. ■



## Prace dyplomowe

### Miażdżyca tętnic

(łac. atheromatosis, atherosclerosis) potoczna nazwa arterioscleroza - jest chorobą ogólnoustrojową - polega na tworzeniu się w naczyniach krwionośnych, a szczególnie tętnicach, zmian nazwanych płytkami miażdżycowymi. Płytki te składają się głównie z substancji tłuszczowych a zwłaszcza cholesterolu.

Proces miażdżycowy prowadzi do zmniejszenia światła tętnic i zmniejszenia ich elastyczności. Z niewiadomych przyczyn u niektórych ludzi w miejscach ogniska cholesterolowe nie ulegają owrzodzeniu i wapnieniu, a narastająca płytka miażdżycowa jest zbudowana z tkanki włóknistej i licznych naczyń włosowatych. Ogniska te zwane "żywymi płytkami" miażdżycowymi są pokryte żywym śródbłonkiem i rzadko stają się miejscem narastania zakrzepicy ale dość często są miejscem narastania krwaka, zamykając w ten sposób światło tętnicy. Szczególnie groźne są te płytki miażdżycowe, w których wnętrzu toczy się proces zapalny. W toku zapalenia

może dojść do osłabienia i ostatecznie pęknięcia błony oddzielającej zawartość płytki od krwi. Odsłonięcie substancji tłuszczowych znajdujących się we wnętrzu płytki pobudza układ krzepnięcia krwi i prowadzi do powstania zakrzepu. Zakrzep ten może z kolei spowodować całkowite zamknięcie naczynia. Z kolei płytki zwapniałe stanowią obszar narastania zakrzepu oraz mogą ulec pęknięciu, co także prowadzi do zamknięcia światła tętnicy. Miażdżyca pojawia się wyłącznie w tętnicach dużego układu krążenia, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie istnieje wysokie ciśnienie krwi (aorta i tętnice bezpośrednio od niej odchodzące) oraz przepływ krwi nie jest laminarny (zwłaszcza w miejscach rozgałęzień tętnic).

W zależności od miejsca występowania patologicznych zmian, wyróżnia się kilka typów tej choroby:

- miażdżyca tętnic, zmniejszone wówczas światło tętnic przyczynia się do gorszego ukrwienia narządów;
- miażdżyca mózgu powoduje początkowo drażliwość, łatwe męczenie się, wraz z rozwojem choroby zaś następują kłopoty z pamięcią, zmiana charakteru pacjenta, zaburzenia mowy, świadomości, może dojść do udaru;



-miażdżycza naczyń wieńcowych nierzadko prowadzi do zawału serca, przy czym osoby starsze przechodzą zawał znacznie ciężiej niż młodzi ludzie;

-miażdżycza tętnic obwodowych odnosi się zazwyczaj do tętnicy brzusznej, która powodując ucisk tętnicy brzusznej, która powodując ucisk tętnicy biodrowej skutkuje niedokrwieniem kończyn dolnych. Pacjent cierpi wówczas na ostry ból, który pojawia się w późniejszej fazie bez względu na wysiłek fizyczny, w różnych porach dnia i nocy.

Choroba zaczyna się już w dzieciństwie, intensywnie rozwija się w młodości, a w wieku średnim i podeszłym lub starym prowadzi do groźnych dla życia powikłań narządowych, np. zawału serca, udaru mózgu. Mimo swego ciągłego rozwoju, pozostaje początkowo w stanie utajenia, aż do chwili wystąpienia objawów ze strony dotkniętych nią narządów. Objawy są zależne od występowania zmian miażdżycowych.

Miażdżycza tętnic jest najczęściej występującą chorobą tętnic kończyn dolnych - dotyczy ponad 50% populacji powyżej 40 roku życia i blisko 90% populacji powyżej 70 roku życia. Na przyspieszone powstawanie zmian miażdżycowych wpływa wiele różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Głównym czynnikiem ryzyka jest zaburzona przemiana lipidowa, uzależnienie od nikotyny, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca. Ponadto wyodrębniono wiele innych czynników, a wśród nich takie jak: wiek, płeć, nadwaga, otyłość. Skojarzenie się kilku czynników ryzyka zwiększa wielokrotnie zagrożenie chorobą. Wykrycie i podanie kontroli czynników ryzyka ma pierwszorzędne znaczenie dla profilaktyki i leczenia choroby.

W jej leczeniu duże znaczenie ma dieta, aktywny tryb życia, racjonalny wypoczynek. Pierwsze badanie, które polega na stwierdzeniu, czy na nodze jest wyczuwalne tętno, wykonują lekarze pierwszego kontaktu. Jeśli lekarz odkryje zaburzenie tętna wówczas pacjent powinien trafić do poradni chirurgicznej, gdzie kolejnym krokiem jest wykonanie badania dopplerowskiego, czyli badania przepływów w tętnicach. Najłagodniejszą postacią choroby są krótkie zwężenia tętnic, powstające w wyniku zatkania światła tętnicy na pewnym krótkim odcinku. W takim przypadku stosuje się leczenie chirurgiczne, które polega na poszerzeniu zwężenia poprzez wstawienie tzw. stentów lub wstawieniu fragmentów naczynia omijającego zator. Natomiast w sytuacji kiedy cała tętnica jest zarośnięta, dokonuje się zabiegu ograniczającego niedokrwienie. W zaawansowanym stadium choroby pojawia się brak czucia np. w stopie, na nodze powstają owrzodzenia, a ból występuje także w spoczynku. Wyraźnie widoczne staje się wyniszczenie pacjenta chorobą. W tym stadium choroby nie można już liczyć na zabieg rekonstrukcyjny, zazwyczaj konieczna jest amputacja nogi. Miażdżycza jest częstsza u mężczyzn i nasila się z wiekiem, dotyczy zazwyczaj osób starszych, które mają mało ruchu, nie muszą pokonywać dużych odległości i dlatego początkowo dolegliwości nie są dla nich zbyt uciążliwe. Dlatego jeśli tylko czujemy, że podczas chodzenia bolą nas łydki, nogi marzną w nocy, a dystans, który możemy pokonać bez dolegliwości skrócić się z 1 km do 0,5 km, należy bezwzględnie zgłosić się do lekarza.

Miażdżycza jest chorobą wynikającą ze stylu życia, a więc człowiek ma wpływ na jej wystąpienie lub uniknięcie. Miażdżycy nie da się wyleczyć, natomiast można spowolnić jej postęp dzięki stosowaniu odpowiedniej diety ubogiej w cholesterol i tłuszcze pochodzenia zwierzęcego, przyjmowanie leków normalizujących stężenie cholesterolu, leczenie nadciśnienia tętniczego, zaprzestanie palenia papierosów oraz regularny wysiłek fizyczny. Nie można jednak przesadzać i całkowicie wyeliminować z diety cholesterol, gdyż taki sposób

odżywiania również jest szkodliwy - jeżeli organizm nie otrzyma cholesterolu z zewnątrz, wytworzy sobie go sam, a taki cholesterol jest trudny do usunięcia. Prowadzenie właściwej gospodarki tłuszczowej jest podstawą profilaktyki wszystkich chorób serca i naczyń. U osób u których postępowanie niefarmakologiczne nie przynosi efektu stosuje się leki obniżające poziom cholesterolu. Głównym celem leczenia hipercholesterolemii jest obniżenie poziomu cholesterolu całkowitego krwi przy braku innych chorób, poniżej 200mg/dl oraz cholesterolu LDL poniżej 100mg %. Postępowanie niefarmakologiczne umożliwia obniżenie poziomu cholesterolu co najmniej o 15%. ■

Katarzyna Marczyk

## PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA PROFILAKTYKA CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce i na świecie.

Realizacja programu ma zapobiegać występowaniu niektórych czynników ryzyka, a także spowodować zwiększenie wczesnej wykrywalności chorób układu krążenia.

Do najistotniejszych czynników ryzyka mających wpływ na wystąpienie choroby układu krążenia zalicza się:

- nadciśnienie tętnicze krwi
- zaburzenia gospodarki lipidowej
- palenie tytoniu
- niska aktywność ruchowa
- upośledzona tolerancja glukozy
- nadmierny i długotrwały stres
- nieracjonalne odżywianie
- wiek
- obciążenia genetyczne

W ramach realizacji programu placówka medyczna ma na celu:

1. Przeprowadzenie wywiadu z osobą, która bierze udział w programie.
2. Wykonanie następujących badań biochemicznych krwi: - stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu cukru na czczo, a także dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i określenie BMI.
3. Ustalenie terminu wizyty u lekarza,
4. Wpisanie wyników badań do Karty Badania Profilaktycznego,
5. Przeprowadzenie badania przedmiotowego przez lekarza i ocena poszczególnych czynników ryzyka.
6. Ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego.
7. Edukacja pacjenta: rozmowa, przekazanie materiałów zachęcających do zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu.
8. Obniżenie zachorowalności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka.
9. Dokładniejsza diagnostyka w kierunku układu krążenia to wykonanie:



- EKG
- Próby wysiłkowej
- Spirometrii

10. Skierowanie pacjenta do dalszego postępowania zapobiegawczego lub leczniczego. ■

Małgorzata Kabaj

### **UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W DIAGNOSTYCE GRUŹLICY. PROBLEMY ZDROWOTNE PIELEGNACYJNO - OPIEKUŃCZE WYSTĘPUJĄCE U PACJENTÓW**

**Gruźlica**, (łac. Tuberculosis) - szeroko rozpowszechniona i groźna choroba zakaźna ludzi i zwierząt, wywołwana przez prątką gruźlicy. Gruźlica dotyczy najczęściej płuc (gruźlica płucna), lecz zmiany gruźlicze mogą również obejmować ośrodkowy układ nerwowy, układ limfatyczny, naczynia krwionośne, układ kostno-stawowy, moczowo-płciowy oraz skórę.

Odkrywcą bakterii wywołującej gruźlicę jest niemiecki uczynek Robert Koch. Mikroorganizmy wywołujące gruźlicę, prątki, atakują różne narządy, przede wszystkim płuca, znacznie rzadziej skórę, układ kostny, układ płciowy, ośrodkowy układ nerwowy, węzły chłonne i inne. Znane są także przypadki gruźlicy wielonarządowej.

Do zakażenia zazwyczaj dochodzi przez układ oddechowy, rzadziej innymi drogami. Źródłem zakażenia jest prątkujący chory na płucną postać gruźlicy. Do zakażenia dochodzi najczęściej w źle wentylowanych budynkach. Stosunkowo duża ilość prątków potrzebna jest do wywołania choroby. W większości przypadków organizm człowieka potrafi sam obronić się przed rozwojem zachorowania. Jak się ocenia, tylko u 2-3% zakażonych rozwinię się gruźlica, a u ok. 5% może się rozwinąć po kilku (a nawet kilkunastu) latach. Zakażenie człowieka drogą jelitową występuje bardzo rzadko. Spowodowane jest spożyciem mleka, które zawiera prątki bydlęce. Znane są przypadki infekcji przez skórę. Dotyczą one pracowników zajmujących się zwierzętami (lekarze weterynarii, rolnicy). Gruźlica należy, z powodu możliwości zakażenia się od zwierząt, do chorób odzwierzęcych (zwanych również: antropozoonozami lub zoonozami).

Odporność organizmu na zachorowanie zależy od zastosowanych szczepień przeciwgruźliczych, ogólnego stanu zdrowia, odżywiania, stosowanych leków i np. alkoholu, czy chorób współistniejących.

Objawy kliniczne występujące w przebiegu choroby to: chudnięcie, gorączka, a w przypadku gruźlicy płucnej także długotrwały kaszel oraz (występujące coraz rzadziej) w zaawansowanej postaci odpluwanie płwociny z krwią.

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby zachorowań na tę chorobę. Pierwotne objawy gruźlicy są mało charakterystyczne, podobne do objawów grypowych. Bardziej zaawansowana postać gruźlicy daje zmiany w płucach w postaci nacieków gruźliczych, widocznych na zdjęciach radiologicznych. Gruźlica może dotyczyć także kości, opon mózgowo-rzemiowych, nerek oraz przewodu pokarmowego.

Diagnostyka gruźlicy obejmuje badania radiologiczne, badania bakteriologiczne, w niektórych przypadkach badanie

histologiczne oraz odczyn tuberkulinowy. Badanie radiologiczne klatki piersiowej jest podstawą diagnostyki gruźlicy, gdyż gruźlica najczęściej dotyczy układu oddechowego. Przy lokalizacji pozapłucnej, również często stwierdza się zmiany guzkowe w miększu płuc czy zwapnienia w węzłach chłonnych co sugeruje przebytą gruźlicę i może ukierunkować diagnostykę przy innej lokalizacji choroby. Badanie radiologiczne jest jedynie wstępem w diagnostyce gruźlicy. Dopiero badania bakteriologiczne lub histologiczne pozwalają potwierdzić rozpoznanie.

Materiałem do badań bakteriologicznych mogą być wszelkie płyny ustrojowe jak również wszelkie materiały tkankowe. Diagnostyka polega na pełnoformatowym prześwietleniu płuc. Przy podejrzeniu tzw. świeżego zakażenia (u pacjentów, którzy nie byli szczepieni lub pierwszy raz zetknęli się z chorym prątkującym) prześwietlenie powtarza się po 1-3 miesiącach. Gdy obraz rentgenowski nie jest jednoznaczny, lekarz kieruje pacjenta na tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny. Inne badania

- Bronchoskopia. To sondowanie płuc, podczas którego pobiera się próbkę wydzieliny i oddaje ją do badania bakteriologicznego pod mikroskopem. To pozwala stwierdzić obecność prątków. Podczas bronchoskopii lekarz może też pobrać wycinek tkanki płucnej, aby określić, czy nie doszło w nich do tworzenia się ognisk bakterii.
- Próba tuberkulinowa. Jeśli po 72 godzinach od wstrzyknięcia pod skórę żywych bakterii pojawi się zaczerwienienie, odczyn uznaje się za ujemny, czyli nie chorujemy. Czasami po sześciu tygodniach powstaje w tym miejscu wyczuwalny palcem 6-milimetrový płaski guzek. To oznacza, że wstrzyknięte bakterie uaktywniły te uśpienie w organizmie. Wynik oznacza gruźlicę. Próba tuberkulinowa może też potwierdzić brak odporności na zarazki

Podstawową metodą leczenia gruźlicy jest stosowanie leków przeciwgruźliczych, które jeśli rozpoczęte we wczesnej fazie choroby i prowadzone zgodnie ze zaleceniami doprowadza do wyleczenia w ok. 90% chorych. Wskazaniem rozpoczęcia leczenia jest stwierdzenie prątków w płwocinie lub innym materiale biologicznym pobranym od chorego, a także gdy na podstawie RTG i innych badań zachodzi wysokie prawdopodobieństwo procesu gruźliczego. Międzynarodowa Unia do Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc (IUATLD) oraz WHO opracowały szczegółowe zasady leczenia gruźlicy. Zawsze należy stosować do pewnych określonych zasad:

- stosować leczenie skojarzone
- leczenie powinno być systematyczne i długotrwałe (6-9 miesięcy)
- określone leki, w określonych dawkach, podawane w określonym rytmie

Podstawowe znaczenie mają w leczeniu gruźlicy tzn. leki przeciwgruźlicze pierwszego rzutu Streptomycyna, Izodiazid, Etambutol, Ryfampicylina, Pirazynamid. Stosowane są także tzn. leki przeciwgruźlicze drugiego rzutu: kapreomycyna, kwas para-aminosalicylowy, cykloseryna, amikacyna, chinolony, kanamycyna, etionamid. Za kryterium podziału na leki pierwszego i drugiego rzutu przyjęto skuteczność i toksyczność. Inne metody leczenia:

- kortykoterapia
- leczenie operacyjne (w wybranych przypadkach)
- leczenie klimatyczne - stosowane od starożytności

Podstawą regulującą leczenie i zapobieganie gruźlicy jest Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6 września 2001 r. Ważne zagadnienia, które takiej regulacji wymagają to:





- obowiązkowa rejestracja każdego przypadku gruźlicy
- badania wśród osób o zwiększonym ryzyku zachorowania na gruźlicę
- izolacja i bezzwłoczne leczenie chorych
- zapewnienie leczenia nieubezpieczonym i biednym

Na podstawie tej ustawy osoby chore i prątkujące oraz podejrzane o prątkowanie podlegają obowiązkowemu leczeniu szpitalnemu. Obowiązkowemu leczeniu w przychodni przeciwgruźliczej podlegają chorzy na gruźlicę płuc. Ocena leczenia przeprowadza się co kilka miesięcy w oparciu o kryteria kliniczne, radiologiczne i bakteriologiczne.

Możliwe przyczyny niepowodzenia terapii:

- przerwanie leczenia
- leczenie nieregularne
- przedwczesne zakończenie leczenia
- współistnienie innych chorób
- lekooporność
- zaawansowanie choroby (ciężki stan ogólny)

Coraz poważniejszym problemem w leczeniu gruźlicy staje się pojawianie się szczepów prątków lekoopornych. Wyróżnia się lekooporność wielolekową na szereg podstawowych leków takich jak izoniazyd i ryfampicyna oraz lekooporność dodatkowo także na leki drugiego rzutu takie jak amikacyna, kapreomycyna.

Zwiększone ryzyko wystąpienia gruźlicy dotyczy: chorych na AIDS, narkomanów, alkoholików, osób z osłabioną odpornością zależną od limfocytów T, bezdomnych i niedożywionych, imigrantów, osób po 65 roku życia. Oprócz tych wszystkich, do reinfekcji predysponują: długotrwała immunosupresja, stosowanie terapii kortykosteroidami, cukrzyca, pylica.

Do najważniejszych metod zapobiegania gruźlicy zaliczamy:

- identyfikacja i leczenie wszystkich osób chorych na gruźlicę;
- odnajdywanie i ocena stanu osób, które miały kontakt z pacjentami chorymi na gruźlicę dla określenia, czy przypadkiem nie ulegli infekcji;
- prowadzenie badań wśród grup wysokiego ryzyka, aby zidentyfikować kandydatów do leczenia zakażenia latentnego i zapewnić ukończenie leczenia
- ważną metodą u ludzi jest również prowadzenie akcji szczepień szczepionką BCG. Szczepionka ta nie daje całkowitej skuteczności - szacuje się ją na ok. 80% i więcej w przypadku ciężkich postaci u dzieci, natomiast skuteczność ochrony przed płucną postacią u dorosłych jest zmienna i mieści się w przedziale od 0% do 80%.

Aby doszło do zakażenia u osoby z nieuszkodzonym układem obronnym okres ekspozycji na prątki musi być bardzo długi. Zdarza się to u szczepionych dzieci, np. gdy jeden z domowników jest chory na postać gruźlicy. Znaczenie w zapobieganiu ma także przestrzeganie higieny pomieszczeń (wietrzenie, a w placówkach opieki zdrowotnej dodatkowo używanie lamp nadfioletowych. Mimo rozwiniętej profilaktyki i stosowania nowoczesnych i skutecznych leków, gruźlica nadal stanowi duży problem zdrowotny na świecie i w Polsce. Także obecnie spotykane są bardzo zaawansowane postaci tej choroby. Brak wystarczającego finansowania służby zdrowia spowodował zaniedbanie wielu programów zapobiegawczych gruźlicy i istnieje ryzyko nawrotu powszechnego występowania gruźlicy w Polsce. Światowy Dzień Walki z Gruźlicą wypada 24 marca. ■

OPRACOWAŁA: ALINA SOBIERAJ

## „Etyka zawodowa przeżytek czy konieczność”

Etyka - gr.ethikos = zwyczajowy, ethos = obyczaj. Ogół ocen i norm moralnych przyjętych w danej epoce i zbiorowości społecznej.

Całe życie człowieka przenika pytanie o to, jak powinien się zachować, jak ocenić czyny innych ludzi, czy ich karać, czy nagradzać. Wszystkie te pytania wkraczają w nasz świat. Czasy w których żyjemy nie są łatwe. Wiele było już wizji i przepowiedni o upadku rodzaju ludzkiego, głoszący nadchodzący na przełomie wieków koniec świata i ostateczną zagładę zepsutej cywilizacji. Oczywiście, o ile tego rodzaju dywagacje możemy traktować z przymrużeniem oka to niepokojące są sygnały docierające ze strony filozofów i etyków, dotyczące ludzkiej kondycji psychicznej i społecznej, należy traktować poważnie. Przyspieszony rozwój nauki, techniki i technologii doprowadził nie tylko do poprawy warunków naszego życia, do postępu medycyny dzięki której żyjemy dłużej i lepiej. Nowe technologie stosowane są nie tylko w humanitarnych celach. Były takie momenty w historii XX-go wieku, kiedy technika i zaawansowany rozwój obróciły się przeciwko człowiekowi. Można tu chociażby wymienić obie wojny światowe. W świecie kapitalizmu, który nastawiony jest głównie na konsumpcję, a wszelkie wartości rozmienia się na dobra materialne, osoba ludzka ma znaczenie o tyle, o ile pełni jakąś funkcję w tym skomplikowanym mechanizmie. Jest ona przedmiotem do osiągnięcia wymiernych korzyści przez różnego rodzaju korporacje, przedsiębiorstwa, firmy, jest obiektem manipulacji i wykorzystywania. Świadomość własnego braku wartości budzi wśród ludzi coraz częstsze frustracje, które znajdują ujście nierzadko w czynach moralnie niedopuszczalnych bądź wysoce nagannych.

Nowe czasy budzą nowe wyzwania.

Trzeba na nowo zastanowić się nad hierarchią ludzkich wartości, przeanalizować wpływ nowego środowiska na psychikę ludzką i podjąć konkretne działania, których celem będzie trudna rola wytyczenia dróg postępowania, podstaw oceny dobra i zła. Być może jest to czas kiedy ludzkość powinna przystanąć nad tradycyjnym znaczeniem tych słów, przypomnieć je sobie i na nowo uczyć się wcielać w życie sprawdzone wzorce i wartości.

Etyka zajmuje się badaniem moralności, ustalaniem przyczyn powstawania konfliktów moralnych, które przyczyniają się do rozwoju kryteriów ocen etycznych danej społeczności.

Etyka bada różnice między rozumieniem wartości w różnych kulturach, ale przede wszystkim stara się odnaleźć wspólne cechy moralnych zachowań gatunku ludzkiego. Jest bardzo szerokie pojęcie etyki, a etyka dzieli się na wiele odrębnych gałęzi, które zajmują się moralnością w różnych dziedzinach ludzkiej działalności i egzystencji.

Szczegółowym ustaleniem norm postępowania i spełniania wartości w odniesieniu do konkretnych zawodów zajmuje się etyka zawodowa. Podstawowym zadaniem każdej etyki zawodowej jest dbałość o cały organizm pracowniczy na wszystkich szczeblach i we wszystkich działaniach. Praca może być sensem działania zawodowego, źródłem satysfakcji, ale nie można wymagać od pracownika całkowitego poświęcenia się, bo jako człowiek ma także inne życiowe cele poza pracą. Musi więc mieć zapewniony odpowiedni wypoczynek, pełną swobodę w realizowaniu potrzeb kulturalnych, społecznych i religijnych. Przede wszystkim należy jednak uwzględnić społeczną



naturę człowieka, którego zadaniem jest także życie rodzinne. Każdy więc człowiek, który poświęca się jakiegokolwiek pracy, nie może zostać oderwany od roli społecznej w rodzinie. Zadaniem etyki zawodowej jest więc formułowanie zasad i norm, które pozwolą zachować powyższe wymagania. Etyka zawodowa jest więc przede wszystkim etyką normatywną, i jej zadaniem jest ukazywanie norm właściwego działania dla poszczególnych grup zawodowych. Różnią się one w szczególności czysto technicznych jednak główny cel, do którego dążą jest dla wszystkich grup zawodowych taki sam. Celem tym jest stworzenie idealnego wzorca postępowania, sformułowanie celów działalności i pracy oraz sposobów etycznego rozwiązywania konfliktów zawodowych w obrębie danej grupy zawodowej. Uporządkowany logicznie zespół takich norm nazywamy „kodeksem deontologicznym” danego zawodu.

Kodeksy tworzy się poprzez konkretyzację i uszczegółowienie norm etyki ogólnej, funkcjonującej w danym społeczeństwie, dostosowując je do specyfiki danego zawodu poprzez:

1. Zmianę hierarchii poszczególnych norm
2. Modyfikację lub konkretyzację ich treści
3. Formułowanie nowych reguł, których brak w etyce ogólnej, a które są szczególnie istotne dla danego zawodu
4. Podanie swoistych zasad preferencji w sytuacjach konfliktowych
5. Wskazanie uprawnień przedstawicieli danego zawodu, które są pochodną pełnionych przez nich funkcji

Potrzeba tworzenia etyki zawodowej odnosi się przede wszystkim do zawodów wyróżnionych, których przedstawiciele na co dzień mają do czynienia z wartościami szczególnie cenionymi w społeczeństwie, jak na przykład zdrowie i życie lub w których kwestia kwalifikacji moralnych człowieka wykonyującego ten zawód jest co najmniej tak ważna jak sprawa kwalifikacji zawodowych.

U podstaw naszego zawodu leży założenie oraz głębokie przeświadczenie, że wykonując zawód położnej mamy być nie tylko dobrymi samarytankami, ale jednocześnie jakby herosami wszechczasów. Idealnie byłoby, gdyby wzorem swoich poprzedniczek w zawodzie, sióstr zakonnych, pozostała pokornego serca, samotną panną gotową na każde wezwanie do niesienia pomocy. Byłoby najlepiej, gdyby wyrzekła się szczęścia osobistego a szczęście to odnalazła jedynie w służbie cierpiącym. Wielkie wymagania pracującym w tym zawodzie, który określano na równi z kapłaństwem jako szczególnie rodzaj powołania. Tym trudniejszy do zrozumienia jest kontrast pomiędzy wysokimi oczekiwaniami wobec położnych, a ich niskim miejscem w hierarchii społecznej i systemie Opieki Zdrowotnej.

Wciąż pozostaje bez odpowiedzi pytanie: skoro wymagania etyczne wobec Nas są tak ogromne, czy etyczne jest skazywanie Nas na warunki pracy i płacy, które charakteryzuje niedocenienie?

Czy skazywanie Nas na przysłowiową biedę i oglądanie każdej złotówki jest wobec Nas, położnych i pielęgniarek, etyczne?

Czy brak środków na doskonalenie zawodowe, które tak często obiecywali nam złotoustni politycy w swoich wystąpieniach, mamy pokrywać z własnych, głodowych pensji? Położna nie jest maszyną, jest człowiekiem z krwi i kości, bywa zwyczajnie po ludzku zmęczona. Stąd w naszym środowisku niechęć do patosu, wielkich słów oraz pseudo gloryfikacji naszego zawodu. Niechęć do słów „służba zdrowia, siostra, powołanie”. Zdecydowana większość z Nas życzyła by sobie mniej patosu otaczającego nasz zawód a więcej wymiernych korzyści przekładających się na nasze życie.

Niedogodności wynikające z wykonywanej przez nas pracy nie zwalniają nas z wypełniania przypisanych nam powinności moralnych a są tylko potwierdzeniem iż wykonujemy zawód wyjątkowy, wymagający wysokich kwalifikacji i szczególnych predyspozycji.

Nieraz na swej drodze napotykamy dylematy moralne, spotykamy się z sytuacjami kiedy dokonanie właściwego wyboru staje się niemal niemożliwe.

Wołając o przyzwoitość wystawiamy na próbę sił nasze dobra, bo poważnie się narażamy. Czy nie dzieje się tak kiedy walczymy o godne i równoprawne miejsce w zespole terapeutycznym, kiedy domagamy się wypisywania zleceń lekarskich, a co dopiero kiedy oczekujemy współdziałania na zasadach partnerstwa?

Co dzieje się kiedy, czując pauperyzację stajemy się coraz bardziej zdesperowane i bliskie protestu. Kiedy podejmując nierówną walkę z Państwem o swoje pracownicze prawa od zawsze jesteśmy rozdarte.

Rozpoczynając pracę w swoim zawodzie, serce i głowę pełną mamy wzniosłych ideałów humanitaryzmu, służby człowiekowi, świątłych teorii o pacjencie.

Położnictwa jako integralnej profesji, gdzie położna jest partnerem lekarza współpracując w procesie pielęgnowania i terapii. To jednak zdarza się rzadko. Szpitale coraz bardziej przypominają fabryki, stając się z każdym rokiem coraz bardziej nieprzyjemne pacjentowi.

Gdzie w tym molochu, pogoni za kontraktami miejsce na etykę, godne traktowanie pacjenta?

Cała ta maszyna nastawiona jest na jak najszybsze pozbycie się pacjenta, nierzadko niewyleczonego. I w tej właśnie „maszynarii” jest konieczność stosowania się do etycznych nakazów.

Przypomina mi się w tym miejscu tytuł książki Tomasza Mertona: „Nikt Nie Jest Samotną Wyspą”.

Człowiek rozwija się przez dialog, w ten sposób także korzysta z doświadczenia i osiągnięć innych ludzi. Jak wiele dobrego można zdziałać przez szeroko rozumiany dialog w naszej, jakże niełatwej profesji.

Karol Wojtyła ukuł bardzo specyficzny termin filozoficzny - norma personalistyczna - twierdząc, że w centrum etyki stoi „osoba”. Mało tego etyka to „osoba”.

Ważna jest dla Wojtyły prawda, że człowiek realizuje się, spełnia poprzez czyny.

W systemach etycznych wskazuje się zazwyczaj pewien ideał postępowania, jakąś wartość, którą z tych czy innych względów uważa się za najważniejszą. Ma ona stanowić cel naszej działalności. Kto go najbardziej realizuje, ten zarazem najbardziej zbliża się do idealnego wzorca człowieka moralnego.

Czołowy reprezentant etyki - Kant, swoją naczelną normę etyczną formułuje następująco: postępuj tak, aby zasada twego działania mogła stać się regułą powszechną.

Ten słynny nakaz etyki kantowskiej, zwany kategorycznym imperatywem, jest w swej treści zupełnie niezależny od zmiennych warunków historycznych i społecznych. Posiada on walor powszechnie obowiązujący.

Czyn etycznie pozytywny nie wymaga nakładów finansowych, modernizacji szpitali czy uchwał. Mamy tak wiele wzorców pozytywnie etycznych do naśladowania. Są to wzorce bliskie dla każdej z nas.

Z pełną premedytacją nie wymienię ich, kierując się wolnym wyborem, uszanowaniem indywidualnych priorytetów, doborze naszych etycznych wzorców, według własnych przekonań.



Wskazówką jednak niech będzie iż norma nasza jest uniwersalna, prosta i niezależna od pozostałych, niezminiająca się ani w historii ani w żadnym innym aspekcie.

Brzmi ona - dobro chorego najwyższym prawem.

Te słowa na pewno w sposób najbardziej kompetentny i zwięźle określają wiodącą ideę naszego zawodu, zawiera się w nich zarówno zobowiązanie wobec społeczeństwa, jak i własnej pracy i własnego posłannictwa.

Teofrast, uczeń Arystotelesa, w „Charakterach”, zawierających 30 krótkich eseików przedstawia różne typy wartości negatywnych starogreckiego społeczeństwa.

Pozwolę sobie wymienić kilka z nich w swojej pracy. I tak:

Sknerstwo według Teofrasta to oszczędność, która przekracza właściwą miarę. Jak można poświęcić się choremu kiedy niemalże na wszystko brakuje a dostanie się na specjalistyczne badania wymaga nie lada cierpliwości.

Nieokrzesanie - polega na szorstkim sposobie bycia ujawniającym się w słowach.

Arogancja - polega na lekceważącym odnoszeniu się do wszystkich ludzi z wyjątkiem siebie samego.

Sympatia dla łotrostwa - to tyle co pociąg do zła.

Wymieniłam tylko niektóre negatywne cechy, które w najczęściej doprowadzają do nieetycznych zachowań w moim środowisku. Walka z nimi jest trudna, co nie znaczy, że niemożliwa, ponieważ osoby, które cechuje takie zachowanie zgoła odmiennie interpretują swoje cechy.

Arogancję nazywają wiedzą i wieloletnim doświadczeniem.

Sknerstwo - oszczędnością.

Nieokrzesanie - wybitną inteligencją u siebie.

Sympatię dla łotrostwa zaś, szczególnym rodzajem kreatywności.

Cycon napisał pracę etyczną „O Powinnościach”. Zawarł w niej swoje rozważania o sensie pracy.

Wiele też zawartych w tym dziele jest ponadczasowych i daje nam jasne wytyczne jak mamy postępować. W swej pracy spotykamy się z tak wieloma dylematami. Kiedy zastanawiam się nad decyzjami i dylematami moralnymi zadaję sobie pytanie: co ja uważałabym za słuszne uczynić w takiej sytuacji?

To znaczy formułuję hipotetyczny sąd odnoszący się do mnie samej.

Hipotetyczne rozważania zostawmy jednak filozofom, my mamy wykonywać swoją pracę jak najlepiej, aspekty etyczne zawarte w naszym ślubowaniu mają być dla nas drogowskazem.

Doskonale było by przede wszystkim przestrzeganie, przez cały personel, procedur regulujących proces opieki nad pacjentem i zakresu własnych obowiązków.

Źle by się stało, gdyby rozważania na temat: „Etyka zawodowa - przeżytek czy konieczność” stały się domeną rozważań jedynie filozofów a pozostali, zanurzeni w prozie życia i codziennej pracy uznali by, że to tylko piękne slogany, niezyciowe teorie, utopia i przeżytek. Tym bardziej uważam, że współczesna edukacja personelu medycznego powinna spełniać warunki wieloźródłowego i wszechstronnego kształcenia. Polskiej medycynie potrzeba jest zmiana języka i odwaga mówienia o etyce. Dywagacje na temat przeżytku etycznych zachowań zawodowych zdecydowanie i niepodważalnie przemawiają na korzyść stosowania etyki zawodowej i naszego wkładu w jej przestrzeganie i szerzenie wśród następnych pokoleń. ■

Dorota Albrychowicz

## Obrzęk płuc - zasady postępowania pielęgniarskiego z pacjentem

Obrzęk płuc (łac. oedema pulmonalis) to stan chorobowy, w trakcie którego w pęcherzykach płucnych zamiast powietrza zaczyna gromadzić się płyn przesiękowy, który utrudnia wymianę gazową w płucach.

Do takiej sytuacji dochodzi najczęściej w przebiegu niewydolności krążenia (tak zwanej lewokomorowej niewydolności serca) ale także w przypadku utrudnienia odpływu krwi z płuc (w przypadku wad serca), jak również w przypadku zaburzeń toksycznych lub przemiany materii w trakcie których dochodzi do uszkodzenia pęcherzyków płucnych (mocznicza, zespół nerczycowy).

Najczęstszą jego przyczyną jest skrajnie ciężka zastoinowa niewydolność krążenia, w trakcie której, zgodnie z gradientem ciśnienia, dochodzi do przesiekania płynów z naczyń krwionośnych do światła pęcherzyków płucnych.

W leczeniu stosuje się:

- tlenoterapię
- leki moczopędne
- ułożeniowe sposoby zmniejszenia zastoiny krwi w płucach (pozycja siedząca, opaski uciskowe, w dawnych czasach upust krwi)
- morfinę
- leki rozszerzające naczynia krwionośne (pozorne zmniejszenie ilości krwi krążącej, wskutek przemieszczenia jej do łożyska naczyniowego obwodowego)
- glikozydy naporstnicy (wzmacniają siłę skurczu serca - działające inotropowe dodatnie)
- intubacja z sztuczną wentylacją z użyciem dodatniego ciśnienia końcowo -wydechowego (PEEP).

### Przyczyny obrzęku płuc:

#### Sercowo-naczyniowe:

- \* nagłe pogorszenie funkcji mięśnia sercowego u pacjentów z niewydolnością serca;
- \* zawał serca, ostry stan niedokrwienności mięśniówki serca;
- \* nadciśnienie tętnicze;
- \* zaburzenia rytmu; wady zastawek serca np. zwężenie zastawki mitralnej powodujące zastój krwi w płucach;
- \* udar mózgu - Insultus cerebri.

#### Płucne:

- \* zapalenie płuc;
- \* zachłyśnięcie płynami;
- \* reakcje alergiczne, choroba wysokościowa, drenaż opłucnej.

#### Inne:

- \* przewodnienie pacjenta;
- \* zbyt niska podaż białka powodująca spadek ciśnienia osmotycznego a co za tym idzie ucieczkę płynów z naczyń;
- \* retencja płynów w przebiegu niewydolności nerek.

### Objawy obrzęku płuc:

- \* duszność (subiektywne uczucie braku tchu), często występuje sinica (zasinienie powłok ciała, warg, języka, słuzówek);
- \* częstym objawem jest kaszel, nadmierna potliwość, obserwuje się przepełnienie żył szyjnych;





- \* przymusowa pozycja siedząca - orthopnoe - pacjent siedząc na krześle, krawędzi łóżka wykorzystuje dodatkowe mięśnie oddechowe - ułatwia mu to oddychanie;
- \* osłuchowo stwierdza się trzeszczenia nad całymi polami płucnymi;
- \* pobudzenie psychoruchowe;
- \* przyspieszona czynność serca.

### Skutki:

Obrzęk prowadzi do utrudnionej wymiany gazowej w pęcherzykach, gdyż gromadzący się płyn zmienia przepuszczalność błony pęcherzyka dla gazów. Prowadzi to do hipoksji (obniżenie stężenia tlenu we krwi tętniczej) i często także do hiperkapnii (podwyższenie zawartości dwutlenku węgla we krwi tętniczej). W efekcie dochodzi do niedotlenienia wszystkich tkanek.

### Postępowanie:

1. Chorego należy posadzić, opuszczając jego kończyny dolne. Zmniejsza to powrót krwi żyłnej do serca i przez to zmniejsza wysięk w płucach
2. Zadbać o drożność dróg oddechowych
3. Zapewnić dostęp świeżego powietrza
4. Wezwać pomoc lekarską
5. Systematycznie oceniać podstawowe parametry życiowe (przytomność, oddech, tętno)
6. Jeśli dojdzie do zatrzymania oddechu i/lub krążenia - postępowanie: resuscytacja krążeniowo-oddechowa.

W pomocy przedlekarskiej zaleca się utrzymywanie drożności dróg oddechowych, zapewnienie pacjentowi dostępu świeżego powietrza oraz ewentualnej sztucznej wentylacji znanymi metodami oraz wezwanie zespołu ratownictwa medycznego. Celem leczenia jest uzyskanie jak najlepszego natlenienia i przerwanie błędnego koła prowadzącego do dekompensacji. Leczenie obejmuje obniżenie obciążenia wstępnego, umożliwiające zmniejszenie objętości końcoworozkurczowej i obniżenie ciśnienia końcoworozkurczowego i tym samym zmniejszające obrzęk płuc oraz obniżenie obciążenia następczego poprawiające frakcję wyrzutową i perfuzję tkankową.

W praktyce cele terapii osiąga się przez rozszerzenie naczyń, normalizację ciśnienia tętniczego oraz kontrolę diurezy. Zasady postępowania ALS (BLS) wdraża się na początku, są monitorowane i kontrolowane w dalszym przebiegu. Tlen

podaje się chorym przez cewnik donosowy, ale chorzy z POCHP powinni otrzymywać tlen 100% przez maskę bezwrotną.

Nitrogliceryna powoduje rozszerzenie żył i tętniczek, wywierając silne działanie na naczynia żyłne. W pierwszej kolejności podaje się ją podjęzykowo (400 ug lub Nitromint areosol 1 dawka) aż do obniżenia ciśnienia tętniczego poniżej 130 mm Hg lub ustąpienia objawów.

Podawanie dożylnie rozpoczyna się, jeżeli objawy nie ustępują po podaniu doustnym 3 tabletek (3 dawki areosol). Podawanie nitrogliceryny należy ostrożnie stosować u chorych ze schorzeniami wymagającymi wysokiego ciśnienia tętniczego (zawał ściany dolnej, zespół serca płucnego, kardiomiopatia przerostowa, wada mitralna).

Zastosowanie może mieć również Nitroprusydek sodowy wpływający również na obniżenie ciśnienia tętniczego, stosowany szczególnie u chorych u których podłożem obrzęku płuc jest nadciśnienie tętnicze oraz u chorych wymagających szybkiego obniżenia ciśnienia.

W leczeniu obrzęku płuc mają również zastosowanie diuretyki pętlowe takie jak Furosemid, który dzięki działaniu natriuretycznemu (moczopędne) oraz wcześniejszemu rozszerzeniu naczyń żylnych. Na ogół stosowany jest w dawce 40-100 mg, ale u chorych wcześniej zażywających konieczne bywa zwiększenie dawki.

Tutaj też ma zastosowanie Morfina, zmniejszająca wpływ układu współczulnego i jednocześnie bezpośrednio powoduje rozszerzenie tętniczek i żył. Podaje się w razie potrzeby we wstrzyknięciach dożylnych 2-4 mg.

Leczeniem wspomagającym są leki z grupy batamimetyków (Albuterol), glikozydy naporstnicy (Digoxin), metyloksantyny (Teophylina) i mają zastosowanie w szczególnych przypadkach.

Obrzęk płuc jest schorzeniem o szybko narastających objawach oraz stan pacjenta ulega szybkiemu pogorszeniu, dlatego oprócz leczenia ww. zastosowanie mają leki przeciwwstrząsowe (Levonor, Dopamina, Dobutamina) w zależności od wartości ciśnienia oraz objawów wstrząsu kardiogenego. Chorzy z powinni zostać przyjęci na oddział intensywnej opieki kardiologicznej. ■

Barbara Chudy



### Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zaprasza na szkolenie na temat znowelizowanej Karty Praw Pacjenta.

Szkolenie odbędzie się w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie przy ul. Kopernika 38, w dniu 17 listopada 2009 o godz. 12:00, zapisy przyjmuje sekretariat OIPIP pod numerem telefon 034 3245112 lub telefon komórkowy 503-008-946. ■

### CZŁONKOWIE OKRĘGOWEJ RADY / PEŁNOMOCNICZY OIPIP W CZĘSTOCHOWIE INFORMACJA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE ZOSTAJE PRZESUNIĘTE Z WTORUKU 15 GRUDNIA 2009 ROKU NA CZWARTEK 10 GRUDNIA 2009 ROKU GODZINA 12:30, ŚWIETLICA OIPIP UL. KOPERNIKA 38. ■

Z WYRAZAMI SZACUNKU  
PRZEWODNIĄCZACA ORPIP  
HALINA SYNAKIEWICZ



- |  |  |
|--|--|
| <p>18.08.09 Przewodnicząca OIPiP uczestniczyła w obradach XLV zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy. Podczas posiedzenia podjęta została uchwała w sprawie zaopiniowania projektu Uchwały Sejmiku Województwa Śląskiego w sprawie przekształcenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Maryi Panny w Częstochowie.</p> <p>18.08.09 W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Zmian Systemowych, zaopiniowano następujące projekty aktów prawnych :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projekt Sprawozdania z Realizacji Krajowego Programu Zwalczania ADIS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007-2011, po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów wniosków w sprawie usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego lub warunków jego realizacji. po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie przygotowania raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej i oceny raportu w sprawie oceny leku lub wyboru medycznego oraz wysokości opłaty za sporządzenie oceny raportu w sprawie oceny leku lub wyrobu medycznego po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych, po naniesieniu uwag projekt przesłano do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych, po naniesieniu uwag projekt przesłano do Naczelnej Izby Pielęgniarek</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu ogłaszania i przeprowadzania konkursu ofert na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kierowania na lecznictwo uzdrowskie, po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, po naniesieniu uwag projekt przesłano do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi, po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, po naniesieniu uwag projekt przesłano do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych</li> <li>• Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, projekt zostanie zaopiniowany po przeprowadzeniu analizy dokumentacji</li> </ul> <p>25.08.09 W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie rozpatrzone zostały trzy wnioski o udzielenie pomocy finansowej.</p> <p>29.08.09 W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad następującymi sprawami: - rozpatrzone 10 wniosków o dofinansowanie na łączną kwotę 4.970.00 zł</p> <p>27.08.09 W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych- podjęto dziesięć uchwał. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 10 osób na kwotę 4.970.00 zł zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego</li> <li>&gt; udzielić pomocy finansowej dla jednej pielęgniarki na kwotę 1000.00 zł</li> <li>&gt; stwierdzić prawo wykonywania zawodu i wpisać do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie 16 pielęgniarek i 2 położne</li> <li>&gt; wpisać do rejestru OIPiP w Częstochowie dwie pielęgniarki</li> <li>&gt; skreślić z rejestru OIPiP w Częstochowie jednego pielęgniara</li> <li>&gt; wydać zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki</li> </ul> <p>07.09.09 W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie rozpatrzone został jeden wniosek o udzielenie pomocy finansowej.</p> |
|--|--|



- 08.09.09 Przewodnicząca uczestniczyła w Konferencji na temat „ETYKA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ”, która odbyła się w BCK w Bielsku Białej. Wykład inauguracyjny: „Rola samorządu zawodowego w utrwalaniu samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych. Status zawodowy i społeczny” przeprowadziła dr n. biol. Elżbieta Buczkowska, również w konferencji uczestniczyli: dr n. med. Wanda Terlecka, ks. dr Antoni Bartoszek, Anna Paszko, Sekretarz ORPiP w Katowicach Tomasz Niewiadomski, Przewodnicząca ORPiP w Katowicach dr n. ekon. Mariola Bartusek, dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, mgr Małgorzata Lipińska.
- 14.09.09 Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPiP w Warszawie.
- 15-17.09.09 Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
- 17.09.09 Przedstawiciel OIPiP uczestniczyła w Konferencji „DIAGNOZA STANU ROZWOJU SEKTOROWEGO DIALOGU SPOŁECZNEGO W SKALI OGÓLNOPOLSKIEJ - BADANIE ILOŚCIOWE”, gośćmi zaproszonymi byli m.in. przedstawiciele organizacji pracodawców i pracowników, przedstawiciele Wojewódzkich Komisji Dialogu Społecznego, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, wojewódzkich urzędów pracy, urzędów marszałkowskich i urzędów miasta oraz uczelni.
- 18.09.09 Przedstawiciel OIPiP uczestniczyła w XIV Konferencji Naukowej Oddziału Śląskiego i Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Urologicznego I Pielęgniarek Urologicznych „UROSILESIANA”, która odbyła się w Szczyrku.
- 20.09.09 Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Konferencji pt. „SZKOŁA LWOWSKA I JEJ WPŁYW NA ROZWÓJ MEDYCZYNY POLSKIEJ”.
- 20.09.09 Pełnomocnicy oraz członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyli w koncercie „Dar serca - polscy artyści Kresom” w Filharmonii Częstochowskiej.
- 22.09.09 W siedzibie OIPiP odbyło się szkolenie na temat "Konflikty, mediacje negocjacje", prowadzący: Pan Michał Galbarczyk Inspektor Państwowej Inspekcji Pracy w Katowicach. W szkoleniu udział wzięły 24 osoby.
- 23.09.09 W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, podjętych zostało osiem uchwał.
- 24.09.09 Przedstawiciele OIPiP uczestniczyli w MIĘDZYSZKOLNYM KONKURSIE Z ZAKRESU UDZIAŁA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ „URATOWAĆ ABY ŻYĆ”, który odbył się na terenie Miejskiego Stadionu Żużlowego „Włókniarz” w Częstochowie.
- 24.09.09 Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu z okazji 20-lecia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.
- 25.09.09 Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w konferencji pt. „Wartości zawodu pielęgniarki i położnej”, miejsce konferencji Śląski Uniwersytet Medyczny Katowice.
- 28.09.0909 W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 28.09.09 Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach XLVI zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 29.09.09 W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych- podjęto dziesięć uchwał. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:
- > zakwalifikować 17 osób na kształcenie
  - > dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 56 osób na kwotę 23.609.00 zł zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego
  - > wpisać do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie 3 pielęgniarki
  - > stwierdzić prawo wykonywania zawodu i wpisać do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie 1 pielęgniarkę
  - > skreślić z rejestru OIPiP w Częstochowie dwóch pielęgniarek
  - > wydać zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki
  - > skierować na odbycie przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu jedenaście pielęgniarek i dwie położne
- 30.09.09 W siedzibie OIPiP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat "Pierwsza pomoc w stanach zagrożeniach życia", w szkoleniu uczestniczyło 18 osób
- 30.09.09 Przewodnicząca uczestniczyła w konkursie na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie przy ul. Kilińskiego 10



# **POPRAZ NAUKĘ I ZABAWĘ PROMUJEMY ZAWÓD PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie współuczestniczyła w Międzyszkolnym konkursie z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wśród dzieci w wieku szkolnym z klas I - VI

## **„URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ”**

zorganizowanym przez Dyrektora, Grono Pedagogiczne oraz uczniów

### **Szkoły Podstawowej Nr 25 w Częstochowie.**

Celem konkursu jest rozpowszechnianie wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania I pomocy, kształtowanie czynnych postaw prospołecznych wśród dzieci, w tym odpowiedzialności za drugiego człowieka, niesienia pomocy w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia poszkodowanym i chorym. Popularyzacja i propagowanie tematyki związanej z ochroną zdrowia oraz bezpieczeństwem komunikacyjnym.

Konkurs odbył się 24 września 2009 roku na terenie Miejskiego Stadionu Żużlowego „Włókniarz”.

**Uczestnicy Konkursu w części finałowej zmagając się o puchar Dyrektora CKM „Włókniarz” wykazali się bardzo bogatą wiedzą i umiejętnościami z zakresu udzielania pierwszej pomocy.**

***Wszystkim serdecznie gratulujemy!!!***

*Nad prawidłowością przebiegu konkursu i zadań finałowych czuwało jury, w skład którego weszli: przedstawiciele Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Stacji Pogotowia Ratunkowego, Policji Drogowej oraz Straży Pożarnej.*

### **GODZINY PRACY BIURA OIPIP**

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 18.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie  
OIPIP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17.00



# POPURZEC NAUKĘ I ZABAWĘ PROMUJEMY ZAWÓD PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

## *URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ*

Międzyszkolny  
konkurs  
na stadionie  
“Włókniarza”

