

FORUM

ZAWODOWE 5(110)2017

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE
ISSN 1213-2046

W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 5** V Konferencja Epidemiologiczna
- 8** Życie z Życia – Przeszczep Podkarpacie 2017
- 11** Inauguracja Roku Akademickiego 2017/2018 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku
- 13** Inauguracja Roku Akademickiego 2017/2018 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigionia w Krośnie
- 14** „Pielęgniarstwo polskie, europejskie, światowe” – kluczowe zagadnienia
- 16** Co ona wniesie do naszego zawodu?
- 23** Spotkanie z Wiceminister Zdrowia w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
- 24** Wiceminister Zdrowia odpowiada na kluczowe kwestie dotyczące pielęgniariek
- 25** Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania
- 31** Pierwsze posiedzenie zespołu powołanego przez Ministra
- 31** Niekonwencjonalne metody leczenia stosowane w terapii stwardnienia rozsianego
- 36** Hanna Chrzanowska wkrótce zostanie ogłoszona błogosławioną
- 38** Ogłoszenie o rekrutacji na szkolenia specjalizacyjne
- 38** Komunikat skierowany do osób rejestrujących się w SMK

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl,
e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne

w poniedziałek od 7.30-17.00
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00
tel. 13 43 694 60

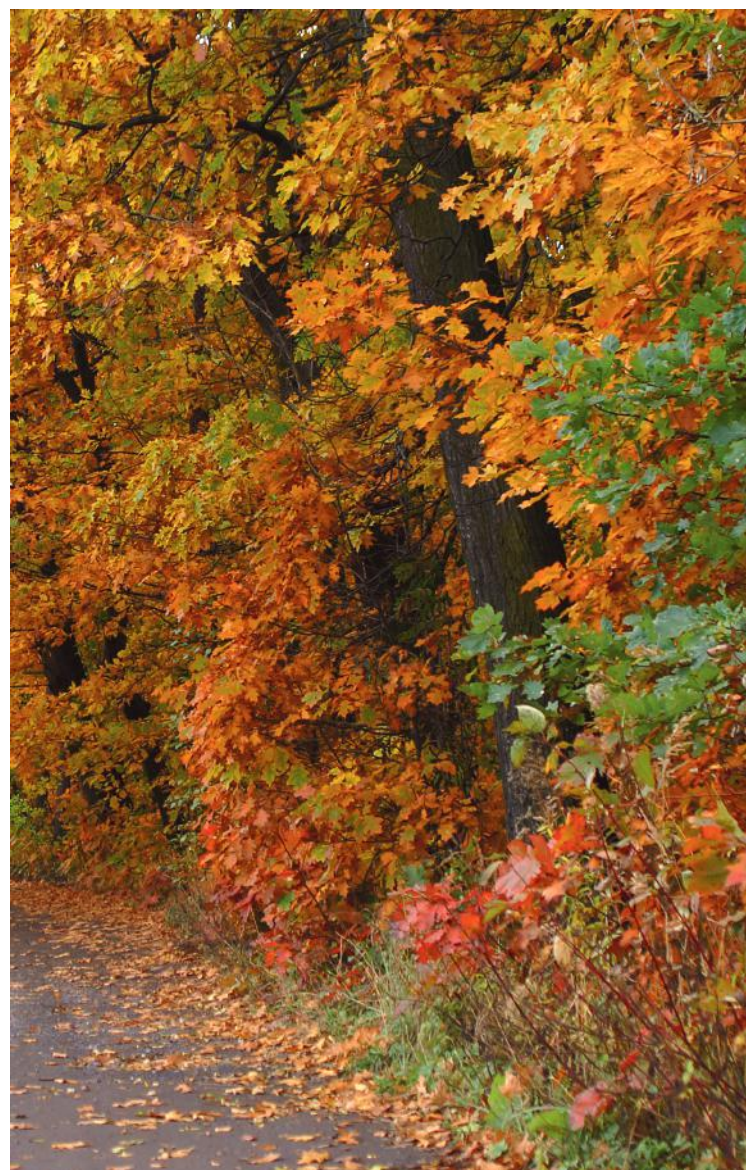
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca
w godzinach 10.00-14.00

Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń podyplomowych prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

RANKI JESIENNE

*Tylko te chłodne, pogodne,
Przewiewne ranki jesienne,
(Liliowe astry jesienne),
Senne, łagodne,
Gdy w miłym, szarym niebie
Wzrok rozczulony tonie:
Te ranki, te są dla Ciebie.
Byś w miękko wysłanym pokoju
Z liściasto-ptasią tapetą,
Bładobłękitna,
W tym właśnie dzisiejszym stroju,
Przez okno patrzyła spokojnie
Na miłe niebo jesienne,
A na stoliku w wazonie
Niech będą astry liliowe,
Liliowe astry jesienne.*

Julian Tuwim



Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Czas letnich urlopów znów bardzo szybko minął. Miesiące wrzesień i październik przywitały nas za to gamą niepowtarzalnych barw. W tym czasie także wypoczywamy na łonie natury, w lasach, poszukując skarbów leśnego runa, rozkoszując się widokiem jesiennych kolorów. Każde oderwanie od codziennego rytmu pracy, od natłoku spraw i wielu problemów pozwala na złapanie oddechu i nabranie dystansu do otaczającej nas rzeczywistości.

Ciągle borykamy się z problemami dotyczącymi polskiego pielęgniarstwa i położnictwa. Przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, a w zasadzie powołane liczne komisje i zespoły pracują nad strategią poprawiającą sytuację pielęgniarów i położnych w Polsce. Strategia zakłada wprowadzenie wielu rozwiązań wspierających rozwój pielęgniarstwa i położnictwa, rozpoczynając od edukacji, a dokładniej od zwiększenia dotacji dla uczelni kształcących przyszłe pielęgniarki i położne. Ma także m. in. wzmocnić rolę i kompetencje pielęgniarów i położnych w systemie ochrony zdrowia, określić ich liczbę oraz kwalifikacje w poszczególnych zakresach świadczeń i poprawić warunki pracy i płacy. Dużo mówi się również o wprowadzeniu do systemu opieki zdrowotnej nowego zawodu, mającego na celu wspomóc pielęgniarki i położne w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych. Wszystkie te działania mają na celu nie tylko uatrakcyjnić nasze zawody i zatrzymać koleżanki i kolegów przed wyjazdem z kraju, ale też zachęcić do pracy w zawodzie. Jednak, czy te deklaracje nie zakończą się znów „pustymi słowami bez pokrycia”?

W dalszym ciągu wiele emocji budzi wprowadzona niedawno ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ponieważ nie

wskazano źródła finansowania, część pracodawców reguluje płace zasadnicze dodatkiem wprowadzonym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w roku 2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. A jak sobie przypominacie, kiedy doszło do realizacji tego rozporządzenia kategorycznie odmawiano włączenia kwot do uposażenia zasadniczego zasłaniając się brakiem podstawy prawnej. Również Pani Minister Józefa Szczurek-Żelazko na pytanie o kontynuację podwyżek dla pielęgniarów, tzw. 4x400 odpowiedziała: „tak, będzie to kontynuowane i ustawa nie ma wpływu na kontynuację tego dodatku 4x400. Ustawa obejmuje wszystkich pracowników medycznych, tak jest zapisane w tytule. Pracownikiem medycznym jest ratownik, jest fizjoterapeuta, jest pielęgniarka, jest lekarz..” Czyżby znówu były to puste obietnice?

Z kolei pod koniec lipca br. w Sejmie odbyło się pierwsze czytanie obywatelskiego projektu ustawy przewidującego wyższe stawki minimalnych wynagrodzeń przygotowanego przez Porozumienie Zawodów Medycznych. Pod w/w projektem podpisało się 240 tysięcy osób. Z uwagą będziemy przyglądać się dalszym losom tego projektu.

Kolejna sprawa to cyfryzacja ochrony zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) odpowiedzialne za stworzenie Systemu Monitorowania Kształcenia służącemu monitorowaniu kształcenia kadr medycznych w dalszym ciągu poprawia go i dostosowuje do potrzeb. System nadal jednak „kuleje”. Przekonały się o tym same pielęgniarki i położne, które mają wiele problemów z logowaniem, założeniem konta, wpisaniem poszczególnych form kształcenia, czy nawet zasięgnięciem pomocy telefonicznej u autora tego systemu. Pracownicy naszego biura służą pomocą, wyjaśniają wątpliwości zarówno telefonicznie jak i w biurze Izby, pomagają zakładać konta. W chwili obecnej osób chętnych do podjęcia kształcenia pody-



plomowego, tj. szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych, doksztalających jest bardzo dużo i liczba ta ciągle rośnie. Wszystkie te osoby, zamierzające zapisać się na wybraną formę kształcenia, nie tylko w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa w Krośnie, muszą zarejestrować się w SMK. Nie ma innej drogi. Stąd właściwie od miesiąca sierpnia w Izbie drzwi się nie zamykają i telefony są ciągle zajęte. Wiele koleżanek i kolegów decyduje się przyjechać osobiście i przy naszej pomocy uporać się z problemem założenia konta.

W biuletynie zamieszczamy także informacje dotyczące naszych dwóch konferencji, które odbyły się we wrześniu i październiku. Brało w nich udział łącznie 656 osób. Bardzo dziękuję wszystkim osobom, które w nich uczestniczyły. Tak duża liczba uczestników mówi sama za siebie. Serdecznie zachęcam wszystkich do brania udziału w podobnych przedsięwzięciach. Polecamy zapoznać się z artykułami na ten temat w dalszej części biuletynu. Oczywiście nie zabraknie też informacji z NIPiP i Ministerstwa Zdrowia. Publikujemy pisma i stanowiska popierające protest głodowy lekarzy rezydentów. Postulujemy o wzrost nakładów finansowych na służbę zdrowia w Polsce. Wzywamy do wypracowania reformy, która w perspektywie długoterminowej zwiększy nakłady finansowe na ochronę zdrowia, a tym samym utrzyma pacjenta w dobrym zdrowiu i kondycji. Zachęcamy zatem do czytania.

*Serdecznie pozdrawiam
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie
Renata Michalska*

Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 sierpnia 2017 r. do 30 września 2017 r.

9 SIERPNI 2017 r.

Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej z Panią Barbarą Józefowicz Dyrektorem Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jaśle.

18 SIERPNI 2017 r.

Udział członka ORPiP Pani Bożeny Kamińskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego” organizowanym przez Stowarzyszenie „Centrum Szkolenia Zawodowego” w Gorlicach - Przedstawicielstwo w Jaśle.

22 i 24 SIERPNI 2017 r.

Pomoc Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej i Pani Justyny Zajac w aktualizacji danych do Centralnego Rejestru i zakładaniu konta do Systemu Monitorowania Kształcenia w SPZOZ w Ustrzykach Dolnych.

23 SIERPNI 2017 r.

Udział Wiceprzewodniczącej ORPiP Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak w posiedzeniu Rady Społecznej Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Iwoniczu Zdroju.

30 SIERPNI 2017 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto 18 uchwał. Były to uchwały w sprawie:

przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu po-

łożnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, wydania zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat i pozytywnie złożonym egzaminie, wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej. Przyznano 8 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego - 29 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

6 WRZEŚNIA 2017 r.

W Sali Weselnej „Dwa serca” w Krośnie odbyła się V Konferencja Epidemiologiczna pt. „Współczesne zagrożenia epidemiologiczne”.

8 WRZEŚNIA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Skarbnika ORPiP Pani Bożeny Jastrzębskiej i członka ORPiP Pani Beaty Barańskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku.

11 WRZEŚNIA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Wiceprzewodniczącej Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak oraz Wiceprzewodniczącej Pani Krystyny Krygowskiej w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki

ki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Pielęgniarki Oddziałowej Dziennego Oddziału Psychiatrycznego, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Kardiologicznego z Ośrodkiem Implantacji Stymulatorów Serca, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Urazowo-Ortopedycznego Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

12 WRZEŚNIA 2017 r.

W siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie odbyło się szkolenie nt. „Teoretyczne i praktyczne zastosowanie opatrunków firmy Convatec w leczeniu ran. Problemy pielęgnacyjne pacjenta ze stomią”.

13-14 WRZEŚNIA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w posiedzeniu NRPiP w Suwałkach.

14 WRZEŚNIA 2017 r.

Udział Sekretarza ORPiP w Krośnie Pani Ewy Czupskiej w spotkaniu właścicieli budynku mieszczącego się przy ul. Bieszczadzkiej 5 w Krośnie.

19 WRZEŚNIA 2017 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

25 WRZEŚNIA 2017 r.

Udział członka ORPiP Pani Ewy Grysztar w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne” w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pignonia w Krośnie.

26 WRZEŚNIA 2017 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 19 uchwał. Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji

kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wykreślenia indywidualnej praktyki położnej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, wydania zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki łącznie przez okres dłuższy

niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, przyjęcia programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, zatrudnienia pracownika w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, podwyżki płacy dla pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, dofinansowania wykonania relikwiarza Czcigodnej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej, dofinansowania konferencji szkoleniowej „Życie z życia” Przeszczep Podkarpacie 2017, dofinansowania V Podkarpackiego Kongresu Położnych.

Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej.

Przyznano 9 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

10 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

29 WRZEŚNIA 2017 r.

Wizytacja Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Krośnie przez członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej z Warszawy.

V Konferencja Epidemiologiczna

Krosno, 6 września 2017 r.

Jak co roku, tradycyjnie już, Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych działający przy ORPiP w Krośnie wspólnie z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 6 września 2017 r. zorganizował Konferencję Epidemiologiczną dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszego Samorządu. Odbyła się ona pod patronatem Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego Pani dr Barbary Stawarz.

Był to mini jubileusz, gdyż była to V konferencja „Współczesne zagrożenia epidemiologiczne”, w której uczestniczyło 217 osób. Wykłady odbyły się w sali pięknego kompleksu Domu Weselnego „Dwa serca”.

Wykład inauguracyjny „Choroby zalewane z innych stref klimatycznych ze szczególnym uwzględnieniem zimnicy i rozważeniem możliwości diagnostyczno – terapeutycznych w Polsce” wygłosiła Pani Konsultant Wojewódzki ds. Epidemiologii lek med. Jolanta Kluz-Zawadzka.

Uzupełnieniem tego wykładu była prezentacja na temat „Medycyna podróży – poradnia do szczepień dla osób wyjeżdżających” wygłoszona również przez Panią Konsultant.



W wykładzie inauguracyjnym Pani Doktor zwróciła uwagę na przygotowanie się do podróży w kraje tropikalne i najczęstsze zagrożenia, z jakimi możemy się spotkać.

ZANIM WYBIERZESZ SIĘ W PODRÓŻ - POMYŚL O ZDROWIU

Choroby zawlekane - najczęstsze zagrożenia

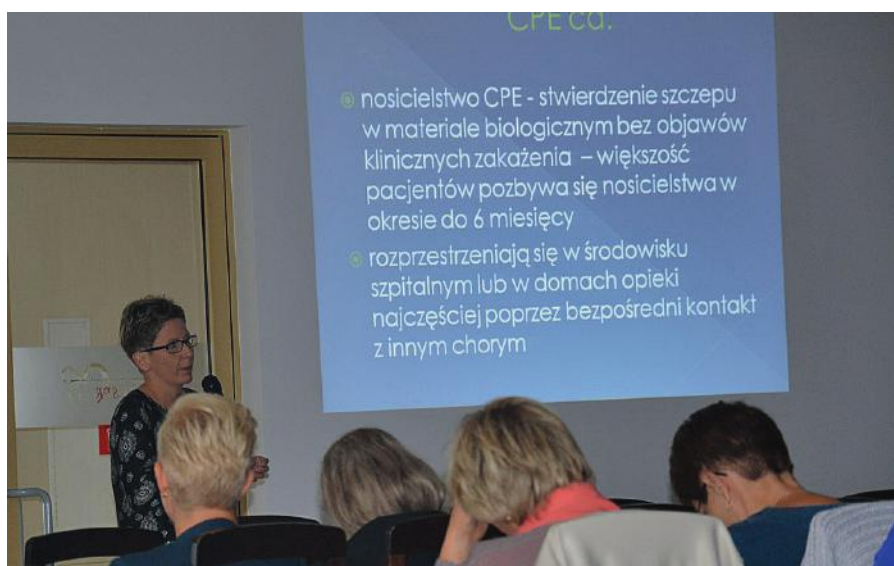
- biegunka podróżnych
- zimnica
- choroby infekcyjne i inwazyjne („owce morza”, nurkowanie pod wodą, przenoszone drogą płciową, drogą krwi, kropelkową, oralno-fekalną, pasożyty, wektory - przenosiciele chorób zakaźnych)
- udar słoneczny, oparzenie słoneczne
- pokąsanie przez jadowite zwierzęta (rośliny trujące!)
- bezpieczeństwo ruchu drogowego, pieszego, ryzyko napadu
- alkohol - spożywany w nadmiarze
- wpływ samej podróży - długość lotu, zmiana ciśnień, temperatur, narażenie na zakrzepicę żył głębokich
- podróż lądem, morzem, powietrzem - oddziaływanie środowiska zewnętrznego
- kłopoty z komunikowaniem się - bariera językowa

Kolejny wykład wygłosiła Pani mgr Katarzyna Bałon-Ochała na temat „KPC-zasady postępowania w oparciu o wytyczne Krajowego Konsultanta ds. Mikrobiologii”.

Laboratoria mikrobiologiczne powinny bezwzględnie wdrożyć procedury oznaczania wrażliwości pałeczek Gram-ujemnych Enterobacteriaceae na karbapenemy. W przypadku podejrzenia izolacji szczepu wytwarzającego karbapenemazę niezwłocznie powiadomić zespół ds. zakażeń szpitalnych. Każdy szpital powinien opracować i wdrożyć badania przesiewowe wykonane u pacjentów przyjmowanych do szpitala u których stwierdzone są czynniki ryzyka nosicielstwa CPE.

Zalecanymi wskazaniem do wykonania badań przesiewowych są:

- hospitalizacja w ciągu ostatniego roku w szpitalach warszawskich
- pobyt w ciągu ostatniego roku w placówkach opieki długoterminowej



- wcześniejsze nosicielstwo/zakażenie szczepem CPE
- kontakt z opieką zdrowotną w krajach o wysokiej zapadalności na zakażenia wywołane CPE.

„Izolacja jako podstawowa metoda ograniczająca transmisję zakażeń” była tematem wykładu, który wygłosiła Pani mgr Teresa Iwaniec.

Izolacja w medycynie oznacza stosowanie różnych środków ochronnych i podejmowanie działań wielomodułowych zapobiegających przenoszeniu zakażeń.

Izolacja czyli fizyczne odseparowanie zakażonego lub skolonizowanego pacjenta.

Cel:

- Odizolowanie źródła infekcji
- Przerwanie dróg przenoszenia zakażeń

Wytyczne CDC dotyczące zasad izolacji pacjentów:

Poziom pierwszy - izolacja standardowa

Obejmuje: rutynowe środki ostrożności związane z kontrolą zakażeń, przeznaczone do stosowania u wszystkich

pacjentów niezależnie od ich choroby lub przypuszczalnego stanu zakaźnego.

Poziom drugi - izolacja zależna od dróg przenoszenia zakażeń

- Powietrzno-pyłowa
- Powietrzno-kropelkowa
- Kontaktowa

stosowana w stosunku do pacjentów z udokumentowaną lub podejrzaną kolonizacją lub zakażeniem drobnoustrojami ważnymi z punktu widzenia epidemiologii.

Izolacja Ochronna

Izolację ochronną stosuje się wobec pacjentów z ciężkim upośledzeniem odporności (immunosupresja), którzy są bardzo wrażliwi na zakażenia.

Jak co roku, zaproszonym do wygłoszenia wykładu był prawnik, mgr Sławomir Porada, który przedstawił prezentację na temat „Dokumentacja pielęgniarstwa w aspekcie odpowiedzialności z tytułu zdarzeń niepożądanych”.

Znajomość przepisów prawnych w codziennej pracy pielęgniarki i położnej jest nieodzowna w dobie narastających roszczeń pacjentów. Prawidłowe wypełnianie dokumentacji pielęgniarstwa i położniczej, autoryzacja zleceń lekarskich, wpisy w raportach są niejednokrotnie ważnymi dowodami w sprawie o roszczenie pacjenta.

Pani mgr Paulina Nowak – przedstawiciel firmy BRAUN wygłosiła prezentację na temat „Schemat postępowania w leczeniu ran ostrych i przewlekłych na podstawie wytycznych EWMA”. W swoim wykładzie przedstawiła zasady leczenia ran przewlekłych, zasady oceny rany zagrożonej infekcją, zasady stosowania lewaseptyków w ranie z biofilmem.

Firma Braun była również głównym sponsorem naszej Konferencji.

Po każdym wykładzie uczestnicy Konferencji mieli możliwość zadawania pytań do poszczególnych prelegentów, którzy chętnie i w sposób wyczerpujący odpowiadali na zadane pytania.

Na zakończenie Konferencji uczestnicy zostali zaproszeni na skromny poczęstunek.

*Bożena Jastrzębska
Przewodnicząca Zespołu Pielęgniarek
Epidemiologicznych działającego
przy ORPiP w Krośnie*



Życie z Życia – Przeszczep Podkarpacie 2017

Z inicjatywy Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji z Iwonicza Zdroju i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 5 października 2017r. w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie odbyła się konferencja pt. „Życie z życia – Przeszczep Podkarpacie 2017”. Celem tej konferencji było przybliżenie tematyki transplantacji, a przede wszystkim szerzenie świadomości społecznej dla darowania narządów do przeszczepu. Spotkanie adresowane było do samorządowców, lekarzy, pielęgniarek, położnych, nauczycieli i młodzieży. Patronat honorowy objęli Prezydent Miasta Krośna i Starosta Krośnieński. Współorganizatorami konferencji byli: Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie i Urząd Gminy Wojaszówka. Oficjalnego otwarcia konferencji dokonał Pan Piotr Lenik, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

Wykład inauguracyjny przedstawił prof. dr hab. n. med. Andrzej Chmura z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Opowiedział o tym, jak wygląda przeszczepianie narządów w Polsce zarówno od osób zmarłych jak i od osób żywych i jakie są perspektywy rozwoju transplantologii w Polsce. Mówił, że Polska na mapie Europy wypada bardzo słabo jeśli chodzi o przeszczepianie narządów. Również województwo podkarpackie należy do ostatnich z wynikiem 1,9 %. Zaznaczył, że aby myśleć o dawcy trzeba stwierdzić śmierć mózgu i od tego stanu nie ma odwrotu. Mimo śmierci mózgu inne narządy żyją. Natomiast jeśli osoba ginie w wypadku, wówczas jej narządy nie nadają się do pobrania – wyjaśnił profesor. Z kolei dużo lepsze narządy pochodzą od dawców żywych ponieważ dają lepsze wyniki bezpośrednie i odległe. Jednak w Polsce jest wciąż za mało przeszczepień. Profesor Chmu-



ra podkreślił, że w latach od 2010 do 2015 roku klinika, w której pracuje stała się najaktywniejszą w Polsce pod względem rekordowej liczby przeszczepień narządów w 2014 r. Wykonano ich 235. To się jeszcze nigdy w Polsce wcześniej nie zdarzyło. Co można zrobić, aby w Polsce zwiększyć liczbę przeszczepianych nerek to działania, które konsekwentnie prowadzone, przynoszą pozytywne efekty. Profesor zaznaczył, że w Polsce najwięcej przeszczepia się nerek. Pierwsze przeszczepienie miało miejsce w Warszawie w roku 1966 i od tej pory przeszczepiono 24 tysiące nerek. Potrzeby są o wiele większe, gdyż liczba oczekujących ciągle wzrasta, m.in. z powodu cukrzycy.

Obecnie w Polsce dializuje się ok. 20 tysięcy osób. W przypadku przeszczepu serca potrzeby są również bardzo duże. W Polsce funkcjonuje 5 ośrodków, które dokonują przeszczepu serca. W 1985 roku w Zabrze pierwszego przeszczepu serca dokonał prof. Zbigniew Religa. Statystyki budzą nadzieję, gdyż w ciągu ostatnich dwóch lat zwiększyła się liczba przeszczepień z 80 do 100 rocznie. Dynamicznie rozwija się również przeszczepianie wątroby. W Polsce w sześciu ośrodkach przeszczepia się ten narząd. Jak przyznaje prof. Chmura zbyt późno zaczęliśmy przeszczepiać wątrobę, właściwie z 40 letnim opóźnieniem. Jednak jest też wiele osób, które zgłaszają się za



późno. W Polsce przeszczepia się także trzustkę od 1986 roku i płuca. Na konferencji prof. Andrzej Chmura omówił także prawne aspekty związane z przeszczepianiem narządów. Poinformował, że w Polsce obowiązuje tzw. zgoda domniemana w przypadku pobrania narządów od zmarłych.

- To oznacza, że jeśli ktoś za życia nie zrobił zastrzeżenia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, to przyjmuje się, że nie ma nic przeciwko pobraniu narządów. Niestety często rodziny odwołują się do pkt. 3 ustawy transplantacyjnej, która mówi, że jeśli znajdzie się dwóch świadków którzy potwierdzą, że jednak ta osoba nie chciała oddać swoich narządów, wówczas musimy odstąpić od pobrania. To się zdarza w około 10-15 %

wszystkich sytuacji kiedy byłyby możliwość pobrania narządów.

O tym dlaczego warto oddawać krew, kto może zostać dawcą krwi, co nas dyskwalifikuje na stałe lub czasowo, jakie procedury obowiązują przed oddaniem krwi i czy warto być krwiodawcą opowiedziała mgr Ewa Zawilińska, dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie. - Nie ma możliwości leczenia metodami transplantacyjnymi jeśli nie byłaby zabezpieczona krew. Mimo, że od wielu lat trwają prace nad przygotowaniem sztucznego preparatu, który przejąłby rolę krwi, nie udało się go jeszcze wyprodukować. Jak do tej pory tylko człowiek, może pomóc drugiemu człowiekowi. Krosno jest

wiodącym ośrodkiem w województwie, gdzie dziennie zgłasza się blisko 40 osób chętnych do oddania krwi.

Warto także poinformować, że Konferencji towarzyszyła akcja oddawania krwi w Mobilnym Punkcie Pobrań, gdzie pozyskano 20 litrów tego bezcennego leku.

Oddawanie narządów do przeszczepów nie jest sprzeczne z nauką Kościoła - zapewnił ks. dr Andrzej Chmura, podkreślając, że jest to autentyczny akt miłości, gdyż każdy przeszczep organów ma swe źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej, decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o dobru i zdrowiu innego człowieka.

- Trzeba powiedzieć, że nikt nie ma obowiązku darowania swoich organów lub tkanek komuś innemu i nikt nie może zgłaszać roszczeń prawnych do organów drugiego człowieka, żywego czy zmarłego. Właściwą formą oddawania organów jest forma wolnego daru. Pozytywne nastawienie do transplantologii znalazło wyraz w tekstach i wypowiedziach papieża zwłaszcza św. Jana Pawła II. Oddawanie narządów jest czynem szlachetnym i godnym pochwały. Należy do tego zachęcać.

Z kolei kto może zostać dawcą narządów przedstawiła dr Marta Jezierska ze szpitala św. Rafała w Krakowie.

- Jako anestezjolog monitoruję zgony, potencjalnych dawców oraz koordynuję przebieg przeszczepów. Województwo podkarpackie w skali kraju nie wypada najlepiej pod względem ilości oddawania narządów. W polskim prawie ist-





nieje możliwość stwierdzenia śmierci w dwóch mechanizmach: śmierci mózgu i zatrzymania krążenia. Rozmowa z rodziną zmarłego wymaga od nas empatii i zrozumienia. To co respektujemy to wola dawcy. Sprzeciw oddaniu narządów można zgłosić za życia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu. Można też zostawić pisemne oświadczenie w przypadku chęci oddania organów w domu lub zrobić oświadczenie ustne. Wprawdzie oświadczenia woli nie mają mocy prawnej jednak są bardzo ważną informacją dla naszych bliskich. Lista osób oczekujących na przeszczep z września br. to 4699. Jak widać istnieje większe prawdopodobieństwo, że my sami będziemy potrzebować przeszczepu, niż zostaniemy dawcami.

Natomiast o tym dlaczego wykonujemy przeszczepy szpiku kostnego i kto może zostać dawcą szpiku opowiedziała dr n. med. Dorota Hawrylecka z Oddziału Hematologii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie.

– Przeszczepy szpiku są w tej chwili uznana metodą leczniczą. W Europie wykonuje się rocznie ponad 42 tysięcy przeszczepień u 37 tysięcy pacjentów. Istnieje ponad 600 ośrodków wykonujących takie procedury. Na koniec września br. rejestr Poltransplantu zawierał 1 317 444 potencjalnych kandydatów na dawców. Ta liczba stale rośnie. Od 2014 roku ponad 60% dawców szpiku to dawcy krajowi. W 2016 r. w Polsce było 18





ośrodków przeszczepiania szpiku, największe w Katowicach i Gliwicach. Łącznie wykonano 1650 przeszczepień w ciągu roku. W ostatnich latach dynamicznie wzrasta liczba przeszczepień od dawców niespokrewnionych. Do września br. odnotowano 845 pobrań.

Ostatnim punktem programu był film o tym jak można aktywnie żyć i uprawiać różne dyscypliny sportu będąc po przeszczepie. Bohaterami byli sportow-

cy zrzeszeni w Polskim Stowarzyszeniu Sportu po Transplantacji.

Podsumowując konferencję prelegenci, prowadzący uroczystość, prezes PSST Pani Krystyna Murdzek, przewodnicząca ORPiP w Krośnie Pani Renata Michalska i Wójt Gminy Wojaszówka podkreślili, że wiedza społeczeństwa na temat przeszczepiania narządów jest nadal niewystarczająca i wciąż należy prowadzić stałą i bardzo szeroką kampanię in-

formującą o potrzebach i efektach przeszczepiania, ale takie działania muszą być wspierane w dużej mierze przez państwo, gdyż w Polsce o przeszczepianiu narządów mówimy dopiero wtedy, gdy dotknie nas ciężka choroba.

*Renata Michalska
Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
w Krośnie*

Inauguracja Roku Akademickiego 2017/2018 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku

Dnia 2 października br. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku odbyła się uroczysta inauguracja roku akademickiego 2017/2018. Na zaproszenie Pani Rektora w uroczystości wzięła udział Renata Michalska - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Uroczystość rozpoczęła się Mszą św. w intencji społeczności akademickiej i słuchaczy Sanockiego Uniwersytetu III Wieku w Kościele Przemienienia Pańskiego pod przewodnictwem ks. dr An-

drzeja Skiby. Po Mszy św. dalszy ciąg uroczystości odbył się w auli Centrum Sportowo-Dydaktycznego przy ul. Mickiewicza 21. Inauguracja rozpoczęła się od wprowadzenia sztandaru uczelni do auli i odśpiewania hymnu państwowego i pieśni „Gaude Mater Polonia”. Następnie JM Rektora dr Elżbieta Cipora powitała zebranych gości m.in. parlamentarzystów, przedstawicieli władz samorządowych, rektorów Państwowych Wyższych Uczelni Zawodowych, duchownych, reprezentantów środowisk lokalnych, biznesu oraz studentów

pierwszego roku i słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W swoim wystąpieniu podkreśliła, że uczelnia sanocka kształci obecnie ok. 1300 studentów w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym, na 9 kierunkach w obszarach: technicznym, medycznym, rolniczym, leśnym, społecznym, humanistycznym i artystycznym. PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku dynamicznie się rozwija i dostosowuje profil kształcenia do potrzeb rynku pracy. Cieszy się dużym zainteresowaniem kandydatów, jest lubiana przez studentów i pracowników i do-

brze oceniana przez pracodawców. Studentom PWSZ, zwłaszcza studentom I roku, JM Rektor życzyła pasji w studiowaniu, odwagi w wyznaczaniu sobie życiowych celów i wytrwałości w ich realizacji. Trzykrotne uderzenie berłem rektorskim i odśpiewanie „Gaudeamus Igitur” zainauguowało nowy rok akademicki 2017/2018. Następnie odbyło się ślubowanie i przyjęcie do społeczności akademickiej studentów I roku.

W dalszej części uroczystości pierwszym absolwentom studiów magisterskich na kierunku praca socjalna z elementami organizacji i zarządzania wręczono dyplomy ukończenia studiów. Po tej części uroczystości rozpoczęły się przemówienia zaproszonych gości. Głos zabrali m. in. Poseł na Sejm RP Piotr Uruski, Burmistrz Sanoka Tadeusz Pióro, Wicestarosta Sanocki Waław Krawczyk. Wszyscy zebrani podkreślali znakomitą współpracę uczelni z lokalnym środowiskiem. Dzięki wyjątkowej pracy i osobowości JM Rektor Elżbiety Cipory sanocka szkoła na nowo staje się ważnym punktem na mapie regionu, a z każdym rokiem przybiera blasku i świetności. Z rąk przedstawicieli Zarządu Towarzystwa Przyjaciół Sanoka i Ziemi Sanockiej, którego Wicestarosta jest prezesem, Rektor Elżbieta Cipora przyjęła odznakę Zasłużony dla Sanoka i Ziemi Sanockiej.

Wykład inauguracyjny pt. „Wartości chrześcijańskie w cywilizacji europejskiej” wygłosił ks. prof. dr hab. Janusz Mierzwa.

Ostatnim punktem programu był występ wykładowców i studentów PWSZ Zakładu Edukacji Artystycznej w Zakresie Sztuki Muzycznej pod kierownictwem dr Elżbiety Przystasz – kierownika zakładu.

Warto zaznaczyć, że w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku nowy rok akademicki 2017/2018 rozpoczęło ok. 500 studentów pierwszego rocznika. Studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo podjęło 61 osób, natomiast studia magisterskie 100 osób. Życzymy im zatem owocnego studiowania.

*Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*



Inauguracja Roku Akademickiego 2017/2018 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie

Dnia 3 października 2017 roku w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie zainaugurowano rok akademicki 2017/2018. Uczelnia kształci m. in. studentów na kierunku pielęgniarstwo. Na zaproszenie JM Rektora prof. dr. hab. Grzegorza Przebindy oraz Senatu w uroczystości wzięła udział Renata Michalska - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Uroczystości inauguracyjne rozpoczęła Msza Święta w Bazylice Farnej pw. Trójcy Przenajświętszej w Krośnie. Mszę Świętą koncelebrował ks. biskup Stanisław Jamrozek. W trakcie homilii zwrócił uwagę na powinności każdego człowieka, m. in. pomnażanie talentów, gdyż studenci w sposób szczególny są obciążeni tym obowiązkiem i każdy według własnych zdolności.

Druga część uroczystości odbyła się w Kampusie Technicznym przy ul. Dmochowskiego w Suchodole. W uroczystości wzięło udział wielu znamienitych gości. Wśród nich byli Rektorzy zaprzyjaźnionych uczelni, m.in. prof. Bohdan Durnyak i doc. dr Yaroslav Uhryn - Rektor i Prorektor Ukraińskiej Akademii Drukarnstwa we Lwowie, prof. Marek Koziorowski - prorektor ds. nauki i współpracy z zagranicą Uniwersytetu Rzeszowskiego, prorektorzy państwowych wyższych szkół zawodowych. Uro-

czystość zaszczytli również posłowie na Sejm RP: Joanna Frydrych, Piotr Babinetz, Marek Rząsa, Bogdan Rzońca oraz Stanisław Fundakowski - Podkarpacki Wicekurator Oświaty, Piotr Przytocky - Prezydent Miasta Krosna, Adam Paulus - Starosta Jasielski, Burmistrzowie i Wójtowie, Radni Sejmiku Województwa Podkarpackiego, Powiatu Krośnieńskiego i Miasta Krosna, Komendanci, Dyrektorzy Szkół i Firm, Dyrektorzy oraz Prezesi Instytucji i Stowarzyszeń.

Przemówienie inauguracyjne wygłosił Rektor prof. dr. hab. Grzegorz Przebinda, w którym poruszył szereg, ważnych z punktu widzenia społeczności akademickiej, zagadnień. Mówił o pracach nad nową ustawą o szkolnictwie wyższym oraz o spodziewanych dla PWSZ-ów zmianach, wynikających z jej wprowadzenia. Przypomniwał ważne wydarzenia i osiągnięcia Uczelni w minionym roku akademickim, a także o planach jakie są wskazane do realizacji w kolejnym roku.

Najważniejszą częścią uroczystości, przeprowadzoną przez dr Dominika Wróbla - Prorektora ds. studiów PWSZ w Krośnie, była immatrykulacja studentów I roku. Wzięli w niej udział reprezentanci poszczególnych kierunków, którzy uzyskali wysokie wyniki na egzaminie maturalnym. Studenci, po złożeniu ślubowania, w imieniu swoim oraz swo-



ich koleżanek i kolegów, odebrali od JM Rektora Akt Immatrykulacji.

W dalszej części uroczystości, Prezydent Miasta Krosna, Burmistrzowie i Wójtowie Gmin wręczyli ufundowane przez siebie nagrody dla zamieszkujących ich gminy absolwentów, którzy ukończyli studia z wyróżnieniem. Kanclerz Franciszek Tereszkievicz podziękował władzom miast i gmin, za zwrócenie uwagi na wysiłek młodych ludzi włożony w osiągnięcie wysokich wyników



w trakcie studiów. Wyróżniono również Dyrektorów Szkół Ponadgimnazjalnych, z których największa liczba absolwentów podjęła kształcenie w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Krośnie. Następnie dokonano uroczystego nadania tytułu „Zasłużony dla PWSZ w Krośnie” Senatorowi Stanisławowi Zającowi. Po odczytaniu uchwały Senatu przez Rektora prof. Grzegorza Przebindę zebrani wysłuchali laudacji wygłoszonej przez Kanclerza PWSZ w Krośnie Fran-



ciszka Tereszkiwicz, która przybliżyła zebranym zasługi Stanisława Zająca dla krośnieńskiej uczelni. Odznaczenie odebrała Senator Alicja Zajac.

Uroczystość Inauguracji roku akademickiego zakończył wykład JM Rektora

Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie prof. dr hab. Kazimierza Karolczaka Ziemiańskie dziedzictwo Podkarpacia.

*Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*



Podsumowanie Konferencji Naukowej

„Pielęgniarstwo polskie, europejskie, światowe” – kluczowe zagadnienia

W dniach 9-10 października 2017 r. w Warszawie miała miejsce międzynarodowa konferencja naukowa organizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych na temat: „Pielęgniarstwo polskie, europejskie i światowe”. Z ramienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w Konferencji uczestniczyły: Renata Michalska – Prze-

wodnicząca ORPiP, Krystyna Krygowska – konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Zenona Radwańska – Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

Wszystkich gości oraz wykładowców przywitała Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Pani Zofia Ma-

łas. Natomiast dwudniowa konferencja naukowa została zainaugurowana uroczystym wykładem pt.: „Kto miał rację: Jean-Baptiste Lamarck czy Charles Darwin?” wygłoszonym przez Janusza Książyka – Kierownika Kliniki Pediatrii Żywienia i Chorób Metabolicznych Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka”.





Konferencja miała na celu nakreślenie najnowszych trendów, osiągnięć medycznych i rozwiązań systemowych, a także wyzwań stojących przed pielęgniarstwem i położnictwem, ponieważ pomyślność i rozwój społeczeństw zależy od potencjału zdrowotnego obywateli, ten jest zależny w dużej mierze od personelu medycznego.

W ciągu dwóch dni – w czasie 6. sesji tematycznych polscy naukowcy, przedstawiciele środowiska i goście zagraniczni poruszyli szereg aktualnych tematów, m.in.:

- Zarządzanie opieką zdrowotną – rozwiązania systemowe
- Zharmonizowane kształcenie pielęgniarek i położnych w UE
- Standardy praktyki klinicznej w pielęgniarstwie
- Nowe oblicza starzejącej się Europy – rola pielęgniarek i położnych w opiece senioralnej
- Koordynowana podstawowa opieka zdrowotna – miejsce i rola pielęgniarki i położnej
- Profilaktyka współczesnych form uzależnień
- Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie

źródło NIPiP



W dniu 16 sierpnia 2017 roku weszła w życie Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Co ona wniesie do naszego zawodu?

Choćby to, że do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokona podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego w Ustawie. Ustawa podzieliła nas na trzy grupy:

1. Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją
2. Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją

Niestety nasze wynagrodzenie zasadnicze to nie jest to wynagrodzenie zasadnicze, które wypłaca nam pracodawca. Minister Zdrowia w ustawie o sposobie ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego dopisał, że „sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmujące stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004

r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Artykuł tej ustawy odnosi się do ogólnych warunków umów, a one już w prosty sposób do wzrostu 4 x 400 zł, który jest realizowany od 2015 roku. Innymi słowy Minister Zdrowia wskazuje, że obecne 1.200 zł ma być uwzględnione przy ustalaniu ustawowego najniższego wynagrodzenia.

Obecnie wielu pracodawców owe środki wypłacają w postaci dodatku obok wynagrodzenia zasadniczego. Oznacza to, że zapewne szybko wrzuci je do „podstawy”, aby zniwelować różnicę pomiędzy wynagrodzeniem wypłacanym, a ustawowym najniższym.

Ustawa zawiera jednak „spowalniacz” wprowadzanych zmian.

Lp.	współczynnik	kwota brutto 1)	najniższe wynagrodzenie zasadnicze
1.	1,05	3 900 zł	4 095 zł
2.	0,73		2 847 zł
3.	0,64		2 496 zł

3. Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji

Dla każdej grupy zapisano wskaźnik, który wymnożony przez kwotę 3 900 zł 1) da kwotę najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Wobec tego najniższe wynagrodzenie zasadnicze w 2017 roku zgodnie z ustawą przedstawiałoby się następująco:

1) Art. 7.

Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Od 1 stycznia 2020 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

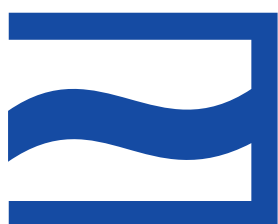
na dzień 1.07.2017 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się co najmniej 10%	kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika
na dzień 1.07.2018 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się co najmniej 20%	
na dzień 1.07.2019 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się co najmniej 20%	
na dzień 1.07.2020 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się co najmniej 20%	
na dzień 1.07.2021 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się co najmniej 20%	

JAK OBLICZYĆ WŁASNE USTAWOWE NAJNIŻSZE WYNAGRODZENIE ZASADNICZE?

Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją 4 095 zł minus otrzymywane wynagrodzenie zasadnicze
Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją 2 847 zł minus otrzymywane wynagrodzenie zasadnicze
Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji 2 496 zł minus otrzymywane wynagrodzenie zasadnicze

Jeżeli różnica jest wartością dodatnią, to co najmniej 10% wyliczonej wartości będzie stanowiło wzrost wynagrodzenia od 1 lipca 2017r.*

*Treść wykorzystano dzięki uprzejmości Przewodniczącego ORPiP w Toruniu Pana Tomasza Krzysztyniaka.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 9
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 22 sierpnia 2017 roku

w sprawie pilnej nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Skierowane do MINISTRA ZDROWIA

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), Prezydium NRPiP wnosi o pilną jej nowelizację z uwagi na bardzo krzywdzące i nierówne traktowanie osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej wobec innych grup wykonujących zawody medyczne.

Prezydium NRPiP popiera działania strony rządowej dotyczące kompleksowego uregulowania kwestii wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Jednak w związku z brakiem akceptacji przez Ministerstwo Zdrowia postulatów dotyczących wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zawartych w Stanowisku Nr 7 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych ponownie apelujemy w tej sprawie.

Prezydium NRPiP wnosi o dokonanie pilnej nowelizacji przedmiotowej ustawy w następujących kwestiach:

I. Zmiana Załącznika do ustawy – tabeli określającej współczynniki pracy w pkt 7-9 w następujący sposób:

1. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,05;

2. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarka lub położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,0;

3. Pielęgniarka lub położna bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 0,74.

II. Niezależnie od powyższego, treść Załącznika do ustawy powinna być sformułowana w sposób jednoznacznie przewidujący, że wyższy współczynnik pracy przysługuje pielęgniarsce lub położnej posiadającej wykształcenie wyższe (magister pielęgniarstwa, magister położnictwa) lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa.

III. Wprowadzenie wyraźnego zapisu w art. 3 ust. 3 ustawy, określającego, że środki finansowe zagwarantowane pielęgniarkom i położnym w ramach zawartego Porozumienia z dnia 23 września 2015 roku pomiędzy MZ, NFZ, OZZPiP i NRPiP i określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pub-

licznych (Dz. U. z 2016 roku poz. 1793 z późn. zm.) na wzrost wynagrodzeń w latach 2015-2019 i lata następne, są niezależne od uregulowań wynagrodzenia przewidzianego w ustawie z dnia 08 czerwca 2017 r.

Prezydium NRPiP stanowczo sprzeciwia się jakimkolwiek, niekorzystnym dla pielęgniarek i położnych zmianom w zakresie realizacji w/w Porozumienia. Domagamy się kontynuacji przyjętych w nim zobowiązań, zgodnie z deklaracją obecnie urzędującego Pana Konstantego Radziwiłła Ministra Zdrowia.

Powyższe propozycje są wyrazem słusznym oczekiwań naszego środowiska w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę. Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej z uwagi na drastycznie i systematycznie rosnące niedobory kadry pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewender*

*Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska*



MINISTER ZDROWIA

Szanowna Pani Prezes

Mając na uwadze pojawiające się wątpliwości co do sposobu kwalifikowania pracowników wykonujących zawody medyczne w związku z realizacją ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), dalej: „ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. przekazuję w załączeniu do wiadomości i wykorzystania stanowisko Ministerstwa Zdrowia w przedmiotowej sprawie”.

W załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. określone zostały współczynniki pracy służące do obliczenia kwoty najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Podział na grupy zawodowe został dokonany według kwalifikacji wymaganych przez pracodawcę na konkretnym stanowisku. Zaszeregowanie pracownika wykonującego zawód medyczny do jednej z grup zawodowych odbywa się w oparciu o wymagania określone przez pracodawcę dla zajmowanego przez pracownika stanowiska, a nie jedynie w oparciu o faktycznie posiadane przez tę osobę kwalifikacje (wykonywany zawód, poziom i kierunek wykształcenia, posiadanie specjalizacji).

W przypadku osób zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki albo położnej albo na stanowisku, na którym wymagane są kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej przyporządkowanie do poszczególnych grup zawodowych powinno się odbywać, co do zasady w zakresie grup oznaczonych w poz. 7-9 załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

Należy jednak jednoznacznie wskazać, że praktyczne zastosowanie przepisów ustawy dokonywane w podmiocie lecz-

PPK.0762.12.2017.JJ

Warszawa, 22.09.2017

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

niczym na poziomie porozumienia albo zarządzenia odbywać się musi nie tylko i wyłącznie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., ale w każdym przypadku równocześnie należy brać pod uwagę również inne powszechnie obowiązujące regulacje.

Podkreślenia bowiem wymaga, że ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłącza w żadnym miejscu przepisów ogólnych Kodeksu pracy. W przypadku zatem, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie same obowiązki, lecz posiadają różne - choć porównywalne - kwalifikacje, wówczas zastosowanie do nich znajdzie art. 183c Kodeksu pracy, zgodnie, z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Przepisy omawianej ustawy mają charakter norm ochronnych, tj. gwarantują, że pracownicy wykonujący zawód medyczny nie będą mogli mieć ustalonego wynagrodzenia zasadniczego na poziomie niższym niż określony na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017. Celem ustawy nie jest natomiast ingerowanie w strukturę wynagrodzeń poszczególnych pracowników podmiotów leczniczych. Na pracodawcach (podmiotach leczniczych) w dalszym ciągu spoczywa obowiązek kształtowania wynagrodzeń z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 78 § 1 Kodeksu pracy. Wynagrodzenie za pracę powinno zatem odpowiadać m.in. rodzajowi wykonywanej pracy, kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniać ilość i jakość świadczonych usług.

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. również nie wyłącza w żadnym miejscu i nie

pozwala w trakcie jej wykonywania pomijać innych niż określone w Kodeksie pracy regulacji powszechnie obowiązującego prawa oraz uregulowań wewnętrzzakładowych. W związku z tym przypomnienia wymaga, że szczegółowe warunki wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą w danym podmiocie leczniczym powinny być ustalane w układzie zbiorowym pracy lub regulaminie wynagradzania. Uprawnienia zagwarantowane pracownikom w układach zbiorowych pracy i regulaminach wewnętrznych, a dotyczące np. zasad kształtowania wynagrodzeń zasadniczych i pozostałych składników wynagrodzeń, w przypadku gdy są korzystniejsze dla pracowników niż to wynika z przepisów ww. ustawy, zachowują swoją moc i powinny być realizowane.

Pracodawca określając w porozumieniu albo zarządzeniu poziomy wzrostów wynagrodzeń poszczególnych pracowników (grup pracowników) musi więc brać pod uwagę faktyczną strukturę zatrudnienia na istniejących w podmiocie leczniczym stanowiskach pracy oraz wymogi stawiane zatrudnianym na nich pracownikom. Przykładowo pracodawca nie może powołując się na ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. różnicować wysokości wynagrodzeń pracowników zatrudnionych na stanowiskach, na których wykonywana jest praca jednakowej wartości. Działalby bowiem wówczas wbrew art. 183c Kodeksu pracy statuującemu zasadę równego traktowania w zatrudnieniu. Zgodnie z zasadą równego traktowania w zatrudnieniu pracodawca powinien ustalić jednakowe wynagrodzenie dla osób, które wykonują jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości (w rozumieniu art. 183c Kodeksu pracy). Zarówno przepis art. 183c, jak też art. 78 Kodeksu pracy, odnosi się do sposobu

kształtowania wynagrodzeń konkretnych pracowników, zatem adresowany jest do pracodawców (podmiotów leczniczych).

Jednocześnie podmioty lecznicze są w szczególności związane przepisami określającymi:

- kwalifikacje wymagane od pracowników zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz. U. poz. 283));
- wymogi wynikające z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a które dotyczą zapewnienia udzielania poszczególnych świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające wskazane w kontrakcie kwalifikacje (tzw. rozporządzenia koszykowe i tzw. rozporządzenie kryterialne);
- uprawnienia pracowników do wykonywania określonych czynności np. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

W przypadku pielęgniarek i położnych pracodawca brać musi również pod uwagę przepisy ww. rozporządze-

nia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, które wskazują, że pracodawca już na poziomie aktów powszechnie obowiązujących pozwala na równe traktowanie pielęgniarek legitymujących się różnym poziomem wykształcenia dopuszczając je pomimo tego do udzielania tożsamyh świadczeń (a więc wykonywania tożsamej pracy). Przykładowo § 3 rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego: „1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa”.

Ponadto należy jednoznacznie wskazać, że wejście w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie może stanowić przyczyny wypowiedzania warunków pracy i płacy pracownikom, których wynagrodzenie jest wyższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ani podejmo-

wania przez pracodawców innych działań zmierzających do obejścia celu ustawy, jakim jest ustalenie minimalnego poziomu, poniżej którego pracodawca nie będzie mógł ustalać wynagrodzenia zasadniczego. Jak wspomniano wyżej normy zawarte w ustawie z 8 czerwca 2017 r. mają bowiem charakter norm ochronnych i gwarancyjnych, a co za tym idzie mają zabezpieczać minimalny poziom wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne. Nie mogą być natomiast w żadnym wypadku powoływane jako przyczyna wypowiedzenia warunków wynagrodzenia pracowników, skutkująca obniżeniem wynagrodzenia zasadniczego, albo być wykorzystywane, aby takie wynagrodzenie obniżyć. Działanie takie będzie musiało być traktowane jako naruszające normę z art. 8 Kodeksu pracy, a więc jako sprzeczne ze społeczno - gospodarczym przeznaczeniem prawa pracodawcy do umownego kształtowania wysokości wynagrodzeń oraz z zasadami współżycia społecznego i nie będzie korzystało z ochrony (będzie mogło być kwestionowane przed sądem pracy).

Podobnie oceniane musiałyby być działania pracodawcy polegające na obniżeniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarki albo położnej dokonywane tylko i wyłącznie w celu jego późniejszego podwyższenia i pokrycia kosztów tej kolejnej podwyżki środkami z OWU.

*Z poważaniem
Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko*

Stanowisko Nr 10 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 14 września 2017 roku

w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych

Samorząd zawodowy, sprawując pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, wnioskuje do Ministra Zdrowia o pilne podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania pełnienia jednoosobowych dyżurów

przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych.

Do NRPiP wpływają liczne sygnały o stosowaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych podczas dyżurów w zakładach leczniczych. Taka praktyka nie pozwala na sprawowanie opieki

z należytą starannością i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów, co ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, w tym także błędów medycznych.

W ocenie NRPiP aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545)

powinno być zastąpione regulacjami prawnymi uwzględniającymi wskaźniki zatrudnienia adekwatne do profilu oddziału szpitalnego i realizowanych w nim świadczeń zdrowotnych.

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Stanowisko Nr 12 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 października 2017 roku w sprawie protestu lekarzy rezydentów

Protest głodowy rozpoczęty przez lekarzy rezydentów i kontynuowany przez przedstawicieli innych zawodów medycznych zrzeszonych w Porozumieniu Zawodów Medycznych, kolejny raz w drastyczny sposób zwraca uwagę na palące problemy służby zdrowia w Polsce, których jednym z podstawowych źródeł jest niedofinansowanie. Niedofinansowanie to leży u podstaw:

- dynamicznie ograniczanej dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych,
- powiększających się z każdym rokiem niedoborów personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale również przedstawicieli innych zawodów medycznych,
- pogarszających się warunków pracy personelu medycznego, będących jednocześnie warunkami leczenia pacjentów,
- niedostatecznej liczby procedur medycznych i niedoszacowanej wyceny tych procedur,
- niespójności przepisów prawa oraz nadmiernie rozbudowanej biurokracji i sprawozdawczości.

Powyższe od lat powoduje poszukiwanie oszczędności kosztem dbałości o dobro i zdrowie pacjenta. Pacjent w funkcjonującym systemie ochrony zdrowia stał się przedmiotem procedury medycznej, a przestał być traktowany jako człowiek potrzebujący pomocy.

Skutkami niedostatecznego finansowania służby zdrowia są również niskie wynagrodzenia, praca na kilku eta-

tach, emigracja zawodowa, które nasilają niedobory kadrowe w grupach pielęgniarek, położnych, lekarzy i innych pracowników medycznych, co powoduje zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Samodzielne zawody medyczne pielęgniarki i położnej zostały w ostatnich latach zdeprecjonowane w szczególności sposób. Na wspomniane grupy zawodowe stale nakładane są nowe obowiązki, przy czym poziom ich finansowania pozostaje praktycznie bez zmian. Pielęgniarki i położne obarczane są coraz większą ilością zadań, których wykonywanie powinno należeć do przedstawicieli innych zawodów medycznych albo personelu pomocniczego.

Również rządzący traktują pielęgniarki i położne w sposób krzywdzący, czego wyrazem jest ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Pielęgniarki i położne stały się na mocy przywołanej ustawy personelem medycznym gorszej kategorii.

Dlatego też samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych postuluje po raz kolejny o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce i tym samym solidaryzuje się z głodującymi lekarzami rezydentami. Samorząd upomina się przy tym o zwiększenie wynagrodzeń w służbie zdrowia oraz takie ustalenie ich wysokości, aby wyna-

grodzenia poszczególnych zawodów medycznych odpowiadały zakresowi ich zadań i odpowiedzialności oraz poziomowi wymaganego wykształcenia i oczekiwanego zaangażowania w procesie leczenia i pielęgnowania pacjentów.

W związku z powyższym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych domaga się dokonania w trybie pilnym zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, poprzez zmianę brzmienia samej ustawy oraz punktów 7-9 w załączniku do niej. Ze zmienionego brzmienia ustawy powinno jednoznacznie wynikać, że dodatkowe środki finansowe na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych,

o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) nie mogą być przeznaczane do realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

Wieloletnie zaniedbania w służbie zdrowia oraz brak zrozumienia dla postulatów środowiska medycznego po raz kolejny spowodowały, że przedstawiciele zawodów medycznych sięgają po drastyczne środki protestu. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oczekuje wypracowania realnych działań naprawczych.

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander



Warszawa, 18 października 2017 r.

Komunikat prasowy Pielęgniarki, położne, diagnostki laboratoryjni oraz fizjoterapeuci: zmiany w służbie zdrowia są konieczne

W dniu 16 października br. odbyło się spotkanie przedstawicieli zawodów medycznych, w którym udział wzięli przedstawiciele Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Uczestnicy spotkania wyrazili zrozumienie dla przyczyn protestu rezydentów, czyli zbyt niskich i nieefektywnie lokowanych środków finansowych w służbie zdrowia i podkreślili, że najlepszą drogą rozwiązywania konfliktów jest merytoryczny dialog. Wezwali do jego podjęcia i wypracowania reformy, która skupi się na relokacji środków finansowych (wzmocnienie profilaktyki) oraz w perspektywie długoterminowej na systematycznym zwiększaniu nakładów finansowych.

Zaniepokojeni sytuacją w służbie zdrowia przedstawiciele zawodów medycznych wystosowali list do Ministra Zdrowia, Pana Konstantego Radziwiłła, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Pani Elżbiety Rafalskiej oraz Wicepremiera i Ministra Rozwoju i Finansów, Pana Mateusza Morawieckiego, w którym zaproponowali rozpoczęcie merytorycznych rozmów, których celem jest poprawa sytuacji.

Autorzy listu podkreślili, iż wszystkie strony powinny skupić się na dobru pacjenta. Każdy pacjent zasługuje na właściwą ochronę zdrowia, profilaktykę, diagnostykę, leczenie i pielęgnację. Podkreślili, iż ich wspólnym celem jest zapewnienie opieki na najwyższym poziomie. Codzienne problemy, z jakimi się zmagają pracownicy służby zdrowia jak również pacjenci, m.in. wielomiesięczny czas oczekiwania na wizytę czy leczenie,

niskie wynagrodzenia, zbyt duże obciążenie pracą ze względu na niewystarczającą liczbę personelu medycznego czy nie prawidłowo lokowane nakłady finansowe uniemożliwiają realizację tego zadania.

W poczuciu odpowiedzialności za środowisko medyczne podkreślili, że przepracowany lekarz, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta czy diagnosta laboratoryjny nie może być efektywny. Stawianie przed alternatywą: praca ponad siły lub bardzo niskie wynagrodzenie i narażanie pacjentów są wyrazem braku odpowiedzialności Rządu Polskiego i całej klasy politycznej za bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Pracownicy służby zdrowia często pracują ponad 12 godzin. To wynik niewystarczającej ilości personelu, ale i naturalna dążność ludzi do utrzymania finansowego siebie i swoich rodzin. Praca ta w tak dużym wymiarze godzin, połączona z dużym obciążeniem psychicznym i odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów, powoduje przedwczesne starzenie się i wypalenie osób wykonujących zawody medyczne. Kumulowane latami zmęczenie przenosi się na jakość pracy i wypalenie zawodowe. We wszystkich dziedzinach medycyny to właśnie kompetencje ludzi i jakość wykonywanych przez nich czynności ma największe znaczenie.

Kwestie te bezpośrednio znajdują odzwierciedlenie w strukturze wiekowej osób pracujących w ochronie zdrowia, w której obserwuje się szybki wzrost średniej wieku.

Młode osoby nie widząc przyszłości i możliwości rozwoju zawodowego rezygnują z podejmowania pracy w wyuczo-

nym zawodzie. Wielu już wykształconych pracowników medycznych wybiera pracę poza granicami kraju lub w innych zawodach.

Rozwiązaniem w ocenie autorów nie jest pisanie planów, których skutki mają być odczuwalne za dziesięć czy piętnaście lat. Polska służba zdrowia może „nie przeżyć” tych dziesięciu lat.

Przedstawiciele Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych wzywają do podjęcia merytorycznych rozmów, mających na celu rozwiązanie sytuacji. Są przekonani o tym, że zmiana organizacji, w tym relokacja środków finansowych, może przynieść pozytywne efekty.

W naszym kraju nie działa lub jest bardzo ograniczona profilaktyka i dostępność do badań laboratoryjnych osób w wieku produkcyjnym i seniorów. A to właśnie te działania pozwolą w sposób efektywny zaoszczędzić środki finansowe nie w perspektywie dziesięciu lat, ale już w ciągu dwóch.

Przykładowo odpowiednia profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia ogranicza liczbę zawałów serca i udarów mózgu. U osób starszych można ograniczać liczbę upadków, kończących się złamaniami, kosztownymi operacjami i nierzadko powikłaniami, np. zapaleniem płuc czy kalectwem. To efekt wieloletnich zaniedbań w zakresie zapobiegania. Wg danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych liczba zwolnień z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowych sięga 30 milionów dni. Odpowiednio zaplanowana profilaktyka pozwoli zaoszczędzić środki, które dziś są wydatkowane na leczenie, w tym po-

wikłania, hospitalizację, rekonwalescencję oraz zasiłki zdrowotne i zwolnienia lekarskie.

Spustoszenie, jakie powodują choroby takie, jak cukrzyca czy powikłania infekcji wirusowych kosztują dziś Polskę miliardy złotych. Kwoty te przeznaczone na profilaktykę pozwolą zadbać o pacjenta

w sposób odpowiedzialny. Zaoszczędzone kwoty mogą być przeznaczone na poprawę sytuacji pacjenta oraz urealnienie zarobków w służbie zdrowia. Konieczne są zmiany organizacyjne.

Sygnatariusze listu, podkreślili, iż nadrzędnym celem ich działań jest utrzymanie pacjenta w dobrym zdrowiu i kondy-

cji. Dbanie o dobrą kondycję systemu jest drogą do realizacji tego celu.

Samorządy zadeklarowały dalszą wolę współpracy.

Elżbieta Puacz

Prezes
Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych

prof. Maciej Krawczyk

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Zofia Małas

Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych



Warszawa, 18 października 2017 r.

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Jako reprezentanci zawodów medycznych wyrażamy zaniepokojenie sytuacją pacjenta w Polsce. W natłoku rozmów politycznych umyka wielu osobom to, co najważniejsze dla każdego, kto pracuje w służbie zdrowia: zdrowie i dobro pacjenta.

Każdy pacjent zasługuje na właściwą ochronę zdrowia, profilaktykę, diagnostykę, leczenie i pielęgnację. Naszym wspólnym celem jest zapewnienie opieki medycznej na najwyższym poziomie.

Niestety codzienne problemy, z jakimi się wszyscy zmagamy, m.in. to wielomiesięczny czas oczekiwania na wizytę czy leczenie, ograniczona dostępność do badań laboratoryjnych, niskie wynagrodzenia, zbyt duże obciążenie pracą ze względu na niewystarczającą liczbę personelu medycznego czy nie prawidłowo lokowane nakłady finansowe uniemożliwiają realizację tego zadania.

Czujemy się odpowiedzialni za nasze środowisko i jesteśmy przekonani, że przepracowany lekarz, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny nie może być efektywny. Stawianie nas przed alternatywą: praca ponad siły lub bardzo niskie wynagrodzenie i narażanie bezpieczeństwa pacjentów są wyrazem braku odpowiedzialności za dobro i zdrowie Polaków.

Czas pracy w służbie zdrowia często przekracza 12 godzin. To wynik niewystarczającej ilości personelu, ale i naturalna dążność ludzi do utrzymania finansowego siebie i swoich rodzin. Praca ta w tak dużym wymiarze czasu pracy, często fizyczna, połączona z dużym obciążeniem psychicznym i odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów, powoduje przedwczesne starzenie się i wypalenie osób wykonujących zawody medyczne. Kumulowane latami zmęczenie przenosi się na jakość pracy. We wszystkich

dziedzinach medycyny to właśnie kompetencje ludzi i jakość wykonywanych przez nich czynności ma największe znaczenie.

Kwestie te bezpośrednio znajdują odzwierciedlenie w strukturze wiekowej osób pracujących w ochronie zdrowia. Obserwujemy szybki wzrost średniej wieku. Młodzi wykształceni pracownicy medyczni nie widząc przyszłości i rozwoju zawodowego wybierają pracę poza granicami kraju lub w innych zawodach.

Rozwiązaniem nie jest pisanie planów, których skutki mają być odczuwalne za dziesięć czy piętnaście lat. Polska służba zdrowia może „nie przeżyć” tych dziesięciu lat.

Nasze środowisko wzywa do podjęcia natychmiastowych działań zmierzających do poprawy sytuacji. Jesteśmy przekonani o tym, że zmiany organizacyjne i alokacja środków finansowych może przynieść pozytywne efekty.

W naszym kraju nie działa lub jest prowadzona w bardzo ograniczonym stopniu profilaktyka zdrowotna, szczególnie w odniesieniu do osób w wieku produkcyjnym i seniorów. A to właśnie te działania pozwolą w sposób efektywny zaoszczędzić środki finansowe nie w perspektywie dziesięciu lat, ale w ciągu najbliższych dwóch.

Przykładowo odpowiednia profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia ogranicza liczbę zawałów serca i udarów mózgu. U osób starszych można ograniczać liczbę upadków, kończących się złamaniami, kosztownymi operacjami i nierzadko powikłaniami, np. zapaleniem płuc czy kalectwem. To efekt wieloletnich zaniedbań w zakresie zapo-

biegania. Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych liczba zwolnień z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego sięga 30 milionów dni. Odpowiednio zaplanowana profilaktyka pozwoli zaoszczędzić środki, które dziś są wydatkowane na leczenie, w tym powikłania, hospitalizację, rekonwalescencję oraz zasiłki zdrowotne i zwolnienia lekarskie.

Spustoszenie, jakie powodują choroby takie jak cukrzyca czy powikłania infekcji wirusowych kosztują dziś miliardy złotych. Kwoty te przeznaczone na profilaktykę pozwolą zadbać o pacjenta w sposób odpowiedzialny. Zaoszczędzone kwoty mogą być przeznaczone na po-

prawę sytuacji pacjenta, w tym urealnienie zarobków w służbie zdrowia.

Naszym nadrzędnym celem jest utrzymanie pacjenta w dobrym zdrowiu i kondycji. Dbanie o dobrą kondycję systemu jest drogą do realizacji tego celu.

Rozumiemy przyczyny protestu rezydentów, czyli zbyt niskie i nieefektywne lokowane środki finansowe w służbie zdrowia i jednocześnie uważamy, że najlepszą drogą rozwiązywania konfliktów jest merytoryczna dyskusja. Wzywamy do ich podjęcia i wypracowania reformy, która skupi się na relokacji środków finansowych (wzmocnienie profilaktyki) oraz w perspektywie długoterminowej systematycznym zwiększaniu nakładów finansowych.

Elżbieta Puacz

Prezes
Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych

prof. Maciej Krawczyk

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Zofia Małas

Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Spotkanie z Wiceminister Zdrowia w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

11 września 2017 r. w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie z Panią Józefą Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. W spotkaniu udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia: Wiceminister Zdrowia J. Szczurek-Żelazko oraz Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych B. Cholewka, M. Moszczyńska, T. Bernaś, natomiast ze strony NR PiP: Prezes NR PiP Z. Małas, Wiceprezes M. Łodzińska i Sekretarz J. Walewander. W trakcie spotkania omówiono sprawy wymagające pilnych działań ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Jednym z tematów, który budzi wiele kontrowersji w środowisku zawo-



dowym jest konieczność szybkiej nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych. NRPiP oczekuje w nowelizacji zmian uwzględnionych w Stanowisku Prezydium NRPiP z dnia 22 sierpnia 2017 roku, wg którego podnoszenie kwalifikacji powinno być właściwie wynagradzane.

W trakcie spotkania omówione zostały problemy związane z:

- brakiem przestrzegania przez podmioty lecznicze przepisów dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych i jednoosobowych obsad pielęgniarskich i położniczych;
- brakiem dotacji dla NIPiP oraz OIPiP na zadania przejęte od administracji państwowej;

Wizyta Pani Józefy Szczurek-Żelazko była okazją do zapoznania się z funkcjonowaniem Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych i jego możliwościami, a także omówienia Systemu Monitorowania Kształcenia oraz problemów związanych z jego funkcjonowaniem.

źródło NIPiP

Wiceminister Zdrowia odpowiada na kluczowe kwestie dotyczące pielęgniarek

W dniu 25 października 2017 r. z inicjatywy Prezes NRPiP odbyło się spotkanie z Wiceminister Zdrowia Józefą Szczurek-Żelazko, w którym udział wzięły Zofia Małas Prezes NRPiP i Mariola Łodzińska Wiceprezes NRPiP.

Na spotkaniu omówiono kwestie:

1. Dotacji MZ dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych za zadania przejęte od administracji państwowej. Podniesiono konieczność organizacji spotkania w listopadzie celem dokonania weryfikacji i analizy rzeczywistych kosztów ponoszonych przez OIPiP i NIPiP i określenia sposobu realizacji w roku 2018.

2. Przedmiotem dyskusji były konsekwencje wprowadzenia w oparciu o przepisy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) – systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) oraz ryczałtowego sposobu finansowania tego systemu, który wraz z wykazem świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu stanowiąc mają formę rozliczania ze świadczeniodawcami kosztów

świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach wspomnianego systemu, gdzie doszło do powstania sytuacji w której świadczeniodawcy niezakwalifikowani do systemu (w tym nocna świąteczna opieka medyczna) zabezpieczenia pozbawieni zostali środków finansowych przeznaczonych na realizację podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. W tej sprawie złożone zostało pismo do Ministra Zdrowia z oczekiwaniem sposobu rozwiązania tej sytuacji przez Ministerstwo Zdrowia.

3. Poruszona została kwestia przedłużających się postępowań przetargowych na szkolenia specjalizacyjne, które do chwili obecnej nie zostały zakończone. W wyniku interwencji Pani Minister ustalono, że na początku listopada mają zostać podpisane ostatecznie umowy z ośrodkami, które wygrały postępowania przetargowe.

4. Kolejnym punktem spotkania było omówienie prac zespołu ds. strategii dla pielęgniarstwa, która jest w trakcie opracowania przez Departament Pielęgniarek i Położnych w oparciu o wypracowany i przegłosowany materiał w poszczególnych zespołach. Samorząd stoi na stanowisku, że strategia powinna zawierać konkretne rozwiązania,

oraz określać sposób finansowania i realizacji poszczególnych elementów strategii.

5. Ostatnia kwestia dotyczyła opieki szpitalnej Ministerstwa Zdrowia w udzieleniu odpowiedzi na pisma skierowane do Ministra Zdrowia i prośby o interwencję w poniższym zakresie tematycznym.

6. Brak odpowiedzi w zakresie terminu publikacji przez Ministerstwo Zdrowia taryf opublikowanych w raporcie AOTMiT w zakresie świadczeń w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych i opiekuńczo – leczniczych w tym dla dzieci i młodzieży,

7. Brak odpowiedzi na pismo dotyczące składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki opieki długoterminowej,

8. Brak odpowiedzi na pismo dotyczące wyjaśnienia pojęcia etatu przeliczeniowego w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej domowej.

*Notatkę sporządziła
Mariola Łodzińska*

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania

Ustawa o zdrowiu dzieci i młodzieży (2017-07-10)

W Ministerstwie Zdrowia „praktycznie zakończone zostały” prace nad założeniami ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży - poinformowała w Sejmie wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko. Ustawa zakłada m.in., że jedna pielęgniarka będzie miała pod opieką mniej uczniów niż obecnie.

Wiceminister odpowiadała w piątek na pytania posłanek PiS Barbary Dziuk i Urszuli Ruseckiej dotyczące funkcjonowania opieki pielęgniarskiej i stomatologicznej w szkołach oraz planowanych zmian w tym zakresie.

„W Ministerstwie Zdrowia mamy pełną świadomość, że obecny stan jest dalece niewystarczający” - powiedziała Szczurek-Żelazko. Jak zaznaczyła, stan ten jest w dużej mierze spowodowany sposobem finansowania tej opieki. „Odstąpiono od tworzenia gabinetów profilaktycznych w szkołach. Warunki finansowania stomatologii dziecięcej doprowadziły do tego, że wiele gabinetów szkolnych stomatologicznych, które funkcjonowały jeszcze kilkanaście czy kilka lat temu, zostały zlikwidowane z powodów finansowych” - dodała.

Jak podała, obecnie na 27 tys. szkół różnego rodzaju tylko w 9,2 tys. są gabinety profilaktyki, w których pracują pielęgniarki; gabinetów lekarskich w szkołach jest 1,5 tys., a stomatologicznych - 1,7 tys.

Według wiceminister, również finansowanie tych świadczeń było niskie - jedna pielęgniarka miała pod opieką od 800 do 1200 uczniów, co - jak mówiła - powodowało, że w szkołach w środowiskach małomiasteczkowych i wiejskich

pielęgniarka przychodziła do szkoły raz w tygodniu lub co drugi tydzień. To, jak oceniła Szczurek-Żelazko, „w żadnej mierze” nie wystarczało do prawidłowej opieki nad dziećmi i młodzieżą i „nie dawało możliwości monitorowania ich stanu zdrowia”.

Poinformowała, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia „już praktycznie zakończone zostały” prace nad założeniami do ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży.

„W tej ustawie zakładamy, że pielęgniarka będzie zajmowała się mniejszą liczbą dzieci. Współpracujemy w tym zakresie z Ministerstwem Edukacji Narodowej, które na bieżąco przekazuje nam dane co do liczby szkół. Wiemy, że w związku z wejściem w życie reformy edukacji zmniejszy się liczba szkół, w związku z tym również nam łatwiej będzie dostosować opiekę nad uczniami, bo szkoły z natury swojej będą większe, bardziej liczebne” - powiedziała Szczurek-Żelazko.

„Planujemy, aby jedna pielęgniarka zajmowała się nie więcej niż grupą 700-800 uczniów. To spowoduje, że będzie mogła częściej być w szkole” - zaznaczyła.

Wiceminister podała także, że zwerifikowany ma być zakres zadań pielęgniarki. „Chcielibyśmy położyć większy akcent na kwestie koordynacji, współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową, ale również z połączoną środowiskowo-rodzinną” - zaznaczyła. Jak mówiła, pielęgniarka szkolna ma być koordynatorką wszelkich działań profilaktycznych i promocyjnych, tak by trafiały one do

tych dzieci i środowisk, które tego potrzebują.

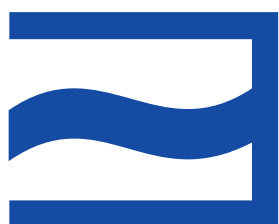
„W tym całym systemie bardzo istotną rolę będzie odgrywało wsparcie samorządów czy dyrektorów szkół w budowie czy wyposażeniu gabinetów szkolnych. Chcielibyśmy uruchomić program, który byłby finansowany z budżetu państwa, w ramach którego dofinansowalibyśmy tworzenie i wyposażenie szkolnych gabinetów profilaktycznych, jak również przewidujemy w ramach tego programu tworzenie gabinetów stomatologicznych” - mówiła Szczurek-Żelazko.

„Pojawia się również pomysł - myślę, że realny do zrealizowania - zakupu dentobusów, które mogłyby pełnić rolę profilaktyczną, szczególnie wśród małych szkół, w małych środowiskach. Wiemy, że w naszym kraju mamy dużą liczbę szkół, które mają poniżej 100 dzieci. Tworzenie gabinetów szkolnych, szczególnie stomatologicznych, których koszt jest bardzo duży, w takiej społeczności byłoby zwyczajnie nieopłacalne” - dodała.

Wiceminister powiedziała także, że wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia prowadzone są prace nad poprawą finansowania świadczeń stomatologicznych. (PAP)

Źródło:

<http://pulsmedycyny.pl/4668917,48625,ustawa-o-zdrowiu-dzieci-i-mlodziezy-na-ukonczeniu>



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.134.2017.TK

Warszawa, dnia 18.07.2017 r.

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z napływającymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych prośbami pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, uprzejmie proszę o wyjaśnienie czy zmiany w systemie edukacji spowodują wprowadzenie nowych okresów przeprowadzania u dzieci

i młodzieży badań przesiewowych oraz profilaktycznych badań lekarskich (bilansowych), jeśli tak to w jakim czasie.

W ocenie pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania reforma oświaty wymaga odpowiedniego przygotowania się do prawidłowej realizacji opieki nad dziećmi i młodzieżą, w tym także odpo-

wiedniej organizacji pracy pielęgniarki szkolnej.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPIP
Zofia Małas



MINISTER ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

MDL.0762.5.2017.WS

Warszawa, 21.08.2017 r.

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo NiPIP-NPIP-DM.002.134.2017.TK w sprawie realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kontekście reformy systemu oświaty, uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad nowymi aktami prawnymi regulującymi opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Do czasu wejścia w życie nowych przepisów, w roku szkolnym 2017/2018 profilaktyczne badanie lekarskie oraz testy przesiewowe powinny być wykonywa-

ne w dotychczasowych terminach. Zatem, w przypadku młodzieży w 14 roku życia, testy przesiewowe i profilaktyczne badania lekarskie powinny być wykonane u uczniów nowoutworzonych klas VII szkoły podstawowej.

Z wyrazami szacunku
Józefa Szczurek-Żelazko



Ministerstwo Zdrowia

Departament Polityki
Lekowej i Farmacji

PLO.4642.1.2.2017.JM

Warszawa, 17.03.2017

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 lutego 2017 r., znak: NIPIP-NRP1P-DM.002.47.2017.TK (także z 21 listopada 2016 r.) w sprawie wydania opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte), proszę o przyjęcie poniższego. Jeżeli produkt leczniczy, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142), jest zakwalifikowany do stosowania wyłącznie w leczeniu zamkniętym, to

nie może być stosowany w innych warunkach. Lekarz nie powinien wystawić recepty Lz poza leczeniem zamkniętym a apteki ogólnodostępne nie powinny jej realizować. Jest to zarezerwowane dla aptek szpitalnych. Natomiast pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w leczeniu zamkniętym, powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jako niezgodnego z przepisami prawa.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu lecznicze-

go do poszczególnych kategorii dostępności (Dz. U. z 2016 r. poz. 1769) podano kryteria, zgodnie z którymi produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w leczeniu zamkniętym - Lz”, wskazując przy tym właściwości farmakologiczne, sposób podania, wskazania, innowacyjność lub interes zdrowia publicznego.

Z poważaniem

*Zastępca Dyrektora
Departamentu Polityki
Lekowej i Farmacji
Ewa Warمیńska*



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRP1P-DM.002.87.2017

Warszawa, dnia 25.04.2017 r.

Pan Andrzej Jacyna

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie

Naczelna Rada Pielęgniarek, i Położnych uprzejmie prosi o wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w warunkach zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zapisu dotyczącego składu zestawu przeciwwstrząsowego w wyposażeniu nesera pielęgniarskiego w analogiczny sposób jak skład zestawu przeciwwstrząsowego w neserze pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności Lz.

W załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada

2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach realizacji świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej neser pielęgniarski powinien być wyposażony m.in. w zestaw przeciwwstrząsowy. Załącznik ten nie określa składu zestawu.

Z informacji przekazywanych przez świadczeniodawców wynika, że NFZ wymaga od pielęgniarek realizujących świadczenia z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej posiadania w zestawie przeciwwstrząsowym min. 6% HAES do wlewnych kroplowych, produktu leczniczego z kategorią dostępności Lz (leczenie zamknięte).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz. U. z 2016 r., poz.1769) mówi, iż produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w leczeniu zamkniętym - Lz”, w przypadku, gdy z uwagi na swe właściwości farmakologiczne, sposób podawania, wskazania, innowacyjność lub ze względu na interes zdrowia publicznego jest zarezerwowany dla leczenia, które może być prowadzone tylko w leczeniu zamkniętym.

W kwestii realizacji zlecenia lekarskiego zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w leczeniu

zamkniętym przez pielęgniarki i położne rodzinne wypowiedział się również Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia wskazując, iż powinny one odmówić wykonania takiego zlecenia jako niezgodnego z przepisami prawa (kopia pisma w załączeniu).

Ponadto z informacji uzyskanych od pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej domowej wynika, że 6% HAES w praktyce nie jest stosowany, będący obowiązkowo w zestawie ulega przeterminowaniu i musi być utylizowany. Takie postępowanie prowadzi do niegospodarności.

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi jak we wstępie.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas*



Narodowy Fundusz Zdrowia

Centrala w Warszawie
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dnia 11.05.2017 r.

Pani Kamila Malinowska

Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia

W załączeniu przekazuję pismo pani Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w sprawie składu zestawu przeciwwstrząsowego, który powinien znajdować się w neseserze pielęgniarskim.

Dodatkowo informuję, że Fundusz wystąpi do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem o wpisanie wyposażenia nesesera pielęgniarskiego używanego w pielęgniarskiej opiece długoterminowej do

mojej, do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 j.t), analogicznie jak ma to miejsce w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych

z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

*Z poważaniem
Zastępca Dyrektora
Departamentu Świadczeń
Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia
Leszek Szalak*



Narodowy Fundusz Zdrowia

Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie

Znak: WSOZ-SP.425.490.2017

Rzeszów, dnia 18 sierpnia 2017 r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Rzeszów Podkarpacka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Przeworsk Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Krosno

Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie przypomina, że z dniem 1 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2017 r. poz. 1061). Z dniem 31 maja 2017 r. straciło moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w spra-

wie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2013 r. poz. 1565).

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1061), zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie wykazu”, uzupełniono listę osób uprawnionych do wystawiania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne o pielęgniarkę i położną, o któ-

rej mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarski i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, z późn. zm.), w przypadku tych pozycji Wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie stanowiącego załącznik do rozporządzenia w sprawie wykazu, które odnoszą się do wyrobów medycznych określonych W załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1739, z późn. zm.). Uzupełnienie to wprowadzono, ponieważ przepisy wydane na podstawie art. 15a ust. 8 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej określają ogólnie zakres wyrobów medycznych, na które może wystawiać zlecenia pielęgniarka i położna w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, natomiast przepisy rozporządzenia w sprawie wykazu określają zakres uprawnień pielęgniarek i położnych, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w ramach wystawiania zleceń na wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych.

W związku ze zmianą przepisu art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536, z późn. zm.) w zakresie kontynuacji zleceń przez pielęgniarkę i położną, polegającą na zastąpieniu pielęgniarki i położnej ubezpieczenia zdrowotnego pielęgniarką i położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ujednolicono załącznik do rozporządzenia w sprawie wykazu.

Reasumując, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, tj. pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, mają prawo samodzielnie ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie. Kontynuacja zaopatrzenia w wyroby medyczne określone w rozporządzeniu w sprawie wykazu może odbywać się na zlecenie pielęgniarki i położnej, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, tj. pielęgniarki i położnej posiadających dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położnej posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli ukończyły stosowny kurs specjalistyczny.

Kurs specjalistyczny wg programu zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 3 listopada 2017 r. pn. „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych” składa się z dwóch realizowanych odrębnie części:

- część I dotyczy ordynowania leków i wypisywania recept i przeznaczono

na jest zgodnie z art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

- część II dotyczy wypisywania recept w ramach kontynuacji leczenia i przeznaczona jest zgodnie z art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

W związku z powyższym proszę o przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne. W sytuacjach wystąpienia wątpliwości proszę kontaktować się z pracownikami Działu Wyrobów Medycznych w Podkarpackim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie (tel. 17 86 04 197, 17 86 04 178).

Z poważaniem

*Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z siedzibą w Rzeszowie
Iwona Karasowska-Stepaniak*



NACZELNA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.198.2017

Warszawa, dnia 14 lipca 2017 r.

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada

2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym nie-

będącym przedsiębiorcą, zwracam się z uprzejmą prośbą o interpretację prawną niektórych zapisów rozporządzenia. Z uwagi na różniące się w tym zakresie

sie opinie radców prawnych w podmiotach leczniczych, występujemy o jednoznaczny interpretację prawną z nadzieją, że otrzymana opinia będzie wiodąca we wszystkich postępowaniach konkursowych.

Wątpliwość budzi interpretacja zapisu § 12 ust. 1 pkt 2, czy w świetle obowiązującego prawa komisja konkursowa może dopuścić do postępowania, złożone w postaci kserokopii dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodo-

we wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, kserokopie dokumentu potwierdzającego to prawo. Z pism, jakie kierowane są do biura NIPiP wynika, że stosuje się praktyki przeprowadzania głosowań przez komisję i dopuszczania do postępowania konkursowych kandydatów, którzy złożyli kserokopie dokumentów (a nie dokumenty zgodne z zapisami § 12 ust. 1 pkt 2). Po-

nadto prosimy o wykładnię, czy w związku ze stosowanymi praktykami wyniki konkursu mogą stanowić podstawę do unieważnienia postępowania konkursowych, jeśli § 8 ww. rozporządzenia określa, kto i kiedy może stwierdzić nieważność postępowania konkursowego.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas*



MINISTER ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Żelazko

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 14 lipca 2017 r. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.0025,198.2017) w sprawie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 182 oraz z 2016 r. poz. 1957), uprzejmie informuję co następuje.

W § 12 rozporządzenia wskazane zostały dokumenty jakie zobowiązani są złożyć kandydaci zgłaszający się do konkursu. Oprócz podania o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem, kandydat składa:

- dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo;
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej;
- inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata, przy czym kopie tych dokumentów, powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem, poświadczenie może być dokonane przez samego kandydata, na prośbę

DSP.0762.11.2017.AK

Warszawa, 28.08.2017 r.

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany przedstawić oryginały dokumentów;

- w przypadku postępowania konkursowego na stanowisko kierownika – informację o kandydacie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzoną datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia do konkursu;
- oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

Zgodnie z zawartym w załączniku do rozporządzenia Ramowym regulaminem przeprowadzania konkursu, komisja konkursowa na posiedzeniu otwiera koperty z dokumentami kandydatów, zapoznaje się z dokumentami złożonymi przez kandydatów i po stwierdzeniu ich kompletności uznaje, czy w postępowaniu konkursowym uczestniczy wymagana liczba kandydatów (co najmniej dwóch). Zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia, rozpatrzenie kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 12 rozporządzenia, skutkuje nieważnością postępowania.

Odnosząc się do wątpliwości czy w świetle § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządze-

nia komisja konkursowa może dopuścić do postępowania, złożone w postaci kserokopii dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a w przypadku kandydatów na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, kserokopie dokumentu potwierdzającego to prawo, należy wyjaśnić, że za kompletne złożenie dokumentów może być uznana wyłącznie sytuacja, w której kandydat złożył oryginały dokumentów, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia albo ich odpisy poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza. Skoro zatem zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia, kopie innych dokumentów, o których mowa w pkt 4, powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem, co oznacza, że prawodawca wyraźnie dopuścił złożenie kopii dokumentów, to brak takiego wskazania w przypadku dokumentów stwierdzających kwalifikacje zawodowe, oznacza brak możliwości złożenia kserokopii dokumentów w takim przypadku.

Z poważaniem

*Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko*

Pierwsze posiedzenie zespołu powołanego przez Ministra

W dniu 20 października, w Centrum Partnerstwa Społecznego „Dialog” odbyło się pierwsze posiedzenie zespołu ds. systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia, przyszłości kadr medycznych i sposobu ich wynagradzania, którym kierować będzie Pani Józefa Szczurek-Żelazko Wiceminister Zdrowia.

Zespół ma opracować propozycje rozwiązań dotyczących wzrostu nakładów na ochronę zdrowia m.in. wskazanie obszarów, do których w sposób szczególny powinny być kierowane dodatkowe środki finansowe zasilające system w ramach zwiększania nakładów. Drugim ważnym przedmiotem prac będzie analiza możliwości dalszego zwiększania wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia oraz pilna nowelizacja ustawy o sposo-

bie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

W posiedzeniu zespołu uczestniczyli przedstawiciele samorządów zawodowych w tym Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz organizacji pacjentów. Ze strony rządowej obecni byli przedstawiciele KPRM, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Cyfryzacji, a także NFZ oraz GIS. Następne posiedzenie odbędzie się za 3 listopada 2017 r. natomiast prace zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia Zespół ma zakończyć do 15 grudnia.

źródło NIPiP



Niekonwencjonalne metody leczenia stosowane w terapii stwardnienia rozsianego

Jak wynika z badań przeprowadzonych zarówno w Europie jak i Stanach Zjednoczonych aż 1/2 do 2/3 chorych na stwardnienie rozsiane wybierając terapię decyduje się na włączenie do schematu leczenia metod pochodzących z medycyny niekonwencjonalnej. Zastosowanie niekonwencjonalnych metod leczenia ma istotny wpływ na zindywidualizowanie planu leczenia a co za tym idzie daje pacjentowi poczucie kontroli nad własnym życiem i wiary w swoje siły. Dobór odpowiedniej metody leczenia dla pacjenta powinien być oparty o analizę wyników badań chorego oraz analizę przesłanek teoretycznych, wyników badań doświadczalnych i klinicznych. Z badań pochodzących z Stanów Zjednoczonych wynika, iż najczęściej stosowaną przez

chorych formą terapii niekonwencjonalnej są różnego rodzaju dietoterapie, nie znacznie rzadziej pacjenci sięgają po suplementy witaminowe oraz środki zawierające składniki mineralne. Mniej popularnymi ale również stosowanymi metodami są: masaże, joga, ziołolecznictwo, medytacja i zwiększenie aktywności fizycznej. [5,7]

Co jakiś czas pojawiają się kolejne sugestie odnoszące się do skuteczności diety stosowanej w leczeniu stwardnienia rozsianego, większość z nich niestety nie posiada jednoznacznego, prostego potwierdzenia skuteczności. W badaniach klinicznych udowodniono korzystny wpływ na przebieg stwardnienia rozsianego diet bogatych w wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Do tego rodzaju

diet zaliczyć można dietę wegetariańską, Eversa oraz Roy'a Shwank'a. [5,6]

Chorzy często stosują suplementację nienasyconych kwasów tłuszczowych, witamin oraz minerałów jako wsparcie dietoterapii. Prowadzone w ostatnim czasie badania wykazały dobroczynny wpływ suplementacji witaminy D na przebieg stwardnienia rozsianego poprzez zmniejszenie częstotliwości rzutów oraz ograniczenie powstawania nowych zmian demielinizacyjnych. We wcześniejszych badaniach potwierdzono również korzystny wpływ suplementacji witaminy B12, A, C oraz E, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych – przede wszystkim kwasów omega-3 oraz cynku, magnezu i wapnia. Jednakże ze względu na ich działanie konieczna jest kon-

sultacja lekarska przed zastosowaniem preparatu. Nie można potwierdzić bezpośredniego wpływu ziołolecznictwa na przebieg stwardnienia rozsianego ze względu na brak badań opartych na tej formie terapii. Wykazano jednak jej skuteczność w leczeniu objawowym u pacjentów cierpiących na zaparcia oraz zaburzenia emocjonalne [2,3,5,6,10]

Innym rodzajem terapii niekonwencjonalnych stosowanych w leczeniu stwardnienia rozsianego są ćwiczenia fizyczne, joga oraz masaże. Nie mają one bezpośredniego wpływu na przebieg choroby ale znacząco poprawiają funkcjonowanie pacjenta i jego samopoczucie.

W badaniach wykazano również korzystny wpływ na niwelowanie objawów choroby takich jak: zmęczenie, spastyczność czy zaburzenia równowagi. Nie wykazano natomiast negatywnych skutków ubocznych stosowania tego typu terapii. [1,2,7]

Istnieją również całościowe programy leczenia stwardnienia rozsianego, których przykładem jest „Fenomenalna kura dr Wahls”. Podstawą tego programu jest dieta mająca na celu poprawę pracy mitochondriów, która składa się z trzech stopni i oparta jest na zasadach diety paleo. Oznacza to, że produkty stosowane w diecie zawierają dużą ilość witamin, minerałów oraz tłuszczów nienasyconych przy minimalnej toksyczności dla organizmu. W związku z tym ważne jest również wybieranie produktów lokalnych. Ponadto konieczna jest eliminacja z diety glutenu, nabiału i jajek oraz zmniejszenie podaży roślin strączkowych. Ograniczenie kontaktu z toksynami powinno dotyczyć również kosmetyków i środków czyszczących stosowanych przez pacjenta. Ważnym krokiem jest także podjęcie aktywności fizycznej przede wszystkim w oparciu o ćwiczenia wzmacniające, równoważne, układu sercowo-naczyniowego oraz rozciąganie. W przypadku zbyt małej ilości substancji odżywczych w diecie, po wykonaniu odpowiednich badań zaleca się stosowanie suplementów witaminy D, wapnia, magnezu, egzogennych kwasów tłuszczowych, witamin z grupy B, błonnika oraz koenzymu Q. [11]

Rolą pielęgniarki w niekonwencjonalnym leczeniu stwardnienia rozsianego jest przede wszystkim motywowanie

pacjenta do zmiany stylu życia czyli wprowadzenia do schematu leczenia niekonwencjonalnych form terapii. Podstawowym warunkiem wprowadzenia zmian w schemacie leczenia jest rozpoznanie problemów zdrowotnych oraz celów leczniczych pacjenta. Jest to możliwe po przeprowadzeniu dokładnego wywiadu dotyczącego aktualnie prowadzonego przez pacjenta stylu życia i stanu jego zdrowia. Zgromadzone dane stanowią podstawę do ustalenia czynników ryzyka choroby takich jak: nieodpowiednia dieta, niska aktywność fizyczna, wysoki poziom zanieczyszczenia środowiska, w którym przebywa pacjent oraz wysoki poziom stresu. Przeszkodą w prowadzeniu leczenia może być występujący u pacjenta deficyt samoopieki. W takim przypadku należy ocenić zakres występującego u pacjenta deficytu a także dobrać metodę leczenia tego deficytu lub wyznaczyć osobę będącą wsparciem dla pacjenta podczas wykonywania zadań wchodzących w skład deficytu. Równie ważnym aspektem leczenia jest nauczenie pacjenta samokontroli obejmującej przede wszystkim produkty stosowane w diecie, rodzaj i ilość podejmowanej przez pacjenta aktywności a także poziom witamin i minerałów. Nie mniej ważna jest także ocena reakcji pacjenta na postęp choroby i niepełnosprawności ponieważ jego stan psychiczny i poziom stresu mają znaczący wpływ na leczenie w związku z czym konieczne jest dobranie odpowiednich metod łagodzących stany napięcia nerwowego oraz usprawniających radzenie sobie ze stresem. Istotne jest również prowadzenie ciągłej oceny stanu fizycznego jak i psychicznego pacjenta a w przypadku wystąpienia niepożądanych skutków terapii znalezienie ich przyczyny. Z przeprowadzonych badań wynika, iż jednym z najważniejszych dla pacjentów, aspektów leczenia jest występowanie bólu toteż ocena reakcji chorego na jego wystąpienie oraz nasilenie powinna być dla pielęgniarki zadaniem nadrzędnym. Natomiast wyboru sposobu leczenia bólu spośród metod alternatywnych i konwencjonalnych może dokonać sam chory ponieważ jak podkreślają autorzy w większości przypadków nie ma przeciwwskazań do zastosowania w schemacie leczenia jednocześnie metod kon-

wencjonalnych i niekonwencjonalnych. [4,8,9,11]

Podstawowym problemem pacjenta decydującego się na włączenie niekonwencjonalnych metod leczenia do aktualnie prowadzonej u niego terapii będzie deficyt wiedzy na temat tej formy terapii. Rozwiązaniem zastosowanym przez pielęgniarkę może być stworzenie autorskiego kwestionariusza ankiety, który pozwoli na ocenę poziomu wiedzy pacjenta. W oparciu o wyniki ankiety pielęgniarka edukuje pacjenta zwłaszcza w zakresie stosowanej diety i jej suplementów oraz technik wykonywania masażu ponieważ jak podaje Jerzy Kotowicz są to najczęściej stosowane przez chorych niekonwencjonalne metody leczenia. [7]

Innym, mającym znaczny wpływ na przebieg leczenia problemem występującym u pacjentów jest brak aktywności fizycznej prowadzący do degeneracji mięśni a w konsekwencji wystąpienia deficytów samoopieki i samoobsługi. Ćwiczenia fizyczne dobrane indywidualnie do problemów występujących u pacjenta wpływają na zwiększenie jego samodzielności, poprawę koordynacji ruchowej a także zmniejszenie spastyczności, uczucia zmęczenia czy zaburzeń równowagi. Ważne jest uświadomienie pacjentowi znaczenia aktywności fizycznej w terapii, omówienie form aktywności, które stosowane są u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym oraz zasad ich prowadzenia a także ułatwienie kontaktu z fizjoterapeutą [11]

Częstym problemem pacjentów jest również występujące u nich wzmożone napięcie mięśniowe. Pielęgniarka może je zniwelować przede wszystkim poprzez edukację pacjenta w kierunku czynników nasilających spastyczność oraz zastosowanie udogodnień podczas siedzenia. Ponadto konieczne może się okazać również podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim oraz pomoc pacjentowi w wykonaniu ćwiczeń rozciągających. [9]

Innym równie często występującym u chorych problemem jest ból. Podstawą do wprowadzenia leczenia powinna być jego ocena np. w skali VAS. Natomiast w celu jego zniwelowania pielęgniarka może pomóc pacjentowi w zmianie pozycji, zastosować udogodnienia, terapie cieplną lub masaż. W przypadku silnego

bólu ma ona prawo podać środki przeciwbólowe zgodnie ze zleceniem lekar skim. [2,4]

Istotnym bo mającym wpływ na leczenie problemem jest również pogorszenie się stanu psychicznego pacjenta. Może on wynikać z poczucia braku kontroli nad własnym życiem, pogarszającego się stanu zdrowia lub braku możliwości prowadzenia dotychczasowego trybu życia. W tym przypadku pielęgniarka powinna wspólnie z pacjentem ocenić jego zdolności i mocne strony, wyznaczyć możliwe do osiągnięcia i realistyczne cele na przyszłość oraz zachęcić chorego do samodzielnego podejmowania decyzji.[12]

Nie rzadko również występują u pacjentów nietrzymanie moczu oraz zaparcia, które wywołują u chorego poczucie dyskomfortu. W przypadku pierwszego z nich pielęgniarka powinna nauczyć pacjenta stosowania treningu pęcherza oraz mięśni dna miednicy a także ograniczyć spożywanie płynów i pokarmów moczopędnych. Natomiast drugi z tych problemów rozwiązywany jest poprzez: ocenę przyczyny występowania zaparc,

zastosowanie diety bogatej w błonnik oraz zwiększenie podaży płynów. Zaleca się również unikanie pokarmów spowalniających pracę jelit, zastosowanie masażu brzucha i zwiększenie aktywności fizycznej pacjenta. [2,4,12]

*Autor: Monika Kłosowicz
Promotor pracy:
dr n. med. Renata Rabiasz*

BIBLIOGRAFIA:

1. Banaś A., Trzaskowska M., Stryła W., Szklarczyk A., Kruszyński M., Piotrowska S.: „Fizjoterapia w stwardnieniu rozsianym”. Diagnostyka i usprawnianie pacjentów z dysfunkcjami narządów ruchu 2013.; 102-111
2. Blackstone M.: Stwardnienie rozsiane. Przyczyny choroby, objawy, metody leczenia. Poradnik dla chorych i ich rodzin. Bauer-Weltbild Media Warszawa 2007
3. Góral A., Broła W., Kasprzyk M., Przybylski W.: Wpływ witaminy D na patogenezę i przebieg stwardnienia rozsianego. Wiadomości lekarskie 2015 tom LXIII nr 1
4. Jabłońska R., Ślusarz R. (red): Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w scho-

rzeniach układu nerwowego. Continuo Wrocław 2012, s.54-70

5. Kinalski R.: Neurofizjologia kliniczna. [W:]Kwolek A. (red) Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii. PZWL Warszawa 2012

6. Konikowska K., Regulska-Iłow B.: „Rola diety w stwardnieniu rozsianym” Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2014: 68: 325-333

7. Kotowicz J. (red): Stwardnienie rozsiane. PZWL Warszawa 2011

8. Łuba M.: Postępowanie z chorym na SM. Medi 2011: 2

9. Opara J. (red): Problemy rehabilitacji w stwardnieniu rozsianym. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach Katowice 2013, s.279-287

10. Strugała M., Talarska D. (red): Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. PZWL Warszawa 2013, s.181-190

11. Wahls T.: Fenomenalna kuracja dr Wahls: Plan leczenia stwardnienia rozsianego i innych chorób autoimmunologicznych. Vivante 2015

12. Zarzycka D., Ślusarska B. (red): Podręcznik diagnoz pielęgniarstwa. GC Media House

Pytania i odpowiedzi

Czy w związku ze zmianą ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, w stosunku do lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń na kontraktach i umowach cywilnoprawnych, podwyższającą minimalną stawkę godzinową do 13 zł, dotychczas zawarte umowy zlecenia i umowy kontraktowe muszą być aneksowane poprzez wprowadzenie do nich wprost wysokości stawki godzinowej?

Autor odpowiedzi: Iwona Kaczowska-Kossowska

Odpowiedzi udzielono: 5 stycznia 2017 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

Czy w związku ze zmianą ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, w stosunku do lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń na kontraktach i umowach cywilnoprawnych, podwyższającą minimalną stawkę godzinową do 13 zł, dotychczas zawarte umowy zlecenia i umowy kontraktowe muszą być aneksowane poprzez wprowadzenie do nich wprost wysokości stawki godzinowej?

Czy w przypadku gdy wynagrodzenie pracownika kontraktowego jest zmienne i zależne od ilości udzielonych świadczeń zdrowotnych (np. procent od wartości kontraktu), to czy tu także trzeba określać stawkę godzinową w umowie?

Jak to zrobić jeśli stawka ta jest w każdym miesiącu inna?

ODPOWIEDŹ

Wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej nie powoduje konieczności zmiany treści umów przewidujących wynagrodzenie procentowe dla lekarza lub pielęgniarki. Niezbędne jest jednak ewidencjonowanie ilości rzeczywiście przepracowanych przez zleceniobiorcę godzin, po upływie miesiąca zaś ustalanie,

czy wypłacone wynagrodzenie, przeliczone na zaewidencjonowane godziny pracy, nie było niższe od stawki godzinowej, jeśli zaś tak - konieczna będzie wpłata wyrównania.

UZASADNIENIE

Obwieszczenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 21 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2017 r. odwołuje się do przepisu art. 1 pkt 1 a ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę - dalej u.m.w.p. Zgodnie z definicją zawartą w tym przepisie minimalna stawka godzinowa to minimalna wysokość wynagrodzenia za każdą godzinę wykonania zlecenia lub świadczenia

usług, przysługująca przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi.

Ustawa nie wymaga zmiany treści umów istniejących, dopuszczając nadal istnienie konstrukcji wynagrodzenia za wykonanie zadania, wynagrodzenia miesięcznego, tygodniowego itp. Przyjmuje jednak w art. 8a u.m.w.p. konstrukcję, zgodnie z którą w przypadku umów cywilnoprawnych wykonywanych przez przyjmującego zlecenie lub świadczącego usługi, wysokość wynagrodzenia powinna być ustalona w umowie w taki sposób, aby wysokość wynagrodzenia za każdą godzinę wykonania zlecenia lub świadczenia usług nie była niższa niż wysokość minimalnej stawki godzinowej. W przypadku zaś gdy wysokość wynagrodzenia ustalonego w umowie nie zapewnia przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi otrzymania za każdą godzinę wy-

konania zlecenia lub świadczenia usług wynagrodzenia w wysokości co najmniej minimalnej stawki godzinowej, przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi przysługuje wynagrodzenie w wysokości obliczonej z uwzględnieniem minimalnej stawki godzinowej.

Jednocześnie art. 8b u.m.w.p. zobowiązał strony tego rodzaju umów do określenia w umowie sposobu potwierdzania liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług. W przypadku zaś gdy strony w umowie nie określają sposobu potwierdzania liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług, przyjmujący zlecenie lub świadczący usługi przedkłada w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej informację o liczbie godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług, w terminie poprzedzającym termin wypłaty wynagrodzenia. Jeżeli

z przedstawionej liczby przepracowanych godzin wynika, iż w danym miesiącu wynagrodzenie ustalone w umowie nie sięgało stawki minimalnej, art. 7 u.m.w.p. przewiduje wypłatę wyrównania, tak aby łączna wysokość wynagrodzenia nie była niższa niż 13 zł za godzinę.

W związku z tym w przypadku umów kontraktowych przewidujących dla lekarzy lub pielęgniarek wyłącznie wynagrodzenie procentowe, nie zachodzi konieczność zmiany ich treści. Niezbędne jest jednak ewidencjonowanie ilości rzeczywiście przepracowanych przez zleceniobiorcę godzin, po upływie miesiąca zaś ustalanie, czy wypłacone wynagrodzenie, przeliczone na zaewidencjonowane godziny pracy, nie było niższe od stawki godzinowej, jeśli zaś tak - konieczna będzie wpłata wyrównania.

Czy pracownik posiadający aktualne badanie lekarza medycyny pracy wydane na potrzeby wykonywania pracy pielęgniarki w jednym zakładzie opieki zdrowotnej, może wykorzystać to badanie podczas zatrudnienia na tym samym stanowisku, ale w innym zakładzie opieki zdrowotnej?

Autor odpowiedzi: Monika Kwiatkowska

Odpowiedzi udzielono: 8 marca 2017 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

Czy pracownik posiadający aktualne badanie lekarza medycyny pracy wydane na potrzeby wykonywania pracy pielęgniarki w jednym zakładzie opieki zdrowotnej, może wykorzystać to badanie podczas zatrudnienia na tym samym stanowisku, ale w innym zakładzie opieki zdrowotnej?

ODPOWIEDŹ

Skoro w omawianej sytuacji pracownik dysponuje aktualnym orzeczeniem lekarskim stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie i jeśli warunki te odpowiadają warunkom występującym na nowym stanowisku pracy oraz nie minęło jeszcze 30 dni od rozwiązania lub wygaśnięcia poprzedniego stosunku pracy, to nie trzeba go kierować na wstępne badania lekarskie.

UZASADNIENIE

Zgodnie z ustawy art. 229 § 1 ustawy z 26.04.1974 r. - Kodeks pracy - dalej k.p.

- wstępnym badaniom lekarskim, z zastrzeżeniem art. 229 § 11 podlegają:

- 1) osoby przyjmowane do pracy;
- 2) pracownicy młodociani przenieszeni na inne stanowiska pracy i inni pracownicy przenieszeni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe.

Stosownie natomiast do treści art. 229 § 11 k.p., wstępnym badaniom lekarskim nie podlegają osoby:

- 1) przyjmowane ponownie do pracy u tego samego pracodawcy na to samo stanowisko lub na stanowisko o takich samych warunkach pracy w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy z tym pracodawcą;
- 2) przyjmowane do pracy u innego pracodawcy na dane stanowisko w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy, jeżeli przedstawią pracodawcy aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie, a pracodawca ten stwierdzi, że warunki te odpowiadają warunkom występującym na danym stanowisku pracy,

z wyłączeniem osób przyjmowanych do wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych.

Przepis ten może znaleźć odpowiednie zastosowanie w przypadku przyjmowania do pracy osoby pozostającej jednocześnie w stosunku pracy z innym pracodawcą (art. 229 § 12 k.p.).

Jak wynika z powyższego, odstąpienie od obowiązku skierowania na badania wstępne osoby nowo przyjmowanej jest uzależnione od łącznego spełnienia trzech przesłanek (zdrowotnej, czasowej i środowiskowej), jednakże kluczową rolę odgrywa w tym wypadku treść skierowania wystawionego przez innego pracodawcę niż ten, który zatrudnia.

Jedną z trzech koniecznych przesłanek legalnego odstąpienia od wykonania badania wstępnego wobec osoby przyjmowanej do pracy jest legitymowanie się przez nią aktualnym orzeczeniem lekarskim stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy w warunkach opisanych w skierowaniu. Zachodzi więc konieczność wyjaśnienia pojęcia „aktualnego orzeczenia lekarskiego”. Dokonał tego Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2002 r. sygn. akt I PK 44/02, stwier-

dzając, że „Aktualnym orzeczeniem lekarskim w rozumieniu art. 229 § 4 k.p. jest orzeczenie stwierdzające stan zdrowia pracownika w dacie, w której ma być dopuszczony do pracy. Zachowuje ono aktualność w okresie w nim wymienionym, jednak staje się nieaktualne w przypadku wystąpienia w tym okresie zdarzeń, które mogą wskazywać na zmianę stanu zdrowia pracownika. Oznacza

to, że w każdym momencie pracodawca może ponownie skierować pracownika na badanie profilaktyczne, przed terminem badania ustalonym przez lekarza, jeśli uzna to za konieczne” (T. Wyka, Komentarz do art. 229 Kodeksu pracy, WK, 2016).

Reasumując, skoro w omawianej sytuacji pracownik dysponuje aktualnym orzeczeniem lekarskim stwierdzającym

brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie to jeśli warunki te odpowiadają warunkom występującym na nowym stanowisku pracy i nie minęło jeszcze 30 dni od rozwiązania lub wygaśnięcia poprzedniego stosunku pracy, to nie trzeba go kierować na wstępne badania lekarskie.

Czy pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej może podłączyć pacjentowi kroplówkę z lekiem w gabinecie lekarza rodzinnego na jego zlecenie?

Autor odpowiedzi: Iwona Chorońska

Odpowiedzi udzielono: 8 marca 2017 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

Czy pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej może podłączyć pacjentowi kroplówkę z lekiem w gabinecie lekarza rodzinnego na jego zlecenie?

ODPOWIEDZ

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej może podłączyć pacjentowi kroplówkę z lekiem w gabinecie lekarza rodzinnego na jego zlecenie.

UZASADNIENIE

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9.05.2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa - dalej r.s.k.l. - na kierunku studiów licencjackich pielęgniarstwo (załącznik 4 do r.s.k.l.) w części C „Nauki w zakresie podstaw opieki pielęgniarstwa” w pkt C.U23. przewiduje nabycie umiejętności w trakcie studiów, w postaci podłączanie i obsługi zestawów do kroplowych wlewów dożylnych. Jest to zatem umiejętność nabywana przez pielęgniarkę w trakcie kształcenia przed-dyplomowego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - dalej r.s.g.p.o. - określa zasady i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Załącznik nr 2 do r.s.g.p.o. „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji” w części I, w ust. 2

określającym warunki udzielania świadczeń w pkt 4 stanowi, że pielęgniarka POZ świadczenia realizuje na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

Szczegóły dotyczące realizacji świadczeń gwarantowanych przez pielęgniarkę POZ określa zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zmienione zarządzeniem Nr 122/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2016 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Wskazane powyżej zarządzenie Prezesa NFZ narzuca świadczeniodawcom posiadającym umowy zawarte w różnych zakresach świadczeń, udzielającym świadczeń temu samemu świadczeniobiorcy obowiązek współpracy i bieżącej wymiany informacji istotnych dla przebiegu leczenia u świadczeniobiorcy (§ 5 ust. 3 zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ).

§ 8 ust. 1 pkt 1 lit. a zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ stanowi, że świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ udzielane są osobom znajdującym się na listach świadczeniobiorców lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, które zgodnie z posiadanymi uprawnieniami złożyły u świadczeniodawcy odpowiednio, deklarację wyboru: świadczeniodawcy i lekarza POZ, świadczeniodawcy i pielęgniarki POZ, świadczeniodawcy i położnej POZ, włączając

w to zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Powyższe oznacza, że pielęgniarka POZ udziela świadczeń pacjentom znajdującym się na jej listach.

Zgodnie z § 16 ust. 2 zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ, pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarstwą nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację, na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na zabiegi i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym; pielęgniarka POZ włącza skierowanie do prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Wskazany powyżej § 16 ust. 2 zarządzenia POZ obliguje zatem pielęgniarkę POZ do udzielania świadczeń na podstawie skierowania bądź zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w tym do podłączenia wlewu. Stosownie do definicji zawartej w art. 5 pkt 14 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pod pojęciem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego rozumie się lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wolters Kluwer Polska S.A.

Hanna Chrzanowska wkrótce zostanie ogłoszona błogostawioną

Dwoje Sług Bożych z Polski zostanie wkrótce ogłoszonych błogostawionymi. Wśród nich znajduje się wyjątkowa pielęgniarka z Krakowa Hanna Chrzanowska i brat Alojzy Kosiba, znany w Wieliczce kwestarz i jałmużnik. Dekrety beatyfikacyjne w dniu 7 lipca br. zatwierdził Papież Franciszek. Wśród 8 kandydatów, oprócz Hanny Chrzanowskiej i Alojzego Kosiby znalazły się osoby z Kolumbii - troje, Hiszpanii - jedna i Włoch - dwoje.

Hanna Chrzanowska to córka Ignacego Chrzanowskiego wybitnego profesora literatury polskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego i Wandy Szlenkier. Urodziła się 7 października 1902 r. w Warszawie. Jej dziadkowie po stronie matki to znani warszawscy przemysłowcy, zaś dziadkowie po stronie ojca, to podlascy ziemianie. Obie rodziny znane były z działalności charytatywnej, z tym, że dziadkowie po stronie matki byli wyznania ewangelickiego, dziadkowie po stronie ojca, katolicy. To właśnie było jedną z przyczyn braku zaangażowania katolickiego w domu rodzinnym pani Hanny. Podsta-

wowe wykształcenie pani Hanna otrzymała w swoim domu rodzinnym. Szkołę średnią ukończyła u Sióstr Urszulanek w Krakowie. Po zdaniu matury wraz z koleżanką zaangażowała się w niesienie pomocy żołnierzom w czasie wojny bolszewickiej. W 1922 r. podjęła studia w nowootwartej Szkole Pielęgniarstwa w Warszawie. Korzystała z przyznanego jej rocznego stypendium i wyjeżdżała do Francji, by tam przypatrzeć się bliżej organizowaniu pomocy chorym. Od 1926 do 1929 r. pracowała jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. Od 1929 do 1939 roku redagowała miesięcznik „Pielęgniarka Polska”. Dużo publikowała z dziedziny pielęgniarstwa. W tym okresie widać u niej coraz większe zbliżenie się do Boga. Odzwierciedlają to jej publikacje z tego okresu i udział w pracach przy organizowaniu Katolickiego Związku Pielęgniarek Polskich w roku 1937.

Po wybuchu wojny w 1939 r. przyjeżdża do Krakowa. Tutaj dotyka ją dramat wojenny. Jej ojca aresztują Niemcy i wywożą wraz z innymi profesorami

do obozu, gdzie umiera. Brat pani Hanny, Bogdan Chrzanowski, zmobilizowany w 1939 r. został zamordowany w Koziełsku. Mimo to ona nie załamuje się. Angażuje się w działalność charytatywną w Obywatelskim Komitecie Pomocy, któremu przewodniczył Ks. Arcybiskup Adam Stefan Sapieha, następnie, z chwilą powołania Rady Głównej Opiekuńczej (RGO), pracuje w dziale Opieki nad Uchodźcami i Wysiedlonymi. Organizuje dla nich kwatery, posiłki, szuka miejsc do pracy. Szczególną troską otacza dzieci w tym i żydowskie. Organizuje dla nich kolonie, stara się umieścić sieroty w moralnie dobrze ustawionych rodzinach. Pod koniec wojny śpieszy z pomocą wysiedlonym z Warszawy. W tym czasie jej życie religijne coraz bardziej się pogłębia. Nie afiszuje się z tym, ale widać, że przeżycia, które przeszła, bardzo wpłynęły na jej stan duchowy. Widać też, że jej życie wewnętrzne koncentruje się przede wszystkim w Eucharystii i niesieniu pomocy bliźniemu w duchu ewangelicznym.

Po ustaniu wojny i po otwarciu Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarsko - Położniczej w Krakowie, pracuje jako



kierownik działu pielęgniarstwa społecznego i domowego kładąc duży nacisk na solidne przygotowanie uczennic do pielęgnowania chorych w warunkach domowych. Wspólnie z uczennicami odwiedza obłożnie chorych, służąc im radą i pomocą podczas odbywanych praktyk. Przez krótki czas pełni funkcję dyrektora Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Kobierzynie. Po niespodziewanej likwidacji tej szkoły przez komunistyczne władze, pani Hanna, której postawa religijna była dla nich przeszkodą, była zmuszona przejść na wcześniejszą emeryturę. Będąc w pełni sił, znając sytuację chorych pozostających w domach, podjęła się zorganizowania opieki nad obłożnie chorymi i opuszczonymi na terenach parafii krakowskich przy pełnej aprobachie władz kościelnych. Potrafiła zdobyć pomoc materialną dla tej pracy jak również zwerbować osoby chętne do współpracy: to jest pielęgniarki, znajomych, studentów, czy Siostry Zakonne. Przyuczała rodziny i sąsiadów do prostych posług przy obłożnie chorych. Ona też pierwsza w Polsce zaczęła organizować rekolekcje dla chorych. Dzięki ogromnej kulturze i wytrwałości w działaniu pani Hanna zyskiwała coraz więcej zwolenników jak i powszechne uznanie.

Skąd miała tyle sił? Jej bliscy często widywali ją w kościele Sióstr Karmelitanek Bosych, znajdującym się w sąsiedztwie jej mieszkania, zatopioną w modlitwie. Była niezwykle roztropna i taktowna, troszczyła się o sprawy duchowe chorych, nie przejmowała roli duchownych, ale umiała wyczuć moment, kiedy zaistniała potrzeba, np. wezwanie księdza do chorej, możliwość odprawienia Mszy Świętej w mieszkaniu chorego, chętnie śpieszyła z pomocą. Pani Hanna w sposób heroiczny wypełniała przykazanie miłości bliźniego. To bliscy podkreślali.

Od 1966 r. już cierpiała z powodu choroby nowotworowej. Pod koniec życia, w kwietniu 1973 roku, siostry i pielęgniarki dyżurowały przy jej łóżku nieustannie. Codziennie przychodził do niej ksiądz. 12 kwietnia przyjęła sakrament chorych z rąk późniejszego metropolity krakowskiego ks. Franciszka Macharskiego. Zmarła 29 kwietnia 1973 r.

Kondukt pogrzebowy pani Hanny prowadził Ks. Kardynał Karol Wojtyła.



W tym celu specjalnie przyjechał do Krakowa, brał bowiem udział w konferencji Episkopatu Polski. Pogrzeb nie miał charakteru żałoby, ale zadumy. Był on jedną wielką manifestacją ludzi wszelkiego stanu. Wzruszenie budziła wielka liczba chorych na wózkach, którzy chcieli, pełni wdzięczności, odprowadzić swoją opiekunkę „cioteczkę” na cmentarz. Kazanie wygłosił sam Ks. Kardynał. Powiedział, m.in. „Dziękujemy Ci Pani Hanno, że byłaś wśród nas, że byłaś taką jaką byłaś z tą Twoją wielką prostotą, z tym wewnętrznym żarem, że byłaś wśród nas jakimś wcieleniem Chrystusowych błogosławieństw z Kazania na Górze, zwłaszcza tego, które mówi: „błogo-

sławieni miłosierni”. Dziękujemy Panu Bogu za to życie, które miało taką wymowę, które pozostawiło nam świadectwo tak bardzo przejrzyste, tak bardzo czytelne ... Niech Twoją nagrodą będzie sam Pan, niech promieniowanie Twojej posługi trwa wśród nas i wszystkich nas nieustannie uczy jak służyć Chrystusowi w bliźnich”.

W 1998 roku rozpoczął się proces beatyfikacyjny Hanny Chrzanowskiej. 1 października 2015 roku Stolica Apostolska ogłosiła dekret o heroicznosci jej cnót. Po zbadaniu okoliczności cudu za jej wstawiennictwem – uzdrowienia mieszkańca Krakowa z tętniaka mózgu i jego nawrócenia Hanna Chrzanowska na mocy Dekretu Papieża Franciszka w kwietniu 2018 roku zostanie beatyfikowana. W tym celu niezbędne jest wykonanie relikwiarza. Na relikwiarzu będzie widniał napis, iż został on ufundowany przez polskie pielęgniarki i położne. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie również dołożyła „cegiele” do jego wykonania.

*Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*





Ośrodek Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o.

ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów
NIP 813-303-94-42
REGON 690679626

Adres do korespondencji:
ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

T 13 437 27 81
E krosno@okppip.pl
W okppip.pl

Ogłoszenie o rekrutacji na szkolenia specjalizacyjne

organizowane w Krośnie lub miejscowościach Sanok, Jasło, Ustrzyki, Lesko, Brzozów

w następujących dziedzinach:

1. Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek
2. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
3. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek

4. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek
5. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek.

Osoby zainteresowane szkoleniami specjalizacyjnymi proszone są o kontakt telefoniczny z Ośrodkiem Kształ-

cenia Podyplomowego dla Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Krośnie, przy ul. Bieszczadzkiej 5. Telefon: 508 867 756

Dnia 27 października 2017 r. Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia podał zawiadomienie o wyborze ofert na szkolenia specjalizacyjne refundowane ze środków publicznych. W województwie podkarpackim będą orga-

nizowane przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. następujące szkolenia:

1. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek – OKPPIP Krosno

2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek – OKPPIP Rzeszów

3. Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek – OKPPIP Rzeszów

Komunikat skierowany do osób rejestrujących się w SMK

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych SMK jest uruchomiony od trzech miesięcy, więc czas na pierwsze spostrzeżenia i podsumowania.

Do tej pory wnioski o nadanie uprawnień w naszej Izbie złożyło: 849 pielęgniarek i położnych z czego 360 osobom nadano uprawnienia w systemie, a 445 wniosków zostało odrzuconych. W związku z dużą ilością nieprawidłowo wypełnionych i złożonych wniosków, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwraca się z prośbą o uaktualnianie danych w Okręgo-

wym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, ponieważ brak aktualnych danych w Rejestrze może przyczynić się do unieważnienia wniosku w systemie SMK. Ponadto nieprawidłowe wypełnienie wniosku powoduje unieważnienie go i konieczność ponownego złożenia wniosku co w efekcie końcowym prowadzi do wydłużenia czasu oczekiwania na nadanie uprawnień w Systemie Monitorowania Kształcenia.

Poniżej zamieszczamy wykaz najczęściej popełnianych błędów przy rejestracji wniosku do systemu SMK.

1. Wpisywanie imion, nazwisk oraz adresów z małej litery.

2. Nieprawidłowo wpisane imię i nazwisko w dopełniaczu.

3. Błędnie wypełnione okienko „grupa biznesowa” – należy wybrać opcję „pielęgniarka” lub „położna”.

4. Nieprawidłowo wybrana opcja w okienku „grupa funkcjonalna” – należy wybrać „użytkownik”.

5. W okienku „numer PWZ” błędnie podany numer – należy wpisać siedmio cyfrowy numer zaświadczenia wraz z symbolem „P” lub „A”.

6. W okienku „Izba Pielęgniarek i Położnych, która wystawiła PWZ” należy wpisać nazwę Izby która wydała PWZ tzn. „Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie (lub inna miejscowość, w której zostało wydane prawo wykonywania zawodu)”.

7. W okienku „wystawca” należy wpisać organ który podjął uchwałę dotyczącą wydania PWZ czyli „Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie (lub inna miejscowość, w której zostało stwierdzone prawo wykonywania zawodu)”.

8. W polu „lista specjalizacji” należy dodać wszystkie kursy specjalistycz-

ne, kwalifikacyjne, doksztalcające oraz szkolenia specjalizacyjne jakie się ukończyło wraz z datą uzyskania zaświadczenia (data po lewej stronie na samym dole zaświadczenia) oraz numerem zaświadczenia. Ważne jest to aby nazwa kursu wybieranego z listy była identyczna z nazwą podaną na zaświadczeniu. UWAGA! Nie wszystkie kursy są dostępne do wyboru z listy w tym systemie – w przypadku nie odnalezienia kursu po taką nazwą jaka jest na zaświadczeniu nie należy go wpisywać.

Osoby nie posiadające konta w SMK zachęcamy przed założeniem konta do zapoznania się z instrukcją poruszania

się w tym systemie dostępną na stronie: <http://www.oipip.krosno.pl/strona-glowna/system-monitorowania-ksztalcenia-pracownikow-medycznych.html>

Dane do kontaktów z osobami odpowiedzialnymi za SMK:

OIPiP Krosno

ul. Bieszczadzka 5

38-400 Krosno

Ewa Czupska, Justyna Zając:

(13) 43 694 60 wew. 2 lub 730 128

301

Krosno, dnia 12 października 2017 r.

Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych osobowych w związku z wejściem w życie w dniu 1.05.2017 systemu monitorowania kształcenia pracowników medycznych.

W CELU AKTUALIZACJI DANYCH NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ:

1. w przypadku zmiany nazwiska - oryginał prawa wykonywania zawodu oraz oryginał i kserokopię aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska, oryginał i kserokopię dowodu osobistego,
2. w przypadku uzyskania tytułu specjalisty - oryginał prawa wykonywania zawodu oraz oryginał i kserokopię dyplomu nadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie specjalizacji,
3. w przypadku ukończenia szkoły wyższej (studia pomostowe) - odpis dyplomu szkoły wyższej - część A i B (suplement)
4. w przypadku uzyskania kwalifikacji (kursy) - oryginał i kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskane kwalifikacje,
5. w przypadku zmiany zatrudnienia - pisemna informacja zawierająca nazwę i adres pracodawcy, stanowisko oraz okres zatrudnienia,
6. w przypadku zmiany danych adresowych - pisemne oświadczenie lub kserokopię dowodu osobistego (oryginał do wglądu).

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60

www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błazejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 7 XI 2017 roku.



Trwa 4. edycja kampanii społeczno-edukacyjnej

Położna na medal

Zagłosuj na Położną już dziś

Oddawanie głosów trwa do 31 grudnia 2017 r.



poloznanamedal2017.pl

Regulamin akcji dostępny na www.poloznanamedal2017.pl/regulamin

Partnerzy merytoryczni

Główny patronat medialny

