

BIULETYN INFORMACYJNY OIPI 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: mgr Jolanta Czabara

ISSN 1429-9275

INFORMACJE BIURA OIPI 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 **poniedziałek, wtorek, środa, piątek od godziny 7.00— 15.00**
czwartek 7.00 – 17.00

PRZEWODNICZĄCA OIPI

mgr Aldona Stańko

przyjmuje interesantów

po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania.

WICEPRZEWODNICZĄCE OIPI

Maria Teresa Ziółkowska,

Halina Kąkolewska,

RADCA PRAWNY

Halina Łagocka przyjmuje interesantów w każdy piątek w godz.: 11.30-14.30

Dyżur Skarbnika

Elżbieta Majdańska

w każdy czwartek od godziny 15.00-17.00

kontakt e-mail ela722@wp.pl

**OKRĘGOWY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**

Herodowicz Anna

(95) 7202 303

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

mgr Teresa Stankiewicz

**ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ**

Majchrzak Beata (95) 7259 338

Korczyńska Jolanta (95) 7331 604

Chraplak Małgorzata (95) 7331 300

Kosecka Danuta (95) 7331 631

Bożena Kwiatek (95) 7364 555

dyżury rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca

**PREZES KPiPR W POLSCE
ODDZIAŁU TERENOWEGO W GORZOWIE WLKP.**

mgr Barbara Burzyńska

W BIULETYNIE:

Str.3

**XXVIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek
i Położnych**

Str. 8

**Odpowiedzialność zawodowa,
służbowa, cywilna, karna pielęgniarki
i położnej**

Str.9

Nieprawidłowe Praktyki Rodziców

Str.11

Opinie

Str.14

Oferta szkoleń

Str.17

Ośrodek kształcenia

Str. 21

**Regulamin konkursu
„Nowoczesna i kompetentna
pielęgniarka, położna”**

Str. 21

Kondolencje

Str. 27

Kalendarium

XXVIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Szanowne koleżanki i koledzy,

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. zakończyła pierwszy rok działalności

VI Kadencji. Dobrym momentem do przeprowadzenia podsumowania naszej działalności jest, jak co roku, Okręgowy Zjazd, który 2013 roku odbędzie się 16 marca o godzinie 10.00 w sali AWF „PRZYSTAŃ” przy ulicy Fabrycznej 3 w Gorzowie Wlkp. (dzielnica Zawarcie).

Gościem honorowym tegorocznego Zjazdu będzie Prezes NRPiP Pani Grażyna Rogala Pawelczyk

Szanowni Delegaci, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych zaprasza do udziału w obradach XXVIII

Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

Okręgowy Zjazd jest najwyższym organem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, który podejmuje uchwały w sprawach zasad gospodarki finansowej izby oraz uchwała roczny budżet, rozpatruje i zatwierdza roczne sprawozdania z działalności okręgowej rady oraz podejmuje uchwały w sprawach istotnych dla zawodów pielęgniarki i położnej oraz w innych sprawach objętych zakresem działania okręgowej izby.

Przypominamy, „Regulamin Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych”

§ 4. 1. Delegata obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniach okręgowego zjazdu.

2. Delegat bierze udział w posiedzeniach okręgowego zjazdu wyłącznie osobiście.

3. Każdego dnia, przed rozpoczęciem obrad okręgowego zjazdu, delegat potwierdza swoją obecność podpisem na liście obecności.

§ 5. 1. W trybie przewidzianym dla uchwał zjazd może podejmować:

1) rezolucje - zawierające wezwanie skierowane do określonego adresata o podjęcie wskazanego w rezolucji jednorazowego działania;

2) stanowiska - zawierające pogląd lub opinię w określonej sprawie;

3) deklaracje - zawierające zobowiązania się do określonego postępowania;

4) apele - zawierające wezwania do określonego zachowania się, podjęcia inicjatywy lub realizacji zadania.

2. Okręgowy zjazd jest władny do podejmowania uchwał, w tym dokonania wyborów w trybie Regulaminu wyborów do organów izb, przy obecności co najmniej połowy delegatów.

3. W przypadku braku quorum ponowny termin zjazdu ustala okręgowa rada, przy czym ten termin nie może przypaść później niż 2 miesiące i nie wcześniej niż 3 tygodnie po pierwszym terminie zjazdu.

4. Uchwały są podejmowane zwykłą większością głosów.

Wszystkim Delegatom i uczestnikom zjazdu życzę owocnych obrad.

Aldona Stańko

Przewodnicząca OIPIP w Gorzowie Wlkp.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego



Informujemy, że Minister Zdrowia zaakceptował kandydaturę **Beaty Majchrzak** na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a Wojewoda Lubuski powołał ją do pełnienia funkcji z dniem **02 stycznia 2013 r.**

Beata Majchrzak jest specjalistką pielęgniarstwa rodzinnego, pracuje w Zespole Pielęgniarek i Położnych PULS w Gorzowie Wlkp.

Wykształcenie:

2009-2011 - tytuł specjalisty z pielęgniarstwa rodzinnego;
2009-2010 - studia na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Zawodowej w Pile - dyplom licencjata pielęgniarstwa
2005-2006 - Pedagogiczny Kurs kwalifikacyjny - Wojewódzki Ośrodek Metodyczny w Gorzowie Wlkp.;

2003-2005 - studia na kierunku Zdrowie Publiczne w zakresie Promocja Zdrowia-dyplom magistra z Promocji Zdrowia;

2000-2003 - studia w zakresie Administracji i Prawa w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej, tytuł licencjata;

2000-08-17- Prawo Wykonywania Zawodu Pielęgniarki-wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.;

1981-1986 - Liceum Medyczne -kierunek pielęgniarstwo w Złotowie.

Ukończone Kursy:

1994 - kurs z zakresu ratownictwa dla pielęgniarek i położnych

1995 - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek środowiskowo rodzinnych

1998 - kurs z zakresu szczepień BCG dla pielęgniarek i położnych;

2007 - kurs specjalistyczny „Terapia bólu”

2008 - kurs specjalisty w zakresie „Szczepienia ochronne”
-liczne szkolenia zawodowe,

Doświadczenie zawodowe

-od 1986-1987 - Wojewódzki Szpital Zespolony w Pile-oddział anestezjologii i intensywnej terapii- pielęgniarka odcinkowa

1997-1994 - Wojewódzki Szpital Zespolony w Gorzowie Wlkp. – oddział anestezjologii i intensywnej terapii - Pielęgniarka anestezjologiczna

1994-1998 - Zespół Opieki Zdrowotnej - Przychodnia nr 2 w Gorzowie Wlkp. pielęgniarka środowiskowa

1999 – nadal - pielęgniarka rodzinna - w Zespole Pielęgniarek i Położnych „PULS” w Gorzowie Wlkp.

Dane kontaktowe Konsultanta:

Zespół Pielęgniarek i Położnych PULS ul. Piłsudskiego I A, 66-400 Gorzów Wlkp. tel./faks957259338.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r.
w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych
niebędących przedsiębiorcami**

Warszawa, dnia 31 grudnia 2012 r. Poz. 1545

Na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm. 2) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zwanych dalej „minimalnymi normami”, w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, zwanym dalej „podmiotem”, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, uwzględnia się:

- 1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
- 2) liczbę pacjentów objętych opieką w danym roku;
- 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 4) harmonogram czasu pracy;
- 5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny, o których mowa w § 2;
- 6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
- 7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;
- 8) stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

2. Do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

§ 2. 1. Średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity oraz średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku oblicza się według wzorów:

$$1) T\acute{s}pb = (NI \times T\acute{s}pbl) + (NII \times T\acute{s}pblI) + (NIII \times T\acute{s}pblII),$$

$$2) T\acute{s}pc = T\acute{s}pb + T\acute{s}pp$$

– gdzie poszczególne symbole oznaczają:

T \acute{s} pb – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich,

N - średnią liczbę pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy poprzedzający ustalenie minimalnej normy (NI – kategoria opieki I, NII – kategoria opieki II, NIII – kategoria opieki III)

T \acute{s} pc – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity,

T \acute{s} pbl – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki I,

T \acute{s} pblI – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki II,

T \acute{s} pblII – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki III,

T \acute{s} pp -średni dobowy czas wykonania świadczeń

pielęgniarskich pośrednich, który może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich; czas ten określa się, biorąc pod uwagę organizację pracy w podmiocie;

$$3) Td = T\acute{s}cp - (T\acute{s}cuw + T\acute{s}cod + T\acute{s}ckp + T\acute{s}czl)$$

– gdzie poszczególne symbole oznaczają:

Td – średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku,

T \acute{s} cp – średni czas pracy w dniach,

T \acute{s} cuw – średni czas urlopu wypoczynkowego, w dniach,

T \acute{s} cod – średni czas ustawowo przysługujący na opiekę nad dzieckiem, w dniach,

T \acute{s} ckp – średni czas przeznaczony na realizację kształcenia podyplomowego, w dniach,

T \acute{s} czl – średni czas nieobecności w pracy usprawiedliwiony zaświadczeniem lekarskim w dniach.

2. Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla danej kategorii opieki, o których mowa w ust. 1. pkt 1, kierownik podmiotu ustala, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami określonymi w załączniku:

1) nr 1 do rozporządzenia, w przypadku oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;

2) nr 2 do rozporządzenia, w przypadku oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;

3) nr 3 do rozporządzenia – w przypadku:

a) zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury, albo

b) oddziału lub zespołu porodowego o profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego;

4) nr 4 i 5 do rozporządzenia odpowiednio w odniesieniu do położnicy i noworodka, w przypadku oddziału o profilu Położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;

5) nr 6 do rozporządzenia w przypadku oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;

6) nr 7 do rozporządzenia w przypadku oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu.

3. Przy ustalaniu minimalnej normy stosuje się wzór:

$$Le = \frac{T\acute{s}pc \times 365}{Td}$$

– gdzie poszczególne symbole oznaczają:

Le – liczbę etatów lub równoważników etatów – stanowiącą podstawę obliczenia minimalnej normy,
Tšpc – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w dniach.

§ 3. W przypadku oddziału o profilu:

1) anesteziologia i intensywne terapie (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu,

2) neonatologicznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu

– stosuje się minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

§ 4. 1. W przypadku podmiotu wykonującego świadczenia z zakresu leczenia uzależnień przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1–4 i 8.

2. W przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się liczbę pacjentów w skali roku, stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu oraz przepisy § 1 ust. 1 pkt 1, 3 i 4.

3. W przypadku bloku operacyjnego przy ustalaniu minimalnej normy na 1 stół operacyjny w trakcie zabiegu operacyjnego (1 pacjent) uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1–4 i 8.

§ 5. 1. W przypadku utworzenia nowego podmiotu, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki, przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

1) planowany zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych;

2) planowaną liczbę pacjentów;

3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

4) harmonogram czasu pracy;

5) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

2. Minimalną normę ustala się w sposób określony w ust. 1 na okres roku, licząc od dnia wpisu podmiotu albo wpisu zmian określonych w ust. 1 do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 6. W przypadku podmiotów wykonujących działalność

leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

1) wielkość i rozległość terytorialną oraz strukturę demograficzną i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu;

2) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;

3) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;

4) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

5) harmonogram czasu pracy;

6) wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego;

7) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

§ 7. Minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata.

§ 8. Minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 01.01 2013 r.

Minister Zdrowia: B. Arłukowicz

Notatka z konferencji uzgodnieniowej dotyczącej projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, która odbyła się 7 grudnia br. w Departamencie Pielęgniarek Ministerstwa Zdrowia

Konferencję rozpoczął A. Soplński w-ce Minister Zdrowia i przekazał procedowanie Pani Dyr. J. Skolimowskiej, która przywołała projekt MZ z 2 grudnia br. w sprawie norm i oznajmiła, że będziemy na nim pracować. Wywołało to natychmiastowy sprzeciw przedstawicieli OZZPiP, NRPiP i innych niewtajemniczonych wcześniej w treść przywołanego dokumentu, natomiast dobrze zaznajomionego z nim obecnym na sali licznym przedstawicielom: pracodawców, Związku Powiatów Polskich, NRL.

Przewodnicząca OZZPiP I. Borchulska oznajmiła, że zostało złamane prawo, bo jedynym dokumentem, na którym powinniśmy procesować, to projekt z 18 października br. przedstawiony na stronie MZ do opinii społecznej. I skoro powstał kolejny projekt z 2 grudnia br. („pod stołem”), to MZ

podjęło decyzję, a dzisiejsze uzgodnienia są tylko pro – formą. Oznajmiła, że nie będą dalej uczestniczyć w konferencji i po ostrej ripostie skierowanej do trzech przedstawicieli NRL, których stanowisko było zdecydowanie przeciwne wejściu w życie rozporządzenia w sprawie norm, a przytoczone argumenty „kopiuj – wklej” Związku Powiatów Polskich – opuściła obrady wraz z towarzyszącymi jej osobami.

Dyr. Skolimowska przystąpiła do analizowania uwag zgłoszonych przez strony ministerialne:

- Przedstawiciel ministerstwa finansów poinformował, że projekt ten może rodzić koszty, trudne do oszacowania na tym etapie. Wśród licznych głosów w dyskusji, zwłaszcza pracodawców, NRL, związku powiatów, którzy podtrzymywali

swoje opinie, że będą to nawet trzydziestoprocentowe i wyższe wzrosty, przedstawiciel NRPIP Zofia Małas oznajmiła, że tak wysokie koszty mogą wystąpić tylko tam, gdzie są drastycznie zaniżone obsady, zagrażające bezpieczeństwu pacjentów i gdzie nie działa obowiązujące rozporządzenie w sprawie norm z grudnia 1999 roku.

- Przedstawiciel NFZ przedstawił opinię, że będzie wymagał norm zatrudnienia pielęgniarek w publicznych i niepublicznych podmiotach, zgodnie z rozporządzeniami koszykowymi przy zawieraniu kontraktów na świadczenia zdrowotne. Również rozgorzała ożywiona dyskusja. Zofia Małas oświadczyła, że należy dokonać pilnej nowelizacji art. 50 ustawy o działalności leczniczej, by normy obowiązywały we wszystkich podmiotach korzystających ze środków publicznych.

Dyr. Skolimowska przedstawiła uwagi NRPIP z których, pomimo silnych argumentacji znajdujących się w mniejszości pielęgniarek i położnych nie udało się jednoznacznie preforsować:

- pod znakiem zapytania jest zapis o minimum dwóch pielęgniarkach/ położnych na zmianie, bo w przytoczonym projekcie z 2 grudnia już został wykreślony;

-również czas dyspozycyjny trzeba będzie wyliczać, bo pracodawcy nie zgodzili się na uśrednienie 202 dni;

-są zakusy na zmniejszenie czasu opieki pośredniej z 25-50% na 10-25% czasu opieki bezpośredniej;

-zrezygnowano z doliczania 2min po 24.00;

-również nie uzyskano jednoznacznej odpowiedzi potwierdzającej, by rozporządzenie weszło w życie od 1 stycznia 2013r. obliczając normy przy pomocy wskaźników, a cały rok przeznaczyć na wdrożenie sposobu obliczania zapotrzebowania na opiekę według kategoryzacji.

Skorygowano wskaźnik w psychiatrii i zmniejszono czasy w poszczególnych kategoriach.

Po analizie uwag NRPIP Dyr. Skolimowska zamknęła obrady.

Warszawa 10.12.2012

Notatkę sporządziła

Zofia Małas

Warszawa, dnia 17 stycznia 2013 r.

Pan

Bartosz Arłukowicz

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnę złożyć gorący apel o pilną nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r, póź, 1545),

W pierwszym rządzie pragnę zwrócić się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie przyczyn, dla których treść wydanego przez Pana Ministra rozporządzenia znacząco odbiega od projektu z dnia 18 października 2012 roku przekazanego do konsultacji społecznych, W dniu bowiem 18 października 2012r, samorząd pielęgniarski otrzymał do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia, który nijak się ma do treści wydanego przez pana ministra aktu prawnego.

Tego rodzaju sytuacji stawia pod znakiem zapytania zgodność rozporządzenia z niekwestionowaną, na gruncie art 2 Konstytucji RP zasadą poprawnej legislacji.

Wydaje się także, iż tego rodzaju postępowanie pozostaje w opozycji do treści art, 7 ust 4 pkt 3) ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r, o Radzie Ministrów (tj.: Dz.U. z 2012 r. póź, 392), Stosownie do dyrektyw wypływających z tego przepisu, członek Rady Ministrów, realizując: politykę ustaloną przez Radę Ministrów, zobligowany jest do współdziałania z przedstawicielstwami środowisk zawodowych, a takim jest przecież samorząd pielęgniarek i położnych;

Co więcej, w treści art, 50 ust 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r, o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, póź, 654 ze zm.) minister właściwy do spraw zdrowia zyskał uprawnienie do określenia w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Jednakowoż uczynić to może dopiero po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, a przede wszystkim należy zaznaczyć, iż celem owego rozporządzenia ma być zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych,

Nie może budzić wątpliwości, że pojęcie „właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych” korespondować musi z wyrażonym w treści art 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP zasadami powszechnego dostępu do ochrony zdrowia oraz dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Cytowane przepisy stanowią, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art, 68 ust. 1) oraz że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 2).

Tymczasem, wdrożenie przepisów rozporządzenia w obecnym kształcie, doprowadzi do ograniczenia liczby pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych. Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek w polskich szpitalach-są znacząco niższe od wskaźników w innych krajach europejskich.

Należy podkreślić z całą mocą, iż rozporządzenie w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno być gwarantem jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych, zapewniającym bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz bezpieczeństwo pielęgniarek, i położnych. Tak się jednak nie dzieje. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie informowała Pana Ministra o nieprawidłowościach, związanych z ustalaniem obsad pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, stosowanych praktykach dyżuru jednoosobowego w niektórych szpitalach lub znacznym ograniczeniem stanu zatrudnienia na jednej zmianie, który to stan jest częstokroć nieadekwatny do przydzielonych zadań. Nadto, treść rozporządzenia poza marginesem swojego zainteresowania pozostawia wyniki prac Zespołu do Spraw Opracowania. Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, powołanego wsak zarządzeniem Ministra Zdrowia w 2009 roku.

Rozporządzenie w omawianym brzmieniu zatem nie tylko nie poprawi warunków pracy pielęgniarek i położnych, ale przede wszystkim będzie miało negatywny wpływ na dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze

środków publicznych, co w konsekwencji prowadzi do naruszenia art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, W tym stanie rzeczy Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się przywrócenia

następujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którymi: obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organizacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2. pielęgniarki lub położne na zmianie;

- do minimalnych, norm. zatrudnienia nie wlicza się zatrudnionej kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej;

- przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich, bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki., zgodnie z brzmieniem § 2. projektu rozporządzenia;

- w bloku operacyjnym na jeden czynny stół operacyjny (jeden pacjent), świadczenia lecznicze winna wykonywać co najmniej jedna pielęgniarka albo położna operacyjna i jedna pielęgniarka albo położna asystującą pielęgniarsce albo położnej operacyjnej,

Wykreślenie powyższych zapisów nie było konsultowane z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych a odbije się ono przede wszystkim na dobru pacjenta. Dlatego

bulwersuje i jednocześnie dziwi fakt, iż tak ważny dla naszych grup zawodowych akt prawny nie uwzględnia trzyletniego dorobku ekspertów, przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych biorących udział w pracach Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, o którym mowa wyżej

Pragnę także zwrócić uwagę Pana Ministra na fakt, iż prawidłowo ustalona obsada pielęgniarek i położnych zapobiega występowaniu zdarzeń niepożądanych we wszystkich podmiotach leczniczych. Norma konstytucyjna wyrażona w art 68. ust i Konstytucji RP gwarantuje wszystkim obywatelom równy dostęp do ochrony zdrowia. Dlatego, w ocenie samorządu pielęgniarek i położnych, przedmiotowe rozporządzenie powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na ich rodzaj,

Szanowny Panie Ministrze,
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, wyraża stanowczy sprzeciw wobec treści nowo wydanego rozporządzenia w obecnym brzmieniu i wnosi o uwzględnienie powyższych uwag w dalszej pracy kierowanej przez Pana urząd.

Z poważaniem

dr n. med. Grażyna Rogala – Pawelczyk
Prezes NRPIP

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2013 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W spotkaniu udział wzięli ze strony Ministerstwa Zdrowia:

Bartosz Arłukowicz – Minister Zdrowia

Aleksander Sopiński Podsekretarz Stanu w MZ

Beata Cholewka Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Jolanta Skolimowska Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Naczelną Radę Pielęgniarek Położnych reprezentowali:

Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes NRPIP

Maria Kaleta – Wiceprezes NRPIP

Tadeusz Wadas - Wiceprezes NRPIP

Hanna Gutowska – Skarbnik NRPIP

Joanna Walewander – Sekretarz NRPIP

Członkowie Prezydium NRPIP

Agnieszka Kałużna, Mariola Głowacka, Emilia Kin, Mariola Łodzińska, Barbara Błażejowska-Kopiczak

Zofia Małas - członek NRPIP

Podczas spotkania przedstawiciele NRPIP przedstawili Ministrowi Zdrowia stanowisko w sprawie pilnej nowelizacji w/w rozporządzenia.

Strona samorządowa w dalszym ciągu podtrzymuje, iż należy bezwzględnie przywrócić zapisy dotyczące:

1) Obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innej jednostce organizacyjnej na dyżurze powinna być ustalona zgodnie z faktycznym zapotrzebowaniem pacjenta na opiekę pielęgniarską lub położniczą, z uwzględnieniem czasów wypracowanych przez zespół ds. norm.

2) Wprowadzenia obowiązywania norm we wszystkich podmiotach leczniczych.

3) Minimalne normy zatrudnienia w bloku operacyjnym – dwie pielęgniarki lub położne na jednego operowanego pacjenta (instrumentariuszka i asystującą).

4) W rozporządzeniu powinien się znaleźć zapis o treści „jedna położna na jedną rodzącą, u której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu”.

Ustalono, że będą trwały prace zmierzające do rozwiązania spornych kwestii objętych w/w rozporządzeniem.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Szanowne koleżanki pielęgniarki i położne z oddziałów położniczych i neantologicznych oraz pielęgniarki i położne środowiskowo rodzinne (POZ) zapraszamy do odwiedzenia strony internetowej www.razemlatwiej.pl na której znajduje się ciekawa oferta szkoleń z zakresu II Roku Akademii Matek i Ojców Razem Łatwiej

Odpowiedzialność zawodowa, służbowa, cywilna, karna pielęgniarki i położnej

Wybór zawodu jest sprawą istotną. Oznacza nie tylko decyzję o sposobie zdobywania środków do życia lecz również przeżywania dużej części własnego życia, a w związku z tym znajdowanie bądź nieznajdowanie możliwości do zadowolenia i satysfakcji. Wyboru zawodu dobrze by było dokonywać możliwie świadomie, rozważać to, co ze sobą niesie, jak i swoje predyspozycje. Praca pielęgniarki i położnej jest specyficzna, pozwala na dużą samodzielność w planowaniu, organizowaniu i realizacji opieki nad podopiecznymi. Przyjmuje osobistą odpowiedzialność za praktykę, współpracuje na zasadach partnerskich z pacjentem i jego rodziną.

Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za cały zakres działalności zawodowej, w tym także za sferę relacji pielęgniarka /położna– pacjent – członkowie zespołu terapeutycznego. Pielęgniarki/położne podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność:

- prawną
- karną
- cywilną
- materialną
- służbową
- zawodową
- etyczną/moralną

Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej określają:

- Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- Kodeks Pracy
- Kodeks Karny
- Kodeks Cywilny
- Regulaminy zakładowe
- Zakresy obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności na stanowisku pracy
- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

Definicja odpowiedzialności

Odpowiedzialność jest obowiązkiem moralnym lub prawnym, zgodnie z nim każdy człowiek odpowiada za swoje słowa i czyny oraz ponosi za to określone konsekwencje.

Moralna odpowiedzialność wynika z powszechnie uznawanych norm oraz wartości, które zostały przyjęte w danym społeczeństwie.

Odpowiedzialność prawna natomiast, jest to obowiązek ponoszenia pełnych konsekwencji za zachowania i czyny swoje, na mocy przepisów prawa.

Rodzaje odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność cywilna – zadośćuczynienie za doznaną krzywdę lub odszkodowanie za doznaną szkodę
2. Odpowiedzialność karna – popełnienie czynu niedozwolonego pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia
3. Odpowiedzialność dyscyplinarna – odpowiedzialność pracownika za naruszenie obowiązków pracowniczych, jest to odpowiedzialność przed pracodawcą
4. Odpowiedzialność zawodowa – za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej

Podstawowe zasady przy ponoszeniu odpowiedzialności

- każdy odpowiada wyłącznie za swoje działanie lub zaniechanie
- odpowiedzialność za czyn popełniony wspólnie i w porozumieniu
- odpowiedzialność za kierowanie wykonaniem czynu zabronionego przez inną osobę

Odpowiedzialność za podżeganie – nakłanianie

Odpowiedzialność za pomocnictwa.

Niezależność odpowiedzialności współdziałających:

Każdy we współdziałających w popełnieniu czynu zabronionego odpowiada, w granicach swojej umyślności lub nieumyślności, niezależnie od pozostałych współdziałających. Wina i nieumyślność

Wina – sytuacja, gdy sprawca ma zamiar popełnienia przewinienia/przestępstwa/ występku, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi.

Nieumyślność – sytuacja, gdy sprawca nie mając zamiaru popełnienia przewinienia /przestępstwa/ występku popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganych w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał lub mógł przewidzieć.

Prawo

-system zasad i reguł postępowania, ustanowionych w określonej procedurze i publicznie ogłoszone przez organy władzy państwowej, których przestrzeganie jest zapewnione poprzez groźbę użycia siły przez państwo

Etyka

Dyscyplina filozoficzna, zajmująca się dostarczaniem racjonalnych uzasadnień dla określonych działań. W tym sensie to nie żaden kodeks, lecz zbiór przesłanek, przemawiających za określonym rozwiązaniem, działaniem czy zachowaniem

Dylemat

Zagadnienie wymagające rozstrzygnięcia, w którym ścierają się różne wartości; każda z wartości sugeruje wybór innego rozwiązania

Przewinienie zawodowe

Art.36 ust. 1 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych
Naruszenie zasad etyki zawodowej oraz naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej

Ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych

Pielęgniarka i położna, podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających, na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4. ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w Kodeksie Karnym.

Ochronę dla funkcjonariuszy publicznych przewidują art. 222, 223, 226 Kodeksu Karnego.

Czynności pielęgniarki polegają na:

- rozpoznawaniu warunków potrzeb zdrowotnych pacjenta
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Art.4. ust. 1 pkt 1-5 (ustawa z dnia 15.07.2011 obowiązująca od 01.01.2012 o zawodach pielęgniarek i położnych)

Czynności położnej polegają na :

- rozpoznaniu ciąży

- sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej

- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka, prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej

- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także nacięcia krocza, a w przypadku nagłym także porodu z położenia miednicowego

- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy

- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego, badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji

- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji

- samodzielnym udzielaniu pomocy w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych

- profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych

Art.5. ust. 1 pkt 1-9 (ustawa z dnia 15.07.2011 obowiązuje od 01.01.2012 o zawodach pielęgniarek i położnych)

Rozwój współczesnej medycyny prowadzi do ciągłych dyskusji i dylematów z pogranicza etyki, odpowiedzialności i prawa. Niemniej, aby mówić w sposób poprawny o dylematach prawno – etycznych oraz odpowiedzialności zawodowej zostały przedstawione/przypomniane/ powyższe określenia, pojęcia w dużym skrócie.

Opracowano na podstawie wykładu z września 2012
 adwokat Kingi Rudnik
 Teresa Stankiewicz Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

Nieprawidłowe Praktyki Rodziców

W pierwszym roku życia rozwój dziecka przebiega bardzo dynamicznie. W tym czasie kształtują się jego nawyki i upodobania jedzeniowe warunkujące zdrowie w dalszych latach życia. Niestety, jedynie 7% polskich mam w pełni stosuje się do zaleceń żywieniowych dla niemowląt.

Joanna Kieniewicz-Górska
 dr inż. Anna Stolarczyk
 konsultant merytoryczny

Żywnie w okresie niemowlęcym, zarówno jeśli chodzi o wartość odżywczą diety, jak i sposób żywienia, np. czy dziecko jest karmione piersią czy mlekiem modyfikowanym, ile je posiłków, w jaki sposób są mu one podawane (łyżeczką czy przez smoczek), kiedy zaczyna spożywać posiłki dodatkowe, ma decydujące znaczenie dla jego prawidłowego rozwoju fizycznego i intelektualnego. Procesy dojrzewania wielu narządów i układów organizmu również wiążą się z tym, co dziecko je. Przez tzw. programowanie metabolizmu żywnie dziecka w ciągu tych pierwszych 12 miesięcy wywiera istotny wpływ na stan zdrowia człowieka w wieku dojrzałym. Nieprawidłowa dieta może się przyczynić do aktualnie występujących zaburzeń, np. alergii, zaparc, niedożywienia, nadwagi, a także wielu chorób cywilizacyjnych mogących ujawnić się dopiero w przyszłości. Należy pamiętać, że aby plan działań pielęgniarstwa był realizowany z powodzeniem, nie można ograniczać się tylko do podstawowych działań pielęgnacyjno-leczniczych, które prezentujemy poniżej, ale konieczne jest także uwzględnienie problemów natury psychicznej, związanych z obawą przed chorobą, osamotnieniem czy związanych z utratą sił witalnych. Musi to być zatem holistyczne podejście do pacjenta, uwzględniające jego ciało, umysł i ducha.

Przebieg badań

Specjaliści z Centrum Zdrowia Dziecka, pod kierunkiem dr inż. Anny Stolarczyk, zbadały i oceniły sposób żywienia niemowląt. Badaniem objęto dwie grupy dzieci, które 1 marca 2011r. miały ukończone odpowiednio 6 i 12 miesięcy. Aby badania były reprezentatywne, brano pod uwagę dzieci z całego kraju, żyjące zarówno na wsi, jak i w mieście. Z każdego województwa wybierano dzieci proporcjonalnie do liczby mieszkańców. Ostatecznie badano 158 niemowląt w wieku 6. miesięcy i 159 w wieku 12 miesięcy. Posługiwano się kwestionariuszem, na którego podstawie uzyskano od matek dane co do przebiegu ciąży i porodu, suplementacji w okresie ciąży i karmienia piersią, a także informacje

o sposobie żywienia i rozszerzania diety niemowląt oraz przyjmowaniu suplementów. Ponadto, matki prowadziły dzienniczki, w których notowały, co dziecko zjadło w ciągu 24 godzin, a więc wszystkie posiłki i napoje oraz suplementy podawane mu w tym czasie. Projekt uzyskał pozytywną opinię Rady Naukowej Fundacji Nutricia. Zgodę na badania wyraziła także Komisja Bioetyczna działająca przy IPCZD.

Rozszerzanie diety

W drugim półroczu konieczne jest rozszerzanie diety, m.in. po to, by nie dochodziło do niedoborów pokarmowych, szczególnie żelaza, którego zapasy z okresu płodowego się wyczerpują. Zaleca się, żeby posiłki dodatkowe wprowadzać do diety niemowląt nie wcześniej niż przed ukończeniem 4. miesiąca, ale nie później niż po ukończonym 6. miesiącu. Proponowany przez WHO czas wprowadzania do diety niemowląt karmionych wyłącznie piersią posiłków dodatkowych to 7. miesiąc. Tymczasem z badań wynika, że w grupie niemowląt sześciomiesięcznych troje było jeszcze karmionych wyłącznie piersią, 17% dostało w dniu badania tylko posiłki mleczne, zupkę jarzynową jadło 83%, a przeciw owocowy 70%. W tym dniu posiłek warzywny i owocowy jadło tylko co drugie niemowlę.

Gluten nie na czas

Przed kilkoma laty do schematu żywienia niemowląt wprowadzono zmiany, jedna z nich dotyczyła wcześniejszego wprowadzania glutenu. Ze skandynawskich badań wynika bowiem, że w krajach, w których zostało to wprowadzone, zmniejszyła się liczba chorych na celiakię. Odrobinę glutenu wymieszanego z mlekiem mamy lub przecierem jarzynowym dzieci karmione piersią powinny dostawać w 5. miesiącu, a karmione mlekiem modyfikowanym w 6. Tymczasem na podstawie wywiadów z matkami wiadomo, że w grupie sześciomiesięcznych maluchów tylko 60% miało wprowadzany gluten. Natomiast w dzienniczkach, które prowadziły mamy, można przeczytać, że posiłki lub przekąski zawierające gluten spożywało 38% maluchów.

Zbyt częste posiłki

Z przeprowadzonych badań nasuwa się prosty wniosek, że mamy karmią swoje dzieci zbyt często, niektóre nawet kilkanaście razy na dobę, a drobne przekąski między posiłkami bywają podawane kilka razy dziennie. Takie postępowanie może przyczyniać się do nadwagi. Tylko 26% niemowląt w wieku 6 miesięcy i 33% dzieci dwunastomiesięcznych jest karmionych według schematu, to znaczy je 5-6 razy dziennie. Co drugie niemowlę

sześciomiesięczne i 46% dzieci dwunastomiesięcznych spożywa 7-9 posiłków na dobę. W liczbie posiłków nie uwzględniono drobnych przekąsek, takich jak chrupki, paluszki, biszkopty, które między posiłkami dostawało 25% dzieci sześciomiesięcznych i 75% rocznych. Dziecko, które nie jest głodne, je mało na jeden posiłek, więc zestresowana mama szybko znów podaje mu coś do jedzenia, malec zjada niewiele, więc mama szykuje następny posiłek lub przekąskę... w ten sposób tworzy się błędne koło. Zdarza się również karmienie niemowląt w trakcie snu, bo mama ciągle się boi, że dziecko je za mało i dopiero karmiąc przez sen, nabiera przekonania, że zjadło tyle, ile potrzeba. Niestety, w ten sposób zaburza się całkowicie naturalny rytm odczuwania głodu i zaspokajania apetytu.

To nie dla malucha!

Choć od wielu lat propaguje się podawanie niemowlętom, które nie są karmione piersią, mleka modyfikowanego, mleko krowie dostawało 8 niemowląt sześciomiesięcznych, a 2 jadło w badanym dniu wyłącznie kaszę mannę na mleku krowim. W grupie dzieci dwunastomiesięcznych u 10% dieta była oparta na mleku krowim. Choć dla maluchów poniżej roku polecana jest żywność specjalnego przeznaczenia żywieniowego, 5 niemowląt sześciomiesięcznych i 18 rocznych dostawało soki z kartonu lub typu Kubus.

W dietach można było spotkać pokarmy, których nie powinny jeść niemowlęta, a czasem nawet dorośli: parówki (podawano je najczęściej), wędliny, paszety z puszek, ser żółty, serki topione, sery wędzone, zupy gotowane z użyciem kostek rosółowych (uwaga na glutaminian sodu), solone paluszki, a nawet chipsy. Wszystkie te produkty zawierają dużo soli, nieodpowiednie tłuszcze i sztuczne dodatki.

W jadłospisach rocznych dzieci dominowały posiłki mleczne, a dania uzupełniające (ze słoiczka lub przygotowywane w domu specjalnie dla dziecka) jadło w dniu badania 67% niemowląt. Pozostałe maluchy oprócz posiłków mlecznych spożywały to, co inni domownicy, np. pierogi ruskie, frytki, kielbasę.

Z dzienniczków prowadzonych przez mamy wynika, że w dniu badania 10% dzieci sześciomiesięcznych jadło serki homogenizowane, gotowe desery dla dorosłych (słodzone) oraz zwykłe jogurty owocowe, które zawierają cukier.

Za mało witaminy D

według danych z wywiadów oraz dzienniczków prowadzonych przez matki wynika, że 50% niemowląt w wieku 6 miesięcy i blisko 60% w wieku 12 miesięcy nie otrzymywało wystarczającej dawki witaminy D (zaleca się 400 IU/d). Rozbieżność między liczbą niemowląt, których matki deklarowały podawanie witaminy D, a liczbą niemowląt, których mamy zaznaczyły w dzienniczku podawanie witaminy D w grupie niemowląt sześciomiesięcznych wynosiła odpowiednio 79 i 7%, a w grupie niemowląt dwunastomiesięcznych - 67 i 11%. Może to sugerować, że witamina D jest podawana dzieciom nieregularnie.

Inne nieprawidłowości

Tylko co dziesiąta mama podawała dziecku do picia wodę, natomiast co drugie niemowlę zaspokajało pragnienie herbatkami z granulatu lub wodą z glukozą. 5 niemowląt sześciomiesięcznych i 15 rocznych piło zwykłą czarną herbatę, której niemowlęta i małe dzieci w ogóle pić nie powinny.

W grupie niemowląt dwunastomiesięcznych tylko 43% piło w ciągu doby tyle soku, ile jest zalecane (do 150 ml). Blisko co dziesiąte dziecko w dniu obserwacji wypijało więcej niż 500 ml soku, a „rekordzista” nawet 900 ml!

Tylko co trzecia mama, przygotowując dla dziecka posiłki jarzynowe (zupki, przeciery), pamiętała o tym, by dodać do nich nieco tłuszczu: olej, oliwę lub masło. Tymczasem tłuszcze są w niemowlęcej diecie niezbędne.

Aby zachęcić dzieci do picia mleka i jedzenia kaszek, niepotrzebnie dodaje się do nich cukier. Ponadto podaje się maluchom do picia słodzone soki i napoje, co dostarcza niepotrzebnych kalorii, sprzyja utrwalaniu się upodobania do słodkich potraw, a także może hamować apetyt.

Niektóre mamy, kierując się swoim gustem kulinarnym, niepotrzebnie solą potrawy ze słoiczków, choć w diecie niemowlęcej nie powinno się stosować soli. Tyle ile potrzeba organizmowi dziecka, jest zawarte w produktach.

Czym skorupka za młodu nasiąknie...

W Polsce od 2007 r. obowiązuje schemat żywienia niemowląt uwzględniający aktualną wiedzę w zakresie żywienia oraz zapotrzebowanie na poszczególne składniki odżywcze, jednak co z tego, skoro jego zalecenia nie są przestrzegane przez mamy. W codziennej praktyce pediatrycznej obserwuje się wiele nieprawidłowości, najczęściej stwierdzane błędy dotyczą wprowadzania glutenu, stosowania w nadmiernych ilościach soli i cukru, podawania produktów, które nie nadają się dla niemowląt.

Po zapoznaniu się z prezentowanymi wynikami badań nasuwa się wiele pytań, przede wszystkim o to, czy pediatrzy i lekarze rodzinni zajmujący się niemowlętami wystarczająco dużo czasu poświęcają problemom żywienia? Chyba nie, bo dzieci trafiają do lekarza najczęściej tylko z okazji szczepień i wtedy, gdy są chore. Można więc przypuszczać, że w trakcie takich wizyt z reguły pomija się sprawy codziennej diety. Kto więc powinien zajmować się edukacją rodziców dotyczącą żywienia i rozwiązywaniem ich problemów z tym związanych? W poradniach podstawowej opieki zdrowotnej nie ma dietetyków i nawet szykuje się zalecenie, że pielęgniarki tam pracujące nie powinny zajmować się problemami związanymi z dietą niemowląt. A szkoda, bo odpowiednio dokształcone mogłyby doskonale pełnić funkcję doradcy w tym zakresie. No cóż, pieniędzy na służbę zdrowia mało, a ciągle jeszcze wolimy leczyć, niż zapobiegać. 4

ZABURZENIA KARMIENIA

Szczególny problem stanowią występujące u dzieci zaburzenia związane z jedzeniem. Jest to nowe zjawisko, które u małych dzieci ostatnio się nasiliło i może wynikać z nieprawidłowego sposobu żywienia niemowląt.

- Wiele mam wprowadza zbyt późno posiłki zawierające grudki i większe cząstki prowokujące dziecko do żucia i gryzienia.
- Zbyt długo pokarmy podaje się przez smoczek, unikając przyzwyczajania dziecka w odpowiednim czasie do jedzenia łyżeczką, a to zaburza naukę gryzienia, formowania kęsów i sprawnego połykania. Brak stymulacji odruchów z tym związanych ma negatywny wpływ na rozwój mowy,
- Dzieci często są zmuszane do jedzenia, zabawiane w czasie karmienia, prowokowane do patrzenia w telewizor, by odwrócić ich uwagę od samego aktu jedzenia. Ma to negatywny wpływ na kształtowanie się mechanizmów odczuwania głodu i sytości.
- Jeśli dziecko jest zmuszane do jedzenia, „w obronie” przed przekarmieniem zasłania buzię, ucieka od stołu, prowokuje wymioty.
- Jeśli opiekunom uda się malca „sterroryzować”, spożywa posiłki w nadmiarze, co może się przyczynić do nadwagi i otyłości.

Przedruk z magazynu pielęgniarki i położnej 11/2012

Opinie

Prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru

Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych
Pani Dr n.med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Szanowna Pani Prezes,

Odpowiadając na Państwa pismo w sprawie interpretacji pojęcia „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt. 24. załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. Nr 237, poz.165 z późn. zm), Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w związku z przekazaną korespondencją dokonał wnikliwej analizy obowiązujących uregulowań w tym zakresie. Departament wskazuje, że zgodnie z ustawą z dnia 19 grudnia 2008r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237. póź. 1656, z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2009 r., do prac w szczególnym charakterze zaliczone zostały, wymienione w pkt 24. załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

Ponadto, wyjaśnienia w sprawie określenia „w warunkach ostrego dyżuru” zostały rozstrzygnięte w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24. załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, który zamieszczony został na stronach Ministerstwa Zdrowia www.inz.gov.pl.

Z ww. Komunikatu wynika, że prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii, w warunkach ostrego dyżuru, to nic tylko prace wykonywane w ramach obowiązków pracowniczych, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym (wynikającym ze wskazań życiowych), ale również inne prace tego personelu (w ramach obowiązków pracowniczych), które są wykonywane w ramach czasu pracy kiedy -istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, skutkującego koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym. Pojęcie „w warunkach ostrego dyżuru” oznacza nieuchronność wystąpienia zdarzenia, które powoduje konieczność, udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych. Nieuchronność występowania takich zdarzeń skutkuje tym., że od pracowników pracujących w tych warunkach wymagane są kryteria określone w art. 3. ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych (szczególna odpowiedzialność oraz szczególna sprawność psychofizyczna). Ponadto, zgodnie z art. 3. ust. 5 omawianej ustawy warunkiem zaliczenia wykonywania ww. prac do okresu, od którego zależy uzyskanie prawa do emerytury pomostowej jest wykonywanie tych prac w pełnym wymiarze czasu pracy, co znajduje potwierdzenie w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. sygn. akt I OSK 421/11 (LEX nr 996963). Należy również mieć na względzie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012r. sygn. akt II UK 164/11 (LEX nr 11/1289), który w pkt 1. stanowi, iż „Wykaz prac określonych w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy z 2008 r. o emeryturach pomostowych jest zamknięty i nie podlega uzupełnieniu, co oznacza, że cech pracy „o szczególnym charakterze” lub „w szczególnych warunkach” nie mogą posiadać inne prace, choćby sposób ich wykonywania i ich jakość mogła obniżyć się z wiekiem”.

Odnosząc się bezpośrednio do treści Państwa pisma, Departament zwraca także uwagę na zamieszczony na stronach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.emeryturypomostowe.gov.pl. obszerny poradnik do ustawy o emeryturach pomostowych: Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, przeznaczony dla pracodawców i osób odpowiedzialnych za sporządzanie wykazu stanowisk prac wykonywanych w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze oraz ewidencji osób zatrudnionych na tych stanowiskach (str. 64-65). Wynika z niego, że przepisy o emeryturach pomostowych obejmują taki personel medyczny zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych jak: lekarze, anestezjolodzy, pielęgniarki operacyjne (m.in. instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologiczne, pielęgniarki perfuzjonistki), wchodzący w skład zespołów operacyjnych działających w ramach ostrego dyżuru. W związku z czym. zdaniem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, za pracowników tych będą opłacane składki na Fundusz Emerytur Pomostowych. Będą oni także ujęci w ewidencji pracowników wykonujących prace o szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze oraz będą mogli ubiegać się o przyznanie emerytury pomostowej, jeżeli zostały spełnione kryteria ujęte w art. 3 ust. 5 oraz art. 4 ustawy o emeryturach pomostowych.

Kryterium dotyczące wykonywania tych prac w warunkach ostrego dyżuru wynika z konieczności działania w warunkach, które są szczególnie trudne do przewidzenia i w których stosowanie określonych procedur zapewniających bezpieczeństwo własne i innych osób jest często utrudnione. Właśnie ten aspekt, czyli działanie w warunkach nagłości i nieprzewidywalności, decyduje o szczególnym charakterze pracy personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, i kwalifikuje wykonujących ją pracowników do przyznania emerytur pomostowych. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki ' Społecznej, prace personelu medycznego w oddziałach dyscyplin zabiegowych, intensywnej terapii, aczkolwiek bardzo obciążające emocjonalnie i stresujące,; są wykonywane według określonych procedur, których stosowanie minimalizuje ryzyko zdrowotne zarówno dla pracownika, jak i pacjenta. Należy jednak mieć na względzie fakt, że jedynym podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, jest płatnik składek, u którego praca ta jest wykonywana, w tym przypadku reprezentowany przez kierownika podmiotu leczniczego. Kierownik podmiotu leczniczego bowiem zawiera z pracownikiem umowę o pracę oraz jest przełożonym pracownika.

Kontrola prawidłowości zakwalifikowania określonej pracy, jako wykonywanej w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, przebiega w trybie art. 41. ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku nieumieszczenia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub pracę o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę (pkt 2 wyroku Wojewódzkiego Sądu

Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 1 lutego 2011 r., syng. akt II SA/Rz 1107/10). Od decyzji inspektora pracy zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego z kolei decyzja będąca mogła być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Jednocześnie Departament wskazuje, że zarówno przytoczony na wstępie pisma Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24. załącznika Nr 2 do ustawy z dnia

19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, jak również „Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze” zawarte w Poradniku do ustawy o emeryturach pomostowych, które zamieszczone zostały na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej są nadal aktualne.

Z poważaniem
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Beata Cholewka

Opinie Konsultanta Wojewódzkiego w sprawie zasad wykonywania iniekcji przez pielęgniarki i położne

" Zasady wykonywania iniekcji nauczane na studiach pielęgniarskich jednoznacznie określają, że każdy lek należy podawać oddzielnie". Jest to właściwa, racjonalna i bezpieczna zasada.

Skutków działania wielu leków, szczególnie wtedy, gdy są one podawane jednocześnie, nie można przewidzieć, znając jedynie działanie każdego z nich z osobna. Między lekami może bowiem zachodzić wiele różnych typów interakcji, a wynik kliniczny wzajemnych oddziaływań między lekami może być różny i polegać np. na nasileniu działania jednego leku przez drugi, pojawieniu się nowego jakościowego działania, nieobecnego przy stosowaniu każdego z leków osobno, czy wreszcie hamowaniu działania jednego leku przez drugi. Niezwykle ważny jest też fakt, że wynikiem interakcji będącej skutkiem niezgodności chemicznej i fizycznej leków (np. podczas łączenia leków w iniekcji) nie musi być wytrącenie się widocznego osadu lub zmiana barwy roztworu do wstrzyknięć. Czasem bowiem chemiczne lub fizyczne unieczynnienie leku zachodzi bez istotnych zmian roztworu. Problemem jest także wzrastająca lawinowo liczba nowych leków pojawiających się na rynku farmaceutycznym, co czyni niemożliwym przewidzenie wszystkich interakcji jakie mogą zachodzić pomiędzy istniejącymi w terapii lekami. W tej sytuacji za najbezpieczniejszą opcję uznaje się oddzielne podawanie leków do wstrzykiwań.

W piśmie poruszyła Pani bardzo istotną kwestię zalecania podawania kilku leków do wstrzykiwań równocześnie przez środowisko lekarskie. Wiem, że praktyka ta wynika z klinicznego doświadczenia środowiska lekarskiego. Mając na uwadze kliniczne doświadczenie lekarzy jako niepodważalną ich wartość, pragnę podkreślić, że jest to praktyka niewłaściwa. I wreszcie kwestia techniki wykonywania iniekcji domięśniowych tj. rozstrzygnięcia czy dokonywać zmian kierunku igły w celu podania kolejnego leku w innym miejscu, czy dokonywać wkłuć odrębnych, co wiąże się z kolei ze stresem i dodatkowym cierpieniem chorych. Uważam, że z dwóch powodów, każdą iniekcję domięśniową należy podawać oddzielnie. Po pierwsze, jak zaznaczyła Pani, zmiana kierunku igły powoduje zmianę kąta wkłucia, czyli łamie zasadę kąta prostego, po drugie nie daje pewności, czy nie dokona się bezpośredni kontakt (" zmieszanie ") leków podawanych w ten sposób. Dla zminimalizowania cierpienia wynikającego z dokonywania odrębnych iniekcji domięśniowych zalecam podawać je z zachowaniem odpowiednich przedziałów czasowych (niejednocześnie), co, jak sądzę, może stanowić pewną uciążliwość (przede wszystkim dla pacjentów ambulatoryjnych).

Dr hab. Med., mgr farm. Anna Jabłeczka
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie: Farmakologii Klinicznej

Odpowiedzi Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w sprawie pobierania materiału biologicznego w środowisku zamieszkania pacjenta, transportu do laboratorium.

1. Jakie są zasady dotyczące pobierania materiału biologicznego w środowisku zamieszkania pacjenta?
2. W jakich warunkach i w jakim czasie należy dostarczyć w/w materiał do laboratorium diagnostycznego?
3. Jaki jest standard transportu materiału biologicznego do laboratorium diagnostycznego?
4. Czy materiał ten może być transportowany przez pielęgniarki środkami komunikacji miejskiej, własnym samochodem, na rowerze, czy skuterze?

W odpowiedzi na pytania informuję, że:

1. Materiał biologiczny od pacjenta na badania laboratoryjne powinien być pobrany zgodnie z zasadami pobierania materiału do badań (obejmującymi również przygotowanie pacjenta) opracowanymi i dostarczonymi przez medyczne laboratorium diagnostyczne (które zgodnie z zawartą umową wykonuje badania laboratoryjne dla POZ), wraz z odpowiednimi systemowymi probówkami i pojemnikami oraz igłami do pobierania krwi, jednorazowego użytku,
2. Materiał biologiczny do badań pobieramy zawsze:

- o z zachowaniem zasad aseptyki, gdyż pobierany materiał biologiczny zawsze traktowany jest jako zakaźny,
 - o z wykorzystaniem probówek /pojemników systemu zamkniętego,
 - o tak, aby sposób pobierania nie zmienił właściwości pobieranego materiału.
3. Uwzględniając potrzeby środowiska zamieszkania pacjenta -dopuszcza się pozycję leżącą przy pobraniu krwi,
 4. Przed pobraniem materiału należy dokonać jednoznacznej identyfikacji pacjenta wraz z opisaniem probówek/pojemników czytelnie jego imieniem i nazwiskiem oraz numerem PESEL,
 5. Krew do większości badań laboratoryjnych wykonywanych rutynowo pobieramy:
 - o rano (zalecane godziny 7-9 ze względu na rytm dobowy wielu analitów),
 - o po wypoczynku nocnym,
 - o na czczo, czyli 12 godzin po ostatnim posiłku,
 - o przed leczeniem lub po odstawieniu leków mogących wpływać na stężenie oznaczanego analitu,

- o przy zachowaniu dotychczasowej diety,
6. Pobieranie materiału:
- o tylko w celu pobrania materiału należy stosować przy każdym pacjencie nowe rękawiczki jednorazowego użytku, które zakładamy na uprzednio umyte mydłem ręce,
 - o krew do badań pobieramy przy zachowaniu ucisku staży nie dłużej niż 1. minuta,
 - o krew do badań pobieramy w określonej kolejności — krew na posiew/probówka na skrzep bez dodatków, probówka koagulologiczna, morfologiczna/OB., na glukozę i inne,
 - o w przypadku próbek z antykoagulantami (koagulologia, morfologia, OB) szczególnie zwracamy uwagę na dokładną objętość pobranej krwi, następnie starannie mieszamy probówkę góra-dół, bez spieniania,
 - o próbki po pobraniu krwi należy przechowywać w pozycji stojącej,
 - o pielęgniarka pobierająca materiał do badań zawsze odnotowuje godzinę pobrania materiału i potwierdza to swoim czytelnym podpisem na karcie zleceń na badania, pojemniki z pobraną krwią/materiałem biologicznym na badania laboratoryjne powinny w jak najkrótszym czasie zostać dostarczone do laboratorium - najpóźniej w czasie 1. godziny od pobrania,
 - o w przypadku gdy wiemy, że czas transportu będzie dłuższy - krew do badań z zakresu chemii klinicznej i koagulologii należy odwirować w wirówce laboratoryjnej,
 - o nie należy transportować krwi pełnej pobranej na badania biochemiczne i koagulologiczne, gdy czas od pobrania jest dłuższy niż 1. godzina, ponieważ ma to bezpośredni wpływ na wyniki badań,
 - o pojemniki z pobranym materiałem do badań należy przechowywać w temperaturze pokojowej, gdyż zarówno zbyt niska, jak i zbyt wysoka temperatura, może wpływać na wyniki oznaczeń analitów
 - o szczególnie zimą lub latem pobrany materiał należy transportować do laboratorium medycznego z zachowaniem właściwej temperatury otoczenia, która powinna być monitorowana podczas transportu

- a zapisy z monitoringu temperatury powinny być udokumentowane,
7. Pobrany materiał do badań powinien być transportowany w zamkniętych probówkach i pojemnikach, w pozycji stojącej, w wodoszczelnym zamkniętym opakowaniu zbiorczym wyłożonym materiałem absorpcyjnym wilgoć i płyń, oznakowanym znakiem „biohazard - materiał zakaźny”,
8. Pojemnik zbiorczy powinien:
- o być sztywny i trwały,
 - o minimalizować skutki skażenia w wypadku jego uszkodzenia,
 - o zapobiec kontaminacji w sytuacji wypadku być wyłożony materiałem o dużej chłonności,
 - o zabezpieczać przed uszkodzeniem lub rozlaniem,
 - o łatwy do umycia i dezynfekcji,
9. Personel transportujący pojemnik zbiorczy powinien być przeszkolony w zakresie bezpiecznych zasad postępowania z materiałem biologicznym w sytuacjach awaryjnych i znać sposoby dekontaminacji.
10. Opakowanie zbiorcze z materiałem biologicznym nie może być transportowane środkami komunikacji publicznej (w tym miejskiej, kolejowej, samochodowej) ani jednośladami. Dopuszcza się transport niewielkiej liczby pobranych próbek od pacjentów samochodem osobowym, w luku bagażowym, przy zachowaniu pozycji pionowej opakowania zbiorczego, zabezpieczeniu go przed upadkiem i przy zachowaniu wymogów temperaturowych transportu dla poszczególnych typów materiału biologicznego. Samochód podczas transportu powinien być oznakowany wywieszką - przewóz próbek diagnostycznych/materiału zakaźnego. Poza kierowcą lub pielęgniarką nie należy w tym samym czasie w samochodzie przewozić żadnych dodatkowych osób.

Opracowano wg:

- rozp MZ z 23.03.2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (DU. 06.61.435 z późn. zm.)
- Próbk: od pacjenta do laboratorium, W Guder i inni, 2009 MedPharm
- transport drogowy materiałów niebezpiecznych DU.2005.178.1481

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych
(-) Ewa Świątkowska

Opinia Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w sprawie obowiązku wykonywania iniekcji świadczeniobiorcy niezadeklarowanemu do świadczeniodawcy, który realizuje świadczenie zdrowotne: nocna i świąteczna opieka wyjazdowa

Każdy lek zlecony przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - realizuje pielęgniarka jako realizacja zlecenia lekarskiego, chyba, że zlecenie nie posiada wszelkich danych zawartych w rozporządzeniu o dokumentacji medycznej. Pielęgniarka, aby wykonać większość świadczeń, do których jest uprawniona, musi otrzymać zlecenie wystawione przez lekarza i odnotowane w dokumentacji pacjenta. Bez takiego zlecenia pielęgniarka może wykonywać niektóre świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne oraz niektóre czynności ratunkowe, regulowane odrębnymi przepisami (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7

listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). Podejmując samodzielnie czynności zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne pielęgniarka nie powinna wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe i kwalifikacje. Podstawą realizacji zleceń od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w warunkach ambulatoryjnych pozostających w kompetencjach pielęgniarki POZ jest skierowanie do pielęgniarki poz, do której

zdeklarowany jest pacjent (Załącznik nr 8 do Zarządzenia 87/2010/DSOZ Prezesa NFZ). Jednakże Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej § 9 ust.8 pkt. 1 i 2 wskazuje, że: „świadczonodawca zobowiązuje się udzielać świadczeń: 1) ubezpieczonym, nieznajującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy; 2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni na podstawie art. 2 ust.1 pkt. 2 i 3 ustawy oraz osobom uprawnionym w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy – w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia”. Pielęgniarka realizuje zlecenie lekarskie, które zawiera: dane pacjenta, nazwę leku, dawkę leku, sposób i czasookres podawania (art.15. 1 ustawy z 15.07.2011 o zawodzie pielęgniarki i położnej). Za zlecenie lekarskie - dobór leku, dawkę i drogę podawania, a także warunki w jakich lek ma być podany, odpowiedzialność ponosi lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (art. 45 ustawy

z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Natomiast znajomość zagadnień dotyczących bezpieczeństwa podczas podawania leków różnymi drogami leży po stronie pielęgniarki POZ. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe wykonanie zlecenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej i ze szczególną starannością (art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Każdy lek zlecony przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - realizuje pielęgniarka jako realizacja zlecenia lekarskiego, chyba, że zlecenie nie posiada danych zawartych w rozporządzeniu o dokumentacji medycznej. Pielęgniarka POZ przed podaniem leku jest zobowiązana zapoznać się z ulotką informującą o leku i wykonanie iniekcji zgodnie z zaleceniami producenta leku. Pielęgniarka ma obowiązek wykonać zlecenie lekarskie zgodnie z zasadami.

*dr Bożena Mroczek
Konsultant wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego woj. zachodniopomorskie*

Oferta Szkoleń

„Ochrona Danych osobowych w działalności leczniczej”	26 lutego 2013r o godzinie 14.30 w siedzibie OIPIP w Gorzowie Wlkp.
„Procedura Niebieskiej karty” Szkolenie skierowane do pielęgniarek i położnych z terenu miasta Gorzowa Wlkp.	26 marca 2013r. o godzinie 14.00 w siedzibie OIPIP w Gorzowie Wlkp.
„Uzależnienie XXI Wieku”	26 kwietnia 2013r SPS dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

„Ochrona Danych osobowych w działalności leczniczej”

Rozwój gospodarczy, rozwój nowych technologii – zwłaszcza informatycznych, potęguje wzrost zagrożenia tej sfery prywatności człowieka, jaką są dane osobowe. Powstają systemy teleinformatyczne umożliwiające dostęp do danych pacjentów. W bieżącym roku uruchomiony został system e-WUŚ weryfikacji prawa do świadczeń i rodzaju udzielonych usług medycznych dla konkretnego pacjenta. Dane te, stanowią bardzo specyficzną kategorię informacji a ujawnienie ich może mieć bardzo poważne następstwa w realizacji życiowych aspiracji (np. ujawnienie informacji o zwiększonym prawdopodobieństwie wystąpienia danej choroby może mieć wpływ na zatrudnienie czy też udzielenie ubezpieczenia).

W swojej codziennej pracy pielęgniarki i położne mają styczność z danymi osobowymi o charakterze wrażliwym, które podlegają szczególnej ochronie na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych.

Zapraszamy na szkolenie

26 lutego 2013r. o godzinie 14:30

w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

Szkolenie poprowadzi ekspert Robert Kędzior - doświadczony Administrator Danych Osobowych, który wyjaśni, jak w praktyce sprostać wymaganiom prawnym regulującym kwestie ochrony danych osobowych oraz danych "wrażliwych" pacjentów i jak poprawnie opracować dokumentację ochrony danych osobowych w placówce.

Tematy szkolenia

1. Aktualny stan prawny dotyczący ochrony danych osobowych w służbie zdrowia.
2. Obowiązki Administratora Danych Osobowych Administratora
3. Bezpieczeństwa Informacji oraz osoby upoważnionej do przetwarzania danych osobowych.
4. Niezbędna dokumentacja przetwarzania danych Osobowych
5. Prawa pacjenta wynikające z ustawy o ochronie danych osobowych.
6. Zabezpieczenie fizyczne i informatyczne danych.

**Upraszamy prosimy o potwierdzanie obecności udziału do 25 lutego, tel. 729 67 84.
Ilość miejsc ograniczona**

„Procedura Niebieskiej karty”

Niebieska Karta jest dokumentem wypełnianym w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie i służy dokumentowaniu faktów związanych z przemocą w danym środowisku, ocenie zagrożenia dalszą przemocą oraz jako dowód w sprawach sądowych. Podstawę prawną stanowi:

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku w sprawie Procedury „Niebieskiej Karty” oraz formularzy „Niebieska Karta”.

Wszczęcie procedury następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta-A” przez przedstawiciela jednego z podmiotów wymienionych w art. 9d ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. Wskazane podmioty to:

- Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (GCPR i PS)
- MKRPA
- Policja
- Oświata
- Ochrona zdrowia.

Zatem przedstawiciele wszystkich wskazanych w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie podmiotów (w tym przedstawiciele ochrony zdrowia) są zobligowani przepisami prawa do wszczęcia procedury „Niebieskiej Karty” poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta-A” osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie.

W literaturze funkcjonuje wiele definicji pojęcia przemocy domowej. W świetle cytowanej ustawy przemoc jest intencjonalnym działaniem, powodującym cierpienie i ból, naruszającym prawa i dobra osobiste ofiary, charakteryzującym się zachwianiem równowagi sił pomiędzy ofiarą a sprawcą. Zazwyczaj wyróżnia się przemoc fizyczną, psychiczną, seksualną, ekonomiczną, zaniedbanie. Przesłanki z art. 207 k.k. tj. polegające na znęcaniu się nad członkiem rodziny, należą w Polsce do najczęściej popełnianych.

Art. 207. § 1. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

W tym uwzględniając formy przemocy:

Przemoc fizyczna – polega na różnej gamie form zachowania o różnym stopniu nasilenia, np. wymierzaniu policzków, biciu, kopaniu, duszeniu, uderzaniu itp.

Przemoc seksualna - zmuszanie do określonych zachowań i kontaktów seksualnych

Przemoc psychiczna –to wywieranie wpływu na proces myślowy, zachowanie lub stan fizyczny osoby pomimo braku jej przyzwolenia (izolacja, wyziska, ośmieszanie, groźby, kontrolowanie, ograniczanie kontaktów, krytykowanie, ciągłe niepokojenie)

Przemoc ekonomiczna/ materialna – odmawianie lub ograniczanie dostępu do wspólnych środków finansowych lub

odbieranie zarobionych pieniędzy; uniemożliwianie bądź ograniczanie podjęcia pracy zarobkowej ale, również niszczenie przedmiotów itp.

Zaniedbywanie - można zdefiniować jako sytuacje, w których najbardziej podstawowe potrzeby (wyżywienie, ubranie, higiena, ochrona, bezpieczeństwo, wychowanie, opieka lekarska) nie są zaspokajane przez osoby za to odpowiedzialne.

Najczęściej w rodzinach dotkniętych problemem przemocy domowej występują jednocześnie dwie lub więcej wymienionych wyżej form.

Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” Procedura „Niebieskiej Karty” składa się z:

„Niebieskiej Karty- A ”- podjęcie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą w rodzinie przez jeden ze wskazanych w ustawie podmiotów i wypełnienie formularza. Nie wymaga zgody ofiary.

„Niebieskiej Karty- B”- przekazuje się osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. Jeżeli osobą pokrzywdzoną jest dziecko-formularz przekazuje się osobie, która zgłosiła przemoc.

„Niebieskiej Karty- C”- która zawiera plan pomocy. Na posiedzenie grupy roboczej nie zaprasza się dziecka. Niestawiennictwo osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, nie wstrzymuje prac grupy.

„Niebieskiej Karty- D”- na grupę roboczą wzywa się osobę co do której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc i wypełnia się formularz „NK- D”- plan działań wobec sprawcy.

Zakończenie procedury wymaga udokumentowania w formie protokołu podpisanego przez przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego.

Wszczynając procedurę, podejmuje się działania interwencyjne mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy wobec dziecka, czynności podejmowane i realizowane w ramach procedury, przeprowadza się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub faktycznego. Działania z udziałem dziecka, co do którego istnieje podejrzenie, że jest dotknięte przemocą, prowadzone są w miarę możliwości w obecności psychologa.

Podczas pierwszego kontaktu z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, przedstawiciel ochrony zdrowia (osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny) zobowiązany jest do:

Udzielenia kompleksowych informacji w zakresie pomocy dorosłym i dzieciom oraz wskazanie możliwości podjęcia działań;

Informowania o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie;

Wydania w/w zaświadczenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

Inne zadania, zgodne z kompetencjami.

Po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta-A” osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą, przekazuje się formularz „Niebieska Karta- B”. Jeżeli osobą pokrzywdzoną jest dziecko- formularz „Niebieska Karta- B” przekazuje się rodzicowi, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu albo osobie, która zgłosiła podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie. Formularza „Niebieska Karta- B” nie przekazuje się osobie, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc.

Przedstawiciel rozpoczynający procedurę przekazuje niezwłocznie wypełniony formularz „Niebieska Karta – A” do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie działającego na terenie miasta Gorzowa Wlkp. (zwanego dalej Przewodniczącym ZI), ale nie później niż w terminie 7 dni (kopia pozostaje u wszczynającego procedurę). Miejszem wyznaczonym do złożenia dokumentów jest Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie i Polityki Społecznej przy ul. Jagiełły 7 w Gorzowie Wlkp. (pok. 21). Przewodniczący ZI po otrzymaniu formularza „Niebieska Karta- A” niezwłocznie, nie później niż w ciągu trzech dni od dnia jego otrzymania, powołuje grupę roboczą lub Zespół Interdyscyplinarny. W szczególnie uzasadnionych przypadkach sprawa trafia na posiedzenie Zespołu Interdyscyplinarnego. Aby rozpocząć posiedzenie grupy roboczej (wypełnić formularz „Niebieskiej Karty A i C”), wymagana jest obecność co najmniej dwóch podmiotów wymienionych w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, tzn. przedstawiciela jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, Miejskiej

Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia. Brak spełnienia tego warunku skutkuje ponowną organizacją grupy roboczej. Zatem przedstawiciele ochrony zdrowia zobligowani są również przepisami prawa do aktywnego uczestnictwa w grupie roboczej dotyczącej przeciwdziałania przemocy w rodzinie i realizacji procedury „Niebieskiej Karty”.

Zakończenie procedury wymaga udokumentowania w formie protokołu podpisanego przez Przewodniczącego ZI. Skład Zespołu Interdyscyplinarnego ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie działającego na terenie miasta Gorzowa Wlkp. :

Skład grup roboczych rozwiązujących problemy przemocy w rodzinie w indywidualnych przypadkach, Przewodniczący ZI powołuje każdorazowo.

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie jest zadaniem wynikającym z przepisów prawa. Nieprzestrzeganie prawa nakłada na przedstawiciela podmiotu odpowiedzialność i określone konsekwencje. Niemniej jednak, reagowanie na problem przemocy w rodzinie, jest moralnym obowiązkiem każdego człowieka. Z racji wykonywanego przez Państwo zawodu jestem przekonana, że zarówno moralnie jak i zawodowo wykażą Państwo zrozumienie i gotowość do podjęcia działań.

*Anna Sadzik
Przewodnicząca Zespołu Interdyscyplinarnego ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie działającego na terenie miasta Gorzowa Wlkp..*

**Zapraszamy na szkolenie
26 marca 2013r. o godzinie 14:00
w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.**

Szkolenie poprowadzi Anna Sadzik - Przewodnicząca Zespołu Interdyscyplinarnego ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, działającego na terenie miasta Gorzowa Wielkopolskiego oraz Monika Kotula - członek Zespołu. Podczas szkolenia panie wyjaśnią, jak w przypadku zaistnienia podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie w praktyce wszcząć procedurę Niebieskiej Karty.

Na szkolenie zapraszamy pielęgniarki i położne wykonujące zawód na terenie miasta Gorzowa Wielkopolskiego. W związku z koniecznością wcześniejszego przygotowania materiałów związanych ze szkoleniem uprzejmie prosimy o potwierdzenie obecności do dnia 22 marca- tel. 95 729 67 84

„Uzależnienia XXI wieku.”

KOMUNIKAT

Komisja ds. pielęgniarstwa psychiatrycznego, działająca przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
zaprasza na Konferencję

UZALEŻNIENIA XXI WIEKU

Planowany termin konferencji: 26 kwietnia 2013r.

Miejsce: Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

Tematy:

1. Biochemiczne uwarunkowania uzależnień
2. Kobiety w szponach nałogu(alkohol, leki)
3. Hazard- diagnoza i profilaktyka
4. Dopalacze i leki
5. Komputer i internet- zagrożenia i profilaktyka

Zgłoszenia do 10 kwietnia 2013r. przyjmuje OIPIP (095) 7 296 784

Uczestnicy konferencji otrzymają zaświadczenie.

Oferta ośrodka kształcenia podyplomowego OIPIP w Gorzowie Wlkp. – kursy komercyjne

I półrocze 2013r.

KURS SPECJALISTYCZNY ENDOSKOPIA

Zajęcia teoretyczne : 9 dni w siedzibie OIPIP

Marzec 8,9,10,21,22,23,24, Kwiecień 27,28

Zajęcia praktyczne: 13 dni- w SPSzW w Gorzowie Wlkp.

Pracownia endoskopowa, blok operacyjny, na którym prowadzone są laparoskopie- 2 dni, Pracownia endoskopowa- 4 dni, Pracownia endoskopowa, blok operacyjny, na którym prowadzone są laparoskopie- 5 dni, Pracownia endoskopowa – 2 dni

Egzamin: 4 czerwca egzamin- test

Koszt kursu 250,00 płacone w 3 ratach: I rata w dniu rozpoczęcia kursu, II rata w ostatnim dniu zajęć teoretycznych, III rata przed egzaminem.

KURS KWALIFIKACYJNY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zajęcia teoretyczne i praktyczne w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, ul. Poznańska 109 (dawne Obrzyce)

Łączna liczba godzin **490**:

blok ogólnozawodowy 109 godzin + 26 godz. dydaktycznych samokształcenie

blok specjalistyczny 355 godzin

część teoretyczna 139 godzin + 36 godz. samokształcenie

część praktyczna 175 godzin

zajęcia teoretyczne: 25-26 dni, zajęcia praktyczne: 25 dni

Planowany termin rozpoczęcia: marzec- kwiecień 2013r., zakończenia: październik -listopad 2013r. (przerwa wakacyjna- lipiec, sierpień) egzamin końcowy- test

Koszt kursu 750,00 płacone w 3 ratach: I rata przed rozpoczęciem kursu, II rata w ostatnim dniu zajęć teoretycznych, III rata przed egzaminem

II półrocze 2013r.(rozpoczęcie październik)

KURS KWALIFIKACYJNY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA W OCHRONIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH

KURS KWALIFIKACYJNY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

lub(uzależnione od ilości chętnych)

KURS KWALIFIKACYJNY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Koszt kursu 750,00 płacone w 3 ratach: I rata przed rozpoczęciem kursu, II rata w ostatnim dniu zajęć teoretycznych, III rata przed egzaminem

KURS SPECJALISTYCZNY RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA NOWORODKA

DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu kształcenia kursu specjalistycznego *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka* wynosi

41 godzin dydaktycznych, w tym:

zajęcia teoretyczne (wykłady) ~ 20 godzin,
ćwiczenia w warunkach symulowanych ~ 21 godzin.

Koszt kursu 150,00 zł. dla członków OIPIP w Gorzowie Wlkp.

Kurs może zostać zrealizowany w siedzibie OIPIP oraz poza Gorzowem Wlkp.

Planowany termin- II, III półrocze 2013r.

KURS SPECJALISTYCZNY MONITOROWANIE DOBROSTANU PŁODU W CZASIE CIĄŻY I PODCZAS PORODU – KURS DLA POŁOŻNYCH

Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu

wynosi **90** godzin dydaktycznych, w tym:

zajęcia teoretyczne ~ 35 godzin,

zajęcia praktyczne ~ 55 godzin. (oddział patologii ciąży albo perinatologii albo sala porodowa albo izba przyjęć położniczo – ginekologiczna- 55 godz.)

Koszt kursu 120,00 zł dla członków OIPIP w Gorzowie Wlkp.

Planowany termin realizacji – I- II kwartał 2013r.

KURS KWALIFIKACYJNY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO DLA POŁOŻNYCH

blok ogólnozawodowy samokształcenia 96 godzin+ 24 godz.

blok specjalistyczny 397 godzin

część teoretyczna 180 godzin

część praktyczna 217 godzin

Zajęcia teoretyczne i praktyczne w Gorzowie Wlkp.

zajęcia teoretyczne: 27-28 dni, zajęcia praktyczne: 31 dni

Planowany termin rozpoczęcia po nadesłaniu 25 kart zgłoszeniowych.

Koszt kursu 750,00 płacone w 3 ratach: I rata przed rozpoczęciem kursu, II rata w ostatnim dniu zajęć teoretycznych, III rata przed egzaminem

Poniżej zamieszczoną kartę zgłoszeniową proszę wysłać na adres:

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2
66-400 Gorzów Wlkp.**

**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

specjalizacji w dziedzinie.....
kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie.....
kursu specjalistycznego w zakresie
kursu doksztalającego

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

Projekt „Samodzielna i profesjonalna pielęgniarka, położna” realizowany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp., ul. Obrońców Pokoju 60/1-2 66-400 Gorzów Wlkp.

tel. 095-729-67-84 fax. 095-729-67-83

WAŻNY KOMUNIKAT!
W PROJEKCIE MOGA UCZESTNICZYĆ OSOBY, KTÓRE
pracują i mieszkają na terenie miasta Gorzów Wlkp. i powiatów: gorzowskiego, sulęcińskiego, słubickiego,
strzelecko-drezdeneckiego, międzyrzeckiego

Nadal trwa nabór na kurs

„Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową” dla pielęgniarek/rzy

Kurs dla pielęgniarek pracujących na podstawie umowy o pracę w szpitalach, DPS, poradniach specjalistycznych, hospicjum, POZ, opiece długoterminowej i wszystkich, którzy opiekują się lub zamierzają opiekować się pacjentem ze stomią jelitową.

- zajęcia teoretyczne 56 godz. w czwartek, piątek, sobotę i niedzielę, wg harmonogramu
- zajęcia praktyczne 105 godz. w dni powszednie, wg harmonogramu, 15 dni w podziale na 5 grup w dni powszednie w placówkach:

Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp.

Kurs trwa od 14 marca 2013r. do 12 czerwca 2013r .

Adresaci szkolenia 25 osób, kobiety i mężczyźni zamieszkali i pracujący na terenie miasta Gorzów Wlkp., i powiatów: gorzowskiego, sulęcińskiego, słubickiego, strzelecko-drezdeneckiego, międzyrzeckiego, zgłaszających z własnej inicjatywy, poza pracą zawodową chęć uzyskania i dostosowania kwalifikacji zawodowych do potrzeb rynku pracy, 80% z wykształceniem co najwyżej średnim i 20 % z wyższym. W jednym kursie może brać udział nie więcej niż 20% (5 osób) zatrudnionych w tym samym zakładzie przedsiębiorstwie.

W ramach projektu oferujemy darmowy kurs, zwrot kosztów dojazdu do Gorzowa Wlkp. dla osób zamieszkałych powyżej 20 km., książkę „Pielęgniarstwo w chirurgii” Autor Wojciech Kapała. Rok wydania 2006r, wyżywienie (kawa, herbata bez ograniczeń, obiad dwudaniowy)teczkę z notesem i długopisem, materiały dydaktyczne opracowane przez wykładowców.

EGZAMIN - test.

Organizator szkolenia zastrzega sobie możliwość dokonywania korekt w terminach odbywania zajęć.

Harmonogram zajęć teoretycznych

nazwa kursu	III 2013r.	IV 2013r.	V 2013r.	VI 2013r.
Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową-6 dni teoria i 1 dzień egzamin z poradnictwem zawodowym- 5 godz.	14,15,16,17	13,14		12 czerwca egzamin i poradnictwo zawodowe

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Monitoring Projektu
„Samodzielna i profesjonalna pielęgniarka, położna
realizowany przez
OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WLKP

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. rozpoczęła realizację Projektu „Samodzielna i Profesjonalna pielęgniarka, położna w ramach „Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludzki , Priorytet VII, Regionalne kadry Gospodarki” Działanie 8.1 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie” Podziałanie 8.1.1 „ Wsparcie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw „.

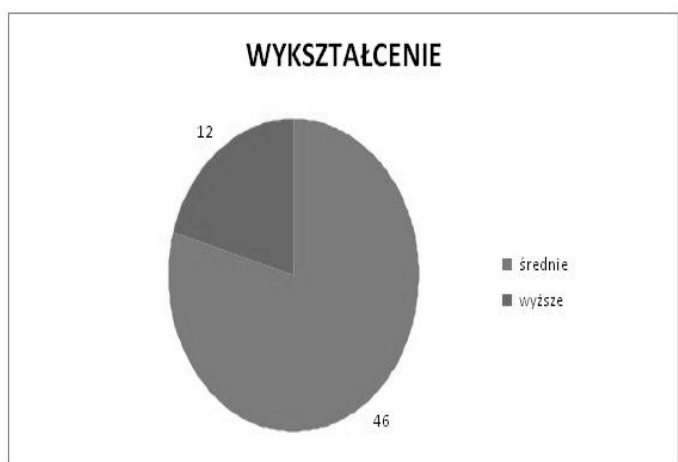
Celem projektu jest podwyższanie kwalifikacji zawodowych 200. pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych zatrudnionych w podmiotach działalności leczniczej.

Aktualnie trwają zajęcia dwóch kursów; kwalifikacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i specjalistycznego; Żywienie enteralne i parenteralne. Ogółem ww kursy rozpoczęło 61 osób w tym 3. mężczyzn.

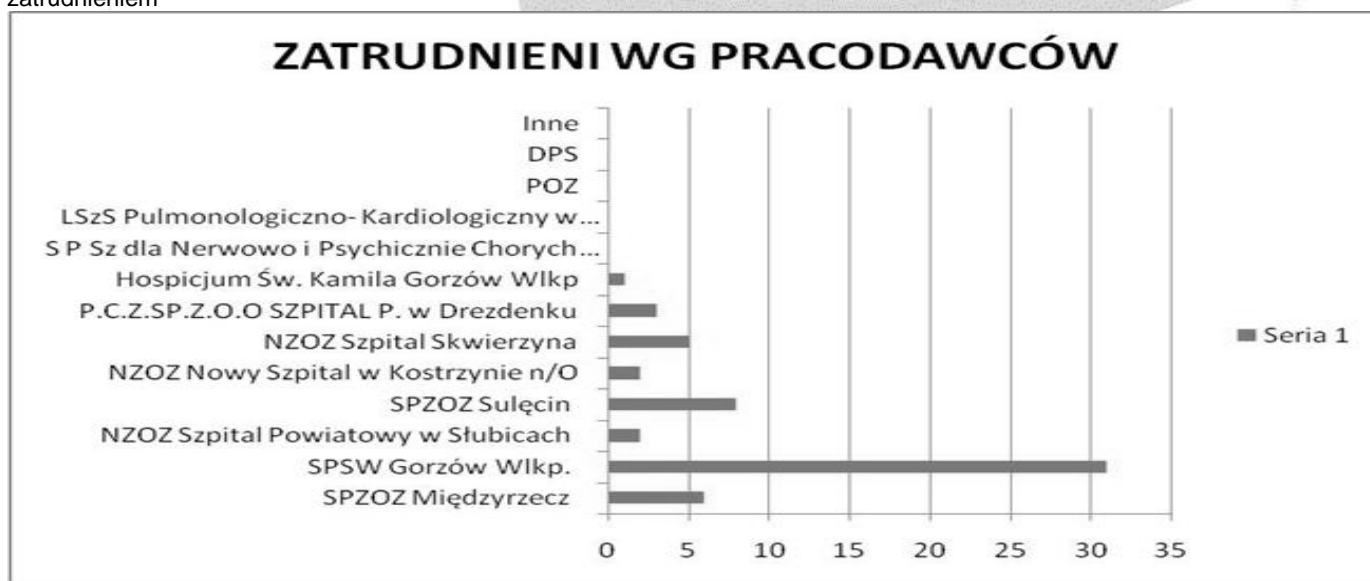
W chwili obecnej kontynuuje szkolenie 58 osób w tym 1 mężczyzna.



W ramach projektu bierze udział 46 osób z wykształceniem średnim i 12 osób z wykształceniem wyższym. 57 osób jest w wieku pomiędzy 25. a 54. rokiem życia, 1. osoba w przedziale 55-64 lata. Do projektu nie zgłosiły się osoby młode, tj. do 24. roku życia.



Największa liczba uczestników ww kursów zatrudniona jest w Samodzielnym Publicznym szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Poniżej prezentujemy wykres, który obrazuje liczbę osób uczestniczących w projekcie, zgodnie z ich zatrudnieniem



Osoby zainteresowane bezpośrednimi szkoleniami w ramach projektu „Samodzielną i profesjonalną pielęgniarką, położną” Zapraszamy na stronę internetową OIPiP , gdzie w zakładce „Samodzielną i profesjonalną pielęgniarką, położną ”, można znaleźć informacje nt. szkoleń realizowanych w ramach projektu.

Regulamin konkursu „Nowoczesna i kompetentna pielęgniarka, położna”

1. ORGANIZATOR I CZAS TRWANIA KONKURSU

1.1. Organizatorem Konkursu jest firma **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.** zwana dalej „Organizatorem”.

1.2. Konkurs rozpocznie się w dniu 1 marca 2013 r.

1.3. Zamknięcie Konkursu nastąpi 30 kwietnia 2013r., a jego rozstrzygnięcie w maju 2013r., podczas obchodów Dnia Położnej i Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki

2. WARUNKI UCZESTNICTWA

2.1. Uczestnikiem Konkursu może być osoba aktualnie wpisana do rejestru prowadzonego przez OIPIP w Gorzowie Wlkp., regularnie opłacająca składkę członkowską.

2.2. Zgłoszenia do konkursu. Zgłosić do konkursu może:

- Pracodawca
- Naczelna Pielęgniarka/ Przełożona Pielęgniarek
- Pełnomocny Przedstawiciel OIPIP
- Współpracownicy oraz osobiście.

2.3. Warunkiem uczestnictwa w Konkursie jest przysłanie w terminie od 1 marca do 8 kwietnia 2013r na adres OIPIP formularza zgłoszeniowego wraz z kserokopią zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe..

2.4. Uczestnik Konkursu/ osoba zgłaszająca zobowiązany jest do zapoznania się z Regulaminem Konkursu. Spełnienie warunku uczestnictwa w Konkursie, wskazanego w ust. 2.3. oznacza akceptację wszystkich punktów Regulaminu Konkursu.

3. ZASADY KONKURSU

3.1 Punktacja:

*Dotyczy szkoleń i kursów z dziedzin pielęgniarstwa, położnictwa

- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa-80 pkt.(za każda specjalizację)*warunkiem uzyskania pkt. za specjalizację jest wpis specjalizacji w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych prowadzonym przez OIPIP.
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa - 50 pkt(za każdy kurs kwalifikacyjny)
- kurs specjalistyczny- 40 pkt(za każdy kurs)
- kurs doszkalający- 15 pkt.(za każdy kurs)
*punkty przyznawane będą na podstawie kserokopii zaświadczeń, dostarczonych jako załącznik do formularza zgłoszeniowego.

3.2

- a) I miejsca w konkursie minimum 250 pkt.
- b) II miejsca w konkursie minimum 210 pkt. do 245 pkt.
- c) III miejsca w konkursie minimum 185 pkt. do 240 pkt

4 ROZSTRZYgniĘCIE KONKURSU I NAGRODY

4.1. Zgłoszenia będą oceniane przez członków Zespołu ds. promocji zawodu.

4.2. Wyłonione kandydatury Zespół ds. promocji zawodu przedstawi Prezydium ORPiP. Prezydium podejmie uchwałę w sprawie przyznania nagród.

4.3 Prezydium ORPiP przyzna nagrody rzeczowe za:

- a) I miejsca w konkursie
- b) II miejsca w konkursie
- c) III miejsca w konkursie

4.4. Osoba nagrodzona otrzyma dyplom nadający tytuł „**NOWOCZESNEJ I KOMPETENTNEJ PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ**”

4.5. Nagrody w Konkursie nie można zamienić na inną ani na ekwiwalent pieniężny.

4.6. Zwycięzcy Konkursu nie mogą przenieść prawa do otrzymania nagrody na osoby trzecie.

5. OGŁOSZENIE WYNIKÓW I WYDANIE NAGRÓD.

5.1. Rozstrzygnięcie Konkursu zostanie opublikowane na stronie internetowej OIPIP oraz w Biuletynie Informacyjnym

5.2. Niezależnie od powyższego, w dniu rozstrzygnięcia Konkursu zwycięzcy Konkursu zostaną powiadomieni pocztą przez Organizatora o przyznaniu im nagród.

5.3. Nagrody i dyplomy zostaną rozdane podczas uroczystych obchodów Dnia Położnej

i Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki w teatrze im .J .Osterwy w Gorzowie Wlkp.

5.4 Pracodawcy zostaną poinformowani o uzyskanym miejscu w w/w konkursie.

Zgłoszenia proszę przysyłać w kopertach z dopiskiem „**Konkurs**” na adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Ul. Obrońców Pokoju 60/1-2
66-400 Gorzów Wlkp.

6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

6.1 Uczestnik konkursu może odwołać się do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych od decyzji Zespołu ds. promocji zawodu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia wyników konkursu, opublikowanego na stronie internetowej OIPIP www.oipip.gorzow.pl

6.2 Udział w konkursie jest równoznaczny z wyrażeniem, przez osoby uczestniczące, zgody na przetwarzanie przez organizatora konkursu ich danych osobowych na potrzeby konkursu (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Dz.U. 2011230.1370).

załącznik

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwisko, imię	
Adres zamieszkania	
Telefon	
Nazwa zakładu pracy	
Nr zaświadczenia prawa wykonywania zawodu	

Lp.	Forma kształcenia specjalizacja/ kurs kwalifikacyjny/ kurs specjalistyczny/ kurs dokszałcający	Przyznane punkty*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

*Wypełnia Komisja

Oświadczenie uczestnika konkursu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych moich danych osobowych na potrzeby konkursu (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r.(Dz.U. 2011.230.1370).

.....
data

.....
podpis uczestnika konkursu

*** Wypełnia Zespół ds. promocji zawodu**

Ilość przyznanych punktów:.....

Miejsce zajęte w konkursie.....

Podpisy Komisji Konkursowej(Zespołu ds. promocji zawodu)

1. Przewodnicząca - Ziółkowska Maria Teresa.....

2. Członek - Aldona Stańko.....

3. Członek - Beata Dunal.....

.....
data

***Wypełnia Prezydium Okręgowej rady Pielęgniarek i Położnych**

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych akceptuje/ nie akceptuje*decyzję Zespołu ds. promocji zawodu.

Podpisy

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

Sprawy Różne

1. Ogólnopolska Konferencja „**Seksualność osób niepełnosprawnych**”, która odbędzie się w dniach 29 –30 kwietnia 2013r.

W Polsce rzadko mówi się i pisze otwarcie o potrzebach seksualnych osób z upośledzeniem umysłowym. Jeszcze rzadziej rozmawia się z takimi osobami o seksualności. Panuje przekonanie, że rozmowa na "te tematy" niepotrzebnie tylko rozbudzi ich zainteresowanie seksem. Wśród Polaków przyzwolenie społeczne na realizację potrzeb seksualnych przez osoby upośledzone nie jest zbyt duże – stwierdził prof.

Zbigniew Izdebski. - A przecież każdy człowiek potrzebuje bliskości, miłości, przyjemności i ma prawo te pragnienia zaspokoić - podkreślił. Celem konferencji jest przybliżenie tematyki seksualności osób niepełnosprawnych oraz podzieleniem się doświadczeniem w rozwiązywanie problemów.

2. V Krajowa Konferencja Pielęgniarek Medycyny Pracy pt. „**Zdrowie Pracujących – Współczesne Zagrożenia**”, która odbędzie się w dniach 24 - 26. 04. 2013r.

KOMUNIKAT

VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki 26-28 września 2013, Karpacz

Szanowni Państwo,

Drogie Koleżanki i Koledzy!

W imieniu Komitetów Organizacyjnego i Naukowego serdecznie zapraszam Członków oraz Sympatyków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki do udziału w VIII Zjeździe PTPAiO. Kolejne spotkanie czeka nas w dniach 26-28.09.2013 r., w Karpaczu - niegdyś mieście poszukiwaczy skarbów, gdzie do dziś można odnaleźć ślady ich działalności. Karkonosze to miejsce zimowego, sportowego szaleństwa, a dla spragnionych obcowania z naturą, pięknych krajobrazów.

Program naukowy Zjazdu, obejmie szeroką tematykę zagadnień związanych z nauką, praktyką oraz etyką w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki.

Mamy nadzieję, że urok Karkonoszy, możliwość wymiany doświadczeń z koleżankami i kolegami z całego kraju sprawią, że zdecydują się Państwo na uczestnictwo w VIII Zjeździe PTPAiO.

Zachęcamy do nadsyłania prac związanych z tematyką zjazdu.

Szczegółowe informacje wraz z kartą uczestnictwa ukażą się w styczniu 2013 roku na stronie internetowej naszego Towarzystwa www.ptpaio.pl

Serdecznie zapraszam do Karpacza

Prezes PTPAiO

Paweł Witt

Zarząd Główny
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
ul. Jeleniogórska 16, 60-179 Poznań
e-mail: ptpa@ump.edu.pl
biuro@ptpaio.pl

Program SHE

Program SHE wspiera kobiety żyjące z HIV

Zakażenie HIV dla kobiety, oprócz konsekwencji zdrowotnych, zazwyczaj wiąże się ze szczególnie dużym obciążeniem psychicznym. Bez odpowiedniego wsparcia trudno kobietom żyjącym z HIV sprostać wyzwaniom, jakimi są m.in. akceptacja zakażenia, ujawnienie go najbliższemu czy uzyskanie dobrej jakości opieki medycznej. Z pomocą przychodzi im Program SHE – w 2012 roku w ramach Programu odbył się cykl pięciu otwartych warsztatów edukacyjnych, od 1 stycznia dostępna będzie strona internetowa, stworzona z myślą o szczególnych potrzebach kobiet żyjących z HIV.

Program SHE (ang. Strong, HIV Positive, Empowered Women – silne, HIV pozytywne, świadome swoich praw kobiety) to europejski projekt edukacyjny skierowany do

kobiet seropozytywnych. Celem Programu jest wspieranie kobiet żyjących z HIV w dążeniu do poprawy jakości życia, w tym do uzyskania najlepszej możliwej opieki zdrowotnej. Program został opracowany przez międzynarodową grupę ekspertów z organizacji pozarządowych i specjalistów w leczeniu zakażenia HIV oraz kobiety żyjące z HIV. Program SHE powstał przy wsparciu Bristol-Myers Squibb, a za jego realizację w Polsce odpowiada Fundacja Edukacji Społecznej. Swoim patronatem Program objęły Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

Otwarte warsztaty dla kobiet żyjących z HIV

W 2012 roku w odbył się cykl pierwszych pięciu warsztatów SHE, otwartych dla wszystkich kobiet seropozytywnych. Warsztaty SHE oferują kobietom żyjącym z HIV możliwość

zdobycia wiedzy na temat zakażenia i jego leczenia, otrzymania wsparcia psychologicznego oraz wymiany doświadczeń i opinii z innymi zakażonymi HIV kobietami, stawiającymi na co dzień czoła podobnym wyzwaniom. Uczestniczki warsztatów mają możliwość zdobycia wiedzy i wymiany zdań na temat należytej im opieki medycznej, kwestii związanych z kształtowaniem relacji partnerskich, odyskaniem i pielęgowaniem poczucia własnej wartości oraz sposobów rozwiązywania codziennych problemów. Zajęcia podczas warsztatów prowadzone są przez lekarzy specjalistów, psychologów, edukatorki i przedstawicielki stowarzyszeń pacjentów, świetnie znające problemy kobiet żyjących z HIV. Cykl warsztatów będzie kontynuowany w 2013 roku, zainteresowane Panie mogą się na nie zgłaszać za pośrednictwem Fundacji Edukacji Społecznej - fes@op.pl.

Grupy wsparcia

Program SHE opiera się na założeniu, że informacje pochodzące od osoby borykającej się z podobnym problemem postrzegane są jako bardziej wiarygodne, godne zaufania i znaczące, a wzajemne wsparcie udzielane sobie przez kobiety żyjące z HIV jest najlepszą drogą do kształtowania silnych postaw. Dlatego kolejnym krokiem Programu w dążeniu do zbudowania sieci wzajemnego wsparcia kobiet żyjących z HIV będzie specjalnym programem

szkoleniowy dla liderki grup wsparcia. W programie tym będą mogły wziąć udział wszystkie zainteresowane uczestniczki warsztatów SHE. Szkolenia realizowane będą w oparciu o poradnik dla moderatorek grup wsparcia, który powstał jako jeden z elementów Programu SHE. Organizatorzy Programu chcieliby, a aby w ten sposób powstały grupy wzajemnego wsparcia aktywnie działające przy większości ośrodków leczenia zakażenia HIV w Polsce.

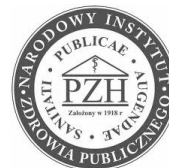
Strona internetowa

Kwestie związane z zachowaniem dobrego zdrowia i kondycji fizycznej, dostępem do dobrej jakości opieki medycznej, relacjami partnerskimi seksualnością, życiem w rodzinie i planowaniem potomstwa, ujawnieniem zakażenia, radzeniem sobie z lękiem i depresją, ochroną swoich praw człowieka – to tylko część zawartości strony www.programshe.pl. Strona została przygotowana przez kobiety zakażone HIV z myślą o innych kobietach zakażonych HIV, dlatego stanowi pełne i wiarygodne źródło wiedzy, jakiego do tej pory brakowało kobietom żyjącym z HIV w Polsce. Strona będzie dostępna od 1 stycznia

Realizatorzy Programu SHE



Patroni Programu SHE



Bristol-Myers Squibb jest globalną firmą biofarmaceutyczną, której misją jest odkrywanie, opracowywanie i dostarczanie innowacyjnych leków, które pomagają chorym zwycięsko zmagać się z ciężkimi chorobami. Firma Bristol-Myers Squibb angażuje się w walkę z zakażeniem HIV od ponad dwóch dekad i czuje się zaszczycona, że może wspierać program SHE mający na celu wypełnienie znacznych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych kobiet zakażonych HIV.

Kontakt dla mediów:

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak
Fundacja Edukacji Społecznej
Tel.: 692 478 229
e-mail: megamama@poczta.onet.pl

Sylwia Bakula
Bristol-Myers Squibb Services Sp. z o. o.
Tel.: 608 555 626
e-mail: sylwia.bakula@bms.com

Igiełka – nowe czasopismo pielęgniarskie

W wrześniu 2012 roku podczas XXII Ogólnopolskiej Konferencji z Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego wydała nr promocyjny czasopisma „Igiełka”. Na stronie Fundacji www.frpp.org.pl istnieje rejestracja na prenumeratę z możliwością wyboru na 6 lub 12 miesięcy oraz zasady publikacji. Tam też znaleźć można plakat, który można rozesłać innym osobom i rozwiesić w oddziałach, przychodniach, uczelniach czy innych miejscach pracy oraz nauki. Ideą czasopisma jest umożliwienie pielęgniarkom, pielęgniarzom, studentom, nauczycielom, osobom zarządzającym, zaangażowanym w pielęgniarstwo mówienie

własnym głosem o swoich sprawach. Celem czasopisma jest promocja talentów zawodowych i osobistych, a także wspieranie dążeń ludzi do intelektualnej samorealizacji, dla tych, którzy czytają i pragną pisać do redakcji:



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Szanowne Panie/Panowie,

Mając na względzie udział Państwa w kształtowaniu nowoczesnej edukacji medycznej, chcielibyśmy przekazać za pośrednictwem biuletynu ważną informację o nowatorskim rozwiązaniu/projekcie zmieniającym istotnie standard dzisiejszej pracy pielęgniarki i położnej. **To pierwszy tak zaawansowany technologicznie projekt, a zarazem bardzo prosty w użyciu.**

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

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

1. Innowacyjność projektu polega na wykorzystaniu serwisu internetowego jako magazynu. Pielęgniarka i Położna po zalogowaniu się będzie miała dostęp do oferowanych na rynku materiałów edukacyjnych, pomocy szkoleniowych, wyrobów medycznych czy próbek produktów, **oraz możliwość zamawiania ich całkowicie bezpłatnie.** Dzięki temu niezależnie od miejsca zamieszkania czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach, ma stały dostęp do wiedzy, podstawowych materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, itp. **Projekt ruszył od października 2012 roku.**

2. Możliwość komentarzy, ocen i porównania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, co bezpośrednio wpływa na aktywizację środowiska Pielęgniarek i Położnych w celu wymiany opinii i doświadczeń – **kluczowa zaleta dla rozwoju osób z różnym doświadczeniem, miejscem zamieszkania, a dodatkowo wnioski i sugestie będą przekazywane autorom materiałów w celu poprawy ich jakości – wzmocnienie roli Pielęgniarki i Położnej.**

3. Sztuczna Inteligencja/BOOT wyposażony w wiedzę medyczną z różnych zakresów medycyny spełnia funkcję 24 h wsparcia pielęgniarki i/lub położnej w edukacji, aktywnie zachęca użytkowników do zapoznania się z nowościami ze świata medycyny, oferując w prosty i szybki sposób dostęp do niej. Podanie tematu lub pytanie generuje odpowiedź w formie pisemnej, werbalnej i wizualnej. Dodatkowo pełni funkcję „follow up” po konferencji czy warsztacie - w syntetyczny sposób nawiązuje do treści kluczowych i nowości „podrzucając” je użytkownikowi w formie krótkich informacji. Buduje zaangażowanie środowiska pielęgniarek i położnych we własny rozwój. Utrwala wiedzę zdobytą na szkoleniach i konferencjach. Start planowany na Q1 2013 – **całkowicie bezpłatnie.**

4. Platforma e-learning – umożliwiającą korzystanie z oferty szkoleniowej z certyfikacją. Start planowany na Q1 2013 - **całkowicie bezpłatnie.**

Instrukcja rejestracji i logowania:

1. Wejdź na adres strony www.edukacjapacjenta.pl

2. Naciśnij napis: „jeśli nie posiadasz loginu i hasła zarejestruj się”

3. Wypełnij formularz rejestracyjny 5. Zaloguj się i korzystaj z serwisu bez ograniczeń **BEZPŁATNIE**

4. Otrzymasz mail lub SMS z loginem i hasłem

INFORMACJA O WYSOKOŚCI OPŁAT W 2013 r.

Wysokość składki członkowskiej od lutego 2013r. (dla osób wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej)	38,75 zł.
Wysokość opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	74,45 zł
Zmiana wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	37,23 zł.
Wysokość opłat za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych	224,00 zł.

Podstawa prawna

Uchwała nr 19 VI Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

§ 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.

Ustawa o działalności leczniczej

Art. 105.

- **Wpis do rejestru** podlega opłacie wynoszącej: 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru — w przypadku lekarza lub pielęgniarki,
- **Zmiana wpisu** w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w ust. 1.

2a. Wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest **wolny od opłat**.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej

art. 76 ust 5 Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, wynosi 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2012 r. wyniosło 3722,28 zł.

Ważne

Zgodnie z ustawą z dnia 1 czerwca 2011r. o działalności leczniczej Art. 25 ust.3 wskazuje, iż podmiot prowadzący działalność w ramach praktyki zawodowej, niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia **umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych**, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr dokument ubezpieczenia, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wystawiony przez ubezpieczyciela, dołączony do wniosku o wpis/zmianę/wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Przypominamy

Ustawa z dnia 1 czerwca 2011r. o działalności leczniczej Art. 23 mówi, iż sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą określa **regulamin organizacyjny**, którego wzór można znaleźć na stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl, w zakładce "indywidualne i grupowe praktyki"

Kondolencje

Koleżance

Ewie Kuchcie

Szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci

TATY

Składa personel oddziału hematologii i chorób rozrostowych układu krwiotwórczego
w SPSZW w Gorzowie Wlkp.

Z głębokim żalem i smutkiem

Informujemy że dnia 24.01.2013r

zmarła

Łucja Staroniewicz

Przełożona pielęgniarek ze szpitala przy ulicy Warszawskiej oraz wolontariuszka Hospicjum Św Kamila

Z głębokim żalem
zawiadamiamy, że dnia 10.01.2013 roku
odeszła od nas nasza koleżanka pielęgniarka
Katarzyna Rejniak – Potrzebowska
koleżanki z SPZOZ w Międzyrzeczu

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
MATKI
koleżance
Danucie Ciuraja
składają pracownicy psychiatrii sądowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego
w Gorzowie Wielkopolskim

Koleżance
Annie Rybskiej
serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci
TATY
składają koleżanki i koledzy ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.
„Umiera się nie dlatego, by przestać żyć, lecz po to, by żyć inaczej”. Paul Coelho.

Koleżance
Helenie Płazewskiej
Wyrazy szczerego żalu i współczucia z powodu śmierci
MAMY
składają koleżanki i koledzy ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.
„Tylko w milczeniu słowo, tylko w ciemności światło, tylko w umieraniu życie...” Ursula K. Le Quin.

Kalendarium

- 10.01.2013r. – Posiedzenie Przewodniczących Komisji problemowych ds. POZ, DPS, Opieki Długoterminowej oraz Położnych.
- 10.01.2013r. – Rozpoczęcie kursu specjalistycznego z zakresu „Żywność enteralna i parenteralna”
współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 15.01.2013r. – Posiedzenie komisji problemowej ds. POZ.
- 16.01.2013r. – Szkolenie z zakresu Procedury niebieskiej Karty w siedzibie OIPIP w Gorzowie Wlkp.
- 17.01.2013r. – Posiedzenie Komisji problemowej ds. DPS.
- 18.01.2013r. – Posiedzenie Komisji problemowej ds. Położnych.
- 23.01.2013r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
- 26.01.2013r. – Przewodnicząca Aldona Stańko uczestniczyła w spotkaniu z Senator Heleną Hatka w Zielonej Górze
- 29.01.2013r. – Posiedzenie Komisji problemowej ds. Opieki Długoterminowej.
- 29.01.2013r. – Wiceprzewodnicząca Maria Teresa Ziółkowska wzięła udział w szkoleniu nt.; Zmiany w dokumentacji PO KL w 2013r.”
- 08.02.2013r. – Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.