

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Walentynki

LUTY 2010r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38

Egzamin z kursu kwalifikacyjnego

„Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”

Myszków 14 stycznia 2010 roku



Egzamin z kursu kwalifikacyjnego

„Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki”

Częstochowa 18 stycznia 2010 roku



W NUMERZE:

Uchwały Prezydium i ORPiP	1
Pisma z NRPiP	1
Pismo Wojewody Śląskiego	10
Opinia prawnika	11
Kalendarium	12

Prace autorskie:

<i>Postępowanie pielgniarki neonatologicznej w leczeniu noworodków w oddziałach intensywnej terapii</i>	13
<i>Organizacja pracy</i>	15
<i>Szczepienia przeciwko chorobom infekcyjnym u dzieci z alergią</i>	16
Informacje	19

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

MILLENNIUM 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.



Podjęte uchwały oraz decyzje podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

w dniu 21 stycznia 2010 roku.

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych: na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywne opieka” - 7 pielęgniarek
 - na specjalizację „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywne opieka” - 2 pielęgniarki
 - na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne” - 2 pielęgniarki
 - na kurs dokształcający „Laktacja” - 1 pielęgniarka
- Wydano jedną Decyzję w sprawie odmowy zakwalifikowania na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- Dofinansowano kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych,
- Ppostanowiono wydać 1,695.00 zł na dofinansowanie dla czterech pielęgniarek z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”.
 - 1000.00 zł na dofinansowanie dla dwóch pielęgniarek - studia magisterskie
 - 260.00 zł na dofinansowanie dla jednej pielęgniarki

konferencji Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki.

- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Stwierdzono prawa wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki
- Skreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla pięciu osób na łączną kwotę 3,400.00 zł.
- Skierowano na Konferencję szkoleniową pt. „Czy i jak ustalić normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych” trzy pielęgniarki.
- Skierowano na Konferencję szkoleniową pt. „Profesjonalne pielęgniarko systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego” - jedną pielęgniarkę.
- Przyznano zapomogę finansową pracownikowi biura OIPIP w Częstochowie
- Wpisano do rejestru OIPIP dwa podmioty prowadzące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
- Wpisano adnotację urzędową o zrzeczeniu się prawa wykonywania jednej pielęgniarki.
- Wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki. ■

Pisma z NRPIP



NIPiP/NRPIP/DM/0059/13/2010

Warszawa, dnia 22 stycznia 2010r.

Pan
Jacek Paszkiewicz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie,

W związku z postulatami pielęgniarek, realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej domowej, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych proszę o podjęcie natychmiastowych działań mających na celu zmianę Załącznika Nr 1 do Zarządzenia Nr 93/2009/DSOZ z dnia 30 grudnia 2009 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej.

Niedopuszczalnym jest, aby bez konsultacji ze świadczeniodawcami (w tym pielęgniarkami realizującymi świadczenia opieki długoterminowej domowej) została dokonana zmiana polegająca na wpisaniu w kolumnie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, nazwa świadczenia sprawozdawanego – osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania - **wskaźnika 0,4**. Zastosowanie wskaźnika 0,4 dla pacjentów, objętych skalą Barthel 0-40, przebywających pod jednym adresem zamieszkania, którzy wymagają całodzienną, wzmożoną opiekę pielęgniarstwową i pielęgnacyjną (w godzinach od 8.00 do 20.00 z zape-

wnieniem ciągłości i dostępności świadczeń przez 365 dni w roku), równoznaczne jest z wyeliminowaniem z rynku usług zdrowotnych podmiotów, realizujących ww. świadczenia i ograniczenie dostępności do tych świadczeń świadczeniobiorców, niezdolnych do samodzielnej egzystencji i samoopieki, niepełnosprawnych, przewlekłe chorych.

Niezrozumiała jest intencja wprowadzenia powyższego zapisu. Pacjenci przebywający pod tym samym adresem jak i pod różnymi adresami, podlegają tym samym kryteriom kwalifikacji i mają te same uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. Opieka nad pacjentem nie może być różnicowana ze względu na miejsce przebywania pacjenta, jego kolor skóry, czy wyznaczenie religijne, ale wyłącznie ze względu na stan zdrowia pacjenta. Stąd wprowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia współczynnik, zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest dyskryminacją pacjentów przebywających pod tym samym adresem oraz pielęgniarek, które będą zobowiązane do zapewnienia opieki dla podwójnej liczby pacjentów a wysokość finansowania będzie aż o 60% niższa w przeliczeniu na poszczególnego pacjenta.

Uważamy, że w przypadku objęcia przez pielęgniarkę opieką 12 świadczeniobiorców, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, wskaźnik ten powinien być na poziomie **0,8** z ujednoliconą jednostką rozliczeniową za osobodzień w wysokości 35,00 zł w opiece domowej w całym kraju.

W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o natychmiastową zmianę Zarządzenia Nr 93/2009/DSOZ z dnia 30 grudnia 2009 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie

określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnej i opiekuńczej w ramach opieki długoterminowej (Załącznik nr 1 do zarządzenia – katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych, pielęgnarska opieka długoterminowa) i wpisania „osobodzień w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania ze wskaźnikiem 0,8”.

Świadczeniobiorcy objęci tą opieką muszą mieć zagwarantowane jakościowo i ilościowo świadczenia w zakresie opieki długoterminowej. Bez zabezpieczenia środków finansowych na odpowiednim poziomie oraz przy zmniejszanych nakładach, proponowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wskaźnikach, tworzy się pozory zabezpieczenia tych świadczeń i wprowadza w błąd społeczeństwo oraz świadczeniodawców co destabilizuje system gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i społecznych iluzorycznie rozwiązując problem potrzeb pacjentów oraz nakładając na pielęgniarkę dodatkowe obowiązki, bez zwiększenia wynagrodzenia.

Koniecznym jest również zmiana treści Zarządzenia Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, w zakresie budzącym wątpliwości interpretacyjne.

Przedmiotowe zmiany powinny obejmować przede wszystkim:

Rozdział 3 – Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 8 ust. 4 – należy wykreślić wyrazy „w ciągu 3 dni” i wpisać „w ciągu tygodnia, w formie pisemnej lub telefonicznej lub faxem, lub mailem”.

Niezrozumiałym jest dodatkowe powiadamianie Dyrektora Oddziału WNFZ o przyjęciu, wypisie, zgonie pacjenta, skoro NFZ otrzymuje ww. informacje od świadczeniodawców w formie sprawozdawczości (raportów statystycznych).

Rozdział 4 – Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych

- w **§ 10 ust. 2**, należy zmienić „40 pkt” na „60 pkt”.

- w **§ 10 ust. 3** proponuję nowe brzmienie:

„3. Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia świadczenioborców przewlekle chorych i świadczenioborców, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, **oraz stały nadzór stanu zdrowia lekarza**, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację, powinni przebywać w zakładzie opiekuńczym”.

Rozdział 5 – Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych

- w **§ 13 ust. 2, pkt 1)** po wyrazie „intensywnej” należy dopisać wyraz „specjalistycznej”.

- w **§ 13 ust. 2 pkt 2)** należy doprecyzować, iż pielęgniarka

opieki długoterminowej, pielęgniarka poz dokonuje kwalifikacji pacjentów do pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, natomiast lekarz dokonuje wpisu dotyczącego aktualnego stanu zdrowia, rozpoznania choroby zasadniczej z zastosowaniem procedury ICD-10 oraz zleceń leczniczych.

- w **§ 13 ust. 2 pkt 3)** po wyrazach „ustala plan opieki o rozpoznane problemy pielęgnacyjne” należy dopisać wyrazy „i niezbędne potrzeby zdrowotne”.

- w **§ 13 ust. 2 pkt 6)** proponuję nowe brzmienie:

„6) udzielone świadczenia pielęgniarka odnotowuje w karcie czynności pielęgnacyjnych, wraz z datą ich wykonania, **1 raz w miesiącu potwierdzony** podpisem świadczeniobiorcy lub jego rodziny lub opiekuna faktycznego; **plan opieki**, wzór karty czynności pielęgnacyjnych stanowi **załącznik nr 5** do zarządzenia”.

Rozdział 6 – Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

- w **§ 14 w ust. 8, 9, 10** należy zmienić punktację „0 punktów” w ocenie skalą opartą na skali Barthel i wpisać 0 – 5 punktów.

Załącznik Nr 3 – Warunki wobec świadczeniodawców – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

3. Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

3.1 Wymagania dotyczące personelu

kolumna: pielęgniarki – dodatkowe, **pkt 4)** proponuję nowe brzmienie:

„4) pielęgniarki ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny w ww. dziedzinie”.

Załącznik Nr 4 – Skierowanie do objęcia pielęgnarską opieką długoterminową domową

- pkt III proponuję nowe brzmienie:

„Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga wzmożonej i specjalistycznej pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji”.

- pkt IV proponuję nowe brzmienie:

„Zlecenia lecznicze”.

Proponuję nowe brzmienie **Załącznika Nr 5 – Karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej** (proponycja w załączeniu).

Ponadto proponuję, aby Załącznikiem do Zarządzenia była również „Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgnarską opieką długoterminową domową” (proponycja w załączeniu). ■

Z wyrazami szacunku
Prezes

(-)Elżbieta Buczkowska

Do wiadomości: Ewa Kopacz – Minister Zdrowia



**POLSKIE TOWARZYSTWO
PIELĘGNIARSKIE
ZARZĄD GŁÓWNY 01-842 WARSZAWA,
Al. Reymonta 8/12
Warszawa, 19 stycznia 2010 r.**

Pan
Mieczysław Augustyn Senator RP
Szanowny Panie Senatorze

Wierząc w głębokie zaangażowanie Pana Senatora w zakresie zapewnienia opieki pielęgniarskiej w DPS pozwalam sobie przesłać na ten adres elektroniczną wersję rozwiązania zmiany oceny zapotrzebowania na opiekę długoterminową, wypracowanego przez zespół Ekspertów powołanych w RFN, który wiąże aspekt etyczny i ekonomiczny zapewnienia bezpieczeństwa tej grupie społecznej, która w przeszłości wiele wniosła dla rozwoju naszego kraju i które obecnie jest bezradna wobec polityki kreowanej przez państwo. Jako organizacja zrzeszająca pielęgniarki, które z racji wykonywanego zawodu są rzecznikami pacjentów prosimy o podjęcie stosownych starań, aby obywatele naszego Państwa nie mieli poczucia, że o nich zapomniano. ■

Z poważaniem
Dorota Kilańska
Przewodnicząca Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

**STANOWISKO XV KRAJOWEGO
ZJAZDU DELEGATÓW POLSKIEGO
TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO
W SPRAWIE ZASADNOŚCI
ZATRUDNIANIA PIELĘGNIAREK
W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ**

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że zatrudnienie pielęgniarek w instytucjach pomocy społecznej stacjonarnej jakimi są Domy Pomocy Społecznej jest niezbędna dla bezpieczeństwa podopiecznych ww. Domów, a którzy wymagają nie tylko działań opiekuńczych, ale przede wszystkim tych działań, które może dostarczać jedynie grupa zawodowa pielęgniarek. Pielęgniarek doskonale przygotowanych merytorycznie, pełniących funkcję rzeczników praw pacjenta, powierników i towarzyszy godnego umierania. Pielęgniarek - profesjonalistów medycznych, które są z podopiecznymi w DPS (zdrowymi i chorymi) przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu i 365 dni w roku słuchając, doradzając, wspierając.

Domagamy się prowadzenia racjonalnej polityki zatrudniania personelu pielęgniarskiego oraz właściwego do wkładu pracy i wiedzy wynagradzania oraz zagwarantowania miejsca w systemie opieki społecznej tej grupie zawodowej.

Tło:

Mieszkańcy domów pomocy społecznej to przeważnie ludzie powyżej 65 r.ż i więcej, a których stan zdrowia determinuje wielochorobowość oraz niesprawność funkcjonalna. Najczę-

ściej występujące u pensjonariuszy problemy zdrowotne dotyczą wielu układów organizmu i tak:

- > ze strony układu sercowo - naczyniowego: nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba niedokrwienna serca, stan po zawale mięśnia sercowego, przewlekła zastoinowa niewydolność krążenia, niedokrwienie kończyn dolnych, zakrzepowe zapalenie żył,
- > ze strony układu krwiotwórczego - niedokrwistości, przede wszystkim z niedoboru żelaza i megaloblastyczna,
- > ze strony układu oddechowego - choroby infekcyjne dróg oddechowych, w tym: zapalenia płuc, POCHP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc), stany po przebytej gruźlicy płuc, astma oskrzelowa,
- > ze strony układu pokarmowego - kamica pęcherzyka żółciowego i stany po cholecystektomii, a także choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekłe stany nieżytowe żołądka i jelit
- > ze strony układu moczowego - stany zapalne pęcherza i dróg moczowych, kamica moczowa i napady kolki nerkowej, choroby gruczołu krokowego u mężczyzn,
- > ze strony układu ruchu - zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, osteoporoza, reumatoidalne zapalenie stawów, stany po złamaniach, szczególnie szyjki kości udowej, stany po amputacjach, głównie kończyn dolnych,
- > choroby metaboliczne - otyłość, cukrzyca, dyslipidemie, niedobory żywieniowe,
- > choroby pochodzenia neurologicznego - udary krwotoczne i niedokrwienne mózgu i w wyniku ich przebycia porażenia połowicze, SM, chorobę Parkinsona, zaburzenia krążenia mózgowego, stany po urazach kręgosłupa z powikłaniami w postaci paraplegii i tetraplegii,
- > choroby i zaburzenia psychiczne - depresja i zespoły depresyjno-maniakalne, otępienne zespoły psychoorganiczne, majaczenie, otępienia w wyniku choroby Alzheimera i naczyniopochodne oraz schizofrenie,
- > upośledzenia ze strony narządów zmysłów - zwłaszcza słuchu i wzroku - jaskra, zaćma, stany po wyłuszczeniu gałki ocznej, a także
- > choroby nowotworowe - co łączy się z zapewnieniem opieki paliatywnej.

Z danych jednego z największych domów opieki społecznej wynika, że około 60% podopiecznych to osoby przewlekłe chore, niezdolne do samoopieki, które w ocenie wg skali Barthel uzyskały od 0 do 40 punktów, co oznacza, że ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej całodobowej opieki pielęgniarskiej i stałych działań pielęgniarskich.

Okolo 90% podopiecznych objętych jest opieką psychiatryczną. W tej grupie przewagę stanowią pacjenci z rozpoznaniem otępienia różnego typu.

Na podkreślenie należy fakt, że ludzie niepełnosprawni intelektualnie nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych, a to związane jest z obowiązkiem przejęcia kompleksowej opieki nad nimi, zapewniającej im w miarę godną egzystencję i optymalną jakość życia. Podopieczni z tego rodzaju problemami zdrowotnymi nie są w stanie zgłosić swojej niedyspozycji, dolegliwości bólowych czy pogorszenia samopoczucia - w takim zakresie pomoc pielęgniarska jest jedyną fachową pomocą, która może być świadczona w sposób profesjonalny przez personel pielęgniarski.

Obowiązkiem personelu pielęgniarskiego jest znajomość danych osobowych, diagnozy lekarskiej, rodzaju diety, obja-

wów chorobowych, odpowiednie reagowanie na wszystkie zmiany zachodzące w zachowaniu podopiecznego, mogące świadczyć o pogorszeniu stanu zdrowia. Stałe kontrolowanie parametrów życiowych niejednokrotnie zapobiega powikłaniom istniejących chorób, lub tzw. „wielkim problemom geriatrycznym”.

Praca pielęgniarki w domu pomocy społecznej związana jest z pełnieniem wielu funkcji w podsystemie pielęgniarstwa tj.:

- edukacyjna,
- promująca zdrowie - poprzez kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, odpowiedzialności za własne zdrowie, przygotowanie do współpracy w procesie pielęgnowania,
- profilaktyczna - realizowana poprzez ograniczenie zagrożeń upadkami i wypadkami, uszkodzeniami, zapobieganie występowania błędów jatrogennych,
- terapeutyczna - zapewnienie opieki przed lekarskiej w stanach zagrożenia zdrowia i życia, współpraca ze specjalistami w procesie diagnozowania i terapii. Dzięki zatrudnionym lekarzom i pielęgniarkom proces leczenia może być zapewniony często bez konieczności hospitalizacji w oddziałach szpitalnych. Każda zmiana miejsca pobytu starego człowieka to dodatkowy dla niego stres, niewskazany zwłaszcza dla osób z zaburzoną funkcją w sferze poznawczo-emocjonalnej,
- rehabilitacyjna - realizowana poprzez wykonywanie ćwiczeń biernych, czynnych, oddechowych, izometrycznych, współpracę z rehabilitantami, a także pomoc w akceptacji nowej, zmienionej chorobą sytuacji życiowej,
- pielęgnacyjno - opiekuńcza - to wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonywane w celu realizowania niezbędnych potrzeb życiowych, jak również pomaganie, towarzyszenie, asystowanie, wspieranie podopiecznego i jego rodziny, zwłaszcza w godnym umieraniu.

Pielęgniarki w DPS wykonują przeciętnie (w ciągu miesiąca) około 3500 iniekcji podskórnych, domięśniowych, dożylnych, około 300 dożylnych wlewów kroplowych, przygotowują i podają leki drogą doustną, wziewną (inhalatory i nebulizacje), przezskórną, również poprzez zakrapianie oczu i uszu; wykonują płukanie uszu w celu ewakuacji zalegającej woskowiny; u około 400 osób pobierana jest krew i inny materiał do analiz laboratoryjnych (mocz, kał, płwocina, wymazy z ran, oka, nosa); wykonują około 2000 opatrunków, zakładają cewniki do pęcherza moczowego, prowadzą bilanse płynów, intensywną pielęgnację przeciwoleżynową lub leczą istniejące odleżyny, wykonują toaletę drzewa oskrzelowego.

Należy podkreślić, że opieka nad pacjentem geriatrycznym wymaga od personelu pielęgniarskiego wszechstronnej wiedzy dotyczącej starości, procesu starzenia się poszczególnych narządów i układów, zasad racjonalnego żywienia, znaczenia aktywności ruchowej, społecznej, komfortu emocjonalnego. Takiej opieki dostarczać mogą jedynie pielęgniarki i dlatego konieczne jest utrzymanie tego rodzaju świadczenia w domach pomocy społecznej, a przede wszystkim w tych, które świadczą opiekę nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi psychicznie oraz osobami przewlekle somatycznie chorymi. Każdemu człowiekowi należy jest szacunek, poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości, tym bardziej tym ludziom, którzy z różnych powodów nie są w stanie sami o siebie zadbać! ■

Warszawa 27 listopada 2009 r.

SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Komisja Rodziny i Polityki Społecznej

Warszawa, dnia 21 stycznia 2010 r.

Szanowna Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Komisja Rodziny i Polityki Społecznej Senatu RP, na posiedzeniu w dniu 21 stycznia 2010 r. zapoznała się z proponowanym; przez resort zdrowia i NFZ warunkami kontraktów na pielęgniarstwo opiekę długoterminową świadczoną w domach pomocy społecznej Komisja jednomyślnie uznała, że propozycje te tak dramatycznie pogarszają warunki zawierania umów, że doprowadzą, do odejścia pielęgniarek z domów pomocy społecznej. Narazi to zdrowie i bezpieczeństwo mieszkających tam osób oraz przekreśli dotychczasowe wysiłki zmierzające do sensownego uregulowania zakresu i warunków świadczeń pielęgniarstwa w domach pomocy. Tym samym, ponad 80-tysięczna grupa ubezpieczonych w dalszym ciągu (lub ponownie) nie będzie miała zagwarantowanych ustawowo należnych świadczeń na poziomie adekwatnym do ich stanu zdrowia.

Szczególne oburzenie wywołała Komisji informacja o propozycji zastosowania stawki za osobodzień w wysokości 0,4 stawki ustalonej dla pacjentów domowej (środowiskowej) opieki długoterminowej. O ile zwiększenie liczby klientów na jedną pielęgniarkę (choć zbyt daleko idące) dają się wytłumaczyć lepszą dostępnością i łatwością dotarcia do świadczeniobiorców, o tyle różnicowanie stawek płatności za osobodzień jest nie do przyjęcia. Nie można przecież, dla osób będących w tym samym stanie zdrowia, odmiennie wyceniać tych samych, zstandaryzowanych czynności. Ponadto, stawki te ustalone na tak niskim pułapie, że pracujące na własny rachunek pielęgniarki, po opłaceniu składek ubezpieczeń społecznych, będą zarabiały mniej, niż personel pomocniczy w domach pomocy. Istnieje zagrożenie, że w niektórych regionach będzie to nawet mniej niż najniższa płaca.

Komisja uważa, że zaproponowane warunki i stawki są nie do zaakceptowania i doprowadzą, do drastycznego ograniczenia dostępności opieki pielęgniarstwa w domach pomocy, zaprzeczając wysiłek personelu pielęgniarskiego włożony w podnoszenie kwalifikacji i całkowicie zniszczą wizerunek Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia jako instytucji zdolnych do podejmowania racjonalnych decyzji.

Nasze stanowisko proszę przyjąć jako zdecydowany protest przeciwko postępowaniu resortu i funduszu zupełnie lekceważących realne potrzeby mieszkańców domów pomocy społecznej. Nie do przyjęcia jest ignorowanie kolejnych propozycji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, zmierzających do rozwiązania tej bardzo niekorzystnej sytuacji. ■

Przewodniczący Komisji
Mieczysław Augustyn



MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, 15.01.2010r

Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

W nawiązaniu do Pani pisma z dnia 4 grudnia 2009 r., znak: NIPiP/NRPIP/DS/002/234-4/09. kierowanego do Głównego Inspektora Sanitarnego a następnie przekazanego do Ministerstwa Zdrowia, przy którym przekazano stanowisko nr 33 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Z dnia 2 grudnia 2009 r. w sprawie uregulowania przepisów dotyczących transportu przez pielęgniarkę materiału biologicznego pobranego w domu pacjenta, uprzejmie informuje, iż odpowiedź w przedmiotowej sprawie zostanie udzielona w terminie późniejszym, po uzyskaniu stanowiska Głównego Inspektora Sanitarnego. ■

z poważaniem
Dyrektor
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego
Tomasz Pawięga

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa 18.12.2009r

Podsekretarz Stanu Marek Haber

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem znak: SDT-222-8(58)/2009 z dnia 5 października 2009 r. przekazany przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów zawierającym w załączeniu pismo NRPIP znak: fNIPiP/NKPIP/DM/0055/318/09 z dnia 28 września 2009r., skierowane do Prezesa Rady Ministrów Pana Donalda Tuska, w sprawie pogarszającej się sytuacji w pielęgniarstwie, problemów zawodowo-społecznych pielęgniarek i położnych przekazany do Ministra Zdrowia oraz innych kwestii dotyczących systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej oraz pisma znak: IPIP/NRPIP/DM/ 0055/327/09 z dnia 5 października 2009r, dotyczącego spotkania z Panią Minister Ewą Kopacz w sprawie sytuacji w obszarze ochrony zdrowia, wynikającej z procesu stanowienia prawa w tym zakresie, uprzejmie informuję, iż odpowiedzią na wystąpienie NRPIP było spotkanie zorganizowane przez Ministra Zdrowia w dniu 9 listopada 2009r. z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentantami 45 okręgowych izb pielęgniarek i położnych. Podczas rozmów został podjęty znacznie szerszy zakres tematyczny, niż wskazany przez samorząd zawodowy w przedmiotowych pismach.

Ustalenia ze spotkania zostały przyjęte przez Panią Prezes Elżbietę Buczkowską i Pana Marka Habera - Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (kopia notatki w załączeniu). Odnosząc się do trybu prac legislacyjnych nad 13 rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej, uprzejmie wyjaśniam że zbyt krótki czas procedowania tych aktów prawnych wynika z faktu, że termin wejścia w życie wyznaczony był na dzień

31 sierpnia 2009r. (z tą chwilą ustawa koszykowa uchylała koszyk negatywny, a zatem w przypadku nie wejścia w życie rozporządzeń koszykowych powstać mogłaby luka prawna i brak regulacji przewidujących jakie świadczenia przysługują świadczeniobiorcom - stwarzałyby to zagrożenie dla zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej).

Przyjęty sposób procedowania zgodny był z § 13 uchwały nr 49 Rady Ministrów, który stanowi o tym, że termin uzgodnień wyznacza się z uwzględnieniem pilności projektu, przy czym jeżeli dla rozporządzenia jest krótszy niż 7 dni wymaga to uzasadnienia. Pismo przewodnie datowane było na 11 sierpnia br. - uwagi do 20 sierpnia, a zatem faktycznie było 9 dni, co nie wymagało uzasadnienia. W przypadku jednakże tych podmiotów, do których projekt trafił z opóźnieniem np. 15 sierpnia i które miały tylko 5 dni na zaopiniowanie -zgodnie z §13 w w. uchwały w piśmie przewodnim uzasadniono taki termin, a zatem zwrócono uwagę na pilność projektu i konieczność szybkiego zajęcia stanowiska przez podmiot uczestniczący w konsultacjach społecznych.

Stosownie do postanowień art. 6 ust. 3 ustawy o szkolnictwie wyższym, limity przyjęć na studia na kierunki medyczne określa Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w drodze rozporządzenia, uwzględniając możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych kierunków studiów. Procedura ustalania limitów przyjęć na studia medyczne na dany rok poprzedzana jest wystąpieniem do rektorów uczelni medycznych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia o nadesłanie propozycji limitów oraz wystąpieniem do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego o nadesłanie propozycji limitów przyjęć na studia medyczne na uczelniach przez niego nadzorowanych. Limit przyjęć na studia na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo w latach 2006-2009 corocznie wzrastał, Na kierunku pielęgniarstwo na studiach stacjonarnych I stopnia w roku akademickim 2007/2008 liczba miejsc zwiększyła się w stosunku do poprzedniego roku akademickiego z 7169 do 8047, natomiast w roku 2008/2009 liczba miejsc kształtowała się na poziomie 8269. Również na kierunku położnictwo na studiach stacjonarnych 1 stopnia w roku akademickim 2007/2008 liczba miejsc zwiększyła się w stosunku do poprzedniego roku akademickiego z 1025 do 1122, natomiast w roku 2008/2009 liczba miejsc kształtowała się na poziomie 1587.

Minister Zdrowia nie określał zapotrzebowania na kształcenie pielęgniarek i położnych w poprzednich latach ponieważ została przyjęta zasada, iż limity przyjęć na studia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo będą ustalone na podstawie zapotrzebowania na te studia przez uczelnie, z uwzględnieniem posiadanej kadry i bazy dydaktycznej.

Jednocześnie mając na uwadze zmniejszającą się liczbę czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych oraz zapewnienie pacjentom świadczeń opiekuńczo-higienicznych Minister Zdrowia spowodował, że w szkołach medycznych rozpoczęło się od roku 2007 kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego. Nowy zawód medyczny został wpisany do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860). Zadaniem opiekuna medycznego jest pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, pomoc w utrzymaniu aktywności społecznej oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów higieniczno - opiekuńczych pacjenta. Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej osób profesjonalnie przygotowanych do wykonywania czynności higieniczno - opiekuńczych pozwala na efektywniejsze wykorzystanie czasu pracy pielęgniarek.

Odnosząc się do świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, wyjaśniam, że świadczeniobiorcom zamieszkałym w domach rodzinnych oraz w domach pomocy społecznej zabezpieczone zostaną świadczenia pielęgniarstwa domowego w ramach świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez pielęgniarkę w zakresie opieki długoterminowej domowej.

W związku z tym, że od 2010 roku zadaniowa forma finansowania świadczeń pielęgniarstwa poz nie będzie kontraktowana, świadczenia te zostaną przejęte przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową. Świadczenia realizowane w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w poz do chwili wejścia w życie nowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. W sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147), będą mogły być kontraktowane na 2010 rok na podstawie umowy zawartej z Funduszem w następstwie postępowania konkursowego w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Świadczenia gwarantowane w warunkach domowych udzielane będą świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej. Zaprojektowane zmiany nie będą zawierały dodatkowych warunków do objęcia pacjenta świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Należy nadmienić, że pielęgniarską opieką długoterminową domową objęci będą świadczeniobiorcy przebywający w domach pomocy społecznej oraz inni ubezpieczeni przebywający w swoich domach, którzy dotychczas objęci byli opieką finansowaną metodą zadaniową przez pielęgniarkę w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Przypomnieć także należy, iż pielęgniarska opieka domowa w POZ realizowana przez pielęgniarkę POZ w ramach zakresu świadczenia pielęgniarki POZ, w domu lub miejscu pobytu świadczeniobiorcy dotyczy wyłącznie tych świadczeniobiorców u których stwierdza się ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i których ocena stanu samoobsługi, według skali Barthel wynosi nie więcej niż 60 punktów. Natomiast do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową mają być kwalifikowane osoby u których ocena stanu samoobsługi, według skali opartej na skali Barthel wnosi do 40 pkt. Wobec pozostałych osób świadczenia powinny być realizowane przez pielęgniarki POZ poprzez wizyty domowe, zgodnie z zapisami wynikającymi przede wszystkim z:

- załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do zmniejszenia dotacji budżetowej na zadania przejęte od administracji państwowej na rok 2010, uprzejmie informuję, iż znaczne ograniczenie wydatków na rok 2010 w stosunku do roku 2009 wynikają z limitu wydatków przekazanego przez Ministra Finansów, według którego przyjęto wskaźnik 90% wydatków rzeczowych na rok 2009. Natomiast środki zaplanowane na rok 2010 dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w wysokości 3.656 tyś. zł stanowią 95% planu wydatków 2009 roku. Jednocześnie nadmieniam, że powyższa kwestia została wyjaśniona odrębnym pismem i wysłana do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W odpowiedzi na stanowisko nr 31 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2009r. w sprawie wykreślenia zawodu położnej z rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 28 sierpnia 2009r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą załączam Stanowisko Ministra Zdrowia dotyczące świadczeń wykonywanych przez położne w ramach organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. ■

z poważaniem
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber

Ustalenia ze spotkania w dniu 9 listopada 2009 roku z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych, które odbyło się w Ministerstwie Zdrowia

W spotkaniu uczestniczyli:

1. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia:
Pan Minister Marek Haber,
Przedstawiciele: Departamentu Zdrowia Publicznego, Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, Departamentu Matki i Dziecka, Departamentu Pielęgniarek i Położnych,
2. Przedstawiciel Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.
3. Przedstawiciele NFZ,
4. Przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

W załączeniu lista obecności.

W związku ze zmianą formy finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez pielęgniarki poz - forma finansowania zadaniowa ustala się iż środowisko akceptuje propozycje przedstawione przez Pana Ministra Marka Habera dotyczące nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia br. w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej w zakresie:

- 1) wykreślenia dodatkowych wymagań zawartych § 9 wyżej wymienionego rozporządzenia (7 punktów - np. pielęgnacji przetoki, wykonywania opatrunków) warunków realizacji świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej długoterminowej.
- 2) doprecyzowania zapisów dotyczących liczby świadczeniobiorców objętych długoterminową pielęgniarską opieką, przebywających pod różnymi adresami zamieszkania - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego - pielęgniarka nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 6 świadczeniobiorcami.

Ponadto samorząd pielęgniarek złożył zastrzeżenia do:

- 1) liczby świadczeniobiorców, dla których będzie realizowana długoterminowa pielęgniarska opieka domowa pod tym samym adresem zamieszkania. Brak zgody środowiska pielęgniarskiego na proponowaną liczbę nie więcej niż 15 świadczeniobiorców jednocześnie objętych opieką. Środowisko samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych proponuje liczbę 8-10 świadczeniobiorców.

Jednocześnie ustalono, iż istnieje:

- 1) konieczność wyjaśnienia problemu dotyczącego uzależnienia pozytywnego rozpatrzenia oferty w postępowaniu

konkursowym na długoterminową pielęgniarską opiekę domową od formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy (pismo zostanie przesłane do Ministerstwa Zdrowia przez samorząd),

- 2) możliwość przystąpienia przez indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarskie lub zakłady opieki zdrowotnej, które w roku 2009 realizowały świadczenia pielęgniarskiej podstawowej opieki zdrowotnej finansowane formą zadaniową będą mogły przystąpić do postępowania konkursowego ogłoszonego przez oddziały wojewódzkie NFZ w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej,
- 3) konieczność przesunięcia przez NFZ środków finansowych przeznaczonych w 2009 roku na pielęgniarską opiekę domową w poz. do zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na zabezpieczenie w 2010 roku świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej długoterminowej.

Wprowadzona rozporządzeniem zmiana zapewni możliwość kontynuowania realizacji umów z Funduszem i zapewni ciągłość opieki nad dziećmi i młodzieżą przez świadczeniodawców, którzy dotychczas realizowali ten rodzaj świadczeń. Rozwiązanie to dotyczy tylko tych położnych, które od wielu lat realizują świadczenia w środowisku nauczania i wychowania. Nowe podmioty (położne) nie mogą kontraktować świadczeń w przedmiotowym zakresie.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zapis zawarty w § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą stanowi zamknięty katalog świadczeniodawców, którzy mogą realizować świadczenia w zakresie określonym w przedmiotowym rozporządzeniu. Ponadto mając na uwadze obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz U. Nr 197, poz. 1922), nie jest możliwe zawieranie nowych umów z położnymi, ponieważ nie spełnią one warunków wskazanych w § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. ■

z poważaniem
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Haber

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa 03.12.2009r
Podsekretarz Stanu Marek Haber

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes
W nawiązaniu do pisma znak: NPiP/NRPiP/DS/002/190/4/09 z dnia 9 października 2009r. zawierającego w załączeniu

Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, przekazuję wyjaśnienia dotyczące poszczególnych stanowisk.

W odpowiedzi na stanowisko nr 31 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2009r. w sprawie wykreślenia zawodu położnej z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą załączam Stanowisko Ministra Zdrowia dotyczące świadczeń wykonanych przez położne w ramach organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Odnosząc się do stanowiska nr 28 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2009r. dotyczące nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, wyjaśniam, że świadczeniobiorcom zamieszkałym w domach rodzinnych oraz w domach pomocy społecznej zabezpieczone zostaną świadczenia pielęgniarskie domowe w ramach świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez pielęgniarki w zakresie opieki długoterminowej domowej.

W związku z tym, że od stycznia 2010 roku zadaniowa forma finansowania świadczeń pielęgniarki poz nie będzie kontraktowana, świadczenia te zostaną przejęte przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową. Świadczenia realizowane do końca br. w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w poz. będą mogły być kontraktowane na 2010 rok na podstawie umowy zawartej z Funduszem w następstwie postępowania konkursowego w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Świadczenia gwarantowane w warunkach domowych udzielane będą świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzyma! 40 punktów lub mniej. Zaprojektowane zmiany nie będą zawierały dodatkowych warunków do objęcia pacjenta świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Należy nadmienić, że pielęgniarską opieką długoterminową domową objęci będą świadczeniobiorcy przebywający w domach pomocy społecznej oraz inni ubezpieczeni przebywający w swoich domach, którzy dotychczas objęci byli opieką finansowaną metodą zadaniową przez pielęgniarkę w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Przypomnieć także należy, iż pielęgniarska opieka domowa w POZ realizowana przez pielęgniarkę POZ w ramach zakresu świadczenia pielęgniarki POZ. w domu lub miejscu pobytu świadczeniobiorcy dotyczy wyłącznie tych świadczeniobiorców u których stwierdza się ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i których ocena stanu samoobsługi, według skali Barthel wynosi nie więcej niż 60 punktów. Natomiast do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową mają być kwalifikowane osoby u których ocena stanu samoobsługi, według skali opartej na skali Barthel wynosi do 40 pkt. Wobec pozostałych osób świadczenia powinny być realizowane przez pielęgniarki POZ poprzez wizyty domowe, zgodnie z zapisami wynikającymi przede wszystkim z:

- załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy zgodzić się z przedstawionym stanowiskiem nr 30 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2009r., dotyczącym wykonywania zawodu pielęgniarki przez położną oraz zawodu położnej przez pielęgniarkę. Niemniej



Jednak należy przypomnieć, że na pismo skierowane do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie przekazania informacji dotyczącej liczby położnych pracujących na stanowiskach pielęgniarek, NRPiP pismem znak: NIPiP/NRPiP/DM/0055/162/09, z dnia 27 maja 2009r. odpowiedziała, że nie identyfikuje takiego problemu. Natomiast informacje zebrane w przedmiotowej sprawie od 45 okręgowych izb pielęgniarek i położnych wskazały, że 364 położne zatrudnione są na stanowiskach pielęgniarek.

Rozwiązanie przedmiotowego problemu w zakładach opieki zdrowotnej leży po stronie zarządzających placówkami ochrony zdrowia. Natomiast zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) zadaniem samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest w szczególności sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej.

Odnosząc się do stanowiska nr 29 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, z dnia 15 września 2009r. dotyczące rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej, wyjaśniam ze zbyt krótki czas procedowania tych aktów prawnych wynika z faktu, że termin wejścia w życie wyznaczony był na dzień 31 sierpnia 2009r. (z tą chwilą ustawa koszykowa uchylała koszty negatywny, a zatem w przypadku nie wejścia w życie rozporządzeń koszykowych powstać mogłaby luka prawna i brak regulacji przewidujących jakie świadczenia przysługują świadczeniobiorcom -stwarzałoby to zagrożenie dla zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Przyjęty sposób procedowania zgodny był z § 13 uchwały nr 49 Rady Ministrów, który stanowi o tym, że termin uzgodnień wyznacza się z uwzględnieniem pilności projektu, przy czym jeżeli dla rozporządzenia jest krótszy niż 7 dni - wymaga to uzasadnienia. Pismo przewodnie datowane było na 11 sierpnia br. - uwagi do 20 sierpnia, a zatem faktycznie było 9 dni, co nie wymagało uzasadnienia. W przypadku jednakże tych podmiotów, do których projekt trafił z opóźnieniem np. 15 sierpnia i które miały tylko 5 dni na zaopiniowanie -zgodnie z §13 ww. uchwały w piśmie przewodnim uzasadniono taki termin, a zatem zwrócono uwagę na pilność projektu i konieczność szybkiego zajęcia stanowiska przez podmiot uczestniczący w konsultacjach społecznych. ■

z poważaniem
Marek Haber

MINISTER ZDROWIA

Warszawa 03.12.2009r

Stanowisko Ministra Zdrowia dotyczące świadczeń wykonywanych przez położne w ramach organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

W związku ze stanowiskiem nr 31 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2009r. w sprawie wykreślenia zawodu położnej z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, przekazuję następujące wyjaśnienia.

Położne wykonują świadczenia w środowisku nauczania i wychowania, uwzględnione w omawianym rozporządzeniu, realizują umowy z NFZ a uprzednio umowy z Kasami Chorych na podstawie rejestracji jako praktyki pielęgniarskie. Takiej rejestracji dokonały okręgowe izby pielęgniarek i położnych.

Wprowadzona rozporządzeniem zmiana zapewni możliwość kontynuowania realizacji umów z Funduszem i zapewni ciągłość opieki nad dziećmi i młodzieżą przez świadczeniodawców, którzy dotychczas realizowali ten rodzaj świadczeń. Rozwiązanie to dotyczy tylko tych położnych, które od wielu lat realizują świadczenia w środowisku nauczania i wychowania. Nowe podmioty (położne) nie mogą kontraktować świadczeń w przedmiotowym zakresie.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zapis zawarty & 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą stanowi zamknięty katalog świadczeniodawców, którzy mogą realizować świadczenia w zakresie określonym w przedmiotowym rozporządzeniu.

Ponadto mając na uwadze obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922), nie jest możliwe zawieranie nowych umów z położnymi, ponieważ nie spełnią one warunków wskazanych w § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. ■

z poważaniem
Minister Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Haber

BURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Pani
ELŻBIETA BUCZKOWSKA
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Al. Ujazdowskie 22
00-478 W A R S Z A W A

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji w sprawie zapewnienia opieki pielęgniarskiej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich uprzejmie informuję, że Rzecznik otrzymał wyjaśnienie Ministra Zdrowia na wystąpienie z dnia 23 października 2009 r. w którym przedstawił zastrzeżenia, uwagi i postulaty zgłoszone Rzecznikowi przez pielęgniarki oraz zainteresowanych obywateli. Kopię tego pisma pozwolę sobie przekazać do wiadomości Pani Prezes. Jednocześnie uprzejmie informuję, że Rzecznik Praw Obywatelskich przyjął do wiadomości stanowisko Ministra Zdrowia i postanowił o zakończeniu postępowania w tej sprawie.

Rzecznik Praw Obywatelskich przyjął również do wiadomości przekazane przez Panią Prezes przy piśmie z dnia 4 grudnia br. stanowisko Nr 35 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r. w sprawie zmian do projektu



rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Uprzejmie przypominam, że - stosownie do art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt Dz.U. z 2008 r. Nr 164. poz. 1027 ze zm.) - rozpatrzenie uwag do tego rozporządzenia pozostaje w kompetencji Ministra Zdrowia.

z poważaniem
Zastępca Dyrektora Zespołu
mgr Agnieszka Adamska-Karska

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa 16.12.2009r
Podsekretarz Stanu Marek Elaber

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo znak: RPO-614538-X/09/AA, z dnia 23 października 2009r. w sprawie zaprzestania zawierania i kontynuowania umów o świadczenia w zakresie pielęgniarstwa opieki domowej w POZ realizowanej metodą zadaniową, Departament Pielęgniarek i Położnych, przekazuje następujące wyjaśnienia.

Zgodnie z rozdziałem 4 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 105/2008/DSOZ z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów u udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ze zm, pielęgniarstwo opieki domowej w POZ jest realizowane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ramach zakresu świadczenia pielęgniarstwa POZ. w domu lub miejscu pobytu świadczeniobiorcy u którego stwierdza się ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i którego ocena stanu samobsługi, według skali Barthel wynosi nie więcej niż 60 punktów. Natomiast finansowanie świadczeń pielęgniarstwa POZ realizowane jest według wskazanej przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy metody finansowania świadczeń kapitałowej albo zadaniowej. W związku z tym uprzejmie informuję, iż pielęgniarstwo opieki domowej w POZ nie jest zakresem świadczeń w POZ, który jest kontraktowany odrębnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pielęgniarstwo opieki domowej w POZ jest świadczeniem realizowanym w ramach kontraktowanego odrębnie przez Fundusz zakresu świadczeń pielęgniarstwa POZ.

Mając na uwadze powyższe, należy jednoznacznie podkreślić, iż umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia pielęgniarstwa POZ w kapitałowej i zadaniowej metodzie finansowania, merytorycznie, tj. pod względem zakresu zadań oraz warunków dostępności do świadczeń, nie są zróżnicowane. W związku z powyższym, uprzejmie wyjaśniam, iż wszyscy świadczeniobiorcy, którzy dokonali wyboru pielęgniarstwa POZ na podstawie deklaracji wyboru, niezależnie od przyjętej w umowie przez świadczeniodawcę metody finansowania świadczeń, są objęci kompleksową i odpowiednią do stanu zdrowia opieką pielęgniarstwa, zgodnie z zakresem kompetencji pielęgniarstwa POZ.

Zaprzestanie z dniem 1 sierpnia 2009r. zawierania nowych umów o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa poza finansowanymi metodą zadaniową oraz zablokowanie możliwości rozszerzenia umów już istniejących sankcjonowane jest postanowieniami zarządzenia nr 36/DSOZ/2009 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2009r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Powyższa sytuacja spowodowana jest przyczynami ekonomicznymi leżącymi po stronie Funduszu, spowodowanymi znacząco niższymi od planowanych na 2009r. przychodami NFZ z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, co uniemożliwiło dyrektorom oddziałów Funduszu podejmowanie nowych zobowiązań finansowych wobec świadczeniodawców. Zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164. poz. 1027), wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Podjęta decyzja wynika więc z konieczności utrzymania bezpieczeństwa planu finansowego Funduszu na 2009 rok, który jest podstawą wszelkich działań podejmowanych przez NFZ w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Inny, niż wyżej wymieniony sposób podejmowania zobowiązań finansowych wobec świadczeniodawców stanowiłby naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Odnosząc się do zagadnienia dotyczącego realizacji świadczeń pielęgniarstwa POZ w 2010r. w odniesieniu do grup osób dotychczas objętych opieką domową w POZ, uprzejmie informuję, iż w dalszym ciągu pielęgniarstwa POZ, które będą miały podpisaną umowę z Funduszem będą zobowiązane do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, którzy złożyli deklaracje wyboru do danej pielęgniarstwa POZ, zwłaszcza w sytuacji, gdy nie kwalifikują się do objęcia świadczeniami opieki stacjonarnej w rodzaju opieka długoterminowa lub opieka paliatywna i hospicyjna, zgodnie z zasadami finansowania świadczeń określonymi w §10 zarządzenia Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Świadczenia finansowane będą w oparciu o roczną stawkę kapitałową korygowaną współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy, tak jak ma to miejsce w roku bieżącym. Ponadto zgodnie z warunkami zawierania i realizacji umów w omawianym zakresie określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia sprawowanie przez pielęgniarkę POZ. opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami będącymi podopiecznymi DPS ma obejmować:

- współdziałanie w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarstwa oraz zleceń lekarskich.

Ponadto, biorąc pod uwagę kwestie dotyczące dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców domów pomocy społecznej, uprzejmie wyjaśniam, iż w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.), ww. osoby mogą korzystać z kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń



opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, dotyczących wszystkich świadczeniobiorców. Natomiast obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom domów pomocy społecznej pomocy w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących im w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pozostaje w gestii kierowników i pracowników tych domów, do czego zobowiązują ich przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728, ze zm.)

Należy również zaznaczyć, iż dom pomocy społecznej zgodnie z zapisami ww. ustawy zobowiązany jest do świadczenia usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych dostosowanych do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy w formie specjalistycznych usług, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności oraz kwalifikacje osób świadczących specjalistyczne usługi określa rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189 poz. 1598, ze zm.). Do powyższych specjalistycznych usług opiekuńczych należy między innymi pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym także:

- a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
- d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania.
- e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny.
- f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż w celu umożliwienia objęcia świadczeniami pielęgniarstwa długoterminowej domowej szerszej grupy świadczeniobiorców w Ministerstwie Zdrowia, w Departamencie Zdrowia Publicznego, trwają prace nad zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147). Zaprojektowane zmiany dotyczą m.in. wykreślenia z ww. rozporządzenia wymogu realizacji - przez okres powyżej 14 dni -co najmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarstwa, takich jak cewnikowanie czy pielęgnacja w związku z założoną rurką iracheotomią, co powinno wpłynąć na poprawę dostępności do świadczeń opieki długoterminowej domowej dla wszystkich świadczeniobiorców wymagających tego typu świadczeń, w tym również mieszkańców domów pomocy społecznej. Ponadto z informacji przekazanych przez Fundusz wynika, że na 2010 rok zaplanowano zwiększenie środków finansowych na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w szczególności na świadczenia pielęgniarstwa długoterminowej realizowane w domu świadczeniobiorcy.

Natomiast w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej, w celu poprawy dostępności do świadczeń opieki pielęgniarstwa nad mieszkańcami domów pomocy społecznej, a także poprawy jakości sprawowanej opieki oraz warunków współpracy pomiędzy dyrektorami domów pomocy społecznej i świadczeniodawcami, do których mieszkańcy DPS złożyli deklaracje wyboru pielęgniarki poz. Fundusz wprowadził na rok 2010 obowiązek zawierania przez świadczeniodawców poz z dyrektorami DPS porozumień o współpracy oraz potwierdzania, co najmniej 2 razy w roku listy świadczeniobiorców objętych opieką w danej placówce.

z poważaniem
Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber



WOJEWODA ŚLĄSKI Przewodniczący Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego Zygmunt Łukaszczyk

Pani
Mariola Bartusek
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Pani
Bernadeta Tetlak
Przewodnicząca
Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

W nawiązaniu do problematyki posiedzenia Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego, które odbyło się 5 listopada 2009 r., dotyczącej w znacznej mierze poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w województwie śląskim

oraz powstałego w jego rezultacie stanowiska Komisji z 24 listopada 2009 r., zaakceptowanego m. in. przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych działające na terenie województwa, jak również biorąc pod uwagę przekazane przez Państwa sugestie, zwracam się z prośbą do Pań Przewodniczących o utworzenie zespołu ekspertów monitorującego sytuację zawodową pielęgniarek i położnych w naszym województwie.

Zapewniam o swej przychylności dla tego przedsięwzięcia i pomocy - w ramach posiadanych kompetencji i możliwości - w sprawach istotnych dla przyszłości zawodu pielęgniarki i położnej.

Informuję także, że przedłożyłem Prezesowi Rady Ministrów sygnalizowaną przez środowisko pielęgniarek i położnych potrzebę zainicjowania programu ochrony tych profesji. Ponadto, przychylając się do propozycji zawartej we wspomnianym stanowisku Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego, skierowałem do organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej na obszarze naszego województwa prośbę o przestrzeganie określonych przepisami prawa norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w tych jednostkach.

Wojewoda Śląski
Zygmunt Łukaszczyk



**UBEZPIECZENIE
ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OPINIA
RADCY PRAWNEGO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W
CZĘSTOCHOWIE
PANA ARTURA ZUBKIEWICZA**

W związku z licznymi zapytaniami poniżej wyjaśniam zagadnienia dotyczące ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych.

W obecnym stanie prawnym ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (dalej: OC) pielęgniarek i położnych można podzielić dychotomicznie na ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne. W przypadku pielęgniarek i położnych obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC wynika z:

- Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2004 r. nr 283, poz. 2825) oraz
- Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 9 stycznia 2008 r., nr 3, poz. 10).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004r. dotyczy odpowiedzialności cywilnej wyłącznie podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tj. udzielanych na rzecz podmiotów, które zostały utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostki samorządu terytorialnego oraz na rzecz SP ZOZ'ów za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (§ 1).

Zgodnie z § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia ww. ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotów określonych w § 1, w których następstwie została wyrządzona szkoda. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia;
- 2) powstałych w wyniku nałożenia kar umownych;
- 3) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w przypadku pielęgniarek i położnych wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki wynosi równowartość w złotych kwoty 25 000,00 EUR (§ 4 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia).

Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. nakłada obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ.

Zgodnie z § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia ww. ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedmiotowe ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia;
- 2) polegających na zapłacie kar umownych;
- 3) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w przypadku pielęgniarek i położnych wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki wynosi równowartość w złotych kwoty 25 000,00 EUR. Minimalna suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia objęte ubezpieczeniem wynosi równowartość 140 000,00 EUR (§ 4 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia).

Reasumując, ubezpieczenie obowiązkowe określone w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. obejmuje wyłącznie odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń udzielanych na rzecz podmiotów, które zostały utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostki samorządu terytorialnego oraz na rzecz SP ZOZ'ów.

Natomiast ubezpieczenie obowiązkowe określone w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. obejmuje wyłącznie odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń udzielanych wykonywanych na podstawie umowy z NFZ.

Jak wynika z powyższego zestawienia określone powyżej ubezpieczenia obowiązkowe nie obejmują wszystkich szkód jakie mogą zostać wyrządzone przez pielęgniarkę, położną przy udzielaniu przez nią świadczeń. Żadne bowiem z ww. ubezpieczeń obowiązkowych nie obejmuje swojej ochroną odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy świadczeniu usług na rzecz osoby prywatnej na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z tą osobą.

Zatem pielęgniarki, położne prowadzące praktykę indywidualną lub grupową i świadczące swoje usługi także na rzecz osób prywatnych na podstawie umów zawartych bezpośrednio z nimi winny zawrzeć umowę dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Suma ubezpieczenia winna być dostosowana do rodzaju świadczonych usług. Rodzaj usług będzie bowiem determinował wysokość szkód jakie mogą zostać wyrządzone świadczeniobiorcom przy wykonywaniu na ich rzecz świadczeń. Minimalna suma gwarancyjna nie powinna być w mojej ocenie niższa niż 20 000,00 zł.

O ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej powinny również pomyśleć osoby wykonujące zawód pielęgniarki, położnej wyłącznie na podstawie umowy o pracę. Zgodnie z art. 120 § 1 Kp w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca. Natomiast zgodnie z art. 120 § 2 Kp wobec pracodawcy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, pracownik ponosi odpowiedzialność przewidzianą w przepisach niniejszego rozdziału.

Zgodnie z art. 119 Kp odszkodowanie należne pracodawcy ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia



przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. Zgodnie z art. 122 Kp jeżeli pracownik umyślnie wyrządził szkodę, jest obowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości.

Zatem jak wynika z przytoczonych wyżej przepisów za szkody wyrządzone nieumyślnie przez pracownika odpowiedzialność ponosi pracodawca przy czym przysługuje mu regres w sto-

unku do pracownika. Kwota żądania regresowego nie może być większa niż wysokość wypłaconego poszkodowanemu przez pracodawcę odszkodowania, a jednocześnie większa niż kwota trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. ■



KALENDARIUM od 04.01.2010 roku do 29.01.2010 roku

- 08.01.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie rozpoczęła się kolejna edycja kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” (Nr 02/07).
- 12.01.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie. Konkurs nie wyłonił kandydata.
- 14.01.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” (Nr 03/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 14.01.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Egzaminacyjnej kursu „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek” w Myszkowie. Organizatorem kursu była Spółdzielnia Pracy „Oświata” w Częstochowie. W kursie udział wzięło 27 osób. Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 15.01.2010r.** Przedstawicielka ORPiP uczestniczyła w egzaminie końcowym kursu kwalifikacyjnego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa dla pielęgniarek i położnych” (Nr 02/07) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie, organizatorem kursu była firma Kwant z Poznania. Kurs finansowany był ze środków unijnych. W kursie udział wzięło 25 osób. Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy.
- 15.01.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych”. Organizatorem kursu była Spółdzielnia Pracy „Oświata”. W kursie udział wzięło 12 położnych. Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy.
- 18.01.2010r.** Przedstawicielka ORPiP uczestniczyła w egzaminie końcowym kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki” w Spółdzielni pracy „Oświata”. W kursie udział wzięło 16 osób. Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy.
- 19.01.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach LIV zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 20.01.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 20.01.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.
- 21.01.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 21.01.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Postępowanie pielęgniarskie z pacjentem w opiece paliatywnej”. W szkoleniu uczestniczyło 19 osób.
- 21.01.2010 r.** Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Komitetu strajkowego uczestniczyła w Akcji strajkowej w obronie Wojewódzkiego Szpitala Zespalonego w Częstochowie.
- 22.01.2010r.** W Urzędzie Miasta Częstochowy odbyło się posiedzenie Komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. leczenia Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie. Z powodu braku quorum ustalono kolejny termin posiedzenia Komisji konkursowej.
- 22.01.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie rozpoczęła się kolejna edycja kursu specjalistycznego Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07).
- 29.01.2010r.** Pani Kierownik Ośrodka Szkoleń działającego przy OIPIP w Częstochowie uczestniczyła w Konferencji szkoleniowej pt. „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego”.
- 29.01.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w uroczystym otwarciu XIV Jasnogórskiej Konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „POMÓZ MI ODEJŚĆ”



POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARKI NEONATOLOGICZNEJ W LECZENIU NOWORODKÓW W ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII

Rola i zadania pielęgniarki w Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii

Postęp w neonatologii jaki dokonał się szczególnie w ostatnim dwudziestolecu, to nie tylko postęp technologiczny, w dużej mierze to także ogromny postęp w pielęgnacji, opiece nad skrajnie niedojrzałymi i ciężko chorymi noworodkami. Zespół wysoko wykwalifikowanych, odpowiedzialnych pielęgniarek i położnych zaangażowanych emocjonalnie w swoją pracę jest gwarantem sukcesu.

Nawiązując do słów Pani Prof. Elżbiety Gajewskiej „Neonatus to ten, który swoje losy złożył w nasze ręce” - ręce mądrych świadomych swojej roli pielęgniarek i położnych. Świadomość, że to od nas w dużej mierze zależy jakość przyszłego życia bezbronnej istoty jaką jest noworodek udowadnia jak dalece działania pielęgniarskie są działaniami prozdrowotnymi.

Zadania pielęgniarki neonatologicznej opiekującej się noworodkiem

Zapobieganie utracie ciepła
Pielęgnacja skóry
Zapobieganie niedotlenieniu
Zapobieganie zakażeniom
Opieka nad noworodkiem z zaburzeniami oddychania
Żywienie pozajelitowe oraz troficzne

Zadaniem pielęgniarki neonatologicznej jest wybierać te techniki z całego arsenału neonatologii i intensywnej terapii, które w jak najmniejszym stopniu zakłócają fizjologiczne mechanizmy przystosowawcze i obronne wcześniaka.

Profesjonalizm polega na stworzeniu środowiska maksymalnie zbliżonego do wewnątrzmacicznego czyli: miękkiego, ciepłego, wilgotnego, cichego, ciemnego, czystego i wolnego od bólu.

Poprzez minimalnie agresywną, rozwojowo - ukierunkowaną terapię można poprawić nie tylko rozwój dzieci, ale także ograniczyć powikłania. Zapobieganie utracie ciepła, pielęgnacja skóry i jej ochrona przed urazami, walka z bólem, zapobieganie epizodom hipoksemii, aseptyka większości czynności zabiegowych, staranne nieinwazyjne monitorowanie wcześniaka i chorego noworodka mają olbrzymie znaczenie dla przebiegu oraz skrócenia czasu leczenia, co niewątpliwie doświadczony wysoko wykwalifikowany personel pielęgniarsko - położniczy jest gwarancją sukcesów w leczeniu bardzo małych wcześniaków i noworodków trafiających do Oddziałów Patologii i Intensywnej Terapii.

1. Termoregulacja i zapobieganie utracie ciepła

Noworodki, a szczególnie niedojrzałe wcześniaki narażone są na wystąpienie hipotermii z powodu większej powierzchni ciała w stosunku do masy, słabo rozwiniętej autonomicznej

odpowiedzi termoregulacyjnej, większej utraty ciepła poprzez parowanie z uwagi na większą zawartość wody w ustroju i zwiększonej przepuszczalności skóry.

Słabo rozwinięta podskórna tkanka tłuszczowa i brązowa tkanka tłuszczowa, niskie zapasy glikogenu, obniżone napięcie mięśniowe oraz towarzyszące skrajnemu wcześniactwu ostre stany chorobowe takie jak posocznica, krwawienia śródczaszkowe, niedotlenienie okołoporodowe, to kolejne czynniki zwiększające ryzyko hipotermii. Efektem oziębienia jest kurcz naczyń obwodowych, kwasica metaboliczna prowadząca do kurczu naczyń płucnych, co prowadzi do nadciśnienia płucnego, hipoksji, wzrostu metabolizmu beztlenowego i narastania kwasicy metabolicznej. Jeżeli stopień i czas trwania ekspozycji na zimno przekracza kompensacyjne możliwości noworodka, następuje stopniowe obniżanie ciepłoty centralnej z towarzyszącym narastaniem niewydolności oddechowej, krążeniowej i wyczerpaniem skromnych rezerw energetycznych z doprowadzeniem, w krańcowej postaci, do śmierci dziecka.

2. Pielęgnacja skóry noworodków

Skóra odgrywa ważną rolę ochronną, regulującą temperaturę, wydzielniczą, resorbcyjną, metaboliczną i odpornościową. Te wszystkie jej cechy są znacznie upośledzone w przypadku ciężko chorych noworodków, a zwłaszcza tych ze skrajnie niską wagą. Skóra wcześniaka charakteryzuje się spójnością skóry właściwej i naskórka, zatrzymywaniem wody, zwiększoną przenikalnością naskórka, łatwym przenikaniem bakterii i toksyn, zwiększoną utratą wody i ciepła przez skórę. Najczęstsze czynniki wpływające negatywnie na skórę wcześniaka to fizyczne i mechaniczne uszkodzenia skóry, uszkodzenia hypo i hypertermiczne, zwiększona absorpcja, zwiększona utrata wody, kolonizacja uszkodzonej skóry, niedokrwienie - martwica uciskowa.

Właściwa pielęgnacja skóry jest swoistym wyzwaniem dla pielęgniarki opiekującej się chorym dzieckiem, gdyż zapobiega infekcjom, chroni przed zaburzeniami wodno - elektrolitowymi i termicznymi.

3. Zapobieganie niedotlenieniu

Epizody hipoksemii leczone są poprzez zwiększenie FiO_2 , a często także ciśnienie wdechowych podczas prowadzenia wentylacji zastępczej. To z kolei sprzyja uszkodzeniu płuc. Jak wiadomo noworodki przedwcześnie urodzone narażone są bardzo często na hipoksemię, ta zaś jest z pewnością czynnikiem zwiększającym częstość poważnych powikłań. Niezależnie od dojrzałości płuc wiadomo, że hipoksemii sprzyjają: pozycja na plecach, czynności pielęgnacyjne, hałas, brak możliwości ssania, jaskrawe światło, niepokój, płacz dziecka. Pielęgniarka neonatologiczna ma znaczący wpływ na to aby środowisko oddziału stało się bardziej przyjazne dla pacjenta.

Do jej zadań należy:

- dostosowanie aktualnej interwencji do stanu czuwania dziecka - nie przerywanie snu, jeśli to nie jest absolutnie konieczne

- redukcja hałasu i jaskrawego oświetlenia, zasłanianie oczu
- umożliwienie uspokajającego ssania podczas karmienia przez zgłębnik, oraz pomiędzy karmieniami
- stosowanie pozycji ze zgięciem kończyn - podobnej do wewnątrzmacicznej
- przytrzymywanie w tej pozycji podczas nieprzyjemnych zabiegów
- zastosowanie małych zwojów z materiału („rolls”) umożliwiających uchwyt palcami rąk przez noworodki, podawanie do tego celu palców personelu
- otoczenie ciała i głowy noworodka delikatnym materiałem („gniazdko”), ułożenie na miękkim podłożu typu „barania skóra” lub materacu wodnym
- układanie wcześniaka na brzuszku i boku
- uspokojenie noworodka i analgezja przez podanie 20 czy 25% glukozy na przednią część języka

4. Zapobieganie zakażeniom u noworodków

Ograniczenie zakażeń szpitalnych obejmuje szereg czynności takich jak przestrzeganie reżimu sanitarnego, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu oraz narzędzi stosowanych u noworodków poddanych intensywnej terapii.

Jakość opieki pielęgniarskiej, inwazyjne zabiegi i niedostateczne mycie rąk są istotnymi czynnikami ryzyka szerzenia się zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Wiele czynności pielęgnacyjno leczniczych wykonywanych przez pielęgniarki wymaga postępowania aseptycznego z zachowaniem przyjętych standardów. Do zaleceń, które powinny być bezwzględnie przestrzegane w czasie leczenia i pielęgnacji noworodków należą:

- higieniczne mycie i dezynfekcja rąk przed i po kontakcie z chorym
- stosowanie rękawiczek przy kontakcie z wydzieliną dróg oddechowych i sprzętem medycznym, mycie i dezynfekcja rąk po ich zdjęciu
- postępowanie aseptyczne w czasie resuscytacji i intubacji
- opracowanie i stosowanie optymalnej metody odśluzowywania noworodka (o ile możliwe odśluzowywanie w układzie zamkniętym)
- stosowanie sprzętu jednorazowego użycia
- wymiana rur łączących (co 96h), filtrów przeciwbakteryjnych (co 24 - 48h) oraz pojemników nawilżaczy respiratora (co 96h)
- zmiana inkubatorów (co 3-7dni), wymiana nawilżaczy (co 72 h)
- wymiana ssaków (co 24-36 h)
- przygotowanie płynów do żywienia parenteralnego w łożu laminarnej
- zakładanie linii centralnych i ich pielęgnacja z zachowaniem pełnego reżimu chirurgicznego, z zastosowaniem tunelizacji wkłucia
- przestrzeganie zasad zakładania wejść obwodowych, aseptyka skóry, pępka i spojówek

Jakość wykonania tych czynności ma istotny wpływ na zmniejszenie występowania zapalenia płuc związanego ze sztuczną wentylacją (VAP), istotnego czynnika rozwoju powikłań. Stosowanie zasad aseptyki w trakcie czynności pielęgnacyjnych, fachowa kontrola jałowości procedur, sprzętu to zadania, za które często odpowiedzialna jest w oddziałach

leczących noworodki pielęgniarka oddziałowa lub zabiegowa.

5. Postępowanie pielęgniarki w leczeniu zaburzeń oddychania

Udowodniony wpływ agresywnej wentylacji na częstość występowania powikłań jest bezsporny, dlatego w leczeniu ciężko chorych noworodków i małych wcześniaków poszukuje się optymalnych metod wsparcia oddechowego zmniejszających ryzyko takich powikłań jak urazy objętościowe i ciśnieniowe. W zakresie wsparcia oddechowego optymalnym wyborem jest nosowa technika CPAP.

Sukces metody jest zdeterminowany jakością opieki pielęgniarskiej i doświadczeniem zespołu pielęgniarek w jej stosowaniu. Wymaga to przede wszystkim czasu i cierpliwości ze strony osoby wdrażającej metodę do stosowania w danym zespole. W początkowym okresie obserwowany jest często przejściowy okres niepowodzeń takich jak: utrzymanie szczelności systemów nieinwazyjnego wsparcia oddechowego, uzyskanie atraumatyczności systemu w stosunku do delikatnej skóry noworodka, nadmierne skraplanie się pary w rurach wentylacyjnych, przedostawanie się nadmiernej ilości mieszaniny gazów wentylacyjnych do przewodu pokarmowego - wzdęcia.

Prawidłowa opieka pielęgniarska dziecka wentylowanego jest wieloetapowa i złożona. Od jej jakości w dużej mierze zależy, czas i efektywność leczenia. Właściwa pielęgnacja zmniejsza ryzyko powikłań ostrych i przewlekłych.

Odsysanie z dróg oddechowych jest najbardziej niezbędnym dla dziecka zabiegiem pielęgniarskim. Częstość odsysania rurki dotchawiczej uwarunkowana jest ilością wydzieliny w drogach oddechowych.

Dwa czynniki kluczowe w wykonaniu tego zabiegu to:

- zachowanie jałowości zabiegu
- zapobieganie przedłużającej się hipoksemii

Toaleta aspiracyjna drzewa oskrzelowego obarczona jest ryzykiem wystąpienia wczesnych i późnych powikłań mających istotny wpływ na długość i efektywność leczenia.

Do wczesnych powikłań toalety drzewa oskrzelowego należą:

- hypoksemia
- arytmia
- tachycardia
- wzrost ciśnienia tętniczego krwi
- aspiracja treści żołądkowej do dróg oddechowych
- ból

- odma
- niedodma

Powikłania późne:

- infekcja późna - zapalenie płuc VAP
- uraz błony śluzowej nosa, gardła, krtani, tchawicy

Większość tych powikłań należy do istotnych czynników ryzyka wystąpienia przewlekłej choroby płuc.

6. Rola pielęgniarki w żywieniu chorego noworodka

Ważną rolę w skutecznym leczeniu odgrywa również prawidłowe żywienie.

Wcześniak ma niewielkie rezerwy pokarmowe, a jego duże zapotrzebowanie kaloryczne niezbędne do rozwoju, zwiększają dodatkowo różne czynniki typowe dla tej grupy pacjentów (zakażenia, konieczność użycia promienników, fototerapia, niewydolność oddechowa i krążenia, niewydolność nerek, przetrwały przewód Botalla, dysplazja oskrzelowo - płucna) przy jednoczesnej konieczności restrykcji płynowych.

Wydaje się, że bardzo wczesne wprowadzenie żywienia troficznego i pozajelitowego z uwzględnieniem wczesnego podawania roztworów glukozy, aminokwasów, emulsji tłuszczowych, witamin, elektrolitów, pierwiastków śladowych daje szansę prawidłowego wzrostu i rozwoju zmniejszając ryzyko powikłań wynikających z niedożywienia oraz katabolizmu.

Zabiegi pielęgnacyjno - lecznicze dotyczące żywienia należą do szczególnie istotnych działań personelu pielęgniarsko - położniczego.

Kluczowymi elementami w żywieniu pozajelitowym, w których istotną rolę odgrywa pielęgniarka neonatologiczna są:

- aseptyczne przygotowanie roztworów do podaży dożylniej, z zachowaniem standardów rozpuszczania, mieszania i przechowywania oraz oznakowania tych roztworów
- utrzymanie długotrwałej sprawności linii centralnych z pełną profilaktyką zakażeń wewnątrzszpitalnych

Przygotowywanie roztworów do żywienia pozajelitowego w większości oddziałów w Polsce spoczywa na wysoko wykwalifikowanych pielęgniarkach zabiegowych lub specjalnie wyznaczonych tylko do przygotowywania mieszanek żywieniowych, pielęgniarkach zabiegowych i odcinkowych. ■

mgr Anna Bera

Organizacja pracy

Pielęgniarki pracują zespołowo. Zespoły w organizacji odgrywają znaczącą rolę, na co ma wpływ wzrost poziomu wiedzy, umiejętności i samodzielności pracowników. Zespoły mogą powstawać jako wynik spłaszczenia struktury organizacyjnej w zakładzie pracy lub są powoływane do rozwiązania określonego zadania. Praca zespołowa ma wiele zalet. Zespół aktywizuje. Przez wspólną dyskusję, wymianę poglądów jego członkowie są pobudzani do myślenia. Dzięki pracy w zespole wzrasta poziom wydajności poszczególnych pracowników i sprawniej są realizowane stawiane zadania. Zespół wie więcej. Wiadomości poszczególnych członków zespołu sumują się i wypełniają luki, które mogą się ujawnić przy indywidualnych działaniach. Zespół obiektywizuje. Subiektywizm pracownika może wynikać z mniejszej wiedzy i dużego osobistego zaangażowania. Zespół neutralizuje emocje pracowników, dzięki temu ich decyzje oraz działania są podejmowane w sposób bardziej obiektywny. W zespole czujesz się dobrze. Pracując w zespole, jego członek podejmuje odpowiedzialność za ustalenie i realizację celów, ma większą skłonność do uczestniczenia w dyskusji i wzajemnego wspierania się, a jednocześnie pozbywa się niepokoju o to, że się skompromituje przed kolegami. Cel organizacji (zespołu) powinien być zgodny z osobistymi celami pracowników. Chodzi o wynagrodzenie, potrzebę akceptacji, branie odpowiedzialności. Gdy zgodności brak, mogą powstawać konflikty powodujące obniżenie skuteczności działań. Stworzenie zespołu, który jest efektywny, odporny na przeciwności, w którym ludzie chcą razem pracować, jest procesem długotrwałym. Dużo zależy od doboru ludzi i przygotowania kierownika. Dobry kierownik powinien umieć łączyć orientację na ludzi z orientacją na zadania. Skuteczność jego działań zależy od ogólnej sytuacji i od specyfiki zespołu. Przy czym obowiązkiem przywódcy jest nie tylko doprowadzenie do wykonania zadania, ale także dbanie o członków zespołu, doskonalenie ich wiedzy i umiejętności, dowartościowanie. Organizowanie pracy zespołowej wymaga motywację i kreatywność, ponieważ wykonawcy pracy są nią zainteresowani, a to warunkuje ich indywidualny rozwój. Praca z ludźmi, którzy się dobrze czują w pracy zespołowej, przyczynia się do sukcesów zespołu, zwiększa także potencjał kierownictwa. Przywódca staje się silniejszy, podejmuje trafniejsze decyzje, bardziej angażuje się w pracę zespołu, a kontakty pomiędzy członkami stają się bardziej bezpośrednie. Realizacja postawionych zespołowi celów stanowi jedno z kryteriów, na którego podstawie ocenia się kierownika. Perspektywa dla pielęgniarek i pacjentów Wszystko to odnosi się do zarządzania pielęgniarstwem. Osoba zarządzająca kadrą pielęgniarską powinna być przygotowana do pracy zespołowej. Do niej należy przydzielenie pielęgniarskiej z zespołu odpowiedniej roli i zadań i zadbanie, aby je zaakceptowała. Wszyscy członkowie zespołu muszą wzajemnie akceptować siebie i o to również powinien dbać kierownik. Nieumiejętność pracy zespołowej utrudnia poprawne wykonanie zadań pielęgniarskich i osiągnięcie celu, jakim jest wysokiej jakości opieka nad pacjentem. Według Anny Koper najbardziej twórcza pielęgniarka niewiele zdziała, jeśli nie potrafi pracować w zespole. Nowoczesne organizacje nie potrzebują samotnych bohaterów; bazują głównie na zespołach, które są sprawczym czynnikiem udanych wdrożeń, forum wymiany informacji i pobudzania kreatywności. Praca zespołowa, wzajemne zaufanie i dzielenie się informacjami zastępuje sztywne struktury i rywalizację, a także pozwala na usprawnienie zarządzania. Wyniki badań prowadzonych przez Sierpińską

Uwielbienie

Umarły jeszcze będę wielbić ciebie
I nie zapomnę pod ziemią, czy w niebie,
O twej jasności --

Boś ty mi była nie próżnym marzeniem,
Nie bańką zmysłów tęczowej nicości,
Lecz byłaś ducha ożywym pragnieniem
Wiecznej miłości!

Nie otoczyłaś mnie pieszczotą senną,
Ani też falą spłynełąs płomienną
Na pierś stęsknioną,

Nie wprowadziłaś mnie na róż posłanie,
Gdzie tylko ciała w upojeniu toną,
Lecz mi piękności dałaś pożądanie,
Moc nieskończoną.

Adam Asnyk

i innych dowodzą, że praca zespołowa pielęgniarek ma pozytywny wpływ na integrację grupy i przyczynia się do rozwoju współczesnego pielęgniarstwa. Kierownik zespołu pielęgniarskiego na zebraniach i naradach powinien zapewnić swobodny przepływ informacji, oczekując przy tym jednocześnie informacji zwrotnych (przy utrudnionej komunikacji może być zagrożona sprawność zespołu). Częstotliwość spotkań ma wpływ na prawidłową integrację zespołu. Komunikacja umożliwia wykorzystanie doświadczeń i wiedzy członków zespołu. Jednocześnie jest instrumentem, za pomocą którego analizuje się i rozwiązuje konkretne problemy, podejmuje decyzje i koordynuje pracę. Umożliwia także rozpoznawanie i rozwiązywanie wewnętrznych konfliktów lub nieporozumień; w dyskusji wypracowywane są sposoby ich rozwiązania i wytyczane nowe zadania do realizacji. Jeśli komunikacja będzie utrudniona przez sztywną, formalną strukturę organizacyjną, sprawność zespołu może być zagrożona. Dobrej komunikacji sprzyja: brak oficjalności, przyjazna atmosfera, umiejętność słuchania innych, swoboda w wyrażaniu poglądów. Kierownik zespołu zna swoich podwładnych. Pozwala mu to dobrać odpowiednie bodźce motywacyjne, przyczyniające się do skuteczności działań. Praca zespołowa w szpitalu jest świadomym, celowo podjętym zachowaniem, które, jak pokazują przykłady wielu odnoszących sukcesy firm, otwiera nowe perspektywy zarówno dla personelu placówek medycznych, jak i dla pacjentów. Prawidłowe relacje międzyludzkie wpływają na poprawę opieki. Obserwowanie pozytywnych efektów własnej pracy przynosi satysfakcję zawodową. Ale uwaga: pielęgniarka podejmująca się przewodzenia zespołowi nie przestaje być pielęgniarką. ■

Stanisława Ochwatowska

Sen

Chociaż zmuszona będziesz mnie porzucić,
Jeżeli serca nie zmienisz w kochaniu,
Rzucając nawet nie chciej mnie zasmucić
I rozstając się nie mów o rozstaniu!

Przed smutnym jutrem niech jeszcze z wieczora
Ostatnia spłynie na pieszczotach chwilka;
A kiedy przyjdzie rozstania się pora,
Wtenczas trucizny daj mnie kropel kilka.

Do ust twych usta przycisnę; powieki
Zamykać nie chcę, gdy mię śmierć zamroczy;
Niechaj rozkosznie usypiam na wieki,
Całując lica, patrząc w twoje oczy.

A po dniach wielu, czy po latach wielu,
Kiedy mi każą mogiłę porzucić,
Wspomnisz o twoim sennym przyjacielu
I zstąpisz z niebios, aby go ocucić.

Znowu mię złożysz na twem łonie białem,
Znowu mię ramię kochane otoczy;
Zbudzę się myśląc, że chwilkę drzemałem,
Całując lica, patrząc w twoje oczy.

Adam Mickiewicz

Szczepienia przeciwko chorobom infekcyjnym u dzieci z alergią

W świetle kontrowersyjnych doniesień na temat roli zakażeń w rozwoju chorób alergicznych bardzo ważną staje się odpowiedź na pytanie - czy szczepienia ochronne przeciw chorobom infekcyjnym powinny być realizowane u dzieci z atopią i chorobami alergicznymi.

Szczepienia ochronne są najważniejszym odkryciem medycyny i przyniosły ratunek milionom ludzi na świecie. Ta opinia, wyrażona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), jest ciągle aktualna i potwierdza potrzebę ich kontynuacji również w grupach dzieci przewlekle chorych, także z chorobami alergicznymi.

Zgodnie ze stanowiskiem wielu grup ekspertów, w tym WHO, szczepienia przeciwko chorobom infekcyjnym, zarówno obojętne, jak i zalecane, u dzieci z chorobami alergicznymi powinny być realizowane w pełnym zakresie, jednak specyficzny charakter i przebieg choroby alergicznej wymaga podczas ich stosowania zapewnienia dziecku najwyższego stopnia bezpieczeństwa.

Każda szczepionka, jako złożony produkt biologiczny (mieszanina antygenów/alergenów), może wywołać niepożądaną alergiczną reakcję poszczepienną w postaci różnego typu nadwrażliwości.

Podział i aktualne nazewnictwo reakcji nadwrażliwości zaproponowane w 2001 r. przez Europejską Akademię Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI) przedstawia Rycina 1.

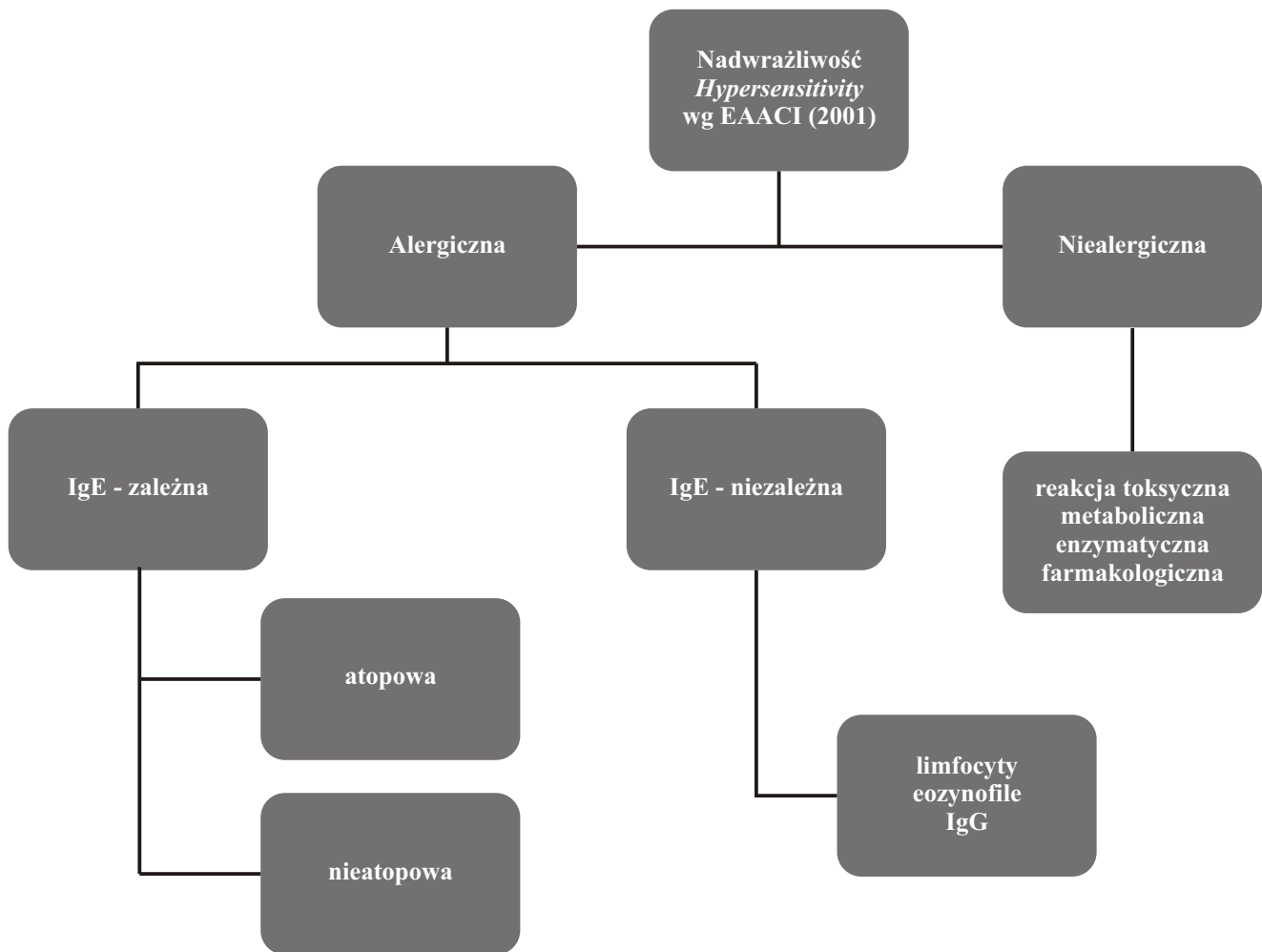
Obecnie zaleca się wykonywanie szczepień ochronnych u dzieci z chorobami alergicznymi. Zarówno obciążający wywiad rodzinny, jak i osobniczy dziecka oraz objawy kliniczne alergii nie są przeciwwskazaniem do ich wykonywania. Szczepień nie należy przeprowadzać:

- w okresie zaostrzenia choroby alergicznej
- w czasie nasilonej ekspozycji na uczulający dziecko alergen
- u dzieci z chorobami alergicznymi powinno być prowadzone wnikliwe monitorowanie objawów poszczepiennych przez okres minimum 60 minut.

Dzieci z chorobami alergicznymi mogą stwarzać lekarzowi pewne problemy oraz wątpliwości podczas kwalifikacji do szczepień ochronnych.

Uczulenie w stopniu anafilaksji na antygeny szczepionkowe czy inne składowe szczepionki, jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do jej stosowania.

U najmłodszych dzieci najczęstszą chorobą alergiczną jest alergia pokarmowa na białka mleka krowiego i białka jaja kurzego, której częstość szacuje się na 5 - 8 %. Spośród poznanych 23 glikoprotein jaja kurzego, objawy alergizacji wywołują najczęściej: owoalbumina, conalbumina, ovomucoid i lizozym. Żółtko jaja kurzego zawiera białko o nazwie livetyna, które także może być przyczyną reakcji nadwrażliwości pokarmowej. Istnieje powszechna zgodność, że dzieci z nadwrażliwością na białka jaja kurzego powinny być poddawane szczepieniom ochronnym.



Rycina 1. Podział i nazewnictwo nadwrażliwości (wg Johansson S.G.O. i wsp.: A revised nomenclature for allergy. *Allergy* 2001, 56, 813-824).

Dzieci manifestujące reakcje nadwrażliwości typu anafilaksji (np. wstrząs anafilaktyczny) po spożyciu jaja kurzego nie powinny być szczepione przeciwko grypie i żółtej gorączce.

Dodatni wynik testu skórniego z białkiem jaja kurzego nie jest uznawany za przeciwwskazanie do podawania powyższych szczepionek. Występująca po szczepieniu miejscowa reakcja skórna typu opóźnionego (48-96 godz.) lub reakcja ogólna umiarkowanego stopnia nie są przeciwwskazaniem do ponownego szczepienia tą samą szczepionką, przy zachowaniu zasad szczególnej ostrożności. Metody postępowania mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa szczepień pacjentów z alergią, tj. wykonanie testu prick ze szczepionką czy śródskórne podawanie rozcieńczonej szczepionki we wzrastających stężeniach (metoda Besredki), nie mają zastosowania w praktyce pediatrycznej.

W celu zwiększenia bezpieczeństwa szczepień u dzieci z chorobami alergicznymi można przeprowadzać je w osłonie leków antyhistaminowych, podawanych kilka dni przed i po szczepieniu.

Szczepienia przeciwko ospie wietrznej u dzieci z chorobami alergicznymi są bezpieczne. Wykazały to polskie badania przeprowadzone w ośrodku łódzkim, w których nie stwierdzono istotnych różnic w częstotliwości występowania niepożą-

danych odczynów poszczepiennych u dzieci zdrowych i z chorobami alergicznymi. Z innych doniesień wynika, że choroby alergiczne nie stanowią także przeciwwskazań do szczepień przeciwko gruźlicy, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, odrze, śwince i różyczce, ospie wietrznej i innym.

U dzieci z chorobami alergicznymi, podobnie jak u zdrowych, istnieje możliwość wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Według WHO niepożądane reakcje poszczepienne mogą być następstwem:

- działania różnych składników szczepionki (obcogatunkowe białka)
- nieprawidłowej techniki jej podawania
- czynników współistniejących niezwiązanych ze szczepieniem substancjami, które mogą powodować nadwrażliwość są:
- adiuwanty (sole glinu)
- stabilizatory (żelatyna, albumina)
- konserwanty (antybiotyki, tiomersal),
- lateks
- biologiczne składniki podłoża (np. komórki zarodków kurzych).

Rolę konserwantów w wielu szczepionkach pełnią antybiotyki, najczęściej jest to neomycyna, rzadziej streptomycyna i polimyksyna.

Alergia na neomycynę manifestuje się najczęściej kontakto-
wym zapaleniem skóry i jest wynikiem reakcji typu opóźnio-
nego, nie powoduje ciężkich reakcji poszczepiennych zagra-
żających życiu.

Ze względu na bezpieczeństwo szczepień, żadna z dostępnych
obecnie szczepionek nie zawiera penicyliny ani jej pocho-
dnych.

W przypadku udowodnionej u dziecka nadwrażliwości typu
anafilaktycznego na antybiotyk zawarty w szczepionce (neo-
mycynę, streptomycynę, polimyksynę B itp.) czy inne jej
składniki (żelatyna, albumina, triomersal, lateks, sole glinu),
postępowanie jest podobne jak w opisanym powyżej
nadwrażliwości na alergeny jaja kurzego.

Podanie dziecku szczepionek zawierających składnik, na który
jest uczulone w stopniu anafilaksji jest bezwzględnie przeci-
wskazane. W przypadku wystąpienia reakcji anafilaktycznej po
szczepieniu lekiem z wyboru jest adrenalina podana w iniekcji
domięśniowej u dzieci w dawce 0,01 ml/kg.

Jeżeli objawy nadwrażliwości po szczepieniu mają charakter
typu późnego, można ponownie zastosować tę szczepionkę.

Innym środkiem konserwującym stosowanym od lat 30-tych
XX wieku w produkcji szczepionek inaktywowanych jest
tiomersal, który pod względem chemicznym jest organicznym
związkiem metylowym rtęci. Pomimo, że nie udowodniono
jego szkodliwego działania w małych dawkach, w wielu kra-
jach został w 2001r. usunięty z produkcji większości szcze-
pionek inaktywowanych. Aktualnie jest obecny w szcze-
pionkach DTPw, DT, dT i w szczepionce przeciwko WZW B -
Euvax B oraz w wielodawkowych opakowaniach szczepionki
przeciwko grypie Vaxigrip. Tiomersal nigdy nie był używany
jako konserwant w produkcji szczepionek „żywych” atenuowa-
nych. Decyzja dotycząca usunięcia tiomersalu ze szczepionek
była dążeniem do zmniejszenia narażenia niemowląt na
działania związków rtęci obecnych w środowisku, a których
eliminacja z innych źródeł jest trudna lub niemożliwa.

Nadwrażliwość na tiomersal występuje rzadko i ma charakter
reakcji miejscowej typu opóźnionego. Większość uczulonych

osób nie manifestuje alergii objawami klinicznymi pomimo, że
testy płatkowe lub śródskórne na tiomersal są dodatnie.

Niepożądana reakcja poszczepienna może być spowodowana
obecny w szczepionce adiuwantem; najczęściej są to związki
glinu. Wyniki przeprowadzonej metaanalizy wykazały, że
wodorotlenek glinu zawarty w szczepionce DTP powodował
u małych dzieci częstsze występowanie objawów miejscowych
(stwardnienie, rumień), natomiast nie stwierdzono zależności
z występowaniem drgawek, obniżeniem ciśnienia tętniczego,
nieukojonego płaczu. W grupie dzieci starszych oceniany
adiuwant powodował występowanie tylko miejscowej
bolesności, która utrzymywała się przez okres 14 dni.

Swoista immunoterapia (SIT) jako uznana i często stosowana
obecnie metoda leczenia dzieci z chorobami alergicznymi nie
stanowi przeciwwskazania do realizacji obowiązkowych i zale-
canych szczepień ochronnych.

Wiele dowodów naukowych potwierdziło że długotrwała SIT
nie zaburza prawidłowej, poszczepiennej odpowiedzi
immunologicznej na antygeny infekcyjne. U dzieci poddawa-
nych terapii odczulającej należy jednak wybrać najbardziej
optymalny moment do przeprowadzenia szczepienia obo-
wiązkowego lub zalecanego.

Za najkorzystniejszy przyjmuje się 7-14 dzień po podaniu pre-
paratu odczulającego a więc nie należy wykonywać szczepień
ochronnych jednocześnie z odczulaniem. Utrudnia to obie-
ktywną ocenę ewentualnego niepożądanego odczynu po-
szczepiennego a jednocześnie pozwala na właściwą ocenę
dawki preparatu odczulającego.

Stosowanie preparatów immunomodulujących doustnych lub
donosowych takich jak Ribomunyl, Polyvaccinum, IRS, Luivac,
Bronchovaxon i innych nie stanowi przeszkody do pełnej
realizacji szczepień ochronnych zarówno obowiązkowych jak
i zalecanych.

Za stosowaniem immunoprofilaktyki czynnej przeciwko choro-
bom infekcyjnym u dzieci z chorobami alergicznymi przemawia
wiele przesłanek. Przewlekłe, zwykle wielonarządowe, zapale-
nie alergiczne u dziecka predysponuje go do częstych zakażeń
wirusowych i bakteryjnych, które zaostrzają przebieg choroby
zasadniczej. Infekcje u dzieci z chorobami alergicznymi mają
zazwyczaj cięższy przebieg niż u dzieci zdrowych i częściej
powodują poważne powikłania. Nawracające schorzenia
infekcyjne u dzieci z alergią utrudniają leczenie choroby
zasadniczej i sprzyjają utrwalaniu się objawów. Dzieci z cho-
robami przewlekłymi stanowią dużą grupę w polskiej populacji
rozwojowej i wymagają wnikliwej wiedzy i dużego doświa-
dzenia lekarza przy kwalifikacji ich do szczepień ochronnych.
Dzieci przewlekłe chore powinny być szczepione w okresach
remisji choroby i otrzymywać propozycję szerszego niż obo-
wiązkowy zakres szczepień w porównaniu z dziećmi zdro-
wymi. Jest to podyktowane zwiększonym narażeniem tej gru-
py pacjentów na zakażenia różnymi patogenami bakteryjnymi
i wirusowymi. Zakażeniom dzieci przewlekłe chorych sprzyjają
częste pobyty w szpitalach, wizyty ambulatoryjne, badania
diagnostyczne i kontrolne naruszające ciągłość powłok skórnych.

Reasumując, należy stwierdzić, że dzieci z predyspozycją do
atopii, jak i z kliniczną manifestacją choroby alergicznej po-
winny być poddawane szczepieniom ochronnym zarówno obo-
wiązkowym, jak i zalecanym.

Miłość

Miłość to znaczy popatrzeć na siebie,
Tak jak się patrzy na obce nam rzeczy,
Bo jesteś tylko jedną z rzeczy wielu.
A kto tak patrzy, choć sam o tym nie wie,
Ze zmartwień różnych swoje serce leczy,
Ptak mu i drzewo mówią: przyjacielu.
Wtedy i siebie, i rzeczy chce użyć,
Żeby stanęły w wypełnienia łunie.
To nic, że czasem nie wie, czemu służyć:
Nie ten najlepiej służy, kto rozumie.

Czesław Miłosz



Niepożądane odczyny poszczepienne typu nadwrażliwości należą do rzadko występujących reakcji i mogą być wywołane przez każdy składnik szczepionki. Natychmiastowe reakcje poszczepienne mogą mieć ciężki przebieg kliniczny, zagrażający nawet życiu dziecka, ale ich występowanie jest trudne do przewidzenia, praktycznie niemożliwe. Z tych powodów, zarówno personel medyczny, jak i rodzice dziecka, powinni być świadomi wystąpienia potencjalnych, groźnych reakcji poszczepiennych. Osoby wykonujące szczepienia, jak i je nadzorujące, powinny posiadać zarówno dużą wiedzę dotyczącą szczepień dzieci z tej grupy ryzyka alergii, jak i umiejętności praktyczne w postępowaniu z dzieckiem w ciężkim stanie klinicznym.

Podczas wykonywania szczepień ochronnych, szczególnie u dzieci z grup wysokiego ryzyka, powinny być zapewnione warunki umożliwiające natychmiastową i wszechstronną pomoc medyczną (pomieszczenie, sprzęt, fachowy personel medyczny).

W każdym przypadku należy dobrze rozważyć i oszacować ryzyko związane z zachorowaniem na chorobę zakaźną i wystąpieniem niepożądanego odczynu poszczepiennego. Wszystkie te informacje należy w sposób przystępny przedstawić rodzicom, by uzyskać od nich akceptację i świadomą zgodę na przeprowadzenie właściwych szczepień ochronnych u dziecka. ■

Barbara Przybylska



SKŁADKA NA RZECZ SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK NASZ OBOWIĄZEK, NASZE KORZYŚCI.

Szanowne koleżanki i koledzy!!!

Obowiązek płacenia składek na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych wynika z Ustawy z dnia 19.04 1991 r. (Dz.U.Nr 41 poz.178 z późn.zmianami).

Art.9 tej ustawy mówi: „Członkowie samorządu obowiązani są:

1. postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
2. sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe,
3. przestrzegać uchwał organów izb,
4. regularnie opłacać składkę członkowską.

Obowiązek opłacania składek w określonej wysokości mają wszystkie pielęgniarki i położne, które posiadają prawo wykonywania zawodu i są wpisane na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Wysokość składki członkowskiej jest zgodna z uchwałą 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r – podjętej na podstawie art.31pkt.11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. „O Samorządzie Pielęgniarek i Położnych” (Dz.U.Nr.41 poz. 178 z późn. zm.).

1. Dla osób zatrudnionych na umowę o pracę składka członkowska wynosi **1% wynagrodzenia zasadniczego**.
2. Dla osób prowadzących indywidualną lub grupową praktykę składka członkowska wynosi **0,5% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw**, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.
3. Dla osób przebywających na emeryturach lub świadczeniach przedemerytalnych składka wynosi **0,5% emerytury, renty lub zasiłku przedemerytalnego**.
4. Pielęgniarki i położne, które nie pracują lub pracują

w innym zawodzie, **a posiadają prawo wykonywania zawodu, a więc są zarejestrowane w OIPIP mają obowiązek opłacania składek w wysokości 0,5% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.**

Wysokość składki w roku 2006-**13,35** zł, w roku 2007-**14,11**zł, w roku 2008- **15,52**zł, w roku 2009- **16,60** zł

Z opłacania składek członkowskich **zwolnione są** :

- osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędach pracy,
- osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- osoby, które **zaprzestały** wykonywania zawodu i **wy-rejestrowały** się z rejestru OIPIP.

Składka członkowska winna być naliczana z jednego, głównego źródła przychodów.

Składki członkowskie przekazuje się na konto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych **do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni**.

Z płacenia składki nie zwalnia nas brak pośrednictwa zakładu pracy, wtedy zobowiązani jesteśmy uiszczać ją indywidualnie.

Składkę można opłacić:

- w kasie izby,
- przelewem bankowym lub pocztowym na konto izby.

Nie opłacone składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji na podstawie art. 59 Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych za okres 3 lat wstecz (art.118 Kodeksu Cywilnego).



Szanowne Koleżanki i Koledzy!!!

Podsumowując, opłacanie składek, czy to za pośrednictwem zakładu pracy czy indywidualnie, jest z racji przynależności do Samorządu Pielęgniarek i Położnych naszym obowiązkiem. Systematycznie i terminowo opłacana składka daje nam możliwość starania się o refundację kosztów kształcenia, zapomogi losowej jak również wpisu do rejestrów indywidualnych, specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, itp. ■

Z poważaniem:
Skarbnik OIPIP w Częstochowie
Anna Łukasik

KONTO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W CZĘSTOCHOWIE.

Bank Millennium S.A Częstochowa Al. N.M.P. 37

Nr konta 82 1160 2202 0000 00012869 0101

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE ZAPRASZA DO UDZIAŁU W KURSACH SPECJALISTYCZNYCH I SZKOLENIACH:

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych

Osoby zapisane na marcową edycję kursu proszone są o zgłoszenie się do kierownika ośrodka szkoleniowego po odbiór harmonogramów.

Kolejne zgłoszenia przyjmujemy na wrzesień.

2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych

Przyjmujemy zgłoszenia na kolejną edycję kursu.

3. Szczepienia ochronne Nr 03/08 – kurs dla pielęgniarek

Terminy zajęć teoretycznych pierwszej edycji kursu: 09.03.2010r., 11.03.2010r., 16.03.2010r., 23.03.2010r., 25.03.2010r., 26.03.2010r.

Terminy zajęć stażowych (8 dni dla każdego uczestnika kursu) ustalane są indywidualnie.

Miejsce zajęć praktycznych: W.Sz.S. ul. Bialska 104/118 (oddział noworodkowy, poradnia pulmonologiczna); NZOZ Przychodnia „KSIĘŻYCOWA” (punkt szczepień dzieci i młodzieży, gabinet zabiegowy).

Cena kursu – 250zł dla członków OIPIP w Częstochowie regularnie opłacających składki przez okres dwóch lat; 360 zł dla pozostałych osób.

4. Podstawy dializoterapii Nr 08/07 – kurs dla pielęgniarek

Przyjmujemy zgłoszenia na kurs.

Cena kursu – 220zł dla członków OIPIP w Częstochowie regularnie opłacających składki przez okres dwóch lat; 320 zł dla pozostałych osób.

Zapraszamy do udziału w szkoleniach:

1. Informatyka i statystyka w praktyce pielęgniarki/położnej
Przyjmujemy zgłoszenia; koszt kursu – 270zł
2. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej – szkolenie bezpłatne
Termin szkolenia: 04.03.2010r. godz. 09.00

Informujemy, że przygotowywane są kursy kwalifikacyjne:

1. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej
2. Pielęgniarstwo ratunkowe
3. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej

kursy doksztalające:

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego

oraz szkolenie:

1. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe

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

Zapraszamy na naszą stronę internetową
(www.oipip.czyst.pl),

na której umieszczamy ewentualne zmiany i nowe propozycje.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów pożądanych kursów/szkożeń kierownikowi Ośrodka.

**Dziękujemy za zaangażowanie
i zgłaszane propozycje.** ■

UWAGA! PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy wszystkim Członkom Samorządu o obowiązku aktualizacji w rejestrze swoich danych osobowych, tj. :

- zmiany nazwiska
- zmiany adresu zamieszkania,
- zmiany miejsca pracy,
- ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia, itp.)
- informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu,



- informacje o zniszczeniu lub zagubieniu prawa wykonywania zawodu.

Zmiany stanu faktycznego powinny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Częstochowie.

Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Częstochowie pokój 302 lub pisemnie pod adresem :

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W CZĘSTOCHOWIE, UL. MIKOŁAJA KOPERNIKA 38,
42-200 CZĘSTOCHOWA

KOMUNIKAT NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

z dnia 5 lutego 2008 roku w sprawie zasad pobierania i transportu materiałów do badań laboratoryjnych pobranych w miejscu zamieszkania pacjenta przez pielęgniarki/położne wykonujące świadczenia jako samodzielne podmioty.

W związku z licznymi zapytaniami pielęgniarek/położnych wykonujących świadczenia jako samodzielne podmioty dotyczącymi pobierania i transportu materiałów do badań laboratoryjnych pobranych w miejscu zamieszkania pacjenta, informuję, że:

Pielęgniarka ma prawo na zlecenie lekarza POZ pobrać w miejscu zamieszkania pacjenta materiał do badań laboratoryjnych pod warunkiem zapewnienia przez lekarza POZ próbek lub pojemników, opakowania zbiorczego oraz transportu materiału do laboratorium. W ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lekarz POZ otrzymuje na ten cel środki finansowe. Pielęgniarki i położne takiego finansowania nie otrzymują.

Zgodnie z pkt. 3 Załącznika Nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. Nr 61, poz.. 435) materiał do badań laboratoryjnych jest dostarczany do laboratorium zgodnie z procedurami opracowanymi przez te laboratoria dla stałego zleceńodawcy - lekarza POZ.

Zgodnie z § 9 pkt. 4 Zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (zmienionego Zarządzeniem Nr 105/2007/DSOZ oraz Zarządzeniem Nr 1/2008/DSOZ) świadczeniodawca (lekarz POZ) zapewnia pobranie materiałów do badań zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23 marca 2006 roku. Pobranie materiału do badań w domu chorego świadczeniodawca (lekarz POZ) zleca pielęgniarcie poz. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz POZ wymienia załącznik nr 2 do Zarządzenia. Świadczenia lekarza POZ są finansowane na zasadach określonych w § 11 ww. Zarządzenia.

UWAGA!

Samodzielny transport przez pielęgniarki/położne, materiału do badań laboratoryjnych, pobranego w miejscu zamieszkania pacjenta lub pozostawienie tego materiału w domu pacjenta jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa i rodzi zagrożenie epidemiologiczne!

Załącznik Nr 14 do Zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku (zmienionego Zarządzeniem Nr 105/2007/DSOZ oraz Zarządzeniem Nr 1/2008/DSOZ) w katalogu świadczeń pielęgniarskich w poz, określa w pkt. 6.4, że pobieranie materiału do badań jest świadczeniem realizowanym we współpracy ze świadczeniodawcą (lekarzem POZ). Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków i środka transportu odpowiada lekarz POZ zgodnie z warunkami umowy z wykonawcą badań (laboratorium).

(-) Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

Preludium

Nie Kocham jeszcze, a już mi jest drogi,
Nie Kocham jeszcze, a już drzę i płonę
I duszę pełną o niego mam trwogi
I myśli moje już tam, w jego progi
Lecą stęsknione...
I ponad dachem jego się trzepocą
Miesiączną nocą...

Nie Kocham jeszcze, a ranki już moje
O snach mych dziwnie wstają zadumane,
Już chodzą za mną jakieś niepokoje,
Już czegoś pragnę i czegoś się boję
W nocie niespane...
I już na ustach noszę ślad płomienia
Jego imienia.

Nie Kocham jeszcze, a już mi się zdaje,
Że nam gdzieś lecieć, rozpląnąć się trzeba,
W jakieś czarowne dziedziny i kraje...
Już mi się marzą słowicze wyraje
Do tego nieba,
Które gdzieś czeka, aż nas ukołysze
W błękitną ciszę.

Maria Konopnicka



X KONGRES PIELEŃNIAREK POLSKICH KOMUNIKAT I

Komitet Organizacyjny
X Kongresu Pielęgniarek Polskich

"Na czele zmian: budując zdrowsze narody"



ZAPRASZA

do uczestnictwa w Kongresie, który odbędzie się w dniach **13 - 15 maja 2010 r.**, w Ciechanowie
Miejsce Kongresu **Hala Widowiskowo-Sportowa ul. 17 Stycznia 60b**

TEMATY sesji Kongresu:

1. Pielęgniarskie zasoby ludzkie i środowisko pracy (The nursing workforce and workplace)
2. Pandemie i klęski żywiołowe (Pandemics/disasters)
3. Etyka/prawa człowieka (Ethics/human rights)
4. Opieka kliniczna i bezpieczeństwo pacjenta (Clinical care and patient safety;
5. Edukacja pielęgniarska i środowisko nauczania (Nursing education and the learning environment)
6. Rzecznictwo, lobbing i przepisy prawne w pielęgniarstwie (Advocacy, lobbying and legislation)
7. Systemy opieki (Care systems)
8. Technologie, innowacje i informatyka (Technology, innovations and informatics)
9. Przywództwo – zarządzanie (Leadership – management)
10. Regulacje prawne (Regulation)
11. **SESJA STUDENCKA**

GOŚĆ SPECJALNY:

Kathleen Ann Long, RN, PhD, FAAN

Associate Provost, Office of Academic Affairs, Dean and Professor, College of Nursing University of Florida

IMPREZY TOWARZYSZĄCE:

1. Finał Konkursu „Pielęgniarka Roku 2009”,
2. Centralne Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek 2010, odbywające się pod hasłem
”Pielęgniarki dbają o jakość, służą społeczeństwu: Są liderami opieki długoterminowej”
3. Posiedzenie ZG PTP w dniu 13.05.2010 r.
4. Warsztaty edukacyjne:

PLATNE

- 1) „Diagnoza pielęgniarska, działania pielęgniarskie z wykorzystaniem ICNP®” (2 h)
(ograniczona liczba miejsc) – opłata 200,00 zł (w cenie Katalog „Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych”
„Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej”)
- 2) „Publikowanie w czasopiśmie naukowych” - opłata 100,00 zł

Prosimy **nie wnosić opłat za ww. warsztaty przed kwalifikacją**. Osoby zakwalifikowane otrzymają informację z prośbą o dokonanie wpłaty.

BEZPŁATNE

- 3) „Pielęgnacja chorego ze stomią”
- 4) „Kompresjoterapia i ocena wskaźnika Kostka-Ramię”
- 5) „Pielęgnacja ran”
- 6) „Bezpieczne podnoszenie i przemieszczanie pacjentów”
5. Wycieczka do Opinogóry w dniu 14.05.2010 - zapisy w dniu 13.05.2010 r. w Biurze Kongresu
6. Uroczysta Kolacja w dniu 14.05.2009 r. – 100,00zł - wpłata razem z opłatą konferencyjną z wyszczególnieniem „opłata konferencyjna + kolacja”



Rezerwacja Hoteli we własnym zakresie – wykaz Hoteli stanowi odrębny załącznik

SEKRETARIAT KONGRESU (zgłoszenia i wpłaty):

POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE ZARZĄD GŁÓWNY

ul. Reymonta 8/12, 01 – 842 Warszawa, tel. +48 22 663 63 45; fax 22 398 18 51

Biuro: pn, wt, śr, czw., pt. 11.00 – 14.00; Sprawy finansowe: pn, śr, pt. 10.00 – 15.00;

ZGŁOSZENIA TYLKO DROGĄ POCZTOWĄ! Na adres PTP

KOSZTY UCZESTNICTWA W KONFERENCJI:

- Dla członków PTP przy wpłacie do 30 marca 2010 r. wynosi 390 zł (opłacona składka za rok 2009 i 2010)
- Dla pozostałych uczestników 490 zł
- **Po 30 marca 2010 r. koszt uczestnictwa wzrasta o 100 zł**
- Studenci studiów pielęgniarzkich nie posiadający prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej - 100 zł

Do zgłoszenia należy dołączyć kopię dowodu wpłaty. **Zgłoszenia przyjmujemy tylko drogą poczty zwykłej.**

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa organizatorzy nie przewidują zwrotu kosztów uczestnictwa.

Oplata konferencyjna obejmuje wyżywienie:

13.05.2010 r.: kolacja,

14.05.2010 r.: przerwy kawowe, obiad,

kolacja dodatkowo płatna (Zamek w Opinogórze)

15.05.2010 r.: przerwy kawowe, obiad.

Ponadto w pakiecie:

- uczestnictwo w uroczystości otwarcia X Kongresu i sesjach X Kongresu
- bezpłatny basen w Hotelu „Olimpijski” - na hasło „Kongres PP”,
- możliwość skorzystania z bezpłatnych warsztatów,
- bezpłatny numer „Problemów Pielęgniarstwa” dla każdego uczestnika, który wniósł pełną opłatę,
- dojazd autokarem z miejsca noclegu do miejsca X Kongresu

**NUMER KONTA: Zarząd Główny Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
PKO BP S.A 11 1020 1156 0000 7202 0050 1601 z dopiskiem „X KONGRES”**

WAŻNE TERMINY:

- **opłata I termin – do 30.03.2010 r.**
- **opłata II termin do 30.04. 2010 r.**
- **13 – 15 maja 2010 r. - Termin Kongresu**
- **13 maja obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek**

UCZESTNICTWO CZYNNE:

- Oplata konferencyjna **do 27.02.2010 r. do godz. 16.00**
- Informacja o przyjęciu pracy do druku do 30.03.2010 r.
- Oplata za publikację w „Problemach Pielęgniarstwa” (1 publikacja 100,00zł) do 10.04.2010 r. na ww. konto

KOMUNIKAT II, zawierający szczegółowe informacje organizacyjne zostanie przesłany osobom deklarującym udział w Kongresie.

UWAGA !!! PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZGŁOSZENIA, PODPISANIE I PRZESŁANIE POCZTĄ ZWYKŁĄ NA ADRES SEKRETARIATU KONGRESU



*„Żyje ten, kto pozostaje
w sercach bliskich...”*

Wyrazy szczerego współczucia

Pani Bożenie Zajac

z powodu śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki Oddziału Internistycznego Szpitala MSWiA

w Częstochowie oraz

Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



Wyrazy szczerego współczucia

z powodu śmierci

Teściowej

Pani Jolancie Bajdur

składają Pielęgniarki Oddziału Internistycznego Szpitala MSWiA

w Częstochowie oraz

Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



GODZINY PRACY BIURA OIPI

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 -17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

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

Egzamin z kursu kwalifikacyjnego

„Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”

Myszków 14 stycznia 2010 roku



Egzamin z kursu kwalifikacyjnego

„Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki”

Częstochowa 18 stycznia 2010 roku

