

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

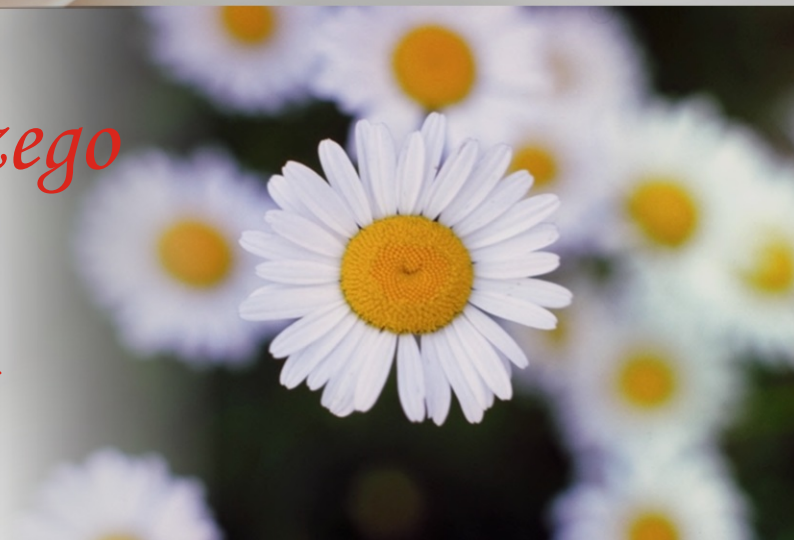
Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



*Z okazji Świąt
Wielkanocnych
dużo radości, miłej atmosfery
oraz mokrego dyngusa*

*życzy wszystkim Pielęgniarkom i Położnym
Redakcja*

*Wszystkiego najlepszego
z okazji
Dnia Pracownika
Służby Zdrowia*



Marzec 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy

Mija zima choć piękna, biała i pełna uroku to jednak trochę mroźna i dokuczliwa.

Nadchodzi wiosna, chyba najpiękniejsza pora roku.

Słoneczko świeci coraz mocniej dodając nam energii, pierwsze kwiaty budzą się do życia a ptaszki głośno oznajmiają, że idzie wiosna.

Na szczęście marzec, kwiecień i maj będą przynosić nam codziennie coś nowego i piękniejszego, wszystko będzie wydawało się jakby lepsze i bardziej kolorowe.

Nadchodzą Święta Wielkanocne, na drzewach zakwitają „bażki”, kwiaciarki sprzedają tulipany, słoneczko grzeje coraz mocniej a przyroda zmienia się co dnia.

Życzę Państwu dużo wiosennego optymizmu, radości i zadowolenia z każdego dnia. Życzę pogodnych Świąt Wielkiej Nocy, serdecznych spotkań rodzinnych, zdrowia, pogody ducha oraz tradycyjnie smacznego jajka i oczywiście Mokrego Dyngusa.

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca ORPiP
Halina Synakiewicz

Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek

„Pielęgniarstwo rodzinne”

Spółdzielnia Pracy „Oświata” w Częstochowie dnia 21 lutego 2013 roku



W NUMERZE:

Zjazd OIPIP

Uchwały Prezydium i Rady

Kalendarium

Ministerstwo Zdrowia

Interpelacje poselskie

Prawo

Szkolenia

Prace dyplomowe

Informacje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

Adres Redakcji:

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.pl

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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



**OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK
I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE**

**OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK
I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE**

Szanowny Delegacie

w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie zapraszam na

**III Okręgowy
Zjazd Pielęgniarek i Położnych
VI kadencji**

który odbędzie się w dniu 28 marca 2013 roku
o godzinie 9.00
w sali sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy
ul. Śląska 11/13.

Informacja dla Delegata
na III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie dnia 28 marca 2013 roku

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
zwołany jest Uchwałą
Nr 1/VI/2012 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 11 grudnia 2012 roku

na dzień 28 marca 2013 roku na godz. 9:00.

Miejscem obrad III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek
i Położnych będzie sala sesyjna Urzędu Miasta Częstochowy
ul. Śląska 11/13 w Częstochowie.

Na podst. § 1 Uchwały Nr 8/VI/2012 II Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 30
marca 2012 r. uprzejmie informuję:

1. Delegata na Zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniu Zjazdu.
2. Delegat na Zjazd może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.
3. Wiarygodne usprawiedliwienie nieobecności na Zjeździe Delegat składa pisemnie w biurze Okręgowej Izby w ustawowym terminie przed obradami zjazdu.
4. Delegaci na Zjazd i uczestnicy Zjazdu potwierdzają obecność na Okręgowym Zjeździe podpisami na listach obecności sporządzonych oddzielnie dla Delegatów każdego rejonu wyborczego.
5. Po podpisaniu listy obecności Delegaci na Zjazd otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.
6. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub nieuzasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad Delegat na Zjazd może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów. ■

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie VI kadencji

**Uchwały podjęte
podczas posiedzenia Prezydium
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
w Częstochowie
w dniu 20 lutego 2013 roku**

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wydano nowe zaświadczenie dla jednej pielęgniarki
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dziesięć osób.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla 22 pielęgniarek i 5 położnych.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu anulowano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki. ■

**Uchwały podjęte
podczas posiedzenia
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie
w dniu 5 marca 2013 roku**

Podjęto uchwały w sprawie:

- przyjęcia sprawozdania z działalności finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za rok 2012
- złożenia sprawozdania z działalności merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- przyjęcia założeń do projektu rocznego budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rok 2013
- zatwierdzenia rocznego planu kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- przyjęcia sprawozdania z działalności pełnomocników działających przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- przyjęcia sprawozdania z działalności komisji i zespołów problemowych działających przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- wyborów uzupełniających delegata w rejonie wyborczym nr 11 VI kadencji na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych ■

Kalendarium Luty - Marzec 2013 r

23.02.2013r Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie na zaproszenie Rady Powiatu Częstochowskiego uczestniczyła w uroczystości wręczenia statuetek Starosty Częstochowskiego „ZA ZASŁUGI DLA POWIATU”. Uroczystość odbyła się w Filharmonii Częstochowskiej.

25.02.2013r. W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa rodzinnego”.

28.02.2013r. W siedzibie OIPIP odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa rodzinnego” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.

28.02.2013r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XXXII obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

05.03.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

06.03.2013r. Sekretarz ORPiP oraz informatyk OIPIP w Częstochowie uczestniczyli w szkoleniu dotyczącym prowadzenia Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą.

14.03.2013r. W Urzędzie Miasta Częstochowy odbyło się spotkanie komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie.

16.03.2013r. Z okazji 20 lecia powstania Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej w Filharmonii Częstochowskiej odbyła się gala jubileuszowa, w której uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

18.03.2013r. Przewodnicząca uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia przy NRPIP w Warszawie.

19-20.03.2013r. Przewodnicząca uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP w Warszawie.

22.03.2013r. Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie ORL oraz Komitetu Organizacyjnego Zjazdu uczestniczyła XV Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Częstochowie.

26.03.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

27.03.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■



Ministerstwo Zdrowia

Odpowiedzi na stanowiska i apele - 2012

- » Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przestrzegania obowiązujących norm w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie nowelizacji rozporządzenia o sposobach ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie zmiany art. 36 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczącego składu zespołów specjalistycznych

i podstawowych oraz eliminowania pielęgniarek z systemu ratownictwa medycznego

- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przywrócenia 30% dodatku za pracę pielęgniarek w karetce (zespołe wyjazdowym pogotowia ratunkowego/pomocy doraźnej) i 20% dodatku dla pielęgniarek za pracę w dyspozytorni i szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w izbie przyjęć tam, gdzie nie funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przywrócenia nazwy „pielęgniarka rodzinna” i jej roli w systemie ochrony zdrowia i aktach prawnych
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie podwyższenia wieku emerytalnego pielęgniarek i położnych
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie poprawy dostępu do opieki pielęgniarskiej dla osób najciężiej chorych i niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej oraz dostosowania prawa dla pracujących w domach pomocy społecznej pielęgniarek
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie równego traktowania pracowników medycznych w zakresie ustalania szkodliwych warunków pracy
- » Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie emerytur pomostowych w kontekście pielęgniarek i położnych
- » Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przestrzegania ustawowego obowiązku pracodawcy w zakresie udzielania pielęgniarkom i położnym urlopu szkoleniowego
- » Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie czasu pracy pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w ramach umów cywilnoprawnych ■

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 27 listopada 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie czasu pracy pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w ramach umów cywilnoprawnych

W polskim jak i w unijnym systemie prawnym nie ma przepisów regulujących czas wykonywania czynności przez pracowników medycznych zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Uregulowania w tym zakresie dotyczą wyłącznie osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy i zawarte są w Kodeksie pracy oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) – a do 1 lipca 2011 roku w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (ustawa ta od 1 stycznia 2008 r. była zgodna z uregulowaniami europejskimi zawartymi w dyrektywie 2003/88/WE w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy).

W przypadku pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych o czasie wykonywania czynności przesądza treść umowy zawieranej przez strony tj. pielęgniarkę lub położną i podmiot wykonujący działalność leczniczą (np. szpital). Zgodnie z postanowieniami Kodeksu cywilnego obowiązuje w tym zakresie zasada swobody zawierania umów, a więc kształtowania stosunku prawnego łączącego strony w sposób ustalony przez strony.

Należy jednocześnie podkreślić, że zawody pielęgniarki i położnej należą do grupy tzw. wolnych zawodów, co powoduje, że uregulowania prawne dotyczące tych profesji muszą pozostawiać swobodę m.in. co do wyboru formy ich wykonywania.

Jeżeli strony tzn. kierownik podmiotu leczniczego i pielęgniarka lub położna wyrażą wolę zawarcia umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem będzie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, postanowienia tej umowy powinny z jednej strony zapewniać prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego – w szczególności zmierzać do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i odpowiedniej dostępności do tych świadczeń – z drugiej jednak strony winny pozwalać pielęgniarce lub położnej na takie wykonywanie pracy, aby zapewnione było bezpieczeństwo pacjentów jak i samej pielęgniarki lub położnej. Kierownik szpitala jest bowiem, zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej, odpowiedzialny za zarządzanie podległą mu placówką, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z pielęgniarkami i położnymi, które pozwolą zabezpieczyć przede wszystkim dobro pacjenta (przepracowana pielęgniarka lub położna bez wątplenia nie dają rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami).

Również pielęgniarka czy położna, której oświadczenie woli jest tak samo ważne przy zawieraniu umowy cywilnoprawnej jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinna mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarcie wyraża zgodę, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej.

Należy zauważyć, że w przypadku działalności leczniczej wykonywanej w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej, w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, wymiar czasu pracy pielęgniarki określa dla poszczególnych świadczeń właściwe zarządzenie Prezesa NFZ.

Minister Zdrowia respektuje zasadę równości podmiotów uczestniczących w rynku pracy. Podejmowanie działań wprowadzających maksymalne normy czasu pracy dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych byłoby sprzeczne z tą zasadą.

Niemniej jednak Minister Zdrowia wprowadził przepisy chroniące pielęgniarki i położne przed ewentualnymi nieprawidłowościami w zakresie zatrudniania i tak np. w art. 19 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 174, poz. 1039 z późn.zm.) umieszczono następujące zapisy:

- ust. 4. Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących ze względu na formę wykonywania zawodu przez pielęgniarkę i położną.
- ust. 5. Odmowa zmiany formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną wykonującą zawód w podmiocie leczniczym w ramach umowy o pracę nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracoda-

wcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia.

Ponadto, zgodnie z art. 17 ust. 4. ww. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej „W celu monitorowania przestrzegania przepisów prawa pracy, kierownik raz na kwartał przekazuje Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacje o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną”.

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
 PODSEKRETARZ STANU
 Aleksander Sopliński

MINISTER ZDROWIA
 Warszawa, 29 listopada 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie emerytur pomostowych w kontekście pielęgniarek i położnych

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm), z uprawnień do emerytury pomostowej, korzystają osoby wykonujące prace określone w załączniku nr 2 – wykaz prac o szczególnym charakterze. W przypadku pielęgniarek i położnych są to prace o szczególnym charakterze wymienione w punktach 22, 23 i 24 przedmiotowego załącznika.

Podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy o szczególnym charakterze, w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm), jest zakład pracy (płatnik składek), u którego praca ta jest wykonywana.

Natomiast organem powołanym do formalnej kontroli ewidencji wykazu stanowisk pracy o szczególnym charakterze według art. 41 powyższej ustawy jest Państwowa Inspekcja Pracy. Przepisy ustawy o emeryturach pomostowych, w przypadku nieumieszczenia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze, umożliwiają wniesienie skargi do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę. Od decyzji inspektora pracy, zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego decyzja będzie mogła z kolei być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Ponadto należy podkreślić, że zgodnie z art. 41 ust. 4 ww. ustawy, zakład pracy jest zobowiązany od 1 stycznia 2010 roku prowadzić wykaz stanowisk pracy, na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz ewidencję pracowników wykonujących takie prace. W ewidencji tej powinni się znaleźć wszyscy pracownicy, których praca wypełnia ustawowe kryteria pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.



Zatem zaliczenie pracownika do grupy pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze odbywa się na poziomie jego zakładu pracy, a pracodawca decydując o tym powinien stosować wytyczne zawarte w art. 3 ust. 3 oraz załączniku nr 2 przedmiotowej ustawy.

Na wniosek środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia zwrócił się do Ministra Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o stanowisko w sprawie zmiany przepisów regulujących kwestie związane z umieszczaniem stanowisk pielęgniarek i położnych w wykazie stanowisk o szczególnym charakterze i ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze. W ocenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej, nie ma potrzeby wprowadzania jakichkolwiek zmian w tym zakresie, ponieważ kwestie te są szczegółowo uregulowane w ustawie o emeryturach pomostowych. Ponadto ustawa o emeryturach pomostowych była trzykrotnie badana (w tym w zakresie zgodności z Konstytucją definicji zawartych w art. 3 ust. 1 - 3 i kompletności załączników nr 1 i 2) przez Trybunał Konstytucyjny, który orzeczeniami z dnia 16 marca 2010r. Sygn. akt K 17/09, 25 listopada 2010r. Sygn. akt K 27/09 oraz 3 marca 2011 r. Sygn. akt K 23/09 orzekł o zgodności tej ustawy z konstytucją RP.

W tej sytuacji w opinii Ministra Pracy i Polityki Społecznej jakiegokolwiek zmiany w systemie emerytur pomostowych, w kierunku rozszerzenia uprawnień do tych emerytur byłyby nieuzasadnione. Rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszych świadczeń emerytalnych nie byłoby także uzasadnione ze względów demograficznych jak też ekonomicznych.

Jednocześnie należy podkreślić, iż Minister Zdrowia nie jest uprawniony do oceny i regulacji, czy praca wykonywana na danym stanowisku powinna być uznana za pracę o szczególnym charakterze. Oceny takiej dokonuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych w postępowaniu o przyznanie emerytury z tytułu wykonywania pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze na podstawie przedłożonej dokumentacji. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 27 listopada 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przestrzegania ustawowego obowiązku pracodawcy w zakresie udzielania pielęgniarkom i położnym urlopu szkoleniowego

Kwestie dotyczące urlopu szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych podejmujących kształcenie podyplomowe zostały uregulowane w ustawie z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.). Zgodnie art. 65 ust. 1 ww. ustawy wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, na udział w obowiązkowych zajęciach

w ciągu całego okresu trwania kształcenia podyplomowego wynosi do 28 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.

W przypadku, gdy pielęgniarka lub położna podejmuje kształcenie na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, i przystępuje do egzaminu państwowego, wymiar urlopu szkoleniowego wynosi do 6 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego i egzaminów.

Dokonując wykładni celowościowej przepisu art. 65 ust. 1 i 2 ww. ustawy, należy stwierdzić, że wymiar urlopu do 6 dni roboczych powinien być traktowany jako termin dodatkowy do wymiaru urlopu 28 dni roboczych, z uwagi na szczególnie rodzaj kształcenia podyplomowego w formie specjalizacji, kończący się egzaminem państwowym.

Jeżeli pielęgniarka, położna podejmuje kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, wzajemne prawa i obowiązki stron określane są w umowie zawartej z pracodawcą, w tym także warunki urlopu szkoleniowego (art. 64 ust.1ww. ustawy).

Pracodawca, kierując pielęgniarkę lub położną na szkolenie, dostrzega konieczność wyposażenia personelu medycznego w niezbędną wiedzę i umiejętności potrzebne do wykonywania zadań wynikające z określonego szkolenia, zobowiązuje się tym samym do udzielenia przedmiotowego urlopu.

Jednocześnie należy podkreślić, iż w przypadku, gdy pielęgniarka lub położna odbywa szkolenie bez skierowania wówczas pracodawca nie ma obowiązku udzielenia urlopu szkoleniowego. Zgodnie z art. 63 ww. ustawy o zawodach, pielęgniarsce lub położnej podejmującym kształcenie podyplomowe bez skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 ust. 3 i 5, może być udzielony bezpłatny urlop i zwolnienie z części dnia pracy, bez zachowania prawa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia między pracodawcą a pracownikiem. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 21 grudnia 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie zmiany art. 36 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczącego składu zespołów specjalistycznych i podstawowych oraz eliminowania pielęgniarek z systemu ratownictwa medycznego

Zakres medycznych czynności ratunkowych, do wykonywania których w zespołach ratownictwa medycznego mają uprawnienia pielęgniarka systemu i ratownik medyczny na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. Nr 4 poz. 33 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabili-

tacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) jest identyczny.

W kraju działa około 1,5 tys. zespołów zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Do zapewnienia całodobowej obsady tych zespołów z przynajmniej jedną pielęgniarką systemu w składzie konieczne byłoby zatrudnienie około 6,5 tys. pielęgniarek spełniających ustawowe wymogi w zakresie kwalifikacji. Poprzez pojęcie pielęgniarki systemu należy rozumieć „pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym” - art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.). Z uwagi na ograniczoną liczbę osób spełniających te wymagania, w wielu rejonach kraju mogłoby dojść do sytuacji, w której dysponenci zespołów nie byłoby w stanie zapewnić pełnej obsady zespołów. Podobne ryzyko w przypadku ratowników medycznych w zasadzie nie istnieje. Należy w tym miejscu pamiętać także o art. 63 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który nakazuje dysponentom Zespołów Ratownictwa Medycznego dostosować kwalifikacje członków zespołów do wymagań ustawowych do dnia 31 grudnia 2012 r.

Nie ma więc merytorycznych przesłanek dla ustanawiania przepisu zobowiązującego dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do zapewnienia w składzie każdego zespołu przynajmniej jednej pielęgniarki systemu.

Ponadto zgodnie z art. 46. ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, do którego należy kształtowanie polityki kadrowej wewnątrz placówki, a ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie wprowadza żadnych ograniczeń w odniesieniu do zatrudnionych pielęgniarek systemu. Równocześnie należy wskazać, iż całość przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zostanie poddana dyskusji podczas nowelizacji tej ustawy. Zgłaszanie uwag przez poszczególne podmioty i ich konsultowanie odbywać się będzie/ w ramach przewidzianej prawem procedury legislacyjnej. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
 PODSEKRETARZ STANU
 Aleksander Sopliński

MINISTER ZDROWIA
 Warszawa, 14 stycznia 2013 r.

**Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb
 Pielęgniarek i Położnych w sprawie przestrzegania
 obowiązujących norm w zakresie zatrudnienia
 pielęgniarek i położnych**

Od 2000 roku obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. W sprawie sposobu ustalania mini-

malnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314).

Natomiast zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 11.2, poz. 654, z późn. zm.) od 1 stycznia 2013 roku obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545), które zastąpiło rozporządzenie z 1999 roku.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym ustala kierownik placówki po zasięgnięciu opinii kierowników jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych określonych w statucie placówki, przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie placówki. Projekt tych norm opracowuje naczelną pielęgniarka, przełożona pielęgniarek i położnych placówki we współpracy z pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi. Ustalone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w danej placówce podlegają stałej kontroli kierownika podmiotu leczniczego.

Kwestia dotycząca obsad pielęgniarskich uregulowana jest również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81 poz. 484), które określa, iż niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia Prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranej z Funduszem umowy. W materiałach tych w wybranych świadczeniach gwarantowanych zawarte są także warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym też pielęgniarek i położnych, np. leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym, anestezjologia i intensywna terapia, neonatologia. Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Równocześnie należy nadmienić, iż zgodnie z § 4a ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1142, z późn. zm.) „zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych, o której mowa w ust. 1, w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej”. Oznacza to, iż w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Funduszem, czyli finansowanych ze środków publicznych w tym zakresie minimalne normy obowiązują każdego świadczeniodawcę. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
 PODSEKRETARZ STANU
 Aleksander Sopliński



MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 21 grudnia 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie nowelizacji rozporządzenia o sposobach ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Obowiązujące do 31.12.2012 roku rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314) odnosiło się do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, natomiast po wejściu w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn.zm.) stosuje się tylko do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W odpowiedzi na apele środowiska pielęgniarskiego i położniczego. Minister Zdrowia powołał Zespół, którego zadaniem było ponowne opracowanie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej". Na podstawie prac Zespołu legislatorzy przygotowali projekt nowego rozporządzenia, które wskazuje sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek/położnych w podmiotach leczniczych na podstawie oceny m. in. stopnia samodzielności pacjenta i określenia kategorii opieki właściwej dla danego chorego.

Rozporządzenie z założenia ma stanowić narzędzie, którym powinna posługiwać się kadra zarządzająca w pielęgniarstwie w celu określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i wskazanie liczby pielęgniarek/położnych do sprawowania opieki nad pacjentami.

W sytuacji gdy dany podmiot leczniczy realizuje świadczenia zdrowotne na podstawie umowy z NFZ, to wówczas kwestia dotycząca zapewnienia obsad pielęgniarskich/położnych uregulowana jest również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81 poz. 484), które określa, iż niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia Prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranej z NFZ umowy. W materiałach tych w wybranych świadczeniach gwarantowanych zawarte są także warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych. Świadczeniodawcy, którzy podpisali z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 21 grudnia 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie poprawy dostępu do opieki pielęgniarskiej dla osób na j ciężiej chorych i niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej oraz dostosowania prawa dla pracujących w domach pomocy społecznej pielęgniarek

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zostały określone w rozporządzeniu 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, z późn. zm).

Zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńczo - lecznicze i zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze) i domowych. W warunkach stacjonarnych opieka długoterminowa skierowana jest do osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i które wymagają całodobowej, profesjonalnej, wzmożonej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia, Celem tej opieki jest także przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Natomiast świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mają na celu objęcie opieką przewlekle chorych przebywających w domu lub domu pomocy społecznej. którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych. Ponadto należy rozróżnić świadczenia opiekuńcze i higieniczne, które realizowane są przez instytucję pomocy społecznej lub rodzinę chorego, od świadczeń pielęgniarskich tzn. takich, których nie mogą wykonać inne osoby.

Świadczenie gwarantowane z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej spełnia wymogi określone przepisami i zabezpiecza usługi zdrowotne dla osób korzystających z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w opiece długoterminowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Niemniej jednak w celu poprawy dostępności do gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej domowej. Minister Zdrowia dokonał nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zmiana rozporządzenia umożliwiła objęcie opieką pielęgniarską większej grupy świadczeniobiorców, ponieważ jedynym kryterium skierowania pacjenta (również mieszkańca DPS) do opieki długoterminowej domowej jest ocena w skali Barthel 40 i mniej punktów. Tak więc osoba oceniona wg skali Barthel na 40 lub mniej punktów może być skierowana do opieki długoterminowej stacjonarnej lub domowej.

Należy podkreślić, że w sytuacji, kiedy osoby ze względu na wiek, stan zdrowia, sytuację rodzinną nie potrafią samodzielnie funkcjonować i nie można zapewnić im należytej opieki w miejscu zamieszkania, wówczas kierowane są do domu pomocy społecznej. Pobyt w domu pomocy społecznej

jest formą zabezpieczającą osobom niesamodzielnym podstawowe warunki egzystencji. Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz.1362, z późn. zm.), pomoc społeczna jest instytucją mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia i zasoby. Dom pomocy społecznej nie jest podmiotem leczniczym i nie zawiera z Narodowym Funduszem Zdrowia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ma jednak obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów.

Pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej mogą świadczyć usługi opiekuńcze, wynikające z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, jak również wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz.1598. z późn. zm.), określającego rodzaje usług specjalistycznych świadczonych przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Należy też zaznaczyć, że pielęgniarki te są pracownikami samorządowymi i są zatrudnione w domu pomocy społecznej na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. Nr 50, poz. 398. z późn. zm.).

W związku z tym, że domy pomocy społecznej nie są podmiotami leczniczymi, tylko jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, pielęgniarki tam zatrudnione nie podlegają finansowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto pielęgniarki te w ramach wykonywanych zadań w domu pomocy społecznej, nie są uprawnione do realizowania świadczeń zarówno pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, jak i świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

W przypadku osób, które wymagają wsparcia i opieki osób drugich w swoim środowisku zamieszkania. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia opieki zdrowotnej możliwe do zrealizowania w warunkach domowych pacjenta takie jak; pielęgniarska opieka długoterminowa domowa oraz świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te adresowane są również do osób przebywających w domach pomocy społecznej.

Natomiast osoby, które z racji stanu zdrowia wymagają całodobowej, intensywnej opieki pielęgniarskiej, z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawa nie powinny przebywać w domy pomocy społecznej, ponieważ są one placówkami opiekuńczymi i nie posiadają uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

W DPS podopieczny - osoba niepełnosprawna, przewlekle chora lub osoba w podeszłym wieku ma zapewnione świadczenia przez całą dobę: usługi opiekuńcze, pomoc w podstawowych czynnościach życia codziennego; pielęgnację, w tym pielęgnację w chorobie; opiekę higieniczną; niezbędną pomoc w załatwieniu spraw osobistych oraz kontakty z otoczeniem.

Natomiast kwestia dotycząca propozycji utworzenia odrębnego produktu, czyli realizacji świadczeń pielęgniarskich dla podopiecznych DPS i wynagradzania pielęgniarek tam pracujących, była już wielokrotnie omawiana w trakcie spotkań przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

W związku z tym stanowisko Ministra Zdrowia, jak również Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia było wielokrotnie przedstawiane i wskazywano w nim zadania wykonywane przez pielęgniarki zatrudnione przez jednostki organizacyjne

pomocy społecznej podległe Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej, które nie mogą być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednocześnie należy nadmienić, iż Minister Zdrowia, dostrzegając potrzebę zmian w opiece długoterminowej powołał w dniu 10 sierpnia 2011 r. Zespół do spraw opieki długoterminowej (Dz. Urz. Min. Zdrów. Nr 6, poz. 51). Do głównych zadań Zespołu należy w szczególności:

- Opracowanie rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki długoterminowej w Polsce;
- Opracowanie rozwiązań odnośnie poprawy jakości opieki długoterminowej i stanu zasobów w opiece długoterminowej;
- Opracowanie propozycji rozwiązań problemów i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób przewlekle chorych.

W związku z rosnącymi potrzebami na opiekę długoterminową, zaistniała konieczność opracowania Narodowego Programu Opieki Długoterminowej możliwego do zrealizowania w polskich uwarunkowaniach.

W wyniku prac ww. Zespołu został przygotowany dokument pn.: „Rekomendacje dla Ministra Zdrowia w sprawie najpilniejszych zadań do realizacji w opiece długoterminowej”, które zawierają strategiczne działania i propozycje dotyczące m. in. poprawy dostępności do świadczeń pielęgniarskich w domach pomocy społecznej. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
 PODSEKRETARZ STANU
 Aleksander Soplński

MINISTER ZDROWIA
 Warszawa, 21 grudnia 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) w art. 49 wskazuje, iż w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko: kierownika, zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, ordynatorem, naczelną pielęgniarką lub przełożoną pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowej. W ust. 8 wskazanego przepisu zawarta została delegacja dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego sposób przeprowadzania konkursu, skład oraz tryb i warunki powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz ramowy regulamin przeprowadzania konkursu.

W oparciu o powyższą delegację ustawową Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. poz.182).

Składy komisji konkursowych na poszczególne stanowiska określają przepisy zawarte w § 10 rozporządzenia. Wprowadzone w przedmiotowym rozporządzeniu zmiany w składzie komisji konkursowej w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierowni-



cze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749, z późn. zm.) mają na celu wzmocnienie roli podmiotu tworzącego daną placówkę oraz jej kierownika w procesie przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze. Dlatego też rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. dodano do składów komisji konkursowych powoływanych w trakcie wyboru kandydatów na stanowiska ordynatora, naczelniej pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej przedstawiciele kierownika podmiotu leczniczego w liczbie od trzech do sześciu.

Jednocześnie należy wyjaśnić, że działanie zmierzające do zwiększenia wpływu kierownika podmiotu leczniczego na przebieg procesu rekrutacji współpracującej z nim bezpośrednio kadry kierowniczej stanowi wypadkową rozwiązań zawartych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które znacząco podnoszą poziom bezpośredniej odpowiedzialności ponoszonej przez kierowników oraz podmioty tworzące placówki ochrony zdrowia za sprawne funkcjonowanie podmiotu leczniczego.

Należy również podkreślić, że zwiększenie roli podmiotów tworzących i kierowników podmiotów leczniczych nie powoduje w żadnym wypadku eliminacji samorządu pielęgniarek i położnych z postępowań konkursowych. Przedstawiciele samorządu uczestniczą bowiem w pracach komisji prowadzących konkursy na cztery z pięciu stanowisk objętych tą procedurą (w przypadku konkursu na zastępcę kierownika do spraw medycznych i ordynatora mają jak dotychczas po jednym przedstawicielu, w przypadku konkursu na naczelną pielęgniarkę i pielęgniarkę oddziałową - po trzech, w tym przewodniczącą komisji). Jedynym postępowaniem konkursowym, w którym nie uczestniczą przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest postępowanie na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego. Jednakże konkursy na to stanowisko dotyczą - pod rządami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, którzy dotychczas nie byli w ogóle objęci procedurą konkursową.

Równocześnie należy wskazać, że projekt rozporządzenia był poddany szerokiej konsultacji. m. in. 7. organami administracji samorządowej (marszałkami województw), ze związkami zawodowymi (w tym Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych), samorządami zawodowymi (w tym także Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych), a rozwiązania które ostatecznie znalazły się w treści rozporządzenia stanowią wyraz kompromisu pomiędzy zgłaszanymi w trakcie konsultacji zewnętrznych propozycjami zmierzającymi do ograniczenia składów komisji konkursowych tylko do przedstawicieli podmiotów tworzących, a dotychczas obowiązującym rozwiązaniem gwarantującym udział dwóch samorządów zawodów medycznych w pracach komisji. Opisane powyżej rozwiązania czynią również w pełni zadość ustawowym uprawnieniom samorządu określonym w art. 4 ust. 2 pkt 7 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038), który stanowi, że do zadań samorządu należy „przewodniczenie i uczestnictwo jego przedstawicieli w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie lub położnicze oraz na inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych, o ile odrębne przepisy przewidują taki obowiązek”.

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Soplński

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 21 grudnia 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przywrócenia 30% dodatku za pracę pielęgniarek w karetce (zespolu wyjazdowym pogotowia ratunkowego/ pomocy doraźnej) i 20% dodatku dla pielęgniarek za pracę w dyspozytorni i szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w izbie przyjęć tam, gdzie nie funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe

Przepisy regulujące kwestię dodatków do wynagrodzenia dla osób wykonujących zawód medyczny w zespołach wyjazdowych pogotowia ratunkowego oraz dla pracowników wykonujących zawód medyczny poza zespołami wyjazdowymi pogotowia ratunkowego zostały uprzednio określone w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, 2 późn. zm.). Jednakże z dniem 1 lipca 2011 roku weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) uchylająca ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Należy wskazać, że ustawa o działalności leczniczej nie zawiera przepisu analogicznego do art. 32 i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Powyższe spowodowane by to znacznymi trudnościami interpretacyjnymi tego przepisu. Dodatkowo nie było uzasadnienia dla powielania przepisu różnicującego wynagrodzenie osób wykonujących de facto podobne czynności, ale w różnych podmiotach leczniczych (ratownictwo pozaszpitalne/ szpitalny oddział ratunkowy). Ponadto ustawa o działalności leczniczej ogranicza zakres ingerencji ustawodawcy w strukturę podmiotu leczniczego oraz relacje pracownik - pracodawca. Podkreślenia wymaga fakt, że jeżeli dodatek był przewidziany w umowie o pracę lub w wewnętrznych przepisach zakładowych tj. na podstawie postanowień układów zbiorowych pracy i innych opartych na przepisach w sprawie porozumień zbiorowych - regulaminów oraz statutów, to jest nadal wypłacany, chyba że pracodawca zmienił postanowienia umowy o pracę w trybie wypowiedzenia zmieniającego lub zmienił przepisy wewnątrzzakładowe. Należy również dodać, że jeżeli podmioty lecznicze będące dysponentami zespołów ratownictwa medycznego są jednocześnie podmiotami leczniczymi wykonującymi stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, to zgodnie z art. 99 ustawy o działalności leczniczej, pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej przysługuje dodatek w wysokości:

1. co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 98 ust. 3, za każdą godz. pracy wykonywanej w porze nocnej;
2. co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 98 ust. 3, za każdą godz. pracy wykonywanej w porze dziennej w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnego pięciodniowego tygodnia pracy. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Soplński

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 21 grudnia 2012 r.

**Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb
Pielęgniarek i Położnych w sprawie przywrócenia
nazwy „pielęgniarka rodzinna” i jej roli w systemie
ochrony zdrowia i aktach prawnych**

Podstawowa opieka zdrowotna jest to rodzaj świadczeń, realizowany przez lekarzy, pielęgniarki i położne posiadających przygotowanie do wykonywania określonych zadań. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. a świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, po2. 1027, z późn. zn.), w art. 5 pkt 25 szczegółowo definiuje pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, w tym również wskazuje pielęgniarkę z kwalifikacjami w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, rodzinnego i środowiskowo-rodzinnego.

W ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego realizowane są szkolenia specjalizacyjne, które są corocznie finansowane ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa. Ponadto w systemie ochrony zdrowia działa powołany przez Ministra Zdrowia Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a także konsultanci wojewódzcy, którzy powoływani są przez wojewodów.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, czyli tzw. pielęgniarka rodzinna oraz pielęgniarka środowiskowo-rodzinna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zabezpiecza świadczenia w rodzaju pielęgniarstwa opieka środowiskowo-rodzinna.

Niemniej jednak przedmiotowa kwestia była rozważana w trakcie prac Zespołu do spraw analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, powołanego przez Ministra Zdrowia w skład, którego wchodził m.in. przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych, a który zakończył prace z dniem 30 lipca 2012 roku, Równocześnie w trakcie prac Zespołu wskazano, iż ewentualna zmiana definicji nie spowoduje zmiany systemowej dotyczącej rok pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 21 grudnia 2012 r.

**Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb
Pielęgniarek i Położnych w sprawie podwyższenia
wieku emerytalnego pielęgniarek i położnych**

Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do ingerowania w przepisy dotyczące emerytur. ponieważ ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227) należy do właściwości Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

Dlatego też kwestia dotycząca podwyższenia wieku emerytalnego pielęgniarek i położnych była przedmiotem spotkania Ministra Pracy i Polityki Społecznej z przedstawicielami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Po-

żnych w dniu 20 lutego 2012 roku. Natomiast Minister Zdrowia spotkał się w przedmiotowej sprawie z przedstawicielami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w dniu 22 lutego 2012 roku oraz 21 maja 2012 roku.

W efekcie ww. spotkań. Minister Zdrowia w ramach konsultacji społecznych projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw zgłosił uwagi, przede wszystkim dotyczące konieczności przekazania projektu ustawy do zaopiniowania przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Ponadto zwrócił uwagę na długookresowe efekty projektowanych regulacji, do których należy m.in.:

- możliwość wystąpienia niedoboru pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w związku z przejściem na emeryturę w wieku 67 lat obecnie najliczniejszej grupy pielęgniarek w wieku 37 lat (11.910 pielęgniarek i 816 położnych), która zgodnie z projektowanymi regulacjami nie będzie już objęta stopniowym podwyższaniem wieku emerytalnego,
- możliwy wzrost bezrobocia w grupie pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formie indywidualnych praktyk zawodowych, które z uwagi na pogarszającą się kondycję psycho - fizyczną mogą być eliminowane z rynku pracy. W związku z tym konieczne jest podjęcie działań polegających na uwzględnieniu tych grup zawodowych w rządowym programie wspierania zatrudnienia i aktywizacji zawodowej osób powyżej 60 r. ż. oraz wspierania równości płci na rynku pracy, o którym mowa w art. 17 przedmiotowego projektu, poprzez wskazanie odrębnego programu rozwoju dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Ponadto w trakcie konferencji uzgodnieniowej dotyczącej projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej zapewniło, iż jeśli będzie taka potrzeba uwzględnione zostaną pielęgniarki i położne w rządowym programie wspierania zatrudnienia i aktywizacji zawodowej osób powyżej 60 r. ż. oraz wspierania równości płci na rynku pracy, o którym mowa w art. 17 przedmiotowego projektu ustawy.

Natomiast zgodnie ze stanowiskiem prezentowanym przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej, podwyższenie wieku emerytalnego ma dotyczyć wszystkich ubezpieczonych objętych przepisami ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a więc także grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Wprowadzenie wcześniejszych emerytur dla jakiegokolwiek grupy zawodowej byłoby sprzeczne z rozwiązaniami przyjętymi w zreformowanym systemie emerytalnym, których celem jest stopniowe wygaszanie przepisów umożliwiających wcześniejsze przechodzenie na emeryturę oraz nie-
tworzenie nowych preferencji w tym zakresie, jak również z aktualną polityką mającą na celu wydłużanie aktywności zawodowej.

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, że działania, mające na celu ujednoczenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat nie doprowadzą do naruszenia uprawnień do emerytury pomostowej, z których korzystają pielęgniarki i położne wymienione w punktach 22, 23 i 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm). ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński



MINISTER ZDROWIA
Warszawa, 29 grudnia 2012 r.

Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie równego traktowania pracowników medycznych w zakresie ustalania szkodliwych warunków pracy

Minister Zdrowia nie posiada uprawnień w zakresie ustalania szkodliwych warunków pracy, dlatego też poniższe stanowisko opracowane jest na podstawie informacji przekazanych przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej, do którego właściwość należy ustawa z dnia 19 grudnia 2008r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm.).

Przy konstruowaniu tego aktu prawnego przyjęto koncepcję kwalifikacji określonych prac do kategorii prac o szczególnym charakterze, w taki sposób, że w związku z tym w art. 3 ust. 3 ww. ustawy określono jedynie, czym jest praca o szczególnym charakterze, odsyłając jednocześnie do wykazu prac, spełniających te wymogi, znajdującego się w załączniku nr 2 do ustawy. Wykaz ten nie zawiera konkretnych stanowisk, a enumeratywne wymienienie rodzajów prac.

Należy zaznaczyć, iż wątpliwości pracodawców budziła głównie kwestia rozumienia pojęcia „personel medyczny” 1. Punkt 23 załącznika nr 2 ww. ustawy stanowi bowiem, że rodzajem pracy o szczególnym charakterze są „Prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami” i punkt 24 „Prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru”, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego”.

W związku z tym, że sformułowanie „personel medyczny” - ani w tym, ani w żadnym innym akcie prawa powszechnie obowiązującego nie zostało zdefiniowane, w opinii Ministerstwa Zdrowia należy je rozumieć jako osoby wykonujące zawód medyczny, zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Należy też wskazać, iż interpretacja taka zgodna jest ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej zamieszczonym na stronie www.emeryturypomostowe.gov.pl. Zatem za personel medyczny uznaje się osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Ustawodawca wyodrębnił dwie grupy osób wykonujących zawód medyczny. Jedną grupę stanowią osoby, które na podstawie odrębnych przepisów uprawnione są do udzielania świadczeń zdrowotnych. Do grupy tej zaliczyć należy: lekarzy, lekarzy dentyistów, felczerów, pielęgniarki, położne, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, ratowników medycznych. Drugą grupę osób wykonujących zawód medyczny stanowią osoby, które legitymują się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. W przypadku tej grupy osób uzależniono zakwalifikowanie danej osoby do osób wykonujących zawód medyczny od posiadania fachowych kwalifikacji. Kwalifikacje te muszą być odpowiednie do udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Wobec powyższego pielęgniarki i położne, jako że wykonują zawody medyczne oraz udzielają świadczeń zdrowotnych, należy uznawać za personel medyczny.

Trzeba jednakże pamiętać, że decydujące znaczenie dla

określenia pracowników uprawnionych do uzyskiwania emerytury pomostowej będą ostatecznie miały elementy niezbędne do zakwalifikowania pracy danej osoby jako tej o szczególnym charakterze, czyli elementy wymienione w definicji zawartej w art. 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych. Chodzi tu o prace wymagające szczególnej sprawności psychofizycznej i szczególnej odpowiedzialności, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej związanej z procesem starzenia się, Zatem zaliczenie pracownika do grupy pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze odbywa się na poziomie jego zakładu pracy, a pracodawca decydując o tym powinien stosować wytyczne zawarte w art. 3 ust. 3 oraz załączniku nr 2 przedmiotowej ustawy. Do pracodawcy (płatnika składek na Fundusz Emerytur Pomostowych) również należy prowadzenie wykazu w/w stanowisk pracy oraz ewidencji pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub charakterze. Kontroli w powyższym zakresie dokonywać będzie natomiast Państwowa Inspekcja Pracy, do której to, zgodnie z art. 41 ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych, pracownikowi przysługuje skarga w przypadku nieumieszczenia go w ewidencji pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na FEM. Zatem pracownikowi przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, a następnie skarga do sądu administracyjnego.

Ponadto należy zaznaczyć, iż zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz.654, z późn. zm.) odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, co oznacza, że kierownik danego podmiotu podejmuje decyzje w sprawach kadrowych i odpowiada za zatrudnianie na danych stanowiskach pracy osoby posiadające wymagane przepisami kwalifikacje. Kierownik podmiotu leczniczego powinien, w taki sposób organizować pracę podległej jednostki, w tym również realizować obowiązki związane z umieszczaniem pracowników medycznych w wykazie stanowisk o szczególnym charakterze, aby był on zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, nie wykluczając grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

MINISTERSTWO ZDROWIA **Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego**

Pani
Teresa Kruczkowska
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Poznaniu
ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań

W odpowiedzi na pismo Pani Przewodniczącej, z dnia 6 listopada 2012 r., w sprawie wniosku o podjęcie działań mających

na celu poprawę warunków organizacyjnych i finansowych dla realizacji świadczeń w opiece długoterminowej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Minister Zdrowia, dostrzegając potrzebę zmian w opiece długoterminowej wynikającą z rosnącego zapotrzebowania oraz analizy problemów z funkcjonowaniem tej formy opieki, powołał w dniu 10 sierpnia 2011 r. Zespół do spraw opieki długoterminowej, do zadań którego należy w szczególności opracowanie:

- rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki długoterminowej w Polsce;
- rozwiązań odnośnie poprawy jakości opieki długoterminowej i stanu zasobów w opiece długoterminowej;
- propozycji rozwiązań problemów i zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób przewlekle chorych.

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu ds. opieki długoterminowej (Dz. Urz. MZ 11.6. 51). Zespół ten zakończy prace do dnia 31 grudnia 2012r. Z informacji otrzymanych z Departamentu Zdrowia Publicznego, który zapewni obsługę organizacyjno - techniczną ww. Zespołu, wynika, iż zidentyfikowano konieczność zmiany podejścia do funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i opieki społecznej w zakresie stacjonarnej całodobowej opieki pielęgnacyjno - opiekuńczej, a także opieki domowej świadczonej przez personel medyczny i przez opiekunów rodzinnych (nieformalnych). Mając na uwadze właściwe zabezpieczenie potrzeb obywateli, którzy stali się niesamodzielni w związku z chorobą, urazem lub wiekiem, zaistniała potrzeba stworzenia pragmatycznej, realnej i adekwatnej do potrzeb strategii porządkującej w możliwie najlepszy sposób istniejące zasoby, tak aby stworzyć narzędzia oraz zmianę podejścia do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki długoterminowej. Aktualnie trwają prace nad projektem strategii, która będzie zawierała diagnozę i analizę społeczną, zdefiniowane potrzeby społeczne uwzględniające wskaźniki demograficzne oraz propozycje rozwiązań systemowych (legislacyjnych, organizacyjnych i finansowych) oraz perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. W tworzonej projekcie proponuje się wskazać kierunki rozwoju poszczególnych obszarów w opiece długoterminowej, m.in.:

- 1) zapewnienie osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym skoordynowanego wielostronnego wsparcia zdrowotnego oraz zapewnienie innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 2) zapewnienie odpowiedniej jakości świadczonych usług w opiece długoterminowej,
- 3) zapewnienie respektowania praw i bezpieczeństwa pacjenta przewlekle chorego i niesamodzielnego.

Ponadto, w obliczu narastających potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych starzejącego się społeczeństwa, w sytuacji niedoboru kadr specjalistycznych i środków finansowych, należy podjąć działania, mające na celu przygotowanie kadr medycznych do opieki nad osobami w podeszłym wieku (kształcenie pielęgniarzek, lekarzy oraz opiekunów medycznych). Ważnym elementem proponowanych zmian będzie również wypracowanie standardów postępowania medycznego w podmiotach leczniczych, które swym zakresem obejmować będą szczególnie problematyczne kwestie związane z pielęgnacją pacjenta niesamodzielnego, postępowaniem z pacjentem z nietrzymaniem moczu oraz pielęgnacją w zakresie przemieszczania się i odżywiania.

Proponuje się także zmiany w przepisach prawa, dotyczące odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie w zakładach opiekuńczych; w przypadku, gdy osoba kierowana lub prze-

bywająca w zakładzie nie wykazuje dochodów własnych, a pozostaje w związku małżeńskim bądź we wspólnym gospodarstwie domowym z dziećmi lub rodzicami, bądź też w sytuacji, gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia bez opieki rodzicielskiej - nie jest zasadne obciążanie zakładu opieki długoterminowej kosztami wyżywienia zakwaterowania takiej osoby.

Należy także wskazać istotny kierunek zmian w celu zmniejszenia popytu na stacjonarne, kosztowne usługi opiekuńcze - konieczne jest tworzenie odpowiednich warunków społecznych dla osób starszych i zagrożonych niesamodzielnnością, aby pozostawały one możliwie jak najdłużej we własnym mieszkaniu i środowisku. Domowa opieka świadczona przez rodzinę i osoby z bliskiego otoczenia jest preferowana przez pacjenta, daje lepsze wyniki i jest tańsza, a zatem to rozwiązanie powinno znajdować wyraźne wsparcie i pomoc organizacyjną, merytoryczną i finansową ze strony właściwych instytucji medycznych i socjalnych.

Należy przyznać, iż specyfika opieki długoterminowej wymaga wykonywania świadczeń pielęgnacyjnych przez profesjonalistów o wysokim poziomie przygotowania zawodowego do sprawowania opieki, z tego powodu konieczne jest poprawienie - poprzez szkolenia i stworzenie systemu standardów - jakości usług opiekunów nieformalnych. Szczególnie ważne wydaje się, aby inicjatywy miały charakter działań celowych, uwarunkowanych zidentyfikowanymi potrzebami poszczególnych grup, a w zakresie odpowiedzialności Ministra Zdrowia - potrzeb związanych ze zdrowiem społeczeństwa.

W odniesieniu do postulatu poprawy warunków finansowych świadczeń realizowanych w ramach opieki długoterminowej, należy wskazać, że zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, ze zm.), należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Obowiązkiem NFZ jest właściwe zabezpieczenie świadczeń świadczeniobiorcom, w ramach posiadanych środków finansowych.

Odnosząc powyższe do zawartej w piśmie Pani Przewodniczącej uwagi, dotyczącej wprowadzania na rynek usług nowych świadczeniodawców i obniżającej się co roku kwoty stawki za osobodzień, uprzejmie informuję, że w ocenie Funduszu pojawianie się na rynku świadczeń zdrowotnych nowych świadczeniodawców jest zjawiskiem oczekiwanym ze względu na lepsze zabezpieczenie świadczeń oraz zachowanie konkurencyjności w oferowanej przez świadczeniodawców cenie za osobodzień. Fundusz poinformował, iż obserwuje, że np. w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej ofercie proponują niższe ceny niż ceny oczekiwane przez dany oddział wojewódzki Funduszu.

Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał na systematyczny wzrost cen jednostkowych w poszczególnych zakresach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Średnie ceny osobodnia w poszczególnych zakresach świadczeń w ramach opieki długoterminowej w latach 2011 - 2012. według stanu na dzień 21 sierpnia 2012 r. kształtowały się następująco:

Należy dodać, iż w chwili obecnej trwają w Ministerstwie Zdrowia prace nad projektem założeń do projektu ustawy o instytu-



cyjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianie innych ustaw, którego celem jest podniesienie jakości funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez dokonanie głębokich przeobrażeń w zakresie modelu organizacyjnego płatnika, jak również w zakresie nadzoru nad działalnością płatnika i świadczeniodawców. W projektowa-

nych uregulowaniach prawnych przewiduje się m.in. oddzielenie funkcji płatnika od funkcji regulacyjno-nadzorczych. ■

wz. DYREKTORA
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego
ZASTĘPCA DYREKTORA

zakres	wartość umów		średnia cena osobodnia	
	2011 r.	2012 r.	2011 r.	2012 r.
świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	58 720 533 zł	70 859 827 zł	164 zł	165 zł
świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie	15 541 744 zł	18 452 975 zł	165 zł	166 zł
świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej	303 118 981 zł	309 160 519 zł	26 zł	26 zł
świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym / opiekuńczo -lecznym	554 420 010 zł	598 609 845 zł	71 zł	75 zł
świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym / opiekuńczo -lecznym dla dzieci i młodzieży	14 881 568 zł	16 224 157 zł	74 zł	79 zł
świadczenia w zakładzie opiekuńczo -lecznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	6 954 082 zł	11 297 882 zł	235 zł	238 zł
świadczenia w zakładzie opiekuńczo -lecznym dla dzieci wentylowanych mechanicznie	747 884 zł	1 921 804 zł	321 zł	318 zł



Interpelacje poselskie

Małgorzata HANDZLIK
Posel do Parlamentu Europejskiego

Bruksela, 05.02.2012

Przewodnicząca Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca,
Szanowne Panie Pielęgniarki i Położne,

wygraliśmy!
Polska pielęgniarka i położna nie będzie już dyskryminowana w Europie.

Z przyjemnością informuję Państwa, że w mojej komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów IMCO w Parlamencie Europejskim, w której mam przyjemność pracować od wielu lat, w czasie głosowania w dniu 23 stycznia br. wszystkie moje poprawki złożone i wynegocjowane z przedstawicielami innych państw członkowskich w sprawie uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych, które ukończyły przed wejściem Polski do UE w 2004 roku licea medyczne, zostały przegłosowane na TAK.

Ostateczne potwierdzenie tego faktu, mam nadzieję, będzie miało miejsce na sesji plenarnej w Strasburgu w maju br. i wtedy będzie to powód do świętowania.

Co to oznacza w praktyce?

Obecnie tylko pielęgniarki posiadające dyplomy magistra oraz licencjata uzyskane w wyniku kształcenia rozpoczętego po 1 maja 2004 r., w tym dyplomy licencjata uzyskane po tzw.



studiach pomostowych, a także pielęgniarki posiadające dyplomy licencjata uzyskane w szkołach wyższych w wyniku kształcenia rozpoczętego przed 1 maja 2004 r., mają uznawane kwalifikacje zawodowe w sposób automatyczny, bądź tak jak w drugim wspomnianym przypadku, automatycznie po wykazaniu się dodatkowo odpowiednim doświadczeniem zawodowym.

Z tego szybkiego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych nie mogą korzystać pielęgniarki, które ukończyły licea medyczne. Swoje kwalifikacje mogą uznać tylko w procedurze ogólnego systemu uznawania kwalifikacji (a więc nie automatycznie), przewidzianej dla wszystkich innych zawodów regulowanych, która jest długotrwała i złożona.

Dzięki zaproponowanym przeze mnie poprawkom pielęgniarki i położne, które ukończyły licea medyczne również będą miały uznawane kwalifikacje w sposób automatyczny, tak jak wszystkie inne pielęgniarki posiadające powyżej wymienione dyplomy, a więc na takich samych zasadach, jak wszystkie inne pielęgniarki w Unii Europejskiej.

A mówimy tutaj o niemałej grupie zawodowej, bo ponad 70% czynnych zawodowo polskich pielęgniarek to właśnie absolwentki liceów medycznych.

Podczas dyskusji wskazywałam, że specjalne dodatkowe wymogi ustalone wyłącznie dla części polskich pielęgniarek po liceach medycznych nie znajdują żadnego uzasadnienia. Wszystkie bowiem pielęgniarki w Polsce, niezależnie od formy poprzedniego czy obecnego systemu kształcenia są traktowane jednakowo i jako pielęgniarki wykonują te same czynności zawodowe, posiadają te same kompetencje i uprawnienia właściwe dla pielęgniarki opieki ogólnej, dlatego też nie mogą być w ten sposób dyskryminowane.

To, co nie udało się w 2005 roku, uda się, mam nadzieję, teraz w maju 2013 roku.

Cieszy mnie fakt, że liczne spotkania i rozmowy z posłami Parlamentu Europejskiego, z przedstawicielami Komisji Europejskiej, oraz nieustanne przedstawianie naszych postulatów na forum komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów, a także spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, przedstawicielami polskich pielęgniarek oraz z dwiema ważnymi postaciami, które od samego początku walczyły o tę sprawę, a mianowicie z panią Dorotą Gardias, wiceprzewodniczącą Forum Związków Zawodowych, była przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz panią Marią Brzezińską, ekspertem FZZ, była przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, przyniosły od lat oczekiwane rezultaty.

To ogromny sukces, bo nie tylko daje równe szanse na rynku pracy naszym polskim pielęgniarkom, ale też pokazuje, że ponad 8-letnie członkostwo Polski w Unii Europejskiej przekonało do nas pozostałe państwa członkowskie, które traktują nas jak równego partnera.

Uwzględnienie polskiego postulatu było dla mnie osobiście ogromnie ważne, ponieważ spełnia on oczekiwania naszych obywateli odnośnie do równego traktowania w pełni wykwalifikowanych pracowników na obszarze Unii Europejskiej. Wszystkie nasze pielęgniarki i położne bez wyjątku, posiadają wysokie kwalifikacje zawodowe i walczyłam właśnie o to, aby były docenione w Unii Europejskiej, i to się udało.

Kochane Panie,

zwracam się do Was z prośbą o przekazanie i udostępnienie powyższych informacji jak najszerszemu gronu Pań pielę-

gniarek i położnych.

Mam nadzieję, że sesja plenarna Parlamentu Europejskiego w maju potwierdzi te wszystkie korzyści dla polskich pielęgniarek i położnych, a o rezultacie ostatecznego głosowania poinformuję was osobiście. ■

Z wyrazami szacunku,
Małgorzata Handzlik
Poseł do Parlamentu Europejskiego

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Zwracają się do mnie panie pielęgniarki z pytaniem, dlaczego nie interweniuję w ich sprawach zawodowych. W związku z tym proszę o zamieszczenie w biuletynie informacji w sprawie działań, jakie podjęłam na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

W załączeniu przesyłam spis wystąpień poselskich (interpelacje, zapytania), z jakimi występowałam.

Byłoby miło gdyby informacje o działaniach na rzecz środowiska pielęgniarskiego dotarła do zainteresowanych.

Z nadzieją na dalszą owocną i życzliwą współpracę pozostaję

z wyrazami szacunku
Jadwiga Wiśniewska

Interpelacja 1349 w sprawie konieczności zmiany finansowania zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych przez NFZ, na przykładzie Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego dla Dzieci w Częstochowie

Interpelacja nr 1520 w sprawie planowanego ograniczenia dostępu do usług pielęgniarskich i położniczych

Interpelacja nr 4817 w sprawie sprzeciwu wobec podwyższenia wieku emerytalnego pielęgniarek i położnych

Interpelacja nr 4820 w sprawie konieczności ujednoczenia dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej we wszystkich placówkach medycznych w kraju

Interpelacja nr 4821 w sprawie nieprzestrzegania przez podmioty lecznicze obowiązujących norm w zakresie zatrudniania pielęgniarek i położnych

Interpelacja nr 4930 w sprawie poprawy dostępu do opieki pielęgniarskiej osób najczęściej chorych i niepełnosprawnych, mieszkających w domach pomocy społecznej oraz dostosowania przepisów prawa regulujących pracę pielęgniarek tam zatrudnionych do specyfiki i warunków miejsca

Zapytanie nr 2834 w sprawie podziału środków dla samorządów zawodów medycznych na pokrycie kosztów czynności przejętych od administracji państwowej w roku budżetowym 2013 ■

Przedruk z: Dziennik Gazeta Prawna, 24.10.2012r, nr 207

2013 r.: koniec wcześniejszych emerytur

Uprawnienia

Jeszcze tylko w przyszłym roku kobiety z długim stażem ubezpieczeniowym, które nie ukończyły 60 lat, będą mogły przejść na świadczenie z ZUS.

Od 2014 r. nie będzie już można starać się o wcześniejszą emeryturę pracowniczą. Obecnie zainteresowanie takimi świadczeniami jest duże. W 2011 r. aż 26,7 proc. wszystkich kobiet składających wnioski o emerytury miało od 55 do 59 lat. W praktyce oznacza to, że takich osób było 12,2 tys. z łącznej liczby 102,5 tys. ubezpieczonych, którzy po raz pierwszy złożyli wnioski. Także mężczyźni chętnie korzystali z takiej możliwości. W ubiegłym roku aż 58,7 proc. ubezpieczonych przeszło na emerytury w wieku 60 - 64 lata, czyli 33,3 tys. osób.

- Popularność wcześniejszych emerytur i wynikające z tego zagrożenie dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych spowodowało, że stało się konieczne wygaszenie uprawnień do wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej. Inaczej przyszłe pokolenia miałyby problemy ze spłaceniem obecnie zawieranych zobowiązań - wyjaśnia Agnieszka Chłoń-Domińczak, była wiceminister pracy i polityki społecznej.

I to właśnie z tych powodów w 2013 r. prawo do wcześniejszej emerytury zachowują tylko kobiety urodzone w 1953 r. Równocześnie muszą udowodnić, że do 31 grudnia 2008 r. posiadają 30-letni okres składkowy i nieskładkowy lub albo 20-letni okres, jeżeli zostały uznane za całkowicie niezdolne do pracy.

Równocześnie ubiegający się o wcześniejsze zakończenie aktywności zawodowej musi pozostawać w stosunku pracy przed zgłoszeniem wniosku o emeryturę. Chyba że przez cały wymagany do uzyskania tego świadczenia okres podlegał ubezpieczeniom społecznym z tytułu pozostawania w stosunku pracy. Warunek ten nie musi być spełniony, jeśli zainteresowani w okresie ostatnich 24 miesięcy podlegania ubezpieczeniom pozostawali w stosunku pracy przynajmniej przez 6 miesięcy. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy osoby ubiegające się o wcześniejszą emeryturę w dniu złożenia wniosku o świadczenie były uprawnione do renty z tytułu niezdolności do pracy.

- Wniosek o przyznanie wcześniejszej emerytury pracowniczej musi być jednak złożony przed ukończeniem 60 roku życia - wyjaśnia Wiesława Sadowska-Gołka, rzecznik prasowy oddziału ZUS w Radomiu.

Pragnący wcześniej zakończyć aktywność zawodową muszą uporządkować swoją przynależność do otwartego funduszu emerytalnego. Jeśli bowiem w 1999 r. zdecydowały się na oszczędzanie w II filarze, muszą złożyć wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, za pośrednictwem ZUS, na dochód budżetu państwa. Jeśli tego nie zrobią, nie dostaną wcześniejszej emerytury. ■

Bożena Wiktorowska
bozena.wiktorowska@infor.pl

Przedruk z: Dziennik Gazeta Prawna, 8-10.02.2013r, nr 28

Szpitala mogą pobierać opłaty

Dopuszczalne są odpłatności m.in. za badania diagnostyczne i porady lekarskie udzielone bez wymaganego

skierowania. Publiczne placówki nie powinny natomiast domagać się pieniędzy za wyżywienie

Obowiązkowe opłaty ponoszone przez pacjentów w szpitalach wynikają często z prawnych uregulowań. Chorzy jednak są nimi zaskoczeni. Jakie opłaty mogą pobierać publiczne placówki?

Tak naprawdę upoważnień do pobierania opłat od pacjentów w publicznych szpitalach jest wiele. Wynikają one z ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czy z ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Możliwe jest więc, na podstawie art. 44 ustawy o działalności leczniczej udzielanie świadczeń zdrowotnych za częściową, a nawet całkowitą odpłatnością, np. za badania diagnostyczne, czy porady lekarskie udzielone bez wymaganego skierowania. Dopuszczalne jest także, na podstawie art. 55 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, uzyskiwanie przez publiczne placówki środków finansowych z odpłatnej działalności leczniczej na podstawie umów cywilnoprawnych, np. zawieranych indywidualnie z pacjentami. Pomijam zupełnie możliwość pobierania opłat od osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym, a także zawieranie umów abonamentowych, np. z pracodawcą na rzecz pracowników czy umów z zakładami ubezpieczeń. Warto też przypomnieć o konieczności ponoszenia w określonych sytuacjach całkowitej lub częściowej odpłatności za transport sanitarny, a także ponoszenia przez pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych kosztów zakwaterowania i wyżywienia.

A czy dopuszczalne są opłaty na przykład za korzystanie z energii elektrycznej do prywatnych potrzeb?

Z art. 35 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wynika wprost obowiązek ponoszenia przez pacjentów kosztów realizacji niektórych z przysługujących im praw, np. prawa do kontaktów (także telefonicznych i e-mailowych) z osobami bliskimi czy prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Ten obowiązek usprawiedliwia zarówno pobieranie w szpitalach niewielkich opłat z tytułu zasilania telefonu i komputera, jak i już wyraźnie wyższych, pozwalających na pokrycie kosztów stworzenia warunków umożliwiających jednemu pacjentom sprawowanie nad nimi dodatkowej opieki bez naruszenia innym pacjentom ich prawa do intymności.

Kwestią, która wzbudza dużo kontrowersji, jest wymaganie dodatkowej opłaty za znieczulenie przy porodzie. Resort zdrowia oraz rzecznik praw pacjenta stoją na stanowisku, że takie działanie jest niezgodne z przepisami. Ale praktyka niektórych świadczeniobiorców jest inna. Czy znieczulenie może być odpłatne?

To rzeczywiście kontrowersyjny temat. Oczywiście znieczulenie uzasadnione medycznie musi być bezwzględnie nieodpłatne. I to bez względu na zastosowaną metodę, a tych przepisy wymieniają wiele. Ale z opinii wielu autorytetów medycznych wynika, że niejednokrotnie pacjentki oczekują znieczulenia wykonanego określoną metodą, do którego zastosowania nie mają jednak wskazań medycznych. Należy zauważyć, że takie wskazania medyczne do znieczulenia refundowanego przez NFZ zostały opracowane przez grupę roboczą powołaną w tym celu przez Ministerstwo Zdrowia.



Wydaje się więc, że w pozostałych przypadkach może zostać ono wykonane odpłatnie, o ile oczywiście nie ma jednocześnie przeciwwskazań do jego zastosowania. W przeciwnym razie kobieta musiałaby być pozbawiona prawa czy nawet pewnego rodzaju przywileju do znieczulenia – np. gdy ma to na celu jedynie poprawę jej subiektywnie rozumianego komfortu. A to przecież absurd.

Czy ten problem dotyczy tylko znieczuleń?

Podobne dylematy pojawiają w przypadku żądania przez pacjentów wykonania wielu innych elementów świadczenia, których zastosowanie wynika w zasadzie wyłącznie z potrzeby poczucia zwiększonego komfortu. Sądzę, że o tym, czy takie działania jest legalne, dowiemy się wkrótce, gdyż o ile mi wiadomo, niektórzy świadczeniodawcy, ukarani przez NFZ z powodu pobrania opłat w takich sytuacjach, skierowali swoje pozwy do sądu.

Czy nie należałoby tej kwestii wyraźnie doprecyzować w przepisach?

Oczywiście, że tak. Chociaż jestem przekonany, że problemu by nie było, gdyby płatnik, zamiast wmawiać, że uśredniony koszt znieczulenia został uwzględniony przy wycenie niedoszacowanej przecież procedury porodu, zdecydował się oddzielić koszt znieczulenia od kosztu porodu i osobno płacił za te oba elementy świadczenia.

Niektórzy prawnicy są zdania, że przepisy ustawy o działalności leczniczej dopuszczają pobieranie opłat za pobyt w publicznym szpitalu, w tym za wyżywienie. Pan się zgadza z tym stanowiskiem?

Znam ten pogląd, ale go nie podzielam. I nie sądzą, aby ustawodawca miał to na celu, gdyż mogłoby to w praktyce skutkować pozbawieniem ludzi biednych możliwości leczenia właśnie z powodu braku środków na wyżywienie czy zakwaterowanie. To raczej kwestia interpretacji prawniczej. Jeśli zastanawiamy się dziś nad potrzebami wyraźnego doprecyzowania niektórych przepisów, to jest to właśnie przykład prawa, które wymaga korekty. ■

Rozmawiała Dominika Sikora

Szkolenia



Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze

9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu - zapis kardiotokografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę ■

Projekt

"Innowacyjne rozwiązanie edukacyjne dla pielęgniarek i położnych" Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka

Szanowne Panie/Panowie,
Mając na względzie udział Państwa w kształtowaniu nowoczesnej edukacji medycznej, chcielibyśmy przekazać za pośre-

dnictwem biuletynu ważną informację o nowatorskim rozwiązaniu/projekcie zmieniającym istotnie standard dzisiejszej pracy pielęgniarki i położnej. To pierwszy tak zaawansowany technologicznie projekt, a zarazem bardzo prosty w użyciu.

Adresatem projektu są Pielęgniarki i Położne na co dzień edukujące pacjentów i firmy wspierające środowisko medyczne w edukacji. Obszary terapeutyczne objęte projektem w 2013 roku to: pediatria, neonatologia, diabetologia, ginekologia, dermatologia.

Projekt otrzymał pozytywne rekomendacje: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatricznych oraz Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.

1. Innowacyjność projektu polega na wykorzystaniu serwisu internetowego jako magazynu. Pielęgniarka i Położna po zalogowaniu się będzie miała dostęp do oferowanych na rynku materiałów edukacyjnych, pomocy szkoleniowych, wyrobów medycznych czy próbek produktów, oraz możliwość zamawiania ich całkowicie bezpłatnie. Dzięki temu niezależnie od miejsca zamieszkania czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach, ma stały dostęp do wiedzy, podstawowych materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, itp. Projekt ruszył od października 2012 roku.
2. Możliwość komentarzy, ocen i porównania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, co bezpośrednio wpływa na aktywizację środowiska Pielęgniarek i Położnych w celu wymiany opinii i doświadczeń – kluczowa zaleta dla rozwoju osób z różnym doświadczeniem, miejscem zamieszkania, a dodatkowo wnioski i sugestie będą przekazywane autorom materiałów w celu poprawy ich jakości – wzmocnienie roli Pielęgniarki i Położnej.
3. Sztuczna Inteligencja/BOOT wyposażony w wiedzę medyczną z różnych zakresów medycyny spełnia funkcję 24 h wsparcia pielęgniarki i/lub położnej w edukacji, aktywnie zachęca użytkowników do zapoznania się z nowościami ze świata medycyny, oferując w prosty i szybki sposób dostęp do niej. Podanie tematu lub pytanie generuje odpowiedź w formie pisemnej, werbalnej i wizualnej. Dodatkowo pełni funkcję „follow up” po konferencji czy warsztacie - w syntetyczny sposób nawiązuje do treści kluczowych i nowości „podrzucając” je użytkownikowi w formie krótkich informacji. Buduje zaangażowanie środowiska pielęgniarek i położnych we własny rozwój. Utrwala wiedzę zdobytą na szkoleniach i konferencjach. Start planowany na Q1 2013 – całkowicie bezpłatnie.
4. Platforma e-learning – umożliwiającą korzystanie z oferty szkoleniowej z certyfikacją. Start planowany na Q1 2013 - całkowicie bezpłatnie.

Instrukcja rejestracji i logowania:

1. Wejdź na adres strony www.edukacjapacjenta.pl
2. Naciśnij napis: „jeśli nie posiadasz loginu i hasła zarejestruj się”
3. Wypełnij formularz rejestracyjny
4. Otrzymasz mail lub SMS z loginem i hasłem
5. Zaloguj się i korzystaj z serwisu bez ograniczeń **BEZPŁATNIE** ■

MedPharm Careers już po raz trzynasty w Europie

Już niebawem rozpocznie się trzynasta edycja MedPharm Careers – międzynarodowych medycznych targów pracy i kariery. Dla specjalistów z branży medycznej jest to najważniejsze wydarzenie związane z rozwojem kariery zawodowej. Kolejna edycja to najlepsi pracodawcy, największe firmy medyczne oraz nauka medycznego języka angielskiego, która będzie myśłą przewodnią najbliższej edycji.

Wiosenna edycja MedPharm Careers odbędzie się w szesnastu krajach europejskich: w Portugalii, Hiszpanii, we Włoszech, Bułgarii, Rumunii, Polsce, na Słowacji, w Czechach, na Węgrzech, w Estonii, Litwie, Łotwie, Słowenii, Chorwacji, Serbii oraz Grecji. Tym, co wyróżnia MedPharm Careers spośród innych targów pracy jest obecność największych i renomowanych firm medycznych z krajów oferujących najlepsze warunki zatrudnienia. Spotkanie z nimi to dla odwiedzających jedyna możliwość bezpośredniego zapoznania się z ich ofertami pracy oraz uzyskania informacji z pierwszej ręki na temat formalności i wymagań koniecznych do podjęcia pracy w ich krajach.

Targi MedPharm Careers cieszą się ogromnym powodzeniem wśród lekarzy, zarówno wśród specjalistów posiadających już doświadczenie w pracy w placówkach medycznych, jak i absolwentów studiów medycznych poszukujących możliwości rozpoczęcia stażu podyplomowego za granicą. Eventy odwiedza także imponująca liczba pielęgniarek i pielęgniarzy planujących karierę międzynarodową. Największą popularnością wśród nich cieszą się firmy medyczne w szczególności ze Szwecji, z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Norwegii i Szwajcarii, posiadające swoich przedstawicieli na targach MedPharm Careers.

MedPharm Careers to oprócz setek ofert pracy także szereg bezpłatnych seminariów i szkoleń, przeprowadzanych przez specjalistów w dziedzinie rekrutacji w branży medycznej oraz przedstawicieli renomowanych firm medycznych przedstawiających spektrum możliwości rozwoju kariery lokalnie i za granicą. Wiosenna edycja targów będzie przebiegać pod nową myśłą przewodnią, którą będzie nauka medycznego języka angielskiego. W związku z premierą unikalnego kursu medycznego angielskiego stworzonego przez MedPharm Group – organizatora targów MedPharm Careers – w trakcie eventów odbędą się prezentacje dotyczące nowej aplikacji przygotowanej specjalnie z myślą o specjalistach z branży medycznej planujących karierę międzynarodową.

MedPharm Careers to jedyne w swoim rodzaju targi pracy zorganizowane przez profesjonalistów doskonale znających potrzeby lekarzy, pielęgniarek i innych osób związanych z medycyną. Dzięki temu obecność na nich to nie tylko możliwość znalezienia zatrudnienia i uzyskania związanych z tym informacji, ale również wyjątkowa okazja udziału w wydarzeniu niezwykle pomocnym w określeniu swojej ścieżki kariery zawodowej i związanych z nią możliwości w wielu krajach europejskich. Aby jeszcze lepiej wyjść naprzeciw potrzebom odwiedzających, organizatorzy przygotowali fachowe szkolenia związane z medycznym językiem angielskim niezbędnym do podjęcia pracy w krajach oferujących najwyższe wynagrodzenie w branży. Każdy, kto weźmie udział w trzynastej, wiosennej edycji MedPharm Careers otrzyma również bezpłatny magazyn MedPharm Careers Magazine przygotowany



z uwzględnieniem wszelkich potrzeb lekarzy i pielęgniarek zainteresowanych rozwojem swojej kariery.

Najbliższa edycja MedPharm Careers otworzy przed setkami specjalistów medycznych wiele interesujących perspektyw. Udział w targach i szkoleniach jest bezpłatny, a rejestracja można dokonać na stronie www.MedPharmJobs.com w zakładce „targi pracy”.

Protokół MOBIDERM® - element kompleksowej fizjoterapii pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

W ciągu swojej ponad kilkudziesięcioletniej historii kompleksowej terapii przeciwobrzękowej (przeciwzastoinowej), konsekwentnie i wytrwale poszukuje się metod i rozwiązań terapeutycznych pozwalających na coraz bardziej skuteczną walkę z tą przewlekłą i niezwykle uciążliwą chorobą.

Bieżąca, aktywna współpraca naukowa specjalistów z zakresu flebologii, chirurgii naczyń, limfologii, onkologii, rehabilitacji a zwłaszcza fizjoterapii, odpowiednio zaplecze naukowo-badawcze oraz najnowocześniejsze procesy technologiczne pozwoliły na opracowanie i wdrożenie niezwykle nowatorskich i skutecznych rozwiązań terapeutycznych w dziedzinie leczenia chorób żył kończyn dolnych, kompresyjnego leczenia blizn oraz leczenia obrzęków limfatycznych i pourazowych.

Najnowszą propozycją do zastosowania w terapii przeciwzastoinowej jest MOBIDERM® - specjalnie opracowany i opatentowany produkt zwiększający ruchliwość tkanek podskórnych objętych obrzękiem.

Wszystkie zamieszczone niżej informacje stanowią jedynie fragment kompleksowej fizjoterapii pacjentów z obrzękiem limfatycznym i nie powinny być traktowane jako podstawy samodzielnej metody terapeutycznej w oderwaniu od drenażu limfatycznego, ćwiczeń fizycznych i pielęgnacji skóry.

U podstaw opracowania tej metody leżały: chęć skrócenia czasu potrzebnego na znaczną redukcję obrzęku przy użyciu specjalnej metody bandażowania kończyny, potrzeba uczynienia kompresjoterapii metodą mniej uciążliwą dla pacjenta, znaczne poprawienie skuteczności bandażowania w odniesieniu do redukcji obrzęku.

Kompresjoterapia - jak powszechnie wiadomo - jest jednym z elementów wchodzących w skład kompleksowej terapii przeciwobrzękowej. Taką formę terapii realizuje się przy użyciu specjalistycznych bandaży kompresyjnych oraz specjalistycznej odzieży kompresyjnej przeznaczonej do zastosowania u pacjentów z obrzękiem limfatycznym. Kompresjoterapia jest terapią fizykalną czyli taką, która polega na dostarczeniu do organizmu określonych dawek jakichś czynników fizycznych, w tym wypadku określonego ciśnienia wyrażanego w mmHg lub kPa. Ważne jest by dostarczane z zewnątrz do kończyny objętej obrzękiem ciśnienie nie było ani za małe, ani też zbyt duże. Zbyt mały ucisk wywierany na kończynę nie przyniesie pożądanego efektu a terapia może się okazać po prostu stratą czasu. Zbyt duży ucisk natomiast niesie za sobą ryzyko wystąpienia całego szeregu powikłań (np. pęcherze surowicze na powierzchni skóry, otarcia, odparzenia, maceracja skóry, odleżyny, wyraźne miejscowe stwardnienie obrzęku czyli tzw. blizny białkowe) powodujących najczęściej konieczność nagłego zaprzestania terapii.

Tylko poprawnie stosowana – pod względem dawki i techniki – kompresjoterapia skutecznie kompensuje niewydolność układu żylnego i limfatycznego, nie wywierając wpływu na układ tętniczy. Kompresjoterapia jest więc terapią parametryczną, czyli zależną od ściśle określonej dla danego pacjenta dawki ucisku wyrażonego w mmHg (lub kPa).

Przed przystąpieniem do realizacji tej formy terapii fizykalnej jaką jest kompresjoterapia lekarz i/lub terapeuta muszą upewnić się, że nie występują u pacjenta istotne przeciwwskazania do jej zastosowania.

Kompresjoterapiaw obrzęku limfatycznym

Z uwagi na fakt, że ta forma terapii fizykalnej jaką jest kompresjoterapia, ma bezpośredni wpływ jedynie na hydrostatyczne ciśnienie śródtkankowe natomiast nie oddziałuje na ciśnienie onkotyczne (czyli ciśnienie osmotyczne koloidów białkowych), jest wielce prawdopodobne, że po przerwaniu bądź zakończeniu kompresji dojdzie do szybkiego nawrotu obrzęku. To właśnie z uwagi na powyższe uwarunkowanie jak również ze względu na trwałe, nieodwracalne i przewlekły charakter zmian w układzie limfatycznym wywołujących obrzęk limfatyczny, należy mieć pełną świadomość, że prowadzenie terapii w różnej formie będzie konieczne do końca życia.

Kompresjoterapię w leczeniu obrzęku limfatycznego możemy dość łatwo i czytelnie podzielić na trzy etapy.

Etap I, umownie nazywany też etapem profilaktyki, jest zarazem jedynym momentem w terapii obrzęku limfatycznego, gdzie można w sposób odpowiedzialny zastosować standardowe, gotowe wyroby uciskowe.

Etap II – zwany również fazą redukcji – polega na zastosowaniu kompresjoterapii z użyciem nowatorskiej metody MOBIDERM® oraz specjalnych, kalibrowanych bandaży kompresyjnych. Etap II (faza redukcji) odnosi się do terapii obrzęków limfatycznych III, IV i V stopnia wg klasyfikacji pięciostopniowej. Podstawą do rozpoczęcia terapii jest właściwe określenie stadium rozwoju obrzęku, czyli właściwa jego klasyfikacja. Od tego bowiem zależy zastosowanie odpowiedniej dla danego stopnia obrzęku dawki ucisku wyrażonej w mmHg lub kPa, a tym samym skuteczność terapii. W kompresjoterapii z użyciem metody MOBIDERM® (w odniesieniu do kończyny dolnej) zaleca się stosowanie kompresji w zakresie 30-40 mmHg w przypadku obrzęku III°, 40-50 mmHg przy obrzęku IV° oraz ok. 60 mmHg w przypadku obrzęków V°. Odpowiednio niższe poziomy ucisku stosuje się w przypadku bandażowania tą techniką kończyny górnej.

Do precyzyjnego dawkowania ucisku zgodnie z powyższymi zaleceniami, wykorzystuje się specjalne, kalibrowane specjalistyczne bandaże kompresyjne BIFLEX z opatentowanym znacznikiem kalibracyjnym.

Znaczniki kalibracyjne pozwalają terapeutce na stałą kontrolę siły naciągu bandaży, jednego z najważniejszych (oprócz ilości warstw, szerokości bandaży i obwodu kończyny w myśl prawa Laplace'a) parametrów mających wpływ na ciśnienie wywierane przez bandaże na kończynę. W każdym momencie aplikacji bandaży terapeuta dzięki znacznikom kalibracyjnym ma precyzyjną kontrolę nad jego naciąganiem, a tym samym stosując właściwą technikę bandażowania, kontroluje w równie precyzyjny sposób kompresję, czyli wywierane na obrzęk ciśnienie w mmHg lub kPa.

Zadaniem produktu MOBIDERM® jest uzyskanie - w trakcie noszenia całego opatrunku uciskowego - efektu takiego jak w trakcie manualnego drenażu limfatycznego. Temu celowi właśnie służy specjalna konstrukcja MOBIDERM'u, tak pod



względem jego budowy jak i użytych do jego produkcji surowców. Zarówno wielkość bloczków jak i gęstość otwartokomórkowej pianki poliuretanowej z której bloczki są wykonane zostały dobrane w ten sposób, by przy właściwie dobranym ucisku wywierały najlepsze oddziaływanie na trudne, nieodwracalne obrzęki. Bloczki MOBIDERM'u uwiecznione są w specjalnej, medycznej włókninie typu Sontara.

Gotowy opatrunek uciskowy w metodzie MOBIDERM® składa się z wielu warstw różnorodnych, specjalistycznych produktów takich jak MOBIDERM®, specjalne dwuwarstwowe bandaże nieelastyczne oraz bandaże kompresyjne.

Bardzo prosta budowa Mobidermu w połączeniu z jego wyjątkowymi walorami terapeutycznymi gwarantuje całkowite bezpieczeństwo długotrwałego zastosowania bezpośrednio na skórę kończyny objętej obrzękiem oraz, co najważniejsze, potwierdzoną wysoką skuteczność działania wyrażającą się istotnym skróceniem czasu potrzebnego na znaczną redukcję obrzęku. Opracowany protokół zaopatrzenia obrzęku z wykorzystaniem produktu MOBIDERM® pozwala również na znacząco dłuższe utrzymanie efektu terapii redukcyjnej.

Potwierdzona i udokumentowana bardzo wysoka skuteczność terapeutyczna produktu MOBIDERM® skłoniła nas do opracowania, unikalnej, nowatorskiej odzieży kompresyjnej na miarę (rękawy z mitenką, pończochy i podkolanówki) z wbudowanym Mobidermem. Odzież taką produkuje się jedynie na miarę i zaleca się do stosowania w ciągu nocy i w trakcie snu w ciągu dnia. Indywidualnie dopasowane wymiary tej odzieży, specjalnie dobrany do warunków snu poziom kompresji w połączeniu z wysoką skutecznością MOBIDERM'u sprawiają, że efektywna terapia redukcyjna, czyli aktywna walka z obrzękiem, jest kontynuowana również w fazie stabilizacji. Efektem takiego działania – przy regularnym stosowaniu odzieży MOBIDERM® - jest bardzo dobre i bardzo długie utrwalenie efektów uzyskanych w fazie redukcji.

Zbierane od chwili wprowadzenia produktu MOBIDERM® dane potwierdzające jego bardzo dużą efektywność terapeutyczną, przy jednoczesnym wyraźnym skróceniu czasu potrzebnego na uzyskanie satysfakcjonującego efektu terapii oraz bardzo znaczne poprawienie komfortu pacjenta w trakcie noszenia opatrunku uciskowego sprawiają, że proponowana przez firmę THUASNE koncepcja leczenia obrzęków z wykorzystaniem produktu MOBIDERM® stanowi swoisty przełom i zarazem postęp w tej dziedzinie. ■

Sławomir Pyszniak M.D., Eng.D.
Konsultant Medyczny
Ekspert kampanii informacyjnej „Życie po mastektomii”

PODZIĘKOWANIA

Składam serdeczne podziękowania i wyrazy wdzięczności za okazaną troskę i fachową pomoc medyczną oraz wsparcie w czasie ciężkiej choroby mojego męża:

Dyrekcji ZOZ w Kłobucku,
Panu Ordynatorowi Oddziału Chorób Wewnętrznych
w Kłobucku
całemu zespołowi pielęgniarskiemu i lekarskiemu
oraz wszystkim, którzy wspierali mnie w tych trudnych
chwilach.
Pielęgniarka Monika Grot. ■

**Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP
w Częstochowie i firma „SPHINX” Biuro
Konsultingowe w Częstochowie zapraszają na**

II. Regionalną Konferencję Naukową

„Współczesna anestezjologia i intensywna terapia. Diagnostyka w intensywnej terapii”

11. – 12. kwietnia 2013 Częstochowa
II. komunikat

Miejsce obrad:
Centrum Kongresowe Akademii Polonijnej
Częstochowa, ul. Pułaskiego 4/6

Szczegółowe informacje na temat programu i warunków uczestnictwa na stronie:

www.sphinx-konsulting.pl

Zapraszamy do wzięcia udziału ■

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
zaprasza na
Konferencję Szkoleniową

„ODPOWIEDZIALNOŚĆ W WYKONYWANIU ZAWODU PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ”

Częstochowa, 16 maja 2013 roku.

Z przyjemnością informujemy Państwa, iż organizujemy Konferencję Szkoleniową „ODPOWIEDZIALNOŚĆ W WYKONYWANIU ZAWODU PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ” Konferencja odbędzie się w sali sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy, ul. Śląska 11/13, w dniu 16 maja 2013r. w godz. 9.00-15.00

Wszyscy uczestnicy Konferencji otrzymają certyfikaty uczestnictwa.

Będziemy zaszczytzeni Państwa obecnością. Dołożymy wszelkich starań, aby spotkanie dostarczyło wielu nowych informacji na temat zagadnień prawnych i odpowiedzialności w wykonywaniu zawodu.

Postaramy się, aby spotkanie przebiegało w miłej i sympatycznej atmosferze.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konferencji.

Udział w Konferencji jest bezpłatny

Prosimy o jak najszybsze nadsyłanie zgłoszeń na Konferencję /do 06.05.2013/, gdyż liczba miejsc jest ograniczona.

Szczegółowy program konferencji i karta zgłoszenia znajdują się na stronie OIPIP w Częstochowie.

Serdecznie zapraszamy! ■

Badanie elektrofizjologiczne i Ablacja arytmii - Informacja dla pacjenta -

INFORMACJE PODSTAWOWE

Badanie elektrofizjologiczne jest inwazyjnym badaniem serca, wykonywanym w celu dokładnego rozpoznania rodzaju arytmii, na które cierpi pacjent. Dzięki temu możliwy będzie właściwy wybór sposobu leczenia – np. leczenie za pomocą leków, implantacja rozrusznika serca lub kardiowertera – defibrylatora serca, albo też wykonanie zabiegu ablacji.

BADANIE ELEKTROFIZJOLOGICZNE

Badanie elektrofizjologiczne przeprowadzane jest na specjalnej sali diagnostyczno - zabiegowej. Po wejściu na salę pacjent jest podłączany do szeregu urządzeń kontrolujących pracę serca i ciśnienie krwi. Okolice pachwin zostaną zdezynfekowane i przykryte jałowymi serwetami. Lekarz znieczula te miejsca, a następnie wprowadza do żył - czasami tętnicy – tzw. koszulki naczyniowe. Następnie przez koszulki te wprowadzane są specjalne cewniki - elektrody odbierające sygnały elektryczne, które pod kontrolą RTG są umieszczane w określonych miejscach w sercu. Przez elektrody analizowane są miejsca powstawania i przewodzenie prawidłowego rytmu serca oraz arytmii. Poprzez stymulację serca i odbieranie sygnałów z różnych części serca poznawane są miejsca wywołujące lub podtrzymujące arytmie. Ta część diagnostyczna nazywa się badaniem elektrofizjologicznym.

ABLACJA ELEKTRYCZNA

Po zbadaniu prawidłowych i nieprawidłowych właściwości powstawania i przewodzenia sygnałów elektrycznych w sercu określone są wskazania do zabiegu ablacji elektrycznej. Koniec jednej z elektrod w sercu umieszcza się w miejscu odpowiedzialnym za arytmie i rozgrzewa przy pomocy impulsu elektrycznego do temperatury około 60°C aby trwale „wypalić” ogniska wywołujące arytmie. Powoduje to powstanie małej blizny, która likwiduje arytmie serca, co nazywa się ablacją arytmii. Zabieg ten jest zabiegiem leczniczym o wysokiej skuteczności, lecz zdarza się, że arytmia powraca. Jeżeli leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne, można powtórzyć ablację. Zabieg wiąże się z kilkudniowym pobytem w szpitalu.

WSKAZANIA DO ZABIEGU

Wskazaniem do badania elektrofizjologicznego i zabiegu ablacji są najczęściej arytmie niepoddające się leczeniu lekami, grożące istotnymi powikłaniami. Są źle tolerowane przez chorych i wywołują ograniczenie aktywności życiowej oraz częste hospitalizacje związane z arytmiami. Szczegółowe wskazanie do zabiegu podaje lekarz. Leczenie metodą ablacji jest najbardziej skuteczną i zalecaną przez standardy metodą leczenia wielu arytmii serca. W niektórych rodzajach arytmii zabieg ablacji jest jedynym lub najbezpieczniejszym sposobem jej leczenia, gdyż stosowanie leków może prowadzić do groźniejszych następstw i powikłań (np. innych arytmii, omdleń, zbyt wolnej pracy serca). Zabieg ablacji jest zabiegiem zalecanym w pierwszej kolejności w większości arytmii przedsionkowych i części arytmii komorowych przez standardy Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Konsultacje przed zabiegiem i zabiegi ablacji są wykonywane przez NZOZ nieodpłatnie w ramach kontraktu z NFZ. W związku z tym chory nie ponosi żadnych dodatkowych opłat za konsultację przedzabiegową, hospitalizację i zabieg. Konsultacje przedzabiegowe i zabiegi elektrofizjologiczne w oddziale kardiologii NZOZ wykonywane są planowo, u pełnoletnich

chorych z aktualnym dowodem ubezpieczenia i po przestaniu zgłoszenia przez ośrodek kierujący.

SKUTECZNOŚĆ ZABIEGU ABLACJI

Skuteczność zabiegu zależy od rodzaju arytmii i lokalizacji miejsca odpowiedzialnego za arytmie. Zwykle skuteczność ablacji wynosi od 70% w skomplikowanych arytmii komorowych, 90% u chorych częstoskurczami komorowymi bez dodatkowej choroby serca, 90% w trzepotaniu przedsionków, >95% częstoskurczu węzłowym do 98-100% przy ablacji całkowitej łączy przedsionkowo-komorowego. W zespole WPW skuteczność zależy od lokalizacji drogi dodatkowej i wynosi 80-95%. U kilku procent chorych ablację należy wykonać ponownie z powodu braku skuteczności lub możliwości wykonania pierwszej ablacji oraz nawrotu arytmii po skutecznym zabiegu ablacji (stąd należy prowadzić regularne kontrole w 1, 6 i 12-miesiącu od zabiegu ablacji)

MOŻLIWE POWIKŁANIA ABLACJI ELEKTRYCZNEJ

Najczęściej spotykanym powikłaniem jest drobny krwiak w miejscu wprowadzenia cewnika do naczynia (siniak, krwiak). Inne groźne dla zdrowia i życia powikłania występują bardzo rzadko. Są nimi: uszkodzenie serca lub naczyń, zatory, zakrzepica żylna, infekcja, niedokrwienie serca, uszkodzenie zastawek, perforacja serca, wytworzenie bloku przedsionkowo – komorowego z koniecznością wszczęcia stymulatora serca. Częstość wystąpienia najgroźniejszych powikłań sięga przy ablacji zespołu WPW (jedna z groźnych dla życia arytmii serca) do 0,2%. W niektórych rodzajach arytmii (przegrodowa lokalizacja drogi dodatkowej w zespole WPW i częstoskurcz węzłowy) istnieje 0,5-1% ryzyko wystąpienia zaburzeń przewodzenia w sercu. Dawka promieniowania rentgenowskiego jest minimalna i niezwiązana z dodatkowym ryzykiem (w niektórych przypadkach zabieg jest wykonywany nawet u kobiet ciężarnych i u dzieci).

PRZYJĘCIE DO SZPITALA

Przed zabiegiem zostanie ustalony z chorym tryb przygotowania podczas konsultacji.

O ile lekarz nie zaleci inaczej na 2 dni przed zabiegiem należy odstawić leki antyarytmiczne. Przed zabiegiem odstawiane są leki rozrzedzające krew takie jak acenocumarol, sintrom lub heparyna. Chory zgłasza się na czczo, z aktualnymi badaniami (morfologia, grupa krwi, APTT, INR, Na, K) i skierowaniem od lekarza, do oddziału kardiologii mieszczącego się w danym szpitalu. Niezbędne jest zabranie przez chorego pełnej, dotychczasowej dokumentacji medycznej i listy przewlekłe stosowanych leków. W przypadku zmiany terminu zgłoszenia się do szpitala lub przypadków losowych uniemożliwiających zgłoszenie się chorego do szpitala należy poinformować o tym telefonicznie.

OPIS PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO BADANIA ELEKTROFIZJOLOGICZNEGO I ABLACJI

Jak przed każdym zabiegiem inwazyjnym chory podpisuje zgodę na wykonanie badania elektrofizjologicznego i zabiegu ablacji. Przed badaniem należy wygolić prawą pachwinę 10 cm powyżej i poniżej bruzdy pachwinowej. Zabieg wykonuje się na czczo, w znieczuleniu miejscowym. Zabieg jest wykonywany przez 2-3 lekarzy, technikę i pielęgniarkę w pracowni elektrofizjologii. Chory do badania układa się na specjalnym stole w pozycji na wznak, jest rozbrany i przykryty prześcieradłem. Miejsce nakłucia naczynia jest najpierw dezynfekowane, a następnie znieczulane miejscowo, podskórnym podaniem leku znieczulającego (np. lignocainy). Do zabiegu najczęściej nakłuwana się żyła (niekiedy tętnica) udową

w okolicy pachwiny. Do naczynia wprowadza się specjalne koszulki żyłne (jest to specjalny rodzaj wenflonu z zastawką długości ok. 11 cm, umożliwiającą przesuwaniem cewników (przewody grubości 3 mm z elektrodami odbierającymi zapis EKG z wnętrza serca), którymi wykonuje się badanie. Cewniki przesuwane są przez żyłę do jam serca, skąd dokonywany jest zapis EKG. Ruchy cewnika w naczyniach i jamach serca są kontrolowane na ekranie monitora (okresowo przez ciało badanego przepuszcza się wiązkę promieni rentgenowskich). Zabieg ablacji poprzedzony jest bezpośrednio stymulacją serca nazywaną badaniem elektrofizjologicznym serca. Zapisy EKG i położenie cewników serca są jednocześnie analizowane przez lekarzy na monitorze i zapisywane w pamięci komputera. W wybrane miejsce z zakończenia jednego cewnika przepływa prąd elektryczny (aplikacja) powodujący powstanie ciepła i wytworzenie kilkumilimetrowej blizny. W zależności od rodzaju arytmii wykonuje się od jednej do kilkunastu aplikacji prądu. Aplikacja prądu u około 25% chorych powoduje ból, który znosi podanie dożylnych leków przeciwbólowych. U większości chorych aplikacja prądu jest odczuwana jedynie jako ciepło i pieczenie w klatce piersiowej. Po zabiegu sprawdzana jest skuteczność zabiegu stymulacją serca, następnie wyjmowane są cewniki i koszulki naczyniowe. Nakłutą żyłę i/lub tętnicę uciska się aż do ustania krwawienia. Na miejsce nakłucia naczynia zakładany jest opatrunek. W zależności od rodzaju arytmii zabieg trwa od 1 do 5 godzin, najczęściej 2,5 godziny.

OPIEKA PO ZABIEGU

Po założeniu opatrunku pacjent odwożony jest na wózek leżącym na oddział szpitalny. Przez co najmniej 6 godzin powinien pozostawać w pozycji leżącej bez zginania prawej nogi. Służy to prawidłowemu zagojeniu się miejsca nakłucia żyły w okolicy pachwiny. W tym czasie może już zjeść lekkostrawny posiłek i spotkać się z rodziną. W 6 godzinie od zakończenia badania (lub w 6 godzinie od zdjęcia ucisku z miejsca nakłucia naczynia), chory może zacząć chodzić. Zwykle po 12-18 godzinach od zabiegu chory opuszcza szpital, a po 7 dniach może wrócić do pełnej aktywności.

KONTROLA I KONSULTACJE PO WYPISIE

Po 4 tygodniach od zabiegu ablacji rutynowo wykonuje się badanie metodą Holtera i EKG. Wyniki tych badań służą do podsumowania stanu chorego i określenia odległej skuteczności zabiegu ablacji oraz wskazań do dalszego leczenia (lub jedynie kontroli przy wyleczeniu arytmii). Konsultacja po 4 tygodniach, 6 i 12 miesiącach od ablacji powinna być przeprowadzona w rejonowej poradni kardiologicznej lub przez lekarza zgłaszającego chorego do zabiegu. Informacja o skuteczności zabiegu powinna być przekazana do ośrodka wykonującego zabieg. W niektórych przypadkach dalsza opieka nad chorym i dodatkowe konsultacje mogą być prowadzone ze strony lekarzy wykonujących zabieg. ■

Agnieszka Domagała

Literatura u autora

Znieczulanie ciężarnej, fizjologia ciąży

Fizjologia ciąży

Zmiany fizjologiczne zachodzące w czasie ciąży są niezwykle ważne dla opieki nad ciężarną. Dzięki znajomości procesów adaptacyjnych zachodzących w organizmie matki podczas

ciąży można kontrolować jej reakcje fizjologiczne na znieczulenie ogólne lub regionalne pod kątem najlepszego stanu dziecka po urodzeniu.

Zmiany fizjologiczne w czasie ciąży mają większe nasilenie w przypadku ciąży mnogiej.

Zmiany hematologiczne i hemodynamiczne

W czasie ciąży następuje wzrost objętości krwi z 60-65 do 80-85 ml/kg m.c. Jest spowodowany głównie przyrostem objętości osocza, który następuje krótko po zapłodnieniu i zagnieżdzeniu się zarodka i jest największy w 30-32 tygodniu ciąży. Objętość krwinek czerwonych rośnie linearnie.

Stężenie Hb spada z 14 do 12 g/dl, w wyniku czego spada też wartość hematokrytu. Zmniejsza się też odporność komórkowa.

Wzrostowi objętości krwi towarzyszy wzrost rzutu serca o około 1,5 l/min przez pierwsze 10-12 tygodni ciąży. Do trzeciego trymestru rzut serca wzrasta o około 44% jako wynik wzrostu tętna i objętości wyrzutowej. Mimo tego nie ma wzrostu ciśnienia na skutek działania progesteronu, który działa rozkurczająco na mięśniówkę gładką tętniczek i żył. Następuje spadek oporu ogólnoustrojowego (21%) i płucnego (34%). Pozwalają one transportować zwiększoną objętość krwi bez wzrostu ciśnienia w naczyniach.

Mimo wzrostu objętości wyrzutowej serca ciśnienie zaklinowania nie wzrasta z powodu rozszerzenia lewej komory.

Tabela 1: Zmiany hematologiczne związane z ciążą

Zmienna	nieciążarna	ciążarna
Hemoglobina	14g/dl	12g/dl
Hematokryt	0,40-0,42	0,31-0,34
Liczba krwinek czerwonych	$4,2 \cdot 10^{12}/l$	$3,8 \cdot 10^{12}/l$
Liczba krwinek białych	$6,0 \cdot 10^9/l$	$9,0 \cdot 10^9/l$
Wskaźnik sedymentacji erytrocytów	10	58-68

Zespół aortalno-żylny (ACS) to ucisk przez macicę żyły głównej dolnej i aorty. Występuje po 28 tygodniu ciąży. Pod koniec ciąży u 90% kobiet ułożonych na plecach dochodzi do prawie całkowitego zamknięcia światła żyły. Ucisk macicy na brzuszny odcinek aorty występuje u wszystkich kobiet ułożonych na plecach w III trymestrze ciąży. Konsekwencje hemodynamiczne dotyczą przede wszystkim płodu. Ciśnienie tętnicze u matki pozostaje prawidłowe.

Każdy rodzaj znieczulenia zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zespołu ACS i nasila jego objawy. Profilaktyka zespołu ACS jest bardzo prosta. Macicę można odsunąć od dużych naczyń przez pochylenie stołu operacyjnego o 15 stopni na lewo albo przez podłożenie klina pod prawe biodro.

Zmiany w układzie oddechowym

W funkcji układu oddechowego zachodzą poważne zmiany także w wyniku działania progesteronu. Następuje rozszerzenie dróg oddechowych i zmniejszenie oporu dla przepływu powietrza w drogach oddechowych. Zwiększa się objętość oddechowa (między 10 a 12 tygodniem ciąży) i minutowa objętość oddechowa (do 50%).

Czynnościowa pojemność zalegająca (FRC) zmniejsza się blisko terminu porodu o około 300ml z powodu powiększającej się macicy. Objętość zalegająca także zmniejsza się o 20-30%. To znaczące zmniejszenie w połączeniu ze zwiększeniem objętości oddechowej powoduje mieszanie się wraz z każdym oddechem stosunkowo dużej objętości mieszaniny odde-



Tabela 2: Zmiany funkcji układu oddechowego podczas ciąży

Zmienna	Nieciążarna	Ciężarna
Objętość oddechowa	450ml	650ml
Częstość oddechów	16/min	16/min
Objętość życiowa	3200ml	3200ml
Zapasowa objętość oddechowa	2050ml	2050ml
Zapasowa objętość oddechowa ↓	700ml	500ml
Czynnościowa pojemność zalegająca ↓	1600ml	1300ml
Objętość zalegająca ↓	1000ml	800ml
PaO ₂ niewielki ↑	11,3 kPa	12,3 kPa
PaCO ₂ ↓	4,7-5,3 kPa	4 kPa
PH niewielki ↑	7,40	7,44

PaO₂ – tętnicza prężność tlenu; PaCO₂ – tętnicza prężność PaCO₂

chowej z niewielką objętością gazów pozostającą w płucach. Skład gazu pęcherzykowego może zmieniać się bardzo gwałtownie. Indukcja znieczulenia wziewnego jest szybka, lecz także szybko następuje pęcherzykowa i tętnicza hipoksja postępująca bardzo gwałtownie w razie bezdechu lub niedrożności dróg oddechowych.

Zużycie tlenu wzrasta stopniowo od 200-250ml/min blisko okresu porodu do 500ml/min w czasie porodu. Wytwarzanie CO₂ zmienia się proporcjonalnie do zużycia tlenu. Blisko okresu porodu bezdech skutkuje gwałtowną desaturacją.

Tabela 3: Fizjologiczne zmiany w czasie ciąży wpływające na ryzyko hipoksemii

Obrzęk górnych dróg oddechowych zwłaszcza w stanie przedrzucawkowym
Powiększenie języka i nagłośni
Powiększenie piersi mogące utrudniać manewrowanie laryngoskopem
Zwiększone zużycie tlenu
Ograniczenie ruchomości przepony zmniejszające FRC (czynnościową pojemność zalegającą)

Czynniki te powodują większą trudność w uwidocznieniu krtani oraz wzrost częstości sytuacji w których występuje hipoksja u pacjentki nieoddychającej. Częstość występowania trudnej intubacji ciężarnej wynosi ok. 1 na 300 przypadków w porównaniu do 1 na 2200 dla reszty populacji.

Zmiany w układzie pokarmowym

Wynikają one z wpływu progesteronu na mięśnie gładkie. Zmniejszenie napięcia dolnego zwieracza przełyku pojawia się zanim ujawni się wpływ powiększającej się macicy (wzrost ciśnienia wewnętrznego żołądka i zniesienie kąta żołądkowo-przełykowego).

Łożyskowa gastryna zwiększa zakwaszenie treści żołądkowej. W połączeniu ze zmianą napięcia zwieracza przełyku powoduje to zwiększenie ryzyka regurgitacji i zachłyśnięcia kwaśną treścią żołądkową.

Ból, lęk, stosowanie leków opioidowych (włączając także drogę zewnątrzoponową lub podpajęczynówkową) zwiększa zastój treści w żołądku. Wiąże się z tym ryzyko regurgitacji kwaśnej treści żołądkowej do 18 godzin po porodzie.

Znieczulenie ogólne

Znieczulenie ogólne ciężarnej szesnastokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłania śmiertelnego w stosunku do znieczulenia regionalnego.

Wykonanie znieczulenia ogólnego jest jednak konieczne w następujących przypadkach:

- ciężki stan dziecka lub krwotok u matki
- jeżeli istnieją przeciwwskazania do znieczulenia regionalnego (koagulopatia, zakażenie skóry w okolicy lędźwiowo-krzyżowej)

- w przypadku odmowy pacjentki na wykonanie znieczulenia regionalnego

Głównym ryzykiem jest zachłyśnięcie się kwaśną treścią żołądkową, które powoduje chemiczne zapalenie płuc. Aby zminimalizować to zagrożenie należy zastosować profilaktykę zachłyśnięcia.

W celu zmniejszenia pH treści żołądkowej stosuje się rutynowo różne metody np. podawanie Ranitydyny i Metoclopramidu dożylnie lub doustnie w zależności od nagłości sytuacji.

Żaden ze środków prewencji nie jest całkowicie pewny. Szybka intubacja z rękoczymem Sellicka pozostaje jedynym sposobem postępowania podczas wprowadzenia do znieczulenia ogólnego.

Tabela 4: Obowiązkowe wyposażenie stanowiska anestezjologicznego na oddziale położniczym

Dwa laryngoskopy Macintosh (jeden standardowy, drugi z długą łyżką)

Laryngoskop z krótką łyżką lub z łyżką "Polio"

Prowadnica bougie

Szeroki wybór różnych rozmiarów rurek intubacyjnych

Różne rurki ustno-gardłowe i nosowo-gardłowe

Maska krtaniowa o rozmiarze 3

Zestaw do przezskórnej konikotomii (np. Quick-trach)

Znieczulenie regionalne

Znieczulenie regionalne jest techniką z wyboru dla efektywnego cięcia cesarskiego.

Większość kobiet u których planowane jest cięcie cesarskie pragnie zachować świadomość w czasie przyjścia dziecka na świat. Przyszła matka powinna być poinformowana o możliwości wystąpienia hipotensji, a w związku z tym nudności i wymiotów, popunkcyjnego bólu głowy i możliwości wystąpienia niepełnej, niesasyfikującej blokady.

Polecane techniki znieczulenia regionalnego obejmują:

- znieczulenie podpajęczynówkowe
- znieczulenie zewnątrzoponowe
- znieczulenie kombinowane (podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowe)

Przełożyskowy transport leków

Bariera pomiędzy krwią matki i dziecka jest pojedynczą warstwą kosmówki połączonej z płodowym śródbłonkiem. Jej pole powierzchni jest znacznie zwiększone w wyniku obecności kosmków. Przełożyskowy transfer leków następuje dzięki biernej dyfuzji przez błony komórkowe, które są lipofilne. W błonach tych są kanały, które pozwalają transportować cząstki hydrofilne. Dlatego leki przechodzą przez łożysko dzięki prostej dyfuzji jako niezjonizowane lipofilne cząsteczki.

Na przełożyskowy transport leków wpływa ich:

- rozpuszczalność w tłuszczach
- stopień jonizacji
- stopień związania z białkami
- dawka
- sposób podawania
- stopień wchłaniania
- dystrybucja
- metabolizm

Odczyn pH matki zmienia jonizację leków częściowo zjonizowanych. Matczyno-płodowy gradient pH wpływa także na transfer. Stopień jonizacji leków kwaśnych jest większy po stronie matki i niższy po stronie płodu. Sytuacja ta ma istotne znaczenie w przypadku podstawowych leków.



Wpływ leków na noworodka

Anestetyki wziewne dyfundują łatwo. Jeżeli czas pomiędzy indukcją znieczulenia a wydobyciem dziecka jest krótki, ich wpływ na noworodka jest niewielki. Eliminacja ich u noworodka zależy od wentylacji.

Leki zwiotczające są w pełni zjonizowane i przenikają przez łożysko bardzo powoli.

Osiągają bardzo niewielkie stężenie u płodu. Jedynie przedłużone podawanie środków zwiotczających, tj. w warunkach OIT może doprowadzić do zwiotczenia noworodka. Pojedyncze dawki Sukcynocholiny są bezpieczne.

Thiopental jest wysokorozpuszczalnym w tłuszczach, lekko kwaśnym lekiem wiążącym się w 75% z białkami i zjonizowanym w mniej niż 50% w fizjologicznych warunkach. Przenika przez łożysko gwałtownie. Jego stężenie w żyłach pępowinowej jest podobne do szybko zmieniającego się stężenia we krwi matki. Stężenie w osoczu płodu zwiększa się przez około 40 minut po podaniu jednej dawki. Dawki Thiopentalu większe niż 8mg/kg m.c. wywołują depresję u noworodka. Natomiast dawki mniejsze niż 4mg/kg m.c. nie powodują znaczącego wpływu na noworodka jeżeli od indukcji do wydobycia dziecka upływa nie więcej niż 5 minut.

Może wywołać obniżenie napięcia mięśniowego, obniżenie żywności i dominujący stan snu w pierwszej dobie życia.

Diazepam – jest groźnym środkiem, który wiąże się z albuminami. Może wywołać depresję oddechową, hipotonię, zaburzenia termoregulacji i hiperbilirubinemię u dziecka.

Fentanyl jest dobrze rozpuszczalny w tłuszczach i wiąże się z białkami. Gwałtownie przechodzi przez łożysko. Po dożylnym podaniu fentanylu wartości Apgar u dziecka są niskie.

Midazolam – rozpuszczalna w wodzie benzodiazepina cechuje się minimalnym wplywem na układ krążenia matki i płodu.

Ketamina – jako jedyny anestetyk podana dożylnie zwiększa przepływ macicznie-łożyskowy. Jest stosowana u pacjentek z hipowolemią.

N₂O – podtlenek azotu. W mieszaninie z tlenem należy do najpopularniejszych środków anestezji położniczej.

Kontakt pielęgniarki anestezjologicznej z położnicą jest krótki. Najważniejsze jest zapewnienie przyszłej matce spokoju i bezpieczeństwa poprzez fachowe wyjaśnienie procedur wykonywanych w trakcie znieczulenia.

Zabezpieczenie stanowiska w niezbędny sprzęt, monitoring oraz zestaw leków do znieczulenia ogólnego w przypadku niepowodzenia zastosowania znieczulenia regionalnego jest konieczne dla powodzenia cięcia cesarskiego. ■

Małgorzata Koprowska

Literatura u autora

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedną odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Ważnym celem przeprowadzania oceny wykonanych zadań przez podległy personel jest /są

- A, popieranie prawidłowych zachowań oraz skłanianie do poprawy przy słabej jakości,
- B. zapewnienie, by podejmowane w przyszłości działania, obejmujące awansowanie lub kroki dyscyplinujące, mogły być uzasadnione,
- C. tworzenie podstaw dla podjęcia natychmiastowych działań szkoleniowych oraz dla przyszłych szkoleń i doskonalenia potencjału pracowniczego,
- D, wszystkie wymienione.

Zadanie 2.

Popularyzowana powszechnie koncepcja zdrowia publicznego zakłada podejmowanie zintegrowanych wysiłków:

- A. państwa f społeczności lokalnej i jednostki,
- B. wyłącznie państwa,
- C. zawodowej kadry medycznej, D. organizacji samorządowych.

Zadanie 3.

Znajdź twierdzenie fałszywe .Wywiad rodzinny :

- A. jest niezbędny do uzyskania pełnego obrazu stanu zdrowia pacjenta,
- B. jest to pozyskiwanie informacji od rodziny chorego,
- C. jest przeprowadzany w celu określenia ryzyka chorób genetycznych,
- D. służy do wyłonienia i ewentualnego leczenia nosicieli nieprawidłowych genów.

Zadanie 4.

W przypadku choroby Gravesa - Basedowa możemy zaobserwować następujące objawy :

- A. rzadkie mruganie,
- B. nienadążanie powieki górnej za ruchem gałki ocznej w dół,
- C. nienadążanie gałki ocznej za powieką, przy skierowaniu spojrzenia w górę,
- D. wszystkie wymienione.

Zadanie 5.

Badanie odruchu rogówkowego polega na :

- A. oglądaniu rogówki przy pomocy oftalmoskopu,
- B. zasłonięciu jednego oka i badaniu drugiego oka,

BiRaKo®

DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

NOWOŚĆ!!!

PAPIER DO DRUKAREK W FORMACIE RECEPT LEKARSKICH

- CZYSTY

OFERUJEMY REKUSY* DO DRUKAREK LASEROWYCH (CZyste i z nadrukiem) i do drukarek igłowych

*(WZÓR OBOWIĄZUJĄCY OD STYCZNIA 2013)



- C. dotknięciu jałowym skrawkiem gazika rogówki,
D. ocenie czucia temperatury.

Zadanie 6.

Przyczyną obrzęków uogólnionych może być :

- A. niewydolność serca,
B. niedobór białka w pożywieniu,
C. niedobór witamin BI i K,
D. wszystkie wymienione.

Zadanie 7.

Pacjent - lat 65 - podając w wywiadzie, że od pewnego czasu odczuwa ból „w krzyżu „ przy pochylaniu się oraz bóle łydek podczas dłuższych spacerów. Uwagę zwraca także ochłodzenie kończyn dolnych. U pacjenta należy zbadać tętno na tętnicach:

- A. udowych i grzbietowych stóp,
B. podkolanowych i piszczelowych tylnych,
C. podkolanowych i piszczelowych przednich,
D. odpowiedzi A i B są prawidłowe.

Zadanie 8.

Znajdź twierdzenie FAŁSZYWE. Ketonurię możemy obserwować:

- A. w cukrzycy,
B. w głodzeniu,
C. podczas uporczywych wymiotów,
D. podczas menstruacji.

Zadanie 9.

Do przychodni zgłosiła się 59-letnia pacjentka, która wybrała u siebie guzek w prawej piersi. Badaniu należy poddać przede wszystkim węzły chłonne :

- A. pachowe i nadobojczykowe,
B. położone w mięśni piersiowym i nadobojczykowe,
C. pachowe i położone w mięśni piersiowym,
D. pachowe szyjne.

Zadanie 10.

Zapalenie ucha środkowego możemy rozpoznać , gdy reakcję bólową wywoła:

- A. ucisk na przeciwskrawek małżowiny,
B. ucisk za małżowiną,
C. poruszanie małżowiną,
D. próba Webera.

Konferencja dla położnych i pielęgniarek „KOBIETA W ZDROWIU I CHOROBIIE”

10.05.2013 godz. 09.00

Sala Konferencyjna Instytutu Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie ul. Mickiewicza 8

Wykładowcy:

- 1) mgr Elżbieta Kaden terapeutka biofeedback, zajmując się rehabilitacją i terapią zachowawczą kobiet z dysfunkcjami w obrębie miednicy mniejszej, prowadzi Poradnię Uroginekologiczną w C.M. "Żelazna" Sp. z O.O. (dawniej Szp. Specj. św. Zofii w W-wie), wykładowcą akredytowanych szkoleń dla położnych w KAD-medica i gościnnie na WUM, oraz w Fundacji Rodzić po Ludzku „Rehabilitacja poporodowa jako profilaktyka powikłań - rola położnej”
- 2) mgr Elżbieta Kaden „Reedukacja mięśni dna miednicy metodą standardem w leczeniu NM i POP”
- 3) specjalista ginekolog-położnik Jerzy Przybycień „Niepłodność-etiologia, diagnostyka, leczenie”
- 4) Maria Kołodziejczyk, psycholog, trener biznesu, wykładowca w wielu instytucjach tematyki z zakresu psychologii pre- i perinatalnej, kontaktu interpersonalnego. "Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym."
- 5) Magdalena Daraż-Gogół, Coach ICI - trener biznesu i rozwoju osobistego. „Psychoprofilaktyka syndromu wypalenia zawodowego.”

Koszt konferencji: 50,-zł

Wpłata wyłącznie do dnia 20.04.2013:

na konto Polskie Towarzystwo Położnych w Tarnowie, z dopiskiem nazwiska uczestnika,
Credit Agricole, Krakowska 11, nr konta: 65 1940 1076 5157 0105 0000 0000

Ilość miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń wraz z równoczesną wpłatą.

Nie przyjmujemy rezerwacji ani zgłoszeń telefonicznych.

Zgłoszenia proszę przysyłać mailem na adres:

polozna_tarnow@tlen.pl

W karcie zgłoszenia należy koniecznie podać adres mailowy, na który zostanie wysłany program konferencji.

Tel. w sprawie informacji – 505 034 910 Elżbieta Skrzyniarz

Nowości zakupione do zbiorów Biblioteki OIPIP w Częstochowie

1.	Leczenie ran przewlekłych	Maria Szewczyk, Arkadiusz Jawień	702, 703 , 704
2.	Pielęgniarstwo ratunkowe	Maria Kózka, Barbara Rumian, Marek Maślanka	705 , 706 , 707 , 708 , 709
3.	Przewlekłe chory w domu	Dorota Czajka, Beata Czekąła	710, 711 .,712
4.	Rehabilitacja w chorobach dzieci i młodzieży	Iwona Maciąg-Tymecka	713, 714, 715
5.	Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu	Grażyna Cepuch, Mieczysława Perek	716, 717, 718 ,719, 720
6.	Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa	Jerzy Windyga	721, 722



*„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią się im płaci”*

Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy rodzinie zmarłej
Pielęgniarki

Teresy Kuchenbecker

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie



Żyje ten, kto pozostaje w sercach bliskich

Łączymy się w bólu z rodziną jak również sami
ubolewamy w związku ze stratą koleżanki

Teresa Kuchenbecker

lat 57 - pielęgniarka oddziałowa w Oddziale
Leczenia Zaburzeń Afektywnych w
Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w
Lublińcu.

Koleżanki i Koledzy WSN w Lublińcu.

*„Bliscy naszemu sercu,
zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”*

*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci

Męża Pani Moniki Grot

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



*„Ci którzy nas opuścili, nie odeszli są nadal z nami są
wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Męża Koleżance Monice Grot

składają

Pielęgniarki i Położne
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłobucku.

GODZINY PRACY BIURA OIPI

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

**Wykłady z „Badań fizycznych” podczas szkolenia specjalizacyjnego
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 22 lutego 2013 roku**



**Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo rodzinne”
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 28 lutego 2013 roku**



**Egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych
„Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 7 lutego 2013 roku**



**Szkolenie jednodniowe dla pielęgniarek i położnych „ Postępowanie w stanach zagrożenia życia”
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 8 lutego 2013 roku**

