

BIULETYN INFORMACYJNY OIPiP w Gorzowie Wlkp.

WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

REDAKCJA: mgr Aldona Stańko

OPRACOWANIE TECHNICZNE: inż. Bartosz Kaczmarek

ZDJĘCIA: Jolanta Remiszewska

ISSN 1429-9275

INFORMACJE BIURA OIPiP w Gorzowie Wlkp.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,
tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83
Izba czynna od poniedziałku do piątku od godziny 7.00— 15.00

PRZEWODNICZĄCA OIPiP

mgr Aldona Stańko

przyjmuje interesantów

po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania.

WICEPRZEWODNICZĄCE OIPiP

Maria Teresa Ziółkowska, OIPiP w Gorzowie Wlkp., tel. (095) 729 67 84

Halina Kąkolewska, WOMP Gorzów Wlkp.

RADCA PRAWNY

Halina Łagocka przyjmuje interesantów w każdy piątek w godz.: 8.00-11.00

**OKRĘGOWY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**

Herodowicz Anna p.o.

(95) 7202 303

**ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ**

Herodowicz Anna (95) 7202 303

Majchrzak Beata (95) 7259 338

Korczyńska Jolanta (95) 7331 604

Chraplak Małgorzata (95) 7331 300

Kosecka Danuta (95) 7331 631

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**
mgr Teresa Stankiewicz

**PREZES KPiPR W POLSCE
ODDZIAŁU TERENOWEGO W GORZOWIE WLKP.**
mgr Barbara Burzyńska

W BIULETYNIE:

Str.3

**VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek
i Położnych.**

Str.10

**Notatki ze spotkań w Ministerstwie
Zdrowia.**

Str.12

**Rejestr podmiotów działalności
lecniczej.**

Str.14

**Stanowisko PTP w sprawie
wprowadzenia kształcenia Pielęgniarki
Zaawansowanej Praktyki (APN).**

Str.18

**Informacja prasowa w sprawie hasła
obchodów Międzynarodowego Dnia
Pielęgniarki w dniu 12 maja 2012r.**

Str.21

**Opinie prawne świadczeń pielęgniarki
POZ.**

Str.22

Stanowisko EFN w sprawie kontraktów.

Str.23

Plan konferencji, harmonogram kursów

Str.25

Sprawy różne.

Str.27

Kalendarium.

VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wybrali nowego Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: dr n. med. Grażynę Rogalę-Pawelczyk.



Obowiązki Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) będzie pełnił dr n. med. mgr pielęgniarstwa Grażyna Rogala-Pawelczyk, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, organizuje i prowadzi liczne kursy z zakresu organizacji i zarządzania.

Ukończyła Studium Menedżerskie UMCS i CSSiA w Lublinie (1997), kurs z organizacji i zarządzania w Centrum Edukacji Medycznej NRPIP w Warszawie (1998), studia podyplomowe na wydziale filozofii i socjologii UMCS w Lublinie oraz liczne kursy w dziedzinie zarządzania w ochronie zdrowia.

W latach 1995 – 1999 była Wiceprezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pełniła także funkcje Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie (1999-2007), a od 2007r. Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Nowo wybrana Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk pragnie nowoczesnego, odpowiedzialnego samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, spójnego, silnego siłą swoich członków, zaangażowanego w realizację zadań i gotowego podejmować wyzwania na miarę nowoczesnego pielęgniarstwa i położnictwa.

Pragnę, by samorząd pielęgniarek i położnych był podmiotem, a nie przedmiotem w procesie podejmowania decyzji związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia. Jesteśmy profesjonalistami i chcę pokazać decydentom i politykom, że warto korzystać z naszej wiedzy organizując opiekę zdrowotną w Polsce – powiedziała dr Rogala-Pawelczyk.

Ustępująca Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych IV i V kadencji Elżbieta Buczkowska życzy nowo wybranej Pani Prezes Grażynie Rogali-Pawelczyk siły i determinacji. *Nowo wybranym organom i ich przewodniczącym życzę rozwagi i mądrości na miarę nowoczesnej i odpowiedzialnej organizacji, zdolnej do wykorzystania szans jakie daje nam prawo, siła integracji i niewyczerpany entuzjazm.*

§ 1. VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych,

obradujący w dniach 6-8 grudnia 2011 r. w Warszawie, jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, przedstawia niniejszym priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. W sprawach dotyczących organizacji opieki zdrowotnej i finansowania ochrony zdrowia:

1. Dążyć do umacniania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – gwarantującego społeczeństwu równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Postulować bieżącą aktualizację tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Wnieść o wzrost nakładów środków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu gwarantującego społeczeństwu bezpieczeństwo zdrowotne.
4. Zabiegać o wdrożenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jako zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

II. W sprawach dotyczących autonomii środowiska pielęgniarek i położnych:

1. Dążyć do wzmacniania samodzielności i poszerzenia zakresu kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych.
2. Doprowadzić do pilnej nowelizacji przepisów wykonawczych do nowych aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, w tym przede wszystkim Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne samodzielnie.
3. Realizować zadania organów samorządu zawodowego w zakresie odpowiedzialności zawodowej poprzez upowszechnianie przepisów dotyczących wykonywania zawodu, praw pacjenta, a także zasad Kodeksu Etyki Zawodowej oraz podejmowanie wśród członków samorządu działań mających na celu prewencję wykroczeń zawodowych.
4. Zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej w celu reprezentowania:

zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów oraz interesów pacjentów.

5. Zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach administracji rządowej i samorządowej na wszystkich poziomach, mając na celu podejmowanie decyzji dotyczących ustalania warunków wykonywania zawodów.

6. Występować do NFZ w obronie interesów gospodarczych pielęgniarek i położnych będących samodzielnymi świadczeniodawcami.

7. Dążyć do wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Pielęgniarskich (ICNP) oraz wyceny świadczeń pielęgniarskich i położniczych przy współpracy towarzystw naukowych, organizacji, instytucji działających w ochronie zdrowia.

8. Czynić dalsze starania dla stworzenia korzystnych regulacji podatkowych dla pielęgniarek i położnych, a w szczególności możliwości odliczania od podatku kosztów ponoszonych na kształcenie podyplomowe oraz składek członkowskich z tytułu przynależności do samorządu zawodowego.

9. Zabiegać o poprawę sytuacji ekonomicznej pielęgniarek i położnych.

III. W sprawach dotyczących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych: dostosowanie systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do potrzeb rynku świadczeń zdrowotnych i Traktatu Bolońskiego „Kształcenie przez całe życie”:

1. Wprowadzić system kształcenia ustawicznego z określeniem punktów edukacyjnych i zasad ich zdobywania oraz rozliczania.

2. Zaktualizować dziedziny, czas trwania, programy, tryb kształcenia oraz kryteria i warunki prowadzenia specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych,

3. określić ramy kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych form kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

4. Dążyć do zapewnienia pielęgniarkom i położnym dogodnych warunków do podjęcia doskonalenia zawodowego oraz wspierać pielęgniarki i położne uczestniczące w różnych formach kształcenia podyplomowego.

5. Współdziałać z organizacjami w kraju i za granicą skupiającymi pielęgniarki i położne.

IV. W sprawach dotyczących organizacji pracy pielęgniarki i położnej:

1. Wnioskować do Prezesa NFZ o wprowadzenie zarządzeniem Prezesa NFZ obsad pielęgniarskich i położniczych na zmianie pracowniczej z uwzględnieniem liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych (mgr pielęgniarstwa, specjalista w określonej dziedzinie, kurs kwalifikacyjny w określonej dziedzinie, kursy specjalistyczne), wymaganych na danym stanowisku w poszczególnych oddziałach szpitalnych i innych stacjonarnych oraz niestacjonarnych podmiotach leczniczych (publicznych i niepublicznych), uzależnić zawarcia umowy i wartości kontraktu od kwalifikacji pielęgniarek i położnych.

2. Opracować sposób oraz zasady nadzoru merytorycznego nad funkcjonowaniem indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych, w tym na terenie podmiotów leczniczych.

3. Zwiększyć zakres udziału pielęgniarek i położnych w realizacji programów profilaktycznych.

4. Propagować wdrożenie pielęgniarskiego stanowiska edukatora zdrowia do stacjonarnych podmiotów lecznictwa zamkniętego (specjalisty).

5. Określić rolę pielęgniarki w zakresie nadzoru nad realizacją świadczeń opiekuna medycznego.

V. Inne działania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych:

1. Chronić samorządność zawodową jako instytucję zaufania publicznego.

2. Doskonalić system komunikacji wewnątrz samorządu pielęgniarek i położnych,

3. Działać na rzecz integracji środowiska pielęgniarek i położnych.

4. Bronić dobrego imienia pielęgniarek i położnych, udzielać im wsparcia prawnego w zakresie wykonywania zawodu,

5. Kreować pozytywny wizerunek pielęgniarki i położnej poprzez:

- wystąpienia do instytucji i mass-mediów, aby ekspertami w tematyce zawodowej były odpowiednio pielęgniarki i położne.

- publikowanie artykułów o roli i zadaniach pielęgniarki i położnej w prasie ogólnie dostępnej, internetowej oraz udział w audycjach radiowych i telewizyjnych;

- podawanie do publicznej wiadomości stanowiska samorządu w odniesieniu do zdarzeń pozytywnych i negatywnych w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych.

6. Działać na rzecz rozwoju form samopomocowych i udzielać członkom samorządu wsparcia w trudnych sytuacjach losowych.

7. Podtrzymywać tradycje opieki nad seniorami zawodów pielęgniarki i położnej.

8. Interweniować w sprawach pracowniczo-zawodowych, współpracować z organizacjami i stowarzyszeniami zawodowymi w kraju i zagranicą.

§ 2. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Uchwała Nr 19

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 31 pkt 11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000r. Nr 120, poz. 1268, z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego

w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.

2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,

3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1. pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, tego, z którego wysokość składki jest wyższa.

3. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie z działalności gospodarczej – prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej oraz z innego źródła, o którym mowa w ust. 1. pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczana na podstawie ust. 1. pkt 3, chyba że składka członkowska obliczona z innego źródła byłaby wyższa.

4. W sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę u więcej niż jednego pracodawcy, wysokość składki członkowskiej obliczana jest od najwyższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do 15. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy;

2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny;

3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.

§ 5. 1. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 5% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do końca następnego miesiąca.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. W przypadku braku wpłaty należnych składek za dwa pełne okresy, mogą być one dochodzone w drodze egzekucji.

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Wysokości składki członkowskiej w 2012r

dla osób wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wynosi

37,70 zł miesięcznie

**Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu
Statystycznego z dnia 18 stycznia 2012 r.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 17 lipca 1998r. o pożyczkach i kredytach studenckich (Dz. U. Nr 108, poz. 685, z późn. zm.¹⁾) ogłasza się, iż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2011 r. wyniosło **3769,83 zł.**

Stanowisko Nr 2 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 6 grudnia 2011 r. w sprawie zobowiązania NRPIP do podjęcia działań w celu wprowadzenia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych zobowiązuje Naczelna Radę Pielęgniarek i Położnych do podjęcia działań w celu wprowadzenia ustawowego obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami.

W celu zapewnienia właściwej jakości i dostępności pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz pacjentów w podmiotach leczniczych, będących przedsiębiorcami, konieczne jest stosowanie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Brak podstaw do różnego stosowania norm zatrudnienia w zależności od rodzaju podmiotu udzielającego świadczeń. Ochrona zdrowia pacjentów oraz konieczność zapewnienia właściwej obsady pielęgniarskiej i położniczej wymaga stosowania jednakowych norm zatrudnienia.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Stanowisko Nr 3
VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
6 grudnia 2011 r. w sprawie zobowiązania
NRPiP do podjęcia działań w celu
wprowadzenia obowiązku stosowania zasad
dotyczących kwalifikacji wymaganych od
pracowników na
poszczególnych stanowiskach pracy we
wszystkich podmiotach leczniczych

VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych zobowiązuje Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych do podjęcia działań w celu wprowadzenia jednakowych kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy we wszystkich podmiotach leczniczych.

W celu zapewnienia wysokiej jakości i dostępności pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz pacjentów w podmiotach leczniczych wskazanych w art. 4. ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) niezbędne jest aby pracownicy posiadali jednolite kwalifikacje, które w chwili obecnej wymagane są od pracowników w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stwierdzają, że brak jest podstaw do stosowania różnych kwalifikacji, w zależności od rodzaju podmiotu udzielającego świadczeń, różnicowanie takie jest niebezpieczne zarówno dla pacjentów, jaki i dla osób realizujących świadczenia zdrowotne bez należytego przygotowania.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Stanowisko 4.
VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z 6 grudnia 2011 w sprawie zakupienia przez
Ministerstwo Zdrowia licencji Międzynarodowej
Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®)

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, mając na uwadze zapewnienie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, bezpieczeństwo pacjentów, wnoszą o zakup przez Ministerstwo Zdrowia licencji Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®), niezbędnej dla zapewnienia interoperacyjności danych wymaganych w transgranicznej opiece zdrowotnej, umożliwiającej kontynuację opieki ponad granicami.

Tłó

Pielęgniarki i położne, jako kluczowi członkowie zespołu terapeutycznego, pracują i przyczyniają się do podnoszenia jakości opieki zdrowotnej, zapewniają kontynuację opieki pacjentom i muszą posiadać do tego niezbędne narzędzia.

Projekt ten może wspomóc pielęgniarstwo w sytuacji braku zasobów, ułatwić pracę i przyczynić się do poprawienia pacjentom dostępności wysokiej jakości opieki oraz pomóc w rozwijaniu profesji o badania naukowe. Stworzenie ujednoliconego wzoru dokumentacji pielęgniarskiej powinno uwzględniać kompatybilność z dokumentacją lekarską w zakresie diagnoz, terminów, działań lekarsko-pielęgniarskich, itp., tak w dokumentacji medycznej, funkcjonującej, czy przewidzianej w systemach

informatycznych podmiotów leczniczych. Potrzeby związane z dokumentowaniem opieki pielęgniarskiej, spowodowały konieczność stworzenia jednolitego języka pielęgniarskiego, opisanego w klasyfikacji pielęgniarskiej. Taką klasyfikacją jest ICPN® (Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej), zawierająca formy opisujące zakres opieki pielęgniarskiej i realizowane działania równocześnie ujednolicone terminologicznie i przyjazne dla komputera, posiadająca ISO CD 18104:2011. Niewykorzystanie narzędzia, jakim jest ICPN® spowoduje, że każdy typ placówek będzie używał swojej dowolnie wybranej terminologii i doprowadzi do sytuacji braku możliwości porozumienia się ponad granicami. Dokumentacja będzie więc niespójna wewnątrznie w skali zakładów opieki zdrowotnej, MZ, NFZ, kraju jak również w obrębie UE, gdzie będą coraz częściej przemieszczać się polscy pacjenci, pielęgniarki, lekarze. Mając na względzie powyższe oraz fakt, że działania pracowników medycznych na rzecz podmiotów działalności leczniczej powinny być kompatybilne, Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wnoszą o zakup przez Ministerstwo Zdrowia licencji Międzynarodowej Klasyfikacji Diagnoz Pielęgniarskich ICPN® do wykorzystania w systemach informatycznych w Polsce.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Stanowisko Nr 5
VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie realizacji
szkolenia praktycznego w trakcie odbywania
specjalizacji w placówkach posiadających
akredytację ministra zdrowia bądź certyfikat
ISO w zakresie usług medycznych lub
w oddziałach klinicznych

VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż staże zawodowe realizowane na szkoleniach specjalizacyjnych w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa lub położnictwa powinny odbywać się w oddziałach podmiotów leczniczych posiadających akredytację ministra zdrowia bądź certyfikat ISO w zakresie usług medycznych lub w oddziałach klinicznych realizujących zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 75. ust. 3 pkt 3. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) jednym z warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego jest zapewnienie bazy dydaktycznej odpowiedniej do realizacji programu kształcenia, w tym dla szkolenia praktycznego, zgodnej ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia. Odbywanie staży zawodowych w placówkach stażowych, które zostały poddane procedurze akredytacyjnej dotyczącej spełnienia standardów akredytacyjnych w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych lub w oddziałach klinicznych, może dawać gwarancję, że każdy absolwent specjalizacji będzie odbywał kształcenie w zbliżonych warunkach, niezależnie od miejsca jej ukończenia.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Stanowisko Nr 6
VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z 6 grudnia 2011 r. w sprawie wprowadzenia
regulacji prawnych, które przeciwdziałać będą
ustalaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek
i położnych na dyżurach w podmiotach
lecniczych nie będących przedsiębiorcami

VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych wnioskuje do Ministra Zdrowia o wprowadzenie regulacji prawnych, które przeciwdziałać będą praktyce ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.

Uzasadnienie:

W związku z wynikającą z art. 50. ust. 2. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) delegacją ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych postulują o wprowadzenie przepisów, które zapobiegałyby praktyce ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych. Powyższe umożliwiłoby realizację wskazanego w ustawie o działalności leczniczej celu, jakim jest zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. W opinii Delegatów VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych warunkiem niezbędnym i koniecznym do zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych jest odpowiednia struktura i liczba kadr medycznych, szczególnie w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych.

Należy wskazać, iż dotychczasowe regulacje prawne w przedmiotowym zakresie – przepisy rozporządzenia 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) często nie były respektowane przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej, a praktyką stało się ustalanie jednoosobowej obsady na dyżurach.

Wobec powyższego, samorząd pielęgniarek i położnych wielokrotnie podkreślał, iż jedna pielęgniarka pełniąca dyżur w oddziale, nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarskiej, zgodnie z przyjętymi standardami praktyki zawodowej, a tym samym zakład opieki zdrowotnej, nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, do którego się zobowiązał podpisując kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ponadto przedstawiciele samorządu wielokrotnie wskazywali, iż jednoosobowa obsada na dyżurach, podobnie jak łączenie stanowisk czy jednoczesna praca na zmianie w więcej niż jednym oddziale, stwarza zagrożenie nie tylko dla bezpieczeństwa pacjentów, ale i samych pielęgniarek i położnych.

W związku z powyższym konieczne jest wprowadzenie regulacji prawnych, które przeciwdziałać będą praktyce

ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych.

W opinii Delegatów VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych w przedmiotowym zakresie pozwoliłoby również przeciwdziałać wykazanim przez kontrolę Państwowej Inspekcji Pracy uchybieniom placówek ochrony zdrowia w zakresie przestrzegania przepisów o czasie pracy, związanym m. in. z nieprawidłową ewidencją czasu pracy pielęgniarek, zwiększonym obciążeniem pracą pielęgniarek, nieprzestrzeganiem przepisów o wymaganym odpoczynku dobowym, tygodniowym. Powyższe uchybienia są bowiem w ocenie PIP skutkiem m.in. nasilających się braków kadrowych w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Stanowisko Nr 7
VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z 6 grudnia 2011 r. w sprawie konieczności
wprowadzenia społecznego ubezpieczenia
pielęgnacyjnego w celu zabezpieczenia
potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób
niezdolnych do samodzielnej egzystencji

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych apelują do Rządu RP o stworzenie prawnych rozwiązań systemowych w zakresie wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w celu zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Osobą niesamodzielną (niezdolną do samodzielnej egzystencji) jest ta, która w wyniku następstw choroby lub urazu wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu zwyczajnych czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

Z prognoz statystycznych wynika, że liczba osób wymagających wsparcia i opieki drugiej osoby będzie systematycznie wzrastała. Aktualnie obowiązujący system zabezpieczeń społecznych nie gwarantuje należytej opieki. Osoby niesamodzielne niejednokrotnie nie kwalifikują się do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową lub świadczeniami w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieje luka prawna pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi a pomocą społeczną w zakresie realizacji świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Osoby niesamodzielne wymagają bowiem całodobowej opieki w zakresie pielęgnacji podstawowej i usług opiekuńczych w środowisku domowym, czego niestety żadne przepisy prawa w chwili obecnej nie zapewniają.

Dla zachowania godności ludzkiej osób, które w wyniku zdarzeń losowych (choroba, uraz, wiek) stały się niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagają opieki osób innych, istnieje konieczność wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia w postaci społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Stanowisko Nr 8

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie zagrożeń wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, w zakresie wyłączenia obowiązku przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami (spółki prawa handlowego)

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stoją na stanowisku, że wprowadzona w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwarza poważne zagrożenie dla właściwego organizowania procesu pielęgnowania i leczenia pacjenta wskutek odstąpienia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, w szczególności spółki prawa handlowego, od obowiązkowego przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze.

Należy wskazać, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z chwilą przekształcenia w spółki prawa handlowego nie będą zobligowane do stosowania art. 49. ustawy, który wprowadza obowiązek przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą. Konsekwencją powyższego będzie wyłączenie kompetencji kierowniczej kadry pielęgniarskiej do zarządzania opieką pielęgniarską w podmiotach leczniczych, np. w stacjonarnych podmiotach leczniczych udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych, w których pacjent objęty jest 24. godzinną opieką pielęgniarki lub położnej. W tych placówkach zarządzająca kadra pielęgniarska jest bowiem szczególnie odpowiedzialna za planowanie i organizację procesu pielęgnowania.

W celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zachowania prawidłowych zasad zarządzania i organizowania opieki pielęgniarskiej przez kierowniczą kadrę pielęgniarską, Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wnoszą o wprowadzenie rozwiązań prawnych, które będą obowiązywały podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami (spółki prawa handlowego) do przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze na analogicznych zasadach, jak w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Stanowisko nr 9

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 8 grudnia 2011 r. w sprawie podwyższania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wyrażają stanowczy sprzeciw wobec planów Rządu RP dotyczących stopniowego zrównywania i podwyższania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn od 2013 roku, docelowo do 67 roku życia.

Należy wskazać, iż wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej wymaga szczególnej odpowiedzialności za powierzane im życie i zdrowie pacjentów oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, która umożliwi należyte wykonywanie czynności zawodowych, w sposób nie zagrażający życiu i zdrowiu człowieka. Praca pielęgniarki i położnej charakteryzuje się

m. in.:

- dużym obciążeniem fizycznym, powodującym powstanie różnych schorzeń (choroby układu mięśniowo-szkieletowego, żylaki kończyn dolnych i inne),
- narażeniem na czynniki biologiczne, fizyczne, chemiczne, które skutkuje powstaniem chorób układu krążenia, oddechowego, skóry i innych,
- pracą zmianową, w tym w godzinach nocnych,
- obciążeniem emocjonalnym (codzienny kontakt z chorobą, cierpieniem, umieraniem), które często prowadzą do powstania u pielęgniarek i położnych zespołu wypalenia zawodowego.

Z uwagi na powyższe czynniki, wykonywanie tak odpowiedzialnych zawodów jak zawód pielęgniarki i położnej przez kobiety powyżej 60. roku życia i mężczyzn powyżej 65. roku życia skutkować może jedynie powstaniem zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także zdrowia i życia samych pielęgniarek i położnych.

Wobec powyższego, Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, mając na uwadze dobro publiczne, jakim jest zdrowie i życie ludzkie, stanowczo protestują przeciwko wprowadzaniu w życie planowanego podwyższenia wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Apel

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 6 grudnia 2011r.

w sprawie zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r. proponowanej przez Porozumienie Zielonogórskie i pozytywnie zaopiniowanej przez Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ

Do: Prezydenta RP, Prezesa Rady Ministrów, Przewodniczącego Parlamentu Europejskiego, Parlamentarzystów, Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ
Zmiana dotyczy **art. 28.** w/w ustawy i polega na dodaniu po ust. 1. ustępu 1a w brzmieniu: „1a. Świadczeniobiorca dokonując wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wskazuje jednocześnie lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy”.

Powyższa zmiana została zaproponowana przez zespół, w którym zabrakło przedstawicieli pielęgniarek i położnych, nie została przedstawiona do konsultacji społecznych naszemu środowisku, jest wprowadzana w życie poza wykazem prac legislacyjnych Rady Ministrów. Proponowana zmiana zmusza pacjenta do jednoczesnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej u tego samego świadczeniodawcy, co oznacza, że jeżeli lekarz jest świadczeniodawcą, to staje się

monopolistą na wszystkie świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej.

Jest to ograniczenie swobodnego wyboru pielęgniarki, położnej i lekarza i przymus do wzięcia wszystkich rodzajów świadczeń w pakiecie. Jest to także nierówne traktowanie świadczeniodawców, gdyż świadczeniodawcą w POZ jest nie tylko lekarz, ale także pielęgniarka i położna, natomiast w piśmie z 29.09.2011 r. skierowanym do Pana Premiera przez Ministra Zdrowia jest mowa tylko o lekarzu jako jedynym świadczeniodawcy. Ponadto, jeśli proponowana nowelizacja wejdzie w życie, to będzie to ogromnym zagrożeniem dla istnienia wszystkich samodzielnych podmiotów pielęgniarskich i położniczych funkcjonujących na rynku podstawowej opieki zdrowotnej.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Apel

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 7 grudnia 2011 r. w sprawie eliminowania pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych

Do: Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Sejmowej Komisji Zdrowia, Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, Senackiej Komisji Zdrowia, Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, apelują o zaprzestanie praktyk eliminowania z systemu państwowego ratownictwa medycznego wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek systemu i zastępowania ich innymi pracownikami ochrony zdrowia.

W art. 36. ustawy z dnia 8 września 2006r. o państwowym ratownictwie medycznym ustawodawca wyraźnie wskazuje pielęgniarkę systemu jako osobę wchodzącą w skład zespołów ratownictwa medycznego (podstawowych i specjalistycznych).

Rozporządzenie Ministra z dnia 3 listopada 2011r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego także wzmacnia rolę pielęgniarek wskazując w par. 13. iż minimalne zasoby kadrowe i systemu stanowią ordynator oddziału, pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu oraz lekarze, pielęgniarki lub ratownicy medyczni.

Ustawodawca, usytuowując pielęgniarkę systemu w powyższych aktach prawnych, wskazuje na szczególną rolę pielęgniarki w państwowym systemie ratownictwa medycznego.

Nie ma podstaw prawnych do zwalniania i przesuwania na inne stanowiska pracy profesjonalnie przygotowanych pielęgniarek systemu w inne miejsca w systemie ochrony zdrowia, których przygotowanie do wykonywania powyższych czynności jest specjalistyczne i kosztowne.

Pielęgniarki systemu (specjaliści i pielęgniarki, które ukończyły kursy kwalifikacyjne), spełniając ustawowe kryteria, są w pełni uprawnione do samodzielnego podejmowania medycznych czynności ratunkowych.

Apelujemy o zaprzestanie praktyk eliminowania z systemu ratownictwa medycznego pielęgniarek ze względu na płeć. Taka praktyka jest zdaniem Delegatów VI KZPiP niedopuszczalna.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Apel

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 8 grudnia 2011 r. w sprawie zagrożeń wynikających z przepisów ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) w zakresie wprowadzenia zasad umożliwiających przekształcenie podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorstwami w spółki prawa handlowego

Do: Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Sejmu, Senatu, Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia.

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stoją na stanowisku, że postanowienia ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej doprowadzą do prywatyzacji podmiotów leczniczych, co stwarza realne zagrożenie dla zabezpieczenia całego pakietu świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. W konsekwencji przekształceń również pielęgniarkom i położnym grozi pogorszenie warunków wynagradzania, a nawet utrata pracy.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU.
Halina Synakiewicz

Apel

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 7 grudnia 2011 r. w sprawie zapobiegania praktyce stosowanej przez pracodawców dotyczącej bezprawnej zamiany umów o pracę na umowy cywilno-prawne w podmiotach leczniczych

Do: Prezesa Rady Ministrów, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Zdrowia, Sejmowej Komisji Komisja Polityki Społecznej i Rodziny, Sejmowej Komisji Zdrowia, Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, Senackiej Komisji Zdrowia, Głównego Inspektora Pracy.

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, apelują o respektowanie przepisów prawa, a w szczególności przepisów art. 19. ust. 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) przez pracodawców prowadzących działalność leczniczą i zaprzestanie praktyki polegającej na wymuszaniu na pielęgniarkach i położnych zamiany umów o pracę na umowy cywilno-prawne.

Z dniem 1 stycznia 2012r. wchodzi w życie ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, która w art. 19. zawiera przepisy mające na celu ochronę stosunku pracy. Jednakże, uwzględniając dotychczasową praktykę stosowaną w wielu podmiotach leczniczych, istnieją uzasadnione obawy, że powołane powyżej przepisy ustawy nie będą respektowane przez pracodawców.

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, mając na uwadze dobro publiczne, jakim jest zdrowie i życie ludzkie, którego ochrona w znacznym stopniu uwarunkowana jest predyspozycjami, kwalifikacjami i wydolnością psychofizyczną pielęgniarek i położnych, pokładają ogromną nadzieję, że organy państwa dołożą należytej staranności

w celu wyegzekwowania przepisów ustawy. Jest to szczególnie ważne w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie stacjonarnych i całodobowych

świadczeń zdrowotnych, które powinny zapewniać ciągłość procesu leczenia i pielęgnowania.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz

Notatki ze spotkań w Ministerstwie Zdrowia

Notatka z 14 grudnia 2011 roku z posiedzenia Komisji Zdrowia

I. Informacja Ministra Zdrowia o kierunkach planowanych działań resortu w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w latach 2012-2015

Minister Zdrowia - Bartosz Arłukowicz przede wszystkim zapewniał, że pacjent będzie bezpieczny, „będzie podmiotem działań ochrony zdrowia, a nie spisem procedur”.

Za najważniejsze uznał:

1. Zbudowanie systemu opieki koordynowanej (lekarz rodzinny, lekarz specjalista, szpital),

a) merytorycznie - rozwój nowoczesnych technologii, telemedycyna,

b) finansowo - finansowanie na podstawie oceny jakości i skuteczności leczenia, odejście od historycznych metod finansowania (pieniądze płacić nie za listę, ale za efekty),

c) organizacyjnie - system dodatkowych ubezpieczeń, przekształcenia szpitali, współpraca pomiędzy marszałkami i starostami w tym zakresie, deregulacja, a więc likwidacja przepisów ograniczających dotychczasowe funkcjonowanie.

2. Kształcenie lekarzy i pielęgniarek

a) pielęgniarki i położne będą priorytetem w działalności Ministra Zdrowia

- pełne uznanie kwalifikacji pielęgniarek w UE,

- poprawa warunków pracy,

- zadbanie o dobre przygotowanie do zawodów, w tym

zachęcenie do podejmowania kształcenia na tych kierunkach,

- skoordynowany system pracy ma zapobiec walce

pielęgniarek i położnych z lekarzami o własne prawa.

b) kształcenie lekarzy:

- wąskie specjalności, uproszczenie systemu kształcenia podyplomowego,

- upracticznienie kształcenia lekarzy i systemu uzyskiwania specjalizacji.

3. Zdrowie publiczne

- zbudowanie polityki senioralnej (systemu opieki nad starzejącym się społeczeństwem),

- rozwój systemu opieki długoterminowej i dziedziny geriatryi.

4. Ustawa refundacyjna

W związku z emocjami, jakie wzbudza jej wprowadzenie Pan Minister wyjaśniał podjęte decyzje powołujące się na listę

refundacyjna i oszczędności jakie przyniesie(ok. 1 mld. zł.), które zostaną skierowane na dalszą refundację.

5. Projekty nowych ustaw

- o jakości w ochronie zdrowia,

- o świadczeniach opieki zdrowotnej,

- o zdrowiu publicznym,

- o ubezpieczeniu rolników,

- tzw. pakiet senioralny (ubezpieczenia, edukacja, opieka).

II. Zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 r.

- przesunięcia środków finansowych związane głównie ze zwiększeniem środków finansowych na koszty postępowań sądowych oraz związane z niższymi wpływami z KRUS

Notatkę sporządziła
Elżbieta Garwacka - Czachor

Notatka ze spotkania z Ministrem Zdrowia Bartoszem Arłukowiczem - w dniu 20 grudnia 2011 r. w Ministerstwie Zdrowia

W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele samorządów zawodów medycznych, organizacji pacjenckich oraz organizacji reprezentujących pracowników medycznych w ochronie zdrowia. Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowała Pani Grażyna Rogala – Pawelczyk – Prezes NRPiP oraz Pani Jolanta Kubajka – Piotrowska – Kierownik Działu Merytorycznego w Biurze NIPiP.

Z ramienia Ministerstwa Zdrowia uczestniczyli również: Konrad Korbiński - Szef Gabinetu Politycznego, Danuta Michalczak – Dyrektor Biura Ministra, Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Spotkanie było poświęcone diagnozie aktualnego stanu oraz potrzeb polskiego systemu ochrony zdrowia. Minister Zdrowia podkreślił rolę dialogu społecznego w przygotowaniu konstruktywnych rozwiązań w obszarze ochrony zdrowia i zaproponował współpracę. Poinformował, iż odbędą się kolejne spotkania z przedstawicielami wszystkich partnerów społecznych, których prosił o zdiagnozowanie i przedstawienie problemów, które dotychczas nie zostały rozwiązane. „Nie boję się zmian i dyskusji, proszę o odważne wypowiedzi” – stwierdził Pan Minister. Wskazał, iż oczekiwania każdej ze stron są różne, jednak przyświeca nam jeden cel – bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Minister Zdrowia stwierdził, iż priorytetem w polityce zdrowotnej będzie zapewnienie opieki zdrowotnej osobom starszym oraz dostęp do ochrony zdrowia ludzi niepełnosprawnych. Pan Minister zadeklarował, iż będą tworzone systematyczne raporty

dotyczące obszarów, ważnych zagadnień w systemie ochrony zdrowia.

Przedstawiciele zaproszonych organizacji zgłaszali m.in. następujące kwestie:

- zbyt krótki okres konsultacji społecznych projektów aktów prawnych,
- konieczność utrzymania i zintensyfikowania działań trójstronnego zespołu ds. ochrony zdrowia,
- wznowienie prac nad projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych,
- wprowadzenie sieci szpitali publicznych,
- kilkakrotnie podkreślano, iż przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego mogą naruszać prawa pracownicze,
- działania profilaktyczne powinny być priorytetem polityki zdrowotnej państwa,
- zapewnienie pacjentom dostępu do leków refundowanych,
- zapewnienie dostępności do opieki osobom w wieku podeszłym,
- brak rzetelnej informacji udzielonej pacjentowi oraz traktowanie go przedmiotowo,
- rozwiązanie problemu transportu materiału do badań diagnostycznych, który w chwili obecnej jest niezgodny ze standardami w tym zakresie i powoduje obniżenie jakości wyników badań,
- wdrażanie technologii informatycznych do systemu ochrony zdrowia.

Pani Iwona Borchulska – Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zgłosiła problem wymuszania zamiany umów o pracę na umowy cywilnoprawne, co często skutkuje nadmiernym obciążeniem pielęgniarek i położnych pracą. Podkreśliła, iż pielęgniarki i położne powinny pracować w szpitalach na podstawie umowy o pracę, co ma bezpośrednie przełożenie na jakość wykonywanych usług zdrowotnych. Pani Przewodnicząca wskazała również na konieczność wprowadzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych.

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwróciła uwagę, iż problemem jest przestrzeganie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez kierowników podmiotów leczniczych, które powinny wynikać z zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską na danym oddziale, czyli być dostosowane do potrzeb zdrowotnych pacjenta; podkreśliła wagę racjonalizacji zatrudnienia kadr medycznych w podmiotach leczniczych.

Sporządziła: Jolanta Kubajka-Piotrowska

Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NRPiP

Zapraszamy do odwiedzania naszej strony internetowej
www.oipip.gorzow.pl
Znajdziecie w niej państwo szereg przydatnych informacji:

- aktualności,
- dział PWZ,
- konferencje, szkolenia,
- ośrodek informacyjno edukacyjny,
- wnioski do pobrania,
- ośrodek kształcenia

Podręcznik Diagnoz Pielęgniarskich

Jest nam niezmiernie miło poinformować, iż dzięki wspólnym staraniom Wydawnictwa oraz Pani dr Danuty Zarzyckiej i Pani dr Barbary Ślusarskiej (redaktorek naukowych wydania polskiego) w grudniu 2011r. ukazało się pierwsze polskie tłumaczenie (na podstawie IX już wydania oryginalnego) książki pod tytułem „Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych”, Betty J.Ackley, Gail B.Ladwing.

Jednocześnie informujemy, że zamówienia można składać telefonicznie pod numerem telefonu +48 664 911 207 lub poprzez adres e-mail gc.media.house@gmail.com



Rejestry podmiotów działalności leczniczej

Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez wojewodę lubuskiego

Gorzów Wlkp., dnia 24 stycznia 2012r

Pani Aldona Stańko
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.

Szanowna Pani Przewodnicząca

W związku z wejściem w życie z dniem 1. lipca 2011r. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 póź. 654 ze zm.) oraz z dniem 1. listopada 2011r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2011r. Nr 221, póź. 1319) Wydział Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego zwraca się z prośbą o przypomnienie podmiotom leczniczym o obowiązku dostosowania działalności, dokumentacji oraz stanu w księdze rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Lubuskiego w terminie najpóźniej do dnia 30 czerwca 2012r.

Wobec powyższego oraz w nawiązaniu do konferencji, która odbyła się w dniu 21 stycznia 2012r. w Wyższej Szkole Biznesu w Gorzowie Wielkopolskim, przypominamy, że odpowiedni wniosek o zmianę wpisu (druki nr 1,2,3,4,5) w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 100-110 w/w ustawy) prowadzonym przez Wojewodę Lubuskiego powinien być złożony w formie elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP oraz w formie papierowej (w okresie przejściowym do 31 grudnia 2012r.). Na stronie internetowej Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.rejestrzoz.gov.pl dostępna jest internetowa aplikacja rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Aby skorzystać z systemu należy posiadać konto użytkownika i załogować się po uzyskaniu uprawnień na wniosek złożony do organu rejestrowego (druk wniosku pobrać z aplikacji).

Do wniosku dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, tj.:

- wniosek o zmianę wpisu podmiotu leczniczego - druk nr 1,
- wykaz przedsiębiorstw podmiotu leczniczego - druk nr 2,
- wykaz jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego – druk nr 3,
- wykaz komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego – druk nr 4,
- oświadczenie wnioskodawcy - druk nr 5,
- umowę (polisę) ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz z tytułu zdarzeń medycznych w przypadku szpitali, która objęta jest zakresem wpisu do rejestru,

- decyzję właściwego inspektora sanitarnego o spełnianiu wymagań odpowiednich do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych lub aktualny program dostosowania pomieszczeń i urządzeń pozytywnie zaopiniowany przez właściwego inspektora sanitarnego.

Ponadto, obowiązującym dokumentem jest regulamin organizacyjny, sporządzony zgodnie z art. 24 w/w ustawy. Natomiast inne dokumenty dot. podmiotu leczniczego powinny być aktualne i kompletne.

Podmioty lecznicze w nowym rejestrze posiadają nowe 12-znakowe numery ksiąg rejestrowych. Podmiot leczniczy (np. spółka z.o.o., osoba fizyczna) tworzy przedsiębiorstwo posiadające nazwę, 14-znakowy nr REGON (lub przedsiębiorstwa), kod resortowy HP (część VI). W strukturze przedsiębiorstwa mogą funkcjonować jednostki oraz komórki organizacyjne prowadzące działalność leczniczą (druk nr 3,4: 14-znakowy nr REGON). Adres komórki organizacyjnej jest adresem miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. W przypadku spółki cywilnej we wniosku - druk nr 1 - wpisuje się dane każdego ze współników.

Wniosek o zmianę wpisu w rejestrze składa osoba uprawniona do reprezentowania wnioskodawcy (podmiotu leczniczego). W zakresie wynikającym z niniejszej ustawy wniosek jest wolny od opłat.

Odpowiedni wpis do w/w rejestru zostanie dokonany oraz wydane zostanie zaświadczenie o wpisie w terminie 30 dni po złożeniu odpowiedniego kompletnego wniosku wraz z dokumentacją. Zaświadczenie jest wystawiane w postaci elektronicznej i generowane z systemu teleinformatycznego w sposób umożliwiający jego wydruk, nie wymaga podpisu ani pieczęci. W 2012r. wydaje się zaświadczenia również w formie papierowej.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany jest zgłosić organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania pod rygorem sankcji. Wpis zmian do rejestru podlega opłacie.

Z uwagi na obowiązek przerejestrowania wszystkich dotychczas funkcjonujących podmiotów leczniczych na terenie województwa lubuskiego oraz wpisu nowotworzonych podmiotów, a także podmiotów leczniczych „przejętych” z innych organów rejestrowych w ściśle określonym terminie, wskazane jest jak najwcześniejsze złożenie wniosku. Pozwoli to na uniknięcie natłoku wniosków w miesiącu czerwcu 2012r. lub niezachowanie terminów ustawowych.

Z poważaniem
z.up. Wojewody Lubuskiego
Małgorzata Krasowska – Marczuk
Dyrektor
Wydziału Polityki Społecznej

Rejestr pielęgniarek i położnych prowadzących działalność leczniczą prowadzony przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim

w formie praktyki zawodowej pielęgniarki i położnej

Pielęgniarki i położne mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011 Nr 112 poz. 654), po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Organem prowadzącym rejestr pielęgniarek i położnych jest Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej.

Działalność lecznicza pielęgniarki i położnej może być wykonywana w formie:

- 1) jednoosobowej działalności gospodarczej jako:
 - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej;
 - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania;
 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/ położnej;
 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania;
 - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;

- 2) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek/położnych

Nowością dla praktyk zawodowych prowadzonych przez pielęgniarki i położne jest obowiązek posiadania regulaminu organizacyjnego, który określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. w regulaminie organizacyjnym.

W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności:

- 1) firmę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielnych świadczeń zdrowotnych;
- 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 5) wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 7) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
- 8) Informację, których mowa w pkt. 6 i 7, podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty.

Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, która w przypadku prowadzenia praktyki zawodowej jest obowiązkowa. Szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego określa rozporządzenie Ministra Finansów

z dnia 22 grudnia 2011r w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 nr 293 poz. 1729) Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych 30000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej, jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych.

Jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na podstawie dotychczasowych obowiązujących przepisów, a okres, na który została zawarta, wpływa po dniu wejścia w życie rozporządzenia. Nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 .miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Niezwłocznie, nie później niż w terminie 7. dni od zawarcia umowy, pielęgniarka/położna wykonująca zawód w formie praktyki zawodowej przekazuje organowi prowadzącemu rejestr dokument ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę/położną, jako indywidualnej praktyki albo specjalistycznej praktyki pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie pielęgniarka/położna i podmiot leczniczy. Pielęgniarka/położna, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko pielęgniarki;
- 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu;
- 3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) adres udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
- 5) numer identyfikacji podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje;
- 8) numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej;

Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę, w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wniosek zawierający następujące dane:

- 1) listę pielęgniarek/położnych stron umowy spółki cywilnej, wspólników albo partnerów spółki ze wskazaniem imion i nazwisk ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;

- 2) dane o których mowa w pkt. 2-7;
- 3) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej;
- 4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji;

Wraz z wnioskiem wnioskodawcy składa oświadczenie następującej treści:

„oświadczam, że:”

1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;

2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011. Nr 112, poz. 654);

3) oświadczenie zawiera ponadto:

- imię i nazwisko, adres jego miejsce zamieszkania albo siedziby;

- oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia.

- podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji;

Wpis do rejestru podlega wykreśleniu w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym.

Do wniosku dołącza się:

- umowę ubezpieczenia OC;

- dokument potwierdzający spełnienie warunków dotyczących pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wydaną opinię przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w przypadku indywidualnej praktyki);

- w przypadku wpisu do rejestru zaświadczenia o zatrudnieniu z ostatnich 6 lat.

Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych prowadząca rejestr ma obowiązek dokonać wpisu

do rejestru oraz wydać zaświadczenie o tym wpisie w terminie 30 dni od dnia wpłynięcia wniosku do rejestru wraz z oświadczeniem. Jeśli nie dokona wpisu w terminie, a od dnia wpłynięcia wniosku upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, która nie dokonała wpisu .

Nie dotyczy to przypadku, gdy Okręgowa Izba wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis.

Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:

- 1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok. tj. w 2012r. 72zł;
- 2) zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty (tj. 36 zł).

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr (OIPIP) wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania, w tym każdorazowo zawartą umowę ubezpieczenia OC (nie później niż 7 dni od jej zawarcia) W przypadku nie zgłaszania zmian danych objętych rejestrem w terminie, organ prowadzący rejestr może nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, jako organ prowadzący rejestr, jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy o działalności leczniczej i przepisami wydanymi na jej podstawie.

Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej dostosowują swoją działalność do przepisów ustawy w terminie do dnia 30 czerwca 2012r.

Stanowisko PTP

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie wprowadzenia kształcenia Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (APN) na drugim poziomie studiów pielęgniarskich

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że kształcenie na drugim poziomie studiów pielęgniarek powinno być realizowane dla uzyskania tytułu zawodowego pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN). Pielęgniarki kończące tę formę kształcenia powinny otrzymywać tytuł magistra ze specjalizacją w głównych dziedzinach pielęgniarstwa, strategicznych dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zmiana kształcenia pielęgniarek w kierunku pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki (APN) wymaga powołania zespołu ekspertów, którzy podejmą pracę

nad przygotowaniem strategii wprowadzenia tego typu kształcenia na drugi poziom studiów.

Należy rozważyć konieczność uregulowania kształcenia na poziomie APN dla dobra przyszłych pokoleń przy jednoczesnym utrzymaniu różnych ścieżek dla pielęgniarek z wykształceniem uzyskanym przed wprowadzeniem zmiany. Pielęgniarka posiadająca wykształcenie specjalistyczne na poziomie magisterskim mogłaby kontynuować swój rozwój zawodowy poprzez akredytowane kształcenie ustawiczne (CPD) i uzyskiwanie kompetencji związanych z dziedziną niezbędną dla praktyki klinicznej oraz zapotrzebowaniem na wiedzę i kompetencje niezbędne dla kontynuowania opieki.

Rozwiązanie to jest konieczne także w związku z uznawalnością kwalifikacji w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz ogólnosiątkowym trendem opisanym w raporcie OECD z 2010 r., ale przede wszystkim z obserwowanymi tendencjami kształcenia pielęgniarek tak

w Europie jak i na świecie, gdzie odchodzi się od kształcenia pielęgniarek ogólnych na drugim poziomie studiów. Wprowadzenie APN do systemu polskiej ochrony zdrowia wymagałoby dokonania koniecznych regulacji prawnych tj. m. in.:

- prawo do diagnozowania medycznego w wybranych obszarach (badanie fizykalne obecnie jest elementem kształcenia na studiach pierwszego stopnia, jego rozszerzony zakres obejmuje ocenę stanu pacjenta),
- kompetencje do przepisywania określonych leków (zgodnie z wypracowanymi standardami kompetencji w oparciu o kształcenie ustawiczne),
- kompetencje do stosowania leczenia w wybranych obszarach praktyki,
- kompetencje do kierowania klientami do innych specjalistów,
- kompetencje do wysyłania pacjentów do szpitala,
- prawo do nadawania i ochrony tytułu "Nurse Practitioner /Advanced Practice Nurse/Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki",
- akty prawne lub inne formy i mechanizmy regulujące pielęgniarkę APN,
- oficjalnie uznane tytuły i funkcje pielęgniarek pracujących w zaawansowanej praktyce,
- proces reakredytacji na podstawie CPD (Continuum Professional Development). Stworzenie nowej roli i nowe podejście do rozwoju zawodowego w pielęgniarstwie:

1. Skróci czas uzyskania specjalizacji.
2. Ułatwi politykę uznawalności kwalifikacji w transgranicznej opiece zdrowotnej.
3. Ograniczy koszty kształcenia ponoszone przez pielęgniarkę i system ochrony zdrowia, a także pracodawców.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z 28 grudnia 2011 r. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie wprowadzenia kształcenia Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (APN) na drugim poziomie studiów pielęgniarskich str. 2

4. Umożliwi przekierowanie środków na inne ważne strategicznie zagadnienia w zakresie kształcenia przed dyplomowego, czy też kształcenia ustawicznego pielęgniarek.
5. Ułatwi pielęgniarkom budowanie ścieżki kariery zawodowej w oparciu o nowe kompetencje.
6. Będzie sygnałem
 - dla potencjalnych kandydatów do zawodu o możliwości rozwoju zawodowego podobnego jak w innych zawodach;
 - dla pacjentów, którzy otrzymają kompetentną, wysokiej jakości opiekę i zwiększony dostęp do świadczeń zdrowotnych w najważniejszych sektorach opieki zdrowotnej w tym w poz.
7. Pomoże w budowaniu praktyki opartej na EBN (Evidence Base Nursing), badaniach naukowych umożliwiających pracę zgodną z najnowszymi badaniami i rozwijanie ich dla praktyki.
8. Pozwoli pielęgniarkom świadomie ponosić odpowiedzialność za kształcenie ustawiczne (CPD)
 - uczenie się przez całe życie, własny rozwój zawodowy i zachowanie kompetencji

http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/21_PT_P_STAN_07_12_2010.pdf.

9. Pomoże pielęgniarkom w regularnej ocenie swojej praktyki poprzez refleksję, krytyczne myślenie i ewaluację oraz poszukiwanie opinii innych profesjonalistów.

Należy zdecydowanie podkreślić, że dotychczasowe wieloletnie doświadczenia krajów wprowadzających APN wykazały konieczność:

- 1) przygotowania definicji APN, jednostkowo dostosowaną do danego kraju;
- 2) opracowanie program nauczania dla pielęgniarek kontynuacji kształcenia i recertyfikacji oraz
- 3) oceny kosztów wprowadzenia tego poziomu pielęgniarstwa dla systemu.

Tło:

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) określa zaawansowaną praktykę pielęgniarską (APN):

"APN jest zarejestrowaną pielęgniarką, która nabyła fachową i gruntowną, poszerzoną wiedzę (zalecaną na poziomie magisterskim), zespół umiejętności podejmowania decyzji i kliniczne kompetencje oraz cechy, właściwe dla udoskonalonej praktyki, sformułowane w kraju, w którym uzyskała zezwolenie do jej wykonywania" (ICN 2002).

Pielęgniarstwo APN rozwija się od drugiej połowy XX wieku. Najwcześniej wprowadzono tę rolę w USA, gdzie w roku 1960r., wprowadzono Pielęgniarkę Praktyki (NP).

Wprowadzeniu tego poziomu pielęgniarstwa sprzyjała wzrastająca liczba pacjentów pozbawionych opieki w rolniczych gminach Stanu Kolorado (Houser&Player 2004). Ponad 40 lat intensywnego rozwoju APN spowodowało, że dla pielęgniarek jest to pożądana ścieżka kariery zawodowej. Dodatkowo wyniki analizy koszt-efekt wykazały, że APN w znacznym stopniu poprawia dostępność klientów do świadczeń opieki zdrowotnej (Gott/Goodyear/Ford 2006).

W Wielkiej Brytanii wprowadzono ten poziom kompetencji pod koniec lat 80. XX wieku.

Kształcenie w zakresie pielęgniarki praktyki/NP zainicjował Royal College of Nursing. Wzrastający popyt pacjentów na świadczenia NP i reforma publicznej służby zdrowia (NHS), a także dowody wynikające z badań naukowych, spowodowały szerokie uznanie kompetencji APN w Zjednoczonym Królestwie i dalsze rozwijanie tej roli.

W Australii powodem wprowadzenia APN było przystąpienie do analizy koszt-efekt opieki zdrowotnej (Gott 2000), oraz podobnie jak w innych krajach – brak zainteresowania lekarzy do prowadzenia praktyki w odosobnionych australijskich obszarach i odległych terenach wiejskich.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z 28 grudnia 2011 r. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie wprowadzenia kształcenia Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (APN) na drugim poziomie studiów pielęgniarskich str. 3

Nawet w Chinach APN została włączona do planu strategicznego Ministra Zdrowia na lata 2005 - 2010. W innych państwach Azji już wcześniej powołano pielęgniarki APN, miało to miejsce m.in. w: Macao – 2006; Hong – Kongu

1993 czy Korei Południowej – 1950, gdzie - jako pierwsze - status

APN uzyskały pielęgniarki anestezjologiczne. W Singapurze pierwszą pielęgniarkę APN zarejestrowano w 2003 r., w 2004 r. ten status posiadało 1,4 % pielęgniarek. Wcześniej APN wprowadzono w Tajlandii (1998 r.) w następujących specjalnościach w pielęgniarstwie: chirurgia, pediatria, położnictwo i kształcenie w tym kierunku do 2009r. zakończyło 7000 pielęgniarek. Obecnie rejestrację i status pielęgniarki APN posiada 4100 pielęgniarek (ICN, Durban 2009). W Europie sytuacja jest zróżnicowana, ale stale obserwuje się rozszerzanie kształcenia na tym poziomie jak i określania uprawnień dla rozwoju praktyki, w tym wypisywaniu recept. Jest to także kierunek jaki przedstawiono podczas europejskiej Debaty Środowisk Pielęgniarskich, która miała miejsce 5 października 2011r. w Warszawie http://e-pielęgniarstwo.pl/?page_id=443, <http://www.facebook.com/pages/Piel%C4%99gniarka-zaw%C3%B3d-zprzysz%C5%82o%C5%9Bci%C4%85/255981994446116>.

W Wielkiej Brytanii (pielęgniarki mogą przepisywać leki po specjalnym przeszkoleniu)

http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/26_PTP_STAN_Recepty_25_10_2011.pdf, Danii, Finlandii, Islandii, Norwegii, Holandii, Niemczech (pielęgniarka jest nazywana Community Medicine Nurse, ale jej zadania są zbliżone do zadań APM). Rolę tę ostatnio wprowadzono również w Rosji.

Zainteresowanie wprowadzeniem APN zgłosiły do ICN: Włochy, Francja, Luxemburg, Hiszpania, Austria oraz Szwecja. W Holandii podjęto pierwsze starania o wprowadzenie APN w 1997r., gdzie w 9. miastach wprowadzono system nauczania APN, opracowano jednolite kompetencje na poziomie kraju. Pielęgniarki APN posiadają regulacje prawne, autoryzację w zakresie przepisywania leków. Wprowadzenie APN doprowadziło do uzupełnienia niedoborów w opiece lekarskiej, zintegrowanie opieki i zmniejszenie jej kosztów efektywnych. Pielęgniarki APN prowadzą też samodzielne zarządzanie swoją praktyką, powołują centra opieki dla pacjentów, tym samym czyniąc ją łatwiej dostępną dla klientów (ICN 2009/PTP 2010). Należy podkreślić, że istnieje wiele badań, które wskazują na pozytywne wyniki efektywności pracy pielęgniarek APN, szczególnie w obszarach wiejskich, gdzie dostęp do świadczeń medycznych jest utrudniony. Wnioski z badań pokazują zwiększoną dostępność do leczenia i bardziej efektywnej opieki, szczególnie w miejscach, gdzie dotychczas była ona znikoma lub też nieosiągalna.

Warszawa, 28 grudnia 2011r.

Notatka z posiedzenia zespołu ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego

3. lutego 2012r w siedzibie Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. odbyło się IV Posiedzenie Zespołu do spraw Bezpieczeństwa Zdrowotnego, w którym udział wzięła Aldona Stańko Przewodnicząca OIPIP w Gorzowie Wlkp. Obradom przewodniczył Wojewoda Lubuski Marcin Jabłoński

Posiedzenie poświęcone było rozwojowi lecznictwa onkologicznego w północnej części województwa lubuskiego, w tym utworzenia ośrodka radioterapii oraz obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych wynikających z art. 22 ustawy o działalności leczniczej

Po analizie danych dotyczących leczenia onkologicznego w województwie lubuskim, przedstawionych przez Małgorzatę Krasowską-Marczyk Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej LUW, Jolantę Kruk i Monikę Giblewską przedstawicieli LOW NFZ w Zielonej Górze. Zespół ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego przyjął stanowisko, które wspiera rozwój onkologii w północnej części regionu województwa.

Drugim tematem, nad którym przychylił się Zespół ds. Bezpieczeństwa to sprawa ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych. Po wysłuchaniu argumentów zespół postanowił, że wojewoda Marcin Jabłoński poinformuje Ministerstwo Zdrowia i parlamentarzystów o sygnalizowanych przez podmioty lecznicze problemach w tym zakresie.

Stanowisko członków Zespołu do spraw Bezpieczeństwa Zdrowotnego powołanego przy Wojewodzie Lubuskim

03 lutego 2012r.

Biorąc pod uwagę problemy zgłaszane przez podmioty lecznicze dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, którego obowiązek posiadania przez szpitale wynika z art. 25. ustawy o działalności leczniczej oraz ich skalę, Zespół do spraw Bezpieczeństwa Zdrowotnego powołany przy Wojewodzie Lubuskim proponuje, aby Wojewoda Lubuski poinformował Ministra Zdrowia oraz lubuskich parlamentarzystów o występujących trudnościach oraz wystąpił z prośbą o podjęcie stosownych działań w tym zakresie.

UZASADNIENIE

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, podmioty lecznicze prowadzące szpitale od 01.01.2012r. zobowiązane zostały do ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych - muszą jednak przestrzegać przepisów dotyczących zamówień publicznych.

Dotychczas jedynie 2 z 29. podmiotów leczniczych (szpitali) zawarły umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

Pozostałe jednostki jako powód niezawarcia tego typu umów podały:

- monopolistyczne zachowania PZU jako jedynej dostawcy na rynku (utrudnienia w negocjacjach),
- konieczność przeprowadzenia ponownych postępowań przetargowych z powodu:
 - zbyt wysokiej składki zaproponowanej przez ubezpieczyciela (186 - 700 tys. zł),
 - braku oferentów lub jeden oferent (PZU),
- brak aktu wykonawczego dot. szczegółowego zakresu i warunków ustalania wysokości świadczenia oraz jego wysokości w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń

medycznych (zgodnie z art. 67k ust. 11 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta),

- oczekiwanie na nowelizację przepisów dotyczących obowiązkowego ubezpieczenia szpitali.

Szpitali w związku ze zbyt wysoką składką zaproponowaną przez PZU (jako monopolistę na rynku) prowadzą powtórne postępowania przetargowe, a także podejmują próby przeprowadzania postępowań dla kilku jednostek, aby obniżyć koszty ubezpieczenia. Kolejne postępowania prowadzone są z nadzieją, iż w ich trakcie pojawią się rozwiązania prawne sprowadzające warunki finansowe tego ubezpieczenia do poziomu akceptowalnego przez szpitale.

Ustawa o działalności leczniczej od 01 stycznia 2012r. naraża podmioty lecznicze na ponoszenie wysokich kosztów z tytułu nowego typu ubezpieczeń, co może przyczynić się do ponoszenia strat i powiększania stanu zadłużenia, zarówno szpitali jak i niektórych jednostek samorządu terytorialnego. Jedynym czynnikiem obniżającym wysokość składki ubezpieczeniowej w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych jest konkurencja na rynku ubezpieczeń, a takiej konkurencji brak.

Uwzględniając wagę, złożoność oraz skalę problemu, konieczne jest poinformowanie o zaistniałej sytuacji Ministra Zdrowia oraz lubuskich parlamentarzystów z prośbą o aktywne włączenie się w rozwiązanie zaistniałego problemu.

Stanowisko członków Zespołu do spraw Bezpieczeństwa Zdrowotnego powołanego przy Wojewodzie Lubuskim

03 lutego 2012r.

Biorąc pod uwagę trendy epidemiologiczne, nowoczesne metody leczenia oraz dobro pacjentów Zespół do spraw Bezpieczeństwa Zdrowotnego powołany przy Wojewodzie Lubuskim popiera inicjatywę rozwoju lecznictwa onkologicznego w północnej części województwa lubuskiego, w tym utworzenie ośrodka radioterapii.

UZASADNIENIE

W opinii autorów opracowania „Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5. letnich przeżyć według województw” różnice regionalne w czasie przeżycia chorych wynikają z wielu przyczyn, np.;

- organizacji systemu opieki onkologicznej,
- czasu dostępu do leczenia,
- jakości metod diagnostycznych,
- zakresu leczenia wdrażanego w ośrodkach,
- stopnia zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania i rozpoczęcia leczenia.

Biorąc pod uwagę dobro pacjentów onkologicznych oraz:

- prognozowany o ok. 40 % wzrost zachorowalności na nowotwory w latach 2006 -2025,
- najniższy w kraju wskaźnik 5-letnich przeżyć osób, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy w wieku 15 – 99 lat,

- rosnący trend współczynnika zgonów z powodu nowotworów,
- niepokojąco wysoki współczynnik zgonów z powodu nowotworów, których umiejscowienie pierwotne nie było znane (co może świadczyć o późnej diagnozie i rozległych przerzutach) - trzecia przyczyna zgonu z powodu nowotworów u kobiet i piąta – u mężczyzn,
- zwiększone migracje mieszkańców północnej części województwa lubuskiego do ośrodków w innych województwach, szczególnie w zakresie radioterapii,
- opinie Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich, w tym do spraw radioterapii,
- preferowaną coraz częściej metodę leczenia skojarzonego (równoczesna chemioterapia i radioterapia)

uznano za zasadny rozwój lecznictwa onkologicznego w północnej części województwa lubuskiego, w tym utworzenie ośrodka radioterapii.

Powyższe działania będą miały wpływ na poprawę dostępności, jakości i zakresu leczenia w bliskim sąsiedztwie miejsca zamieszkania oraz skrócenie czasu leczenia onkologicznego. Przełoży się to bezpośrednio na poprawę wyników leczenia oraz jakość życia pacjentów onkologicznych i ich rodzin (ograniczenie niedogodności oraz obciążeń fizycznych, psychicznych i finansowych).

Ponadto rozwój lecznictwa onkologicznego może wpłynąć na zmniejszenie ilości migracji poza województwo, a tym samym zatrzymanie środków finansowych na leczenie onkologiczne w LOW NFZ oraz przyczynić się do pozyskania środków za leczenie pacjentów z ościennych województw.

Liczyć się jednak należy z koniecznością:

- zaangażowania znacznych środków finansowych na realizację powyższego działania (m.in. infrastruktura, sprzęt),
- pozyskania kadry specjalistycznej,
- zapewnienia wysokiego standardu świadczonych usług.

Podłożem wielu decyzji dot. ochrony zdrowia jest zazwyczaj aspekt finansowy, natomiast pacjent znajduje się na dalszym planie. Zapomina się, iż w systemie ochrony zdrowia to właśnie pacjent i jego potrzeby powinny wyznaczać kierunki rozwoju opieki zdrowotnej. Zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz warunkiem dla dobrego samopoczucia i odpowiedniej jakości życia, a także bogactwem dla społeczeństwa. Inwestycje w zdrowie i jego ochronę, których celem jest utrzymanie zdrowia i jego umacnianie, stanowią inwestycję w kapitał ludzki będący jednym z zasadniczych czynników wzrostu gospodarczego i rozwoju społecznego. Jakość kapitału ludzkiego, uwarunkowana w zasadniczym zakresie stanem zdrowia jednostki i populacji, jest kluczowym parametrem do utrzymania wzrostu PKB, co znajduje odzwierciedlenie w priorytetach strategicznych państw Unii Europejskiej, w tym także Polski.

Waga problemu zarządzania zdrowiem, inwestycji w zdrowie i problematyka jego ochrony nabiera w tym przypadku szczególnego znaczenia.

Informacja prasowa
w sprawie hasła obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki w dniu 12 maja 2012 r

Szanowni Państwo,
 Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w imieniu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ogłasza hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w 2012 r.

„Niwelowanie różnic: od nauki do praktyki”

Tło:

Nurt medycyny koncentrujący się na poprawności podejmowania decyzji opartej na wynikach badań naukowych (EBP) rozwija się od początku lat dziewięćdziesiątych. Ideę tę zapoczątkowała grupa badaczy z Uniwersytetu McMaster w Ontario, którzy tak przededefiniowali praktykę medyczną, aby łatwiej było gromadzić i wykorzystywać informacje.

Starania o tania i wysokiej jakości opiekę zdrowotną zwróciły uwagę na badania naukowe w pielęgniarstwie oraz wykorzystanie ich wyników w pracy zawodowej. Badania polegają na systematycznym poszukiwaniu nowej wiedzy, dla dobra pacjentów, ich rodzin i społeczności. Dotyczą różnych aspektów zdrowia będących w obszarze zainteresowania pielęgniarstwa, w tym promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, opieki nad ludźmi w każdym wieku, w czasie choroby i rekonwalescencji lub towarzyszenia w godnej i spokojnej śmierci¹. Badania naukowe w pielęgniarstwie wykorzystują podejście naukowe do zdobywania wiedzy, odpowiadania na pytania, rozwiązywania problemów.

Jeśli pielęgniarki zastosują to podejście w swojej praktyce, będą umiały zadawać właściwe pytania – o to, jak i kiedy zmienić swoją pracę, będą mogły wykazać, że korzystają z wiarygodnych informacji w procesach decyzyjnych, oceniają swoje usługi i wiedzą, że wskaźniki dla wyników, według których są oceniane, są właściwe i zostały wcześniej zbadane i ustalone.

Wiedza w ten sposób uzyskana jest wykorzystywana w praktyce, w celu podnoszenia jakości opieki, optymalizowania wyników zdrowotnych, obniżania kosztów interwencji pielęgniarskich. Podstawowe terminy dotyczące EBP, które mają znaczenie w pielęgniarstwie to m.in.:

Praktyka oparta na faktach/ wynikach /badaniach naukowych (EBN)

Sposób rozwiązywania problemów stosowany w podejmowaniu decyzji klinicznych, zawierający poszukiwanie najlepszych i najnowszych wyników badań, doświadczeń i ocen klinicznych, a także wartości ważnych dla pacjentów – w kontekście opieki.

Badania naukowe w pielęgniarstwie (EBN)

Obejmują systematyczne poszukiwanie wiedzy, zaprojektowane specjalnie w celu rozwijania, doskonalenia i poszerzania wiedzy pielęgniarskiej. Celem tych badań jest odpowiadanie na pytania i rozwijanie wiedzy w oparciu o metody naukowe – ilościowe, jakościowe lub mieszane.

Podnoszenie jakości (QI)

Jakość, poprawa w aspekcie klinicznym lub czynnościowym, dotyczy systemów, procesów, wyników funkcjonalnych lub klinicznych, satysfakcji oraz kosztów. Podnoszenie jakości pomaga znajdować najlepsze praktyki lub procesy opieki, w której uczestniczą pielęgniarki. Nie jest natomiast jej celem formułowanie standardów praktyki pielęgniarskiej czy rozwijanie wiedzy dziedzinowej. *Mazurek Melnyk et al (2005)*

Praktyka oparta na wynikach badań naukowych jest cechą charakterystyczną profesjonalnego pielęgniarstwa. Badania naukowe w pielęgniarstwie, tak jakościowe jak i ilościowe, decydują o jakości i efektywności opieki zdrowotnej i są konieczne dla rozwoju wiedzy specjalistycznej, oceny aktualnych praktyk i usług pielęgniarskich, rozwoju edukacji, praktyki zawodowej, kolejnych badań a także zarządzania.

Celem badań naukowych jest poznanie i zrozumienie podstawowych mechanizmów wpływających na zdolność do utrzymania lub rozwoju optymalnego poziomu funkcjonowania człowieka, rodziny lub społeczności oraz do zminimalizowania negatywnych skutków choroby.

Badania naukowe w pielęgniarstwie powinny także dotyczyć wyników interwencji pielęgniarskich, mając na względzie jakość, efektywność i koszty sprawowanej opieki. Pozwalają poznać politykę zdrowotną i systemy skutecznej i efektywnej realizacji opieki pielęgniarskiej, promować świadomość zawodową, historyczny rozwój profesji, rozumieć zasady etyczne rządzące usługami, jak również zdobywać wiedzę o systemach skutecznie przygotowujących pielęgniarki do realizacji ich bieżących i przyszłych zadań społecznych.

Cała społeczność pielęgniarska, choć pełni w procesie terapeutycznym różne role. Pielęgniarki muszą rozumieć swoją rolę, jaką odgrywają w *continuum* od badań do praktyki. Dostęp do wiedzy, na której możemy wspierać się, by zadawać właściwe pytania, rozwijać umiejętności, współpracować z kolegami lekarzami – tak aby jak najlepiej wykorzystywać w praktyce badania. Pielęgniarki korzystające z wyników badań także uczestniczą w rozwijaniu wiedzy - często dostarczają ważnych informacji

o okolicznościach, kontekście, różnych systemach, populacjach, grupach, oddziaływaniu polityki lokalnej czy czynnikach społecznych. Świadomość tego wkładu jest kluczowa dla podniesienia innowacyjności usług lokalnych oraz szukania nowych metod pracy. W praktyce, w osiąganiu celów, najczęściej trzymamy się utartych zwyczajów i praktyk, zamiast podejmować działania na podstawie najlepszych osiągnięć naukowych.

Decyzje podejmowane na podstawie niepełnych i niewiarygodnych danych to jedna z głównych przyczyn braku usług lub ich niskiej jakości. Mogą one także powodować zmiany w praktyce pielęgniarskiej skutkujące niższą wydajnością, brakiem efektywności, nierównościami

w dostępie do usług. Praktyka kliniczna jest faktycznie realizacją procesu, na który składają się: identyfikacja problemu, sformułowanie hipotezy, testowanie oraz rozwiązanie problemu. Ten sam proces pielęgniarstwa mogą zaadaptować do pracy z informacją.

Browne (1997) opisuje jej następujące etapy: formułowanie idei, stawianie pytania, analiza, interpretacja, ewaluacja, organizacja, synteza, przeformułowanie, rozpowszechnianie i wyszukiwanie.

W praktyce klinicznej, wymienione etapy, nie pojawiają się jako oddzielne wydarzenia, lecz składają się na stale ewoluujący proces – jako że pielęgniarstwa w nim uczestniczące nieustannie się uczą.

Po zapoznaniu się z wybranymi wynikami badań pielęgniarstwa musi ocenić, czy istnieją wystarczające podstawy dla zmiany dotychczasowej praktyki. Być może nie znaleziono właściwej odpowiedzi na postawione pytanie albo dane nie są wystarczająco mocne, aby im zaufać.

Proces ten często nazywany jest „**oceną krytyczną**”; w odniesieniu do praktyki opartej na wynikach badań wymaga sprawdzenia wiarygodności akademickiej danych oraz analizy konkretnej sytuacji w jakiej nowe informacje mają być wykorzystane.

Ocenianie jest ważnym momentem wprowadzenia badań do praktyki. Na tym etapie konieczna jest ocena, czy dane wyniki mogą być zastosowane w konkretnej jednostce. Wymaga to od pielęgniarstwa przeanalizowania wielu spraw. Jest wysoce mało prawdopodobne, aby jednostka opisana w badaniach była identyczna z jakąkolwiek inną, jako że kontekst – z definicji – zawsze jest unikatowy. Pielęgniarstwa musi więc wziąć pod uwagę następujące czynniki:

- Czy uczestnicy badania zostali podobnie scharakteryzowani?
- Czy możliwe jest wdrożenie opisanej procedury?
- Jakie są możliwe konsekwencje finansowe?
- Czy wzięto pod uwagę zgodę pacjenta?

Ocenianie konsekwencji dla personelu i pacjentów może stać się kluczowym elementem procesu decyzyjnego. Zrozumienie, co konkretne dane mogą oznaczać dla poszczególnych pacjentów, może być trudne, jako że wnioski z badań formułowane są często na zasadzie prawdopodobieństwa albo opisują działania wykonane „przypadkowo”. Zawsze trzeba sprawdzić, czy wyniki mają znaczenie kliniczne.

O „znaczeniu klinicznym” decyduje odpowiedź na pytanie, **na ile skuteczne było działanie** lub leczenie, **albo jak dużą zmianę spowodowało** leczenie. Przy testach klinicznych, w idealnym układzie o praktycznej zastosowalności i znaczeniu wyników można mówić, używając szczegółowych danych ilościowych oraz korzystając z obliczeń (wielkość efektu, liczba badanych). Znaczenie praktyczne może być także ujawnione w sposób połowicznie ilościowy, porównawczy lub przez ocenę wykonalności. Praktyka oparta na wynikach badań często – ze swojej istoty – opiera się na obserwacji rzeczywistości i dostosowaniu do niej metod działania. Oznacza to, że można ją szybko wdrożyć w podmiotach leczniczych.

Wdrożenie często wymaga raczej zebrania informacji, zmiany zachowań czy wprowadzenia wytycznych niż zastosowania nowego leczenia czy użycia nowego sprzętu. Tym niemniej jakiegokolwiek zmiany w systemie opieki wymagają ostrożności i planowania; decyzja pojedynczej pielęgniarstwa dotycząca zmiany jednego elementu praktyki może mieć poważne konsekwencje dla współpracowników i pacjentów.

Przykładem zastosowania EBN w praktyce klinicznej jest m.in. opis badania przeprowadzonego przez pielęgniarstwę Joyce Maygers, która skoncentrowała się na infekcjach dróg moczowych (UTI) u pacjentów po udarach. Wyniki dotychczasowych badań pokazywały, że ci pacjenci często chorują na UTI, ale brakowało informacji, jak tym infekcjom zapobiegać. Okazało się, że „winnym” zakażeń były cewniki (zakładane rutynowo tej grupie pacjentów). Maygers zakładała, że istnieje prosty sposób na rozwiązanie tego problemu: może nie ma konieczności cewnikowania każdego pacjenta z udarem albo pozostawiania cewników na tak długo? Kiedy zaczęła szukać przyczyn medycznych uzasadniających cewnikowanie – **stwierdziła brak wskazań klinicznych dla takiej procedury**. Przez rok pracowała z lekarzami, pielęgniarstwami i innymi pracownikami Centrum Medycznego im. Johna Hopkinsa w Bayview, aby sprawdzić, czy cewnikowanie jest rzeczywiście konieczne.

Wprowadziła zmiany w leczeniu pacjentów po udarach oraz w zapobieganiu zakażeniom dróg moczowych. Założyła, że doprowadzi do 10% zmniejszenia liczby założonych cewników, wynik który uzyskała był prawie dwukrotnie wyższy. U pacjentów, którzy byli leczeni w Bayview o ponad 20% obniżono dni cewnikowania, co doprowadziło do zmniejszenia liczby zakażeń i tym samym ponownego przyjmowania pacjentów z tego powodu. Skrócił się także pobyt pacjentów w Centrum. Poprawa była tak znacząca, że rozważa się zmiany procedur w całym Bayview. *Źródło: John Hopkins Nursing Magazine, Spring 2010, Vol. VIII, nr 1*
http://web.jhu.edu/jhnmagazine/spring2010/features/making_research_relevant” (ICN 2011)

Na szczeblu organizacyjnym czy szerszej – resortowym – przed wdrożeniem nowych rozwiązań trzeba szczególnie uważnie przemyśleć ich konsekwencje, zwłaszcza pod względem dostępnych zasobów.

Istnieje wiele przykładów zmarnowania środków na nieudane inicjatywy, zdarza się też, że przestano realizować dotychczasowe usługi, co doprowadziło do rozchwiania i niespójności oferowanej opieki.

Zmiany zazwyczaj wymagają wysiłku, zwłaszcza że często wiążą się ze zmianami w zachowaniach ludzi czy sposobach działania systemu. Mogą powodować bałagan, wiązać się z marnotrawstwem czasu, mieć nieprzewidziane konsekwencje. Tym niemniej – są też ekscytujące i motywujące. Konieczne jest zrozumienie wyników badań i planowanie ich wdrożenia do praktyki. Ze względu na swoją kluczową rolę, ten aspekt działań sam w sobie jest przedmiotem coraz to nowych badań. Proces znajdowania pomysłów i ich rozpowszechniania często nazywany jest **mobilizacją wiedzy** lub **transferem wiedzy**.

Istnieje pogląd, że „innowacyjność” to proste rozwiązanie trudnych problemów, ale trzeba mieć do niego ograniczone zaufanie, w tym przypadku również stosując umiejętności z zakresu praktyki opartej na wynikach badań naukowych. Przykładem EBN, który świadczyć może o innowacyjności podejścia do praktyki klinicznej z korzyścią dla pacjentów oraz efektami w zakresie kosztów jest projekt, który realizowano w szpitalu dziecięcym w USA. Wprowadzono tam weryfikację umieszczania sondy żołądkowej u pacjentów pediatrycznych i neonatologicznych. Od lat osiemdziesiątych XX w. w wielu placówkach nadal stosuje się osłuchiwanie w kierunku przepływu powietrza powyżej jamy brzusznej w przypadku umieszczania sondy do karmienia. Jedynym pewnym sposobem weryfikacji umieszczenia sondy jest prześwietlenie rentgenowskie. Prześwietlanie pacjenta przed każdym karmieniem byłoby kosztowne i niepraktyczne. Zaczęto rozważać konieczność innych rozwiązań, które byłyby możliwe do wprowadzenia przy łóżku pacjenta. Pielęgniarki zastosowały procedury oparte na wynikach badań, która służy planowaniu interwencji pielęgniarskiej i minimalizacji ryzyka niewłaściwego umieszczenia sondy. W wyniku tego projektu zmniejszono częstotliwość osłuchiwania z 93,3% do 46,2% i zwiększono wykorzystanie innych, bardziej wiarygodnych metod służących sprawdzeniu umiejscowienia sondy (Farrington et al. 2009).

Zagadnieniem koniecznym w EBN jest **Transfer Wiedzy (TW)**, który rzadko ma charakter linearny i jest raczej skomplikowanym procesem społecznym. Składają się na niego serie interakcji i powiązań między producentami i użytkownikami wyników badań (McWilliam et al. 2009; Kitson et al. 2008). Planowanie, realizacja i ocena TW wymaga jednak odpowiedniego porządku logicznego. Badania w LIHS doprowadziły do opracowania harmonogramu tego procesu, w oparciu o analizę tematyczną 28 modeli TW (Ward et al. 2009) oraz towarzyszących im danych badawczych. Harmonogram zawiera 5 kluczowych elementów, które wydają się podstawowe dla planowania i realizacji TW, oraz wymienia czynności im towarzyszące. Model pokazuje także, że każdy z tych elementów współdziała z innymi, może być realizowany pojedynczo lub równolegle, a ich intensywność zmienia się w trakcie transferu wiedzy. (IND, ICN 2011)

Podmioty lecznicze sprzyjają rozwojowi praktyki, **o ile funkcjonuje w nich kultura ceniąca nowe pomysły, innowacje, dowody naukowe.** Rzeczywistość jest jednak często inna, że same podmioty lecznicze mogą stanowić jedną z większych barier we wprowadzaniu zmian. Proces ten wymaga bowiem wiarygodnych, korzystających z szerokiego wsparcia pracowników, ponieważ to oni ostatecznie odpowiadają za wykonywane działania. Trzeba ich wspierać we wprowadzaniu zmian, wyposażać w umiejętności z zakresu negocjacji, sprzedaży, budowania porozumienia i oczywiście podejmowania ryzyka. Ponadto, jako że każda zmiana wymaga czasu, ta pomoc również może okazać się długotrwała. Zespoły terapeutyczne zaangażowane w EBP chętnie dzielą się swoją wiedzą i uczą innych – co może się okazać dodatkową motywacją.

Istnieje wiele praktycznych sposobów wdrażania EBP, które mogą się ukrywać pod różnymi nazwami, na przykład:

- **budowanie partnerstwa** – łączenie osób, grup i zespołów, tworzenie wspólnej wizji i poczucia celu,
- **korzystanie z liderów/ agentów zmian** – identyfikacja i nabór osób kluczowych dla zmiany; powinni być wiarygodni i szanowani przez osoby, na które mają oddziaływać;
- **dzielenie się informacją, rozpowszechnianie informacji** – może być realizowane w różnych formatach, odpowiednio do potrzeb specyficznej grupy odbiorców; może obejmować tak różne nośniki jak ulotki, gdy czy media społecznościowe;
- **działalność edukacyjna i szkoleniowa** – moduły kształcenia ustawicznego, systemy ekspertowe, coaching indywidualny, e-learning, symulacje;
- **standaryzacja praktyki** – korzystanie ze ścieżek klinicznych, audytu klinicznego, raportu rozbieżności, list kontrolnych i wytycznych. Nie jest prawdopodobne, aby trzeba było korzystać z wszystkich tych form, choć zapewne kilka z nich będzie potrzebne do osiągnięcia sukcesu. Z każdą z nich wiążą się koszty, które trzeba uwzględnić w fazie projektowej.

Ponieważ pielęgniarki funkcjonują aktywnie w zespołach multidyscyplinarnych, coraz ważniejsze jest, aby stawiały czoła wyzwaniom codziennej praktyki. Korzystanie z wyników badań naukowych nam to umożliwia. Pozwala nam wciąż analizować naszą pracę, szukać nowych, skuteczniejszych metod działania. W czasach trudności finansowych pomaga w jak najefektywniejszym wykorzystywaniu dostępnych zasobów. Wszyscy często mamy okazję dzielić się z innymi naszymi pomysłami i doświadczeniami. Pomaga w tym sieć kontaktów, dzięki której szybciej możemy znajdować nowe rozwiązania i wdrażać nowe pomysły. Udane wdrożenie pielęgniarskiej praktyki opartej o wyniki badań wymaga skoordynowanych działań ministerstwa zdrowia, edukacji, pracowników służby zdrowia i prywatnej opieki medycznej.

Dobre partnerstwo zachęca do współpracy, zmniejsza ryzyko dublowania działań, ogranicza współzawodnictwo o środki, sprzyja lepszym wdrożeniom EBP i uczeniu się od siebie nawzajem. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zachęca do prowadzenia badań naukowych na poziomie klinicznym w następujących priorytetach badawczych zidentyfikowanych przez Międzynarodową radę Pielęgniarek. Te obszary to – zdrowie, choroba i sprawowana opieka² - które są kluczowe z punktu widzenia jakości opieki, jej kosztów, dla opieki lokalnej (środowiskowej), dla rozwoju kadr oraz reform ochrony zdrowia.

**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Warszawa, 11 stycznia 2012 r.**

Opinie i stanowiska

Czy pielęgniarka, która ma zawartą umowę z NFZ na świadczenia pielęgniarki POZ, może podpisać umowę o podwykonawstwo z pogotowiem ratunkowym na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną?

Ustawa z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) w art. 132 ust. 3 stanowi, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Natomiast art. 55 ust. 3 ww. ustawy zawiera ustawowy obowiązek zawarcia przez wojewódzki oddział Funduszu odrębnej umowy na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OWU) stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) obejmuje zamknięty katalog rodzajów umów zawieranych przez NFZ, w tym umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Pomimo, iż rozporządzenie nie wprowadza odrębnej kategorii umowy w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stwierdzić należy, iż jest to odrębna umowa, usankcjonowana przepisami prawa o randze ustawowej.

Niejako kontynuację odrębności ww. umów stanowią przepisy § 6. ust. 1. i ust. 4. OWU, w myśl których świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy. Natomiast osoby, o których mowa w ust. 1. w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń:

- 1) w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy;
- 2) u innego świadczeniodawcy.

Pielęgniarka zawierająca umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie POZ zobowiązuje się zapewnić dostępność do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. Powyższy wymóg wynika z pkt 2. ppkt 1. Części I załącznika nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.). Powyższe regulacje powołane zostały w § 17. zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków

zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienionego zarządzeniem Nr 87/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 grudnia 2010 r.

Świadczeniodawca zawierający umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zobowiązany jest natomiast realizować świadczenia w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 danego dnia do 8:00 dnia następnego. Taki sam wymóg zawarty jest w § 2. ust. 1. pkt 2 Zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zestawienie zakresów obu rodzajów umów wskazuje na intencje ustawodawcy, którego celem było zapewnienie ubezpieczonym całodobowej opieki zdrowotnej. Obie umowy uzupełniają się nawzajem. Zawarty w art. 132. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakaz zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem odnosi się, w moim przekonaniu, do takiego samego rodzaju i zakresu umowy, a nie do wszelakich umów zawieranych pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami i ich podwykonawcami.

Uprawnionym zatem jest stanowisko, że pielęgniarka, która ma zawartą umowę z NFZ na świadczenia pielęgniarki POZ, może podpisać umowę o podwykonawstwo z pogotowiem ratunkowym na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, ponieważ nie zachodzi w takim przypadku żadna kolizja, jako że są to dwa, ustawowo rozłączne zakresy świadczeń, uregulowane różnymi przepisami prawa i różnymi rodzajami umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Iwona Choromańska

OGŁOSZENIE

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Sulęcinie (woj. lubuskie) zatrudni
pielęgniarki i położne
w tutejszym Szpitalu.**

**Zapewniamy miejsce w pokojach hotelowych.
Podania o pracę oraz CV proszę wysyłać na adres
mail zozsul@mp.pl lub**

**Kontakt telefoniczny: Dział Kadr – 95 755 9537,
Naczelną Pielęgniarką – 663489168**

Stanowisko EFN w sprawie umów cywilno-prawnych (kontraktów) w opiece ciągłej po 95 posiedzeniu Zgromadzenia Ogólnego w dniu 7.10.2011r

Trzydziestu członków Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN), spotykających się w Warszawie-Polska, na odbywającym się dwa razy w roku spotkaniu, wyraża obawy w sprawie prywatyzacji służby zdrowia, zwłaszcza w zakresie umów cywilno-prawnych zawartych między pielęgniarkami i instytucjami świadczącymi świadczenia opieki zdrowotnej.

Dlatego EFN wzywa wszystkie zainteresowane strony UE udzielające świadczeń zdrowotnych:

- do cenienia umów o pracę, a w przypadku umowy cywilno-prawnej, zastosować wszystkie szczegóły i warunki, głównie w odniesieniu do zabezpieczenia społecznego, by były przejrzyste wyjaśnione,
- do monitorowania czasu pracy pielęgniarek z umowy cywilno-prawnej i oceny wpływu na jakość i bezpieczeństwo.

Chociaż EFN akceptuje nadejście Aktu o jednolitym rynku „przedsiębiorczość”, obawy dotyczą bieżących cięć budżetowych zdrowia, zwolnienia pracowników z pracy, zamknięcie jednostek, szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej, zatrudnianie tańszych pielęgniarek i zmniejszanie systemów zabezpieczenia społecznego. Jako takie, przedsiębiorczość wyrównuje niebezpieczne usługi i niebezpieczną opiekę nad pacjentem.

Dlatego EFN wzywa Szefów Państw i Ministrów Finansów:

- do inwestowania i ochrony zdrowia publicznego i opieki społecznej,
- do budowania kadr pracowników medycznych w służbie zdrowia

Notatka z posiedzenia Lubuskiej Rady Zdrowia

1.02.2012r w Urzędzie Marszałkowskim w Zielonej Górze odbyło się pierwsze w tym roku posiedzenie Lubuskiej Rady Zdrowia w którym uczestniczyła Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. Spotkanie poprowadziła przewodnicząca rady – Marszałek Elżbieta Polak. Członkowie Lubuskiej Rady Zdrowia podjęli dyskusję m.in. na temat Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego – możliwości realizacji w województwie lubuskim, programu zdrowotnego „Zdrowe Płuca Lubuszan” oraz sukcesie „Partnerstwo dla transplantacji w naszym regionie.

Lubuska Rada Zdrowia powołana została uchwałą zarządu w lutym 2010r., do zadań Lubuskiej Rady Zdrowia należy:

1) analiza sytuacji zdrowotnej oraz ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubuskiego, a także wyrażanie stanowiska oraz przedstawianie rekomendacji w tych kwestiach;

2) opiniowanie metod i środków służących realizacji Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia;

3) opiniowanie programów ochrony zdrowia przygotowywanych przez inne podmioty;

4) opiniowanie programów o znaczeniu regionalnym dotyczących promocji zdrowia oraz prewencji chorób;

5) przygotowywanie sprawozdań z realizacji Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia

na podstawie:

- danych o chorobowości i zachorowalności,
- danych o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenia,
- bieżących opinii konsultantów wojewódzkich (w zakresie potrzeb kadrowych, potrzeb w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, poziomu świadczenia usług, i in.

**Serdeczne podziękowania dla
Pani Krystyny Czechowicz
za sumienną opiekę w czasie choroby i rekonwalescencji**

**Składa wdzięczna pacjentka
Danuta Fąferek
z Dobiegniewa**

**Plan konferencji organizowanych
przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. w 2012 roku**

Lp	Tytuł	Data	Miejsce
1	Dyskryminacja i mobbing w miejscu pracy	21 marca 2012r po Okręgowym Zjeździe Delegatów OIPIP	Gorzów Wlkp. WSB ul. Myśliborska 30
2	Prawa pacjenta oraz odpowiedzialność za ich naruszenie Szkolenie prowadzone przez instytut praw pacjenta i edukacji zdrowotnej	II kwartał 2012r	Gorzów Wlkp.
3	Prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym	II lub III kwartał 2012r	Międzyrzecz- Obrzyce
4	Bezpieczeństwo pacjenta z tendencjami autodestrukcyjnymi	III lub IV kwartał 2012	Gorzów Wlkp.
5	Standard opieki okołoporodowej nad kobietą i noworodkiem Szkolenie prowadzone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno – położniczego	III kwartał 2012r.	Gorzów Wlkp.

Harmonogram kursów od styczeń 2012 roku do grudzień 2012 roku

Nazwa Kursu	I	II	III	IV	V	VI
Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego	26,27,28,29	9,10,11,12 18,19			18 maja zakończenie specjalizacji	
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek- 28 dni teoria -	19,20,21,22	2,3,4,5	8,10,11,12 22,23,24, 25	12,13,14,15 26,27,28,29	10,11,12,13,	
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek – 30 dni-			29,30,31	1,19,20, 21,22,	17,18,19,20, 31	1,2,3, 14,15,16, 17, 23,24
Kurs specjalistyczny Leczenie ran dla pielęgniarek- 8 dni –		23,24, 25,26	15,16,17, 18			
Kurs specjalistyczny RKO- 5 dni					23,24,25,26 27	

Dyskryminacja i mobbing w miejscu pracy

Cel szkolenia:

Szkolenie poświęcone jest praktycznym metodom przeciwdziałania mobbingowi w miejscu pracy, kreowania świadomości pracowników na temat zagrożenia, jakie niesie mobbing. Daje wiedzę na temat przyczyn, niebezpieczeństw i skutków mobbingu, wyjaśnia metody diagnozy, uczy jak przeciwdziałać i zapobiegać mobbingowi przez tworzenie efektywnych programów antymobbingowych.

**Wykładowcy: Okręgowa Inspekcja Pracy,
Prokurator Prokuratury Rejonowej,
Sędzia Sądu Rejonowego,**

Rada Ochrony Pracy, dr inż. Anna Góralewska-Stońska Uniwersytet Zielonogórski.

Data szkolenia - **21 marzec 2012r godz. 12,30-16,00 w auli Wyższej Szkoły Biznesu. ul. Myśliborska 30**

- termin zgłaszania uczestników do 19 marca 2012r tel. 95 729 67 84

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.
tel. (095) 729 67 84, tel./fax: (095) 729 67 83**

WNIOSEK O DOPUSZCZENIE DO KURSU/SPECJALIZACJI*

specjalizacji w dziedzinie.....

kwalifikacyjnego w dziedzinie.....

specjalistycznego w zakresie

kurs dokształcający

1. Imię, Nazwisko.....

2. Nazwisko rodowe.....

3. Imiona rodziców.....

4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Data i miejsce urodzenia

5. Adres zamieszkania

..... (dokładny kod pocztowy)

telefon domowy do pracy

telefon komórkowy

6. Adres korespondencji

.....

7. Wykształcenie zawodowe - pielęgniarka/położna

8. Rodzaj szkoły..... Rok ukończenia

9. Numer prawa wykonywania zawodu

10. Data wydania prawa wykonywania zawodu.....

11. Miejsce pracy / stanowisko

.....

12. Przebyte szkolenia

.....

.....

..... Poświadczenie o płaceniu składek do OIPiP.

.....
Podpis i pieczęć zakładu pracy

Do wniosku proszę dołączyć:

- dokument potwierdzający wymagany staż pracy w zawodzie (6 miesięcy kurs kwalifikacyjny, specjalizacja – 2 lata)
- kserokopię zaświadczenia prawo wykonywania zawodu
- skierowanie pracodawcy, jeśli kandydat odbywa szkolenie na jego wniosek

.....

data

- niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis

Sprawy Różne

WOJEWODA LUBUSKI

Marcin Jabłoński

Pani
mgr Aldona Stańko
Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Gorzowie Wlkp.

W związku ze złożoną rezygnacją uprzejmie informuję, iż z dniem 03 stycznia 2012 roku odwołuję Panią ze stanowiska Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa na województwo lubuskie.

Jednocześnie bardzo dziękuję za wieloletnią współpracę oraz tak duże zaangażowanie w sprawowanie nadzoru specjalistycznego w powyższym zakresie.

Doceniając Pani trud oraz pracę na rzecz ochrony zdrowia, życzę sukcesów w pracy zawodowej oraz pomyślności w życiu osobistym.

*Z poważaniem
Marcin Jabłoński*

Ogłoszenie

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z prośbą o zgłaszanie kandydatów na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Kandydat na stanowisko konsultanta wojewódzkiego musi posiadać tytuł specjalisty w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, w przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie. Wojewoda w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządu zawodowego, powołuje konsultanta wojewódzkiego na okres 5 lat. Zadania konsultanta wojewódzkiego określa Ustawa z dnia 6 listopada 2008r o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009r Nr 52 poz 419)

Kandydatów prosimy o przesłanie na adres OIPIP w Gorzowie Wlkp. zgłoszeń wraz z przebiegiem pracy zawodowej i kwalifikacjami.

Komunikat dotyczący powołania Konsultantów Krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa

**MINISTERSTWO ZDROWIA
DEPARTAMENT PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Uprzejmie informuję, iż na podstawie art. 4. ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 419 z późn. zm.), z dniem 20 grudnia 2011r., Minister Zdrowia powołał do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego:

- w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego – Panią dr hab. n. med. **Marię Teresę Szewczyk**
- w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej - Panią mgr **Izabelę Kaptacz** (-)

• *Beata Cholewka* Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Ogłoszenie

Jestem położną. Ukończyłam Medyczne Studium Zawodowe w 1993r. Od 1997r do 2012.03.31 pracuję w Hospicjum Św. Kamila w Gorzowie Wlkp.; gdzie zatrudniona jestem na stanowisku położnej. W międzyczasie ukończyłam studia wyższe zawodowe z tytułem zawodowym licencjat położnictwa .

Posiadam dodatkowo kursy:

- kurs specjalistyczny „wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”
- kurs specjalistyczny „terapia bólu”
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „pielęgniarstwo rodzinne dla położnych”

Poszukuję pracy w zawodzie położnej; od stycznia do końca marca jestem na wypowiedzeniu umowy o pracę.

Mój kontakt telefoniczny 793015576

Ewa Bury

Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Szanowni Państwo

Informujemy, że z dniem 30 grudnia 2011 r. zespół działający w ramach projektu „Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego-Pamięć i historia bogactwem pielęgniarstwa” zakończył ostatni etap prac. Projekt jest realizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie współfinansowany przez Fundusz Inicjatyw Obywatelskich PO FIO. Uprzejmie zapraszamy do odwiedzania naszego Muzeum pod adresem www.wmpp.org.pl od 15 stycznia 2012 r.

*z wyrazami szacunku
Artur Kwiecień
Koordynator projektu*

Kondolencje

Z głębokim żalem zawiadamiamy iż z grona pielęgniarek na zawsze odeszła nasza koleżanka.

Krystyna Marchwart- Łazarska

Straciliśmy koleżankę, która na zawsze pozostanie w naszej pamięci jako osoba szlachetna uczciwa i oddana pracy pielęgniarskiej.

Koleżanki i koledzy z zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Gorzowie Wlkp.

Z żalem i smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 26.02.2012r odeszła od nas na zawsze nasza koleżanka

Hanna Leszko

Była wspaniałą koleżanką o wielkim sercu. Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Pracownicy Oddziału Dziecięcego z Pododdziałem Neurologii Dziecięcej

Koleżance

Elżbiecie Szarek

Szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składają koleżanki
z Kostrzyna nad Odrą

Dla

Sławomira Szarek

Szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składają koleżanki i koledzy
z Kostrzyna nad Odrą

Oferta dla pielęgniarek i położnych

Upewniamy, że w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp. przy ul. Fabrycznej 71 jest możliwość bezpłatnego korzystania z pełnej gamy zabiegów fizykoterapeutycznych, w tym również z nowoczesnej Terapii Energotonowej i masażu. Ofertę adresujemy do pielęgniarek i położnych. Wszystkie zabiegi wykonywane są w związku z dolegliwościami bólowymi układu ruchu związanymi ze sposobem wykonywania pracy – przemieszczaniem, przewracaniem, podnoszeniem itp. pacjenta.

Zapraszamy do naszego Ośrodka w godzinach 7,30 – 14,30, tel. kontaktowy (095) 7202-303, lub 7200-280.

Osoby zainteresowane mogą zgłaszać się bez skierowania od lekarza rodzinnego – zabiegi są wykonywane po uprzednim badaniu przez lekarza Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy.

Zapraszamy serdecznie!!!



Kalendarium

- 27.12.2011r. – Posiedzenie Komisji Skarg i Wniosków.
- 28.12.2011r. – Posiedzenie Komisji Problemowej ds. Praktyk Zawodowych.
- 28.12.2011r. – Posiedzenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.
- 29.12.2011r. – Posiedzenie Komisji Problemowej ds. POZ.
- 03-05.01.2012r. – Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 19.01.2012r. – Rozpoczęcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i intensywnej Terapii dla Pielęgniarek.
- 21.01.2012r. – Szkolenie nt.: „Najnowsze regulacje prawne w praktyce wykonywania zawodu Pielęgniarki i Położnej” w Wyższej Szkole Biznesu w Gorzowie Wlkp.
- 25.01.2012r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 01.02.2011r. – Przewodnicząca Aldona Stańko uczestniczyła w IV Posiedzenia Komisji do spraw Bezpieczeństwa Zdrowotnego które odbyło się w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze.
- 03.02.2012r. – Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 03.02.2012r. – Przewodnicząca Aldona Stańko uczestniczyła w przewodzie konkursowym na Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej p.n. Obwód Lecznictwa Kolejowego. w Gorzowie Wlkp. przeprowadzonego w Urzędzie Marszałkowskim w Zielonej Górze.
- 07.02.2011r. – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 13.02.2012r. – Przewodnicząca Aldona Stańko uczestniczyła w przewodzie konkursowym na Dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp.
- 14.02.2012r.. – Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.
- 17.02.2012r. – Posiedzenie Komisji Problemowej ds. opieki długoterminowej.
- 21.02.2012r. – Posiedzenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
- 22-02.2012r. – Posiedzenie Kadry Kierowniczej oraz Pełnomocnych Przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
- 23.02.2012 – Rozpoczęcie kursu specjalistycznego w zakresie Leczenie Ran dla Pielęgniarek.
- 28.02.2012r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.