



BIULETYN

ŚWIĘTOKRZYSKA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Nr 03 (197) lipiec-sierpień-wrzesień 2016 ISSN 1429-561X





Szanowne Koleżanki, Koledzy, Członkowie Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych

Oddajemy do waszych rąk kolejne wydanie Biuletynu. Pomimo, że lipiec i sierpień kojarzą się raczej z wakacjami i odpoczynkiem, to w rzeczywistości był to czas wielu ważnych spraw i wydarzeń. Ze względu na ich dynamikę zachęcam do śledzenia strony internetowej ŚIPiP, na której staramy się zamieszczać informacje „na gorąco”.

W bieżącym Numerze Biuletynu poruszamy min. następujące tematy:

1. prawna możliwość zatrudniania ratowników poza systemem ratownictwa medycznego i związane z tym potencjalne problemy kompetencyjne,
2. kuriozalny pomysł powrotu do kształcenia pielęgniarek w Liceach Medycznych, powrót do zawodu asystentki pielęgniarskiej,
3. propozycje zmian w aktach prawnych skracających długość stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców chcących wykonywać w Polsce zawód pielęgniarki,
4. nowelizacja rozporządzenia w sprawie czynności wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego
5. podwyżki dla pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa, opiniowanie kolejnej transzy podwyżek w POZ i związane z tym problemy,
6. sytuacja pielęgniarek w DPS – badanie ankietowe

Jeżeli próbujemy zastanowić się dlaczego nasz zawód był i jest tak marginalizowany, dlaczego w powszechnym przekonaniu polityków, decydentów, zarządzających i to bez względu na opcję polityczną, problem opieki pielęgniarskiej nad pacjentem zawsze uchodził za mniej istotny i odkładany był „na później” (przypominano sobie o nas tylko przy okazji strajków i protestów) można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że powodem jest fakt, iż nigdy nie byłyśmy wpływową „grupą koleśki lub koleżanek”, a sądząc po stanie pielęgniarstwa w Polsce nie było to najwyraźniej zaletą. Jako tych słabszych, bez politycznych wpływów, nie traktowano nas (i wygląda na to, że nadal nie traktuje) poważnie. To oburzające, ale przede wszystkim bardzo przykre.

Upominając się o płace, zatrudnienie odpowiedniej liczby pielęgniarek, zawsze słyszałyśmy, że powinniśmy się cieszyć z tego co mamy, gdyż na nasze miejsce czeka kilkanaście podań o pracę.

Jeżeli to razy pielęgniarki po otrzymaniu podwyżki w wysokości jałmużny doprowadzały do bankructwa szpital, przychodziły, powodowały zadłużenie całej ochrony zdrowia. Jakież były z nas bezduszne i egoistyczne kobiety, które nie potrafiły zrozumieć, że nie one są najważniejsze. Gdybyśmy były etyczne, wyrozumiałe i dobre, nie upominałybyśmy się o nic, a jeżeli już – to dla wszystkich, bo przecież wszyscy w ochronie zdrowia zarabiają tak mało. Ponieważ powszechnie już wiadomo, że zaczyna nas brakować na rynku pracy, szybciej powstały nowe slogany, którymi można będzie karmić społeczeństwo i nas oczywiście. Owe slogany mają w zarodku zdusić ewentualny pomysł używania deficytu pielęgniarek jako argumentu do upominania się o cokolwiek. Miałam okazję już je wielokrotnie słyszeć! Oto one: „Przyjadą Ukrainki i będą się cieszyć z tego co wam się nie podoba”, „Mamy na tyłu wykształconych ratowników medycznych, którzy zastąpią pielęgniarki tam gdzie ich brakuje”, „Problem stanowi brak lekarzy, gdyż ich nie można nikim zastąpić”, „Pielęgniarki co prawda bardzo licznie wyjeżdżają do pracy za grani-

cę, ale jest inny problem – polscy młodzi lekarze już zaczęli rozważać możliwość wyjazdu”.

Proszę Państwa, co za godne podziwu perspektywiczne myślenie! Gdy już wyjedzie lub odejdzie na emeryturę ostatnia pielęgniarka i nie da się już zmniejszyć minimalnej obsady na dyżurze, tzn. podzielić jednej pielęgniarki na pół, to wdrożone zostaną pomysły jak po wojnie: „naprodukować szybko pielęgniarek może nawet na jakiś kursach (kto wie jak daleko będzie sięgać urzędnicza i rządowa wyobraźnia) lub/i zatrudnić z za wschodniej granicy za przysłowiową złotówkę, otworzyć szkoły asystentek czy jeszcze innych „prawie pielęgniarek”, zatrudnić ratowników medycznych na naszych stanowiskach i może jeszcze parę innych pomysłów po to, by nie trzeba było wdrażać rozwiązań poprawiających nasz status ekonomiczny i jasno określić normę – iloma pacjentami maksymalnie powinna opiekować się pielęgniarka, by zapewnić bezpieczeństwo i podstawową jakość opieki. Szanowni Czytelnicy, pomysły na uzdrowienie sytuacji w pielęgniarstwie (a w większości przypadków ich brak) od lat stosowane przez wszystkie rządy i opcje polityczne bez akceptacji naszego środowiska, osiągnęły tymczasem apogeum.

1. Ratownikom medycznym nadano uprawnienia do pracy poza systemem ratownictwa medycznego, np. w oddziałach szpitalnych innych niż SOR. Jesteśmy genialni! Takiego rozwiązania nie ma w całym świecie! To nic, że ratownicy nie byli kształceni do sprawowania opieki nad chorymi w takim zakresie jak pielęgniarki (przygotowywano ich do ratowania a nie pielęgnowania).
2. Ułatwia się cudzoziemcom wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej w Polsce, min. poprzez skrócenie stażu adaptacyjnego z 12 do 6 miesięcy. Prawdopodobnie ma to ich zachęcić do przyjazdu. Czy nie byłoby lepszym rozwiązaniem wdrożenie mechanizmów zachęcających polskie pielęgniarki do powrotu?
3. Powraca się do kształcenia pielęgniarek na poziomie szkół średnich. Czy to normalne, że do Liceum Medycznego przyjmowana będzie 14 letnia dziewczyna lub chłopak? Czy można uznać, że wybór tak specyficznego zawodu w tak młodym wieku będzie dokonywany w sposób dojrzały i odpowiedzialny? Czy drastyczne sytuacje i mocne przeżycia będące codziennością w zakładach opieki zdrowotnej to dla młodej psychiki właściwe rozwiązanie? Co na to psychologia? Czy doświadczenia naszych koleżanek, które taką drogą zdobywały zawód nie powinny być wzięte pod uwagę?
4. W przygotowaniu jest nowa ustawa o POZ. Według jej wstępnych założeń zagrożone są samodzielne praktyki pielęgniarskie i położnicze.

Generalnie każdy pomysł i każde rozwiązanie, które nie wymaga nakładów finansowych dla poprawienia sytuacji ekonomicznej i warunków pracy pielęgniarek i położnych było i jest uznawane za właściwe. Wygląda na to, że „pielęgniarki się nie znają” a KAŻDY MOŻE UZDRAWIAĆ POLSKIE PIELĘGNIARSTWO. Pomysłów jak widać nie brakuje. Dokąd nas zaprowadzą? Jedna z koleżanek określiła to z żalem: „skoro wszyscy zawsze uważali, że wiedzą lepiej niż my jak należy zorganizować opiekę nad pacjentem, jak zachęcić młode osoby do zawodu i nadal tak uważają, to przyjdzie taki czas, że zostaną ofiarami własnych pomysłów. Szkoda tylko, że ucierpią na tym niczemu nie winni pacjenci”.

Przewodnicząca ORPiP w Kielcach, Ewa Mikołajczyk

Terminy posiedzeń w 2016 roku

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych: 23 sierpnia, 4 października, 13 grudnia

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych: 12 lipca, 2 sierpnia, 20 września, 25 października, 22 listopada, 27 grudnia

Pełnomocnicy: 27 września, 20 grudnia

Komisja Rewizyjna: 2 września, 14 października, 4 listopada

Komisja socjalno-finansowa: 7 lipca, 1 sierpnia, 15 września, 20 października, 22 grudnia

Komisja etyki: 20 lipca, 27 lipca, 1 sierpnia, 2 września, 14 września, 20 października, 16 listopada, 14 grudnia

Zespół położnych: 15 września, 8 grudnia

Zespół młodej pielęgniarki: 21 lipca, 17 października

Spotkanie kierowniczej kadry pielęgniarskiej szpitali oraz konsultantów wojewódzkich ds. pielęgniarstwa:

11 lipca, 12 października

Zespół pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania: 7 października, 9 grudnia

Komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego: 15 września

Zespół pielęgniarek DPS: 23 września, 21 października, 18 listopada

Regulaminy i wnioski dofinansowania kosztów doskonalenia zawodowego oraz przyznawania pomocy koleżeńskiej dostępne są na naszej stronie internetowej: www.sipip.kielce.pl

**Informujemy, iż zgodnie z decyzją
Prezydium ORPIP w Kielcach
organizowane będą
w Ośrodku Kształcenia ŚIPIP
kursy doszkolające
„Poród w pozycjach wertykalnych”.
Kursy będą bezpłatne dla członków
samorządu (sfinansowane przez ŚIPIP).
Będzie kilka terminów realizacji i możli-
wość wyboru terminu przez uczestnika.
Informacje pod numerem telefonu
662-282-958**

SPIS TREŚCI

1. Relacja z konferencji „Zawód pielęgniarki i położnej w nowej perspektywie” 5
2. Z prac Okręgowej Rady i Prezydium 6
3. Kalendarium 6
4. Podwyżki w Podstawowej Opiece Zdrowotnej 9
5. Podwyżki w Centrach Krwiodawstwa 15
6. Dla położnych 16
7. Planowane terminy szkoleń Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ŚIPIP 17
8. Najbardziej pożądany zawód świata 18
9. Sytuacja pielęgniarek w DPS 21
10. Ratownicy Medyczni i ich zatrudnianie w Zakładach Lecznicych – Quo vadis? 22
11. Klauzula sumienia w zawodzie pielęgniarki i położnej 25
12. Wielokulturowość wyzwaniem dla praktyki pielęgniarskiej 27
13. Projekt nowego rozporządzenia w sprawie czynności wykonywanych przez pielęgniarkę/położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego 31
14. Wykonywanie przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich 32
15. Skrócony staż adaptacyjny pielęgniarki – cudzoziemki spoza UE 35
16. Opieka długoterminowa 36
17. Spotkanie kierowniczej kadry pielęgniarskiej oraz konsultantów wojewódzkich 37
18. Zmiany systemowe w obszarze kształcenia 37
19. Kondolencje 41
20. Pożegnania 43
21. Wspomnienie 44
22. Gratulacje 45
23. Podziękowania 45
24. Bezpłatne kursy dla pielęgniarek i położnych 46
25. Podziękowania 48

<i>Biuro Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych</i>		
Sekretariat tel. 41 300 26 62	Poniedziałek, środa, czwartek, piątek	7 ⁰⁰ - 15 ⁰⁰
	Wtorek	7 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰
Prawo wykonywania zawodu, rejestr pielęgniarek i położnych tel. 41 315 61 87	Poniedziałek, środa, czwartek, piątek	7 ⁰⁰ - 15 ⁰⁰
	Wtorek	7 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰
Kasa	Środa, czwartek	7 ³⁰ - 14 ⁰⁰
Radca prawny	Poniedziałek	7 ³⁰ - 9 ³⁰
	Czwartek	14 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰
Biblioteka	Wtorek	10⁰⁰ - 17⁰⁰
	Czwartek	8⁰⁰ - 15⁰⁰
Przewodnicząca <i>Ewa Mikołajczyk</i>	Poniedziałek – piątek	7 ⁰⁰ - 15 ⁰⁰
Wiceprzewodnicząca <i>Ewa Wojcieszek</i>	Poniedziałek – wtorek Środa – czwartek	7 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰ 7 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰
Sekretarz <i>Jacek Gawłowski</i>	Poniedziałek	9 ⁰⁰ - 15 ⁰⁰
	Wtorek	9 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰
Skarbnik <i>Izabela Oszmiana</i>	Poniedziałek – piątek	7 ⁰⁰ - 15 ⁰⁰
Okręgowy Rzecznik – tel. 604 170 135 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰
Przewodniczący Okręgowego Sądu – tel. 600 992 590 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰
Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej tel. 606 390 267 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Pre- zydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰
Ośrodek Kształcenia Podyplomowego ŚIPIP	tel. 662 282 958	

Wydawca:

Świętokrzyska Izba Pielęgniarek
i Położnych w Kielcach
NIP 959-10-53-799



NUMERY KONT BANKOWYCH:

PEKAO S.A. o/Kielce **49 1240 4416 1111 0000 4959 3886**
BGK o/Kielce 37 1130 1192 0027 6167 3620 0001

Adres wydawcy:

ul. Nowy Świat 32A, 25-522 Kielce
tel. **41 300 26 62, 41 315 61 87**

www.sipip.kielce.pl, e-mail: izba@sipip.kielce.pl



Numer 03 (196) 2016 r.

ISSN 1429-561X

Nakład: 1100 egz.

Data wydania: 23 września 2016 r.

Zespół redakcyjny:

Ewa Mikołajczyk, Ewa Wojcieszek, Izabela Oszmiana, Jacek Gawłowski, Henryka Majkowska, Aneta Zwierzchowska



RELACJA Z KONFERENCJI

„Zawód pielęgniarki i położnej w nowej perspektywie”

24-25 czerwca 2016 r. w Hotelu academia w Ostrowcu Świętokrzyskim odbyła się VI Ostrowiecka Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Zawód pielęgniarki i położnej w nowej perspektywie” zorganizowana pod patronatem Starosty Ostrowieckiego Zbigniewa Dudy oraz Rektora Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św. Izabeli Zaborowskiej.

Organizatorami konferencji był Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Ostrowcu Św., Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych w Kielcach oraz Katedra Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu WSBiP w Ostrowcu Św.

Komitetowi Organizacyjnemu przewodniczyła mgr Anna Męczkowska – Naczelnik Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Ostrowcu Św., zaś Komitetowi Naukowemu – dr n. hum. Bożena Zboina prof. nadzw. WSBiP w Ostrowcu Św.

Gośćmi konferencji były przedstawicielki samorządu pielęgniarek i położnych - Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie mgr Zofia Małas, Naczelną Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie – dr n. med. Grażyna Rogala Pawelczyk, Przewodnicząca Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych – mgr Ewa Mikołajczyk oraz przedstawiciele samorządu Powiatu Ostrowieckiego.

Podczas dwudniowej konferencji zaprezentowano najnowsze zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa w świetle zmieniających się przepisów prawnych oraz nowych kierunków rozwoju zawodowego .

Pierwszego dnia odbyła się sesja plenarna i trzy sesje tematyczne:

- Nowe trendy w praktyce pielęgniarstwa i położniczej,
- Etyka – wyzwanie czy codzienność w pracy zawodowej pielęgniarek i położnych,
- Pacjent jako podmiot opieki pielęgniarstwa.

Uczestnicy z zainteresowaniem wysłuchali referatów dr hab. Aleksandry Jaworskiej-Krzemińskiej (Gdański Uniwersytet Medyczny), dr hab. Grażyny Iwanowicz-Palus (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), dr hab. Grażyny Nowak-Starz (Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach) dr hab. Bożeny Zboiny (WSBiP w Ostrowcu Św.). O nowych trendach i zmianach w praktyce pielęgniarstwa i położnej mówiły: dr hab. n. o zdr. Monika Binkowska-

-Bury (Uniwersytet Rzeszowski), dr n. med. Dorota Koziół, dr n. med. Renata Stępień (UJK w Kielcach). Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki i położnej oraz kwestie etyczne w badaniach naukowych w pielęgniarstwie prezentowały: dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), dr n. med. Irena Milaniak, dr n. med. Grażyna Dębska (Krakowska Akademia im. Frycza-Modrzewskiego), dr n. med. Małgorzata Kaczmarczyk (UJK w Kielcach), dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska (WSBiP w Ostrowcu Św.), dr n. hum. Beata Dobrowolska (Uniwersytet Medyczny w Lublinie). Pacjent jako podmiot w opiece pielęgniarstwa stał w centrum rozważań dr n. hum. Kazimiery Zdziebło oraz dr n. med. Sylwii Marchewskiej.

W międzyczasie w holu hotelu trwała sesja multimedialna „Pielęgniarstwo w praktyce”.

W godzinach wieczornych podczas uroczystej gali podsumowano organizowany po raz XIV przez Starostwo Powiatowe i Świętokrzyską Izbę Pielęgniarek i Położnych Plebiscyt „Lekarz – Pielęgniarka – Położna – Fizjoterapeuta roku”. Spotkanie uświetnił występ studenckiego chóru IM UMCS w Lublinie pod batutą Marzeny Bernatowicz.

Celem plebiscytu była prezentacja przedstawicieli służby zdrowia z terenu powiatu ostrowieckiego, cieszących się największym zaufaniem pacjentów.

Lekarzem roku 2015 został wybrany Jarosław Szczygieł, ortopeda pracujący w ZOZ w Ostrowcu Św. tytuł Pielęgniarki Roku 2015 trafił do Izabeli Różyckiej (G.V.M. CARINT), najwięcej głosów wśród położnych zdobyła Wiesława Bąk (Oddział Ginekologii i Położnictwa ZOZ w Ostrowcu Św.), zaś wśród fizjoterapeutów – Marek Wiecheć (Rehabilitacja Ruchowa MARKMED).

W tegorocznym Plebiscycie mieszkańcy oddali 22 414 głosów.

W drugim dniu konferencji uczestnicy spotkali się w Muzeum Archeologicznym i Rezerwacie „Krzemionki”, gdzie odbyły się warsztaty:

- Wykorzystanie danych statystycznych do przygotowania publikacji naukowych z badań medycznych,
- Zapobieganie błędom przedlaboratoryjnym,
- Nowoczesne metody leczenia trudno gojących się ran.

Po zakończeniu warsztatów uczestnicy zwiedzili Rezerwat „Krzemionki”.

W konferencji i plebiscycie udział wzięło 154 osoby, zaś w warsztatach uczestniczyło 58 osób.

Zdjęcia na stronie obok: 1 – Wicestarosta Powiatu Ostrowieckiego – mgr Eligiusz Mich, 2 – Organizatorzy oraz przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych, 3 – Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie mgr Zofia Małas, 4 – Naczelną Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, 5 – Przewodnicząca Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych mgr Ewa Mikołajczyk, 6 – Uczestnicy Konferencji, 7 – Zaproszeni goście, 8 – Chór Studencki IM UMCS w Lublinie, 9 – Organizatorzy i zaproszeni goście, 10 – Organizatorzy Plebiscytu, 11-12 – Laureaci Plebiscytu, 13-15 – Uczestnicy warsztatów, 16-18 – Uczestnicy warsztatów podczas zwiedzania Rezerwatu „Krzemionki”

Z prac Okręgowej Rady i Prezydium

Sprawozdanie dotyczy posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady w dniach: 28 czerwca, 12 lipca, 2 sierpnia oraz posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 23 sierpnia 2016 roku. Podczas wyżej wymienionych posiedzeń podjęto łącznie 147 następujących uchwał:

1. W sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej – podjęto **60 uchwał**. Na ich podstawie wydano zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach – **47 pielęgniarkom i 13 położnym**.
2. W sprawie wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach – podjęto **14 uchwał**. Na ich podstawie wpisano do rejestru **11 pielęgniarek i 3 położne**.
3. W sprawie skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach – podjęto **18 uchwał**. Na ich podstawie skreślono z rejestru **15 pielęgniarek i 3 położne**.
4. W sprawie skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki/położnej trwającej ponad 5 lat – podjęto **1 uchwałę**. Na ich podstawie skierowano na przeszkolenie **1 pielęgniarkę**.
5. W sprawie komisji egzaminacyjnej do przeprowadzania egzaminu teoretycznego po odbytych przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu trwającej ponad 5 lat podjęto **4 uchwały**. Na ich podstawie powołano komisje egzaminacyjne dla **7 pielęgniarek**.
6. W sprawie wydania zaświadczenia po odbytych przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu trwającej ponad 5 lat – **7 uchwał**. Na jej podstawie wydano zaświadczenie dla **7 pielęgniarek**.
7. Organizacji i przeprowadzenia przez Ośrodek Kształcenia Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach kursów **9 uchwał**, na przeprowadzenie **11 edycji kursów**.
8. Organizacji, przeprowadzenia i sfinansowania przez Ośrodek Kształcenia Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach kursów **3 uchwały**, na przeprowadzenie **14 edycji kursów**.
9. W sprawie przyznania dofinansowania do różnych form kształcenia podyplomowego – podjęto **13 uchwał** przyznających dofinansowanie w kwotach określonych w regulaminie dla **137 członków ŚIPiP** na łączną kwotę **35 132,50 zł** (trzydzieści pięć tysięcy sto trzydzieści dwa złote i 50/100).
10. W sprawie odmowy przyznania dofinansowania do różnych form kształcenia podyplomowego – podjęto **1 uchwałę**.
11. W sprawie przyznania pomocy koleżeńskiej – podjęto **1 uchwałę przyznającą pomoc koleżeńską z powodu śmierci członka najbliższej rodziny**. Na jej podstawie przyznano pomoc koleżeńską z powodu śmierci najbliższego członka rodziny **2 osobom** w kwocie po 1000 zł (jeden tysiąc złotych). **W sprawie przyznania pomocy koleżeńskiej poza wymienionymi powyżej przyczynami podjęto 4 uchwały dla 8 osób na łączną kwotę 10 260 zł** (dziesięć tysięcy dwieście sześćdziesiąt złotych).
12. W sprawie odmowy przyznania pomocy koleżeńskiej – podjęto **2 uchwały**.
13. W sprawie dokonania przesunięć w planie budżetu ŚIPiP w Kielcach podjęto **1 uchwałę**.
14. W sprawie zakupu sprzętu i wyposażenia do Ośrodka Kształcenia SIPiP w Kielcach podjęto **2 uchwały** na kwotę **19 000 złotych** (dziewiętnaście tysięcy złotych).
15. W sprawie zmiany umowy z pracownikiem SIPiP w Kielcach podjęto **1 uchwałę**.
16. W sprawie zakupu uroczystego stroju zawodowego na potrzeby ŚIPiP w Kielcach podjęto **1 uchwałę**.
17. W sprawie nagród, z funduszy pozyskanych z biura pracy, dla opiekunów osób uczestniczących w przeszkoleniu po przerwie **1 uchwała dla 8 osób**.
18. W sprawie ubezpieczenia majątku ŚIPiP w Kielcach **1 uchwała**.
19. W sprawie bieżącej działalności ŚIPiP w Kielcach **1 uchwała**.
20. Wytypowano dwukrotnie przedstawicieli ŚIPiP w Kielcach do Komisji konkursowych na stanowiska Zastępców Dyrektora.
21. Wytypowano przedstawicieli ŚIPiP w Kielcach do komisji egzaminacyjnej kończącej się formy kształcenia podyplomowego.
22. Przyjęto stanowisko w sprawie kształcenia w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej.

Kalendarium

1 kwietnia

Spotkanie Kierowniczej Kadry Pielęgniarskiej Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Domów Opieki Zdrowotnej. Spotkanie prowadziła Przewodnicząca ŚIPiP Ewa Mikolajczyk oraz Izabela Oszmiana skarbnik ŚIPiP. W spotkaniu uczestniczyło 91 osób. Na spotkaniu omawiano bie-

żące sprawy działalności ŚIPiP w Kielcach, kształcenie podyplomowe, wzrost wynagrodzeń w POZ, przedstawiono sytuację pielęgniarek DPS.

5 kwietnia

Posiedzenie Okręgowej Rady w Kielcach. W posiedzeniu ORPiP udział wzięło 22 członków.

7 kwietnia

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej ŚiPiP w Kielcach.

8 kwietnia

W uroczystej Gali Finału XI Konkursu Pielęgniarka Roku 2015 w Warszawie na zaproszenie organizatorów uczestniczyła Przewodnicząca ŚiPiP Ewa Mikołajczyk.

I miejsce czyli Pielęgniarką Roku 2015 została **mgr Marzena Nowomińska** z Lubelskiego Oddziału PTP, zatrudniona w Oddziale Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie ale także pielęgniarka opieki długoterminowej.

II miejsce zdobyła **mgr Renata Grabowska**, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, z Kujawsko-Pomorskiego Oddziału PTP, zatrudniona w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im dr Jana Bizziela, w Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych w Bydgoszczy.

III miejsce zdobyła **mgr Marzena Slendak**, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii, z Łódzkiego Oddziału PTP, zatrudniona w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii dla Dzieci w SP ZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym UM w Łodzi, Ośrodkiem Pediatrycznym im. Marii Konopnickiej ale także pielęgniarka neonatologicznego zespołu wyjazdowego SN.

9 kwietnia

• Przewodnicząca ŚiPiP Ewa Mikołajczyk uczestniczyła w Okręgowym Zjeździe Lekarzy na zaproszenie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

• W siedzibie Izby odbyło się spotkanie Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej pod nazwą „*Sztuka żywienia – Piramida SED, Dobrze kupić – zdrowo jeść*” w ramach III Ogólnopolskiego Projektu Edukacji społecznej SED 2016 pod hasłem „Wyprzedzamy cukrzycę. W spotkaniu/ warsztatach uczestniczyli pacjenci z cukrzycą typu 2. Z ramienia Wojewody Agaty Wojtyszek udział wzięła Pani Bogumiła Niziołek Dyrektor Wydziału Centrum Zdrowia Publicznego.

11 kwietnia

W wojewódzkim Domu Kultury w Kielcach odbyła się konferencja na temat „Sukcesy samorządowych programów zdrowotnych w poprawie dostępności do szczepień ochronnych w województwie świętokrzyskim” uczestnikiem której była Izabela Oszmiana

12-14 kwietnia

W Naczelnej Radzie odbyło się szkolenie dla przewodniczących, sekretarzy, skarbników ORPiP. W szkoleniu uczestniczyli Ewa Mikołajczyk, Izabela Oszmiana, Jacek Gawłowski, Aneta Zwierchowska.

12 kwietnia

Wiceprzewodnicząca Ewa Wojcieszek uczestniczyła w Radzie społecznej NFZ w Kielcach, na której omawiane była realizacja planu finansowego NFZ za 2015 r., realizacja nadwykonań / niewykonań świadczeń medycznych, omawianie skarg jakie wpłynęły do NFZ.

13 kwietnia

W siedzibie Izby odbyło się postępowanie konkursowe na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w 21 Wojskowym Szpitalu Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Busku Zdroju. Na stanowisko pielęgniarki oddziałowej komisja wybrała Panią Stanisławę Malara.

14 kwietnia

Posiedzenia Komisji kształcenia oraz Komisji Socjalno-Finansowej.

19 kwietnia

• Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady w Kielcach, w którym uczestniczyło 7 członków.

• Posiedzenie Prezydium NRPiP w Warszawie, w którym uczestniczył sekretarz Jacek Gawłowski.

• Na zaproszenie Okręgowej Rady Aptekarskiej Ewa Mikołajczyk Przewodnicząca ŚiPiP uczestniczyła w Okręgowym Zjeździe Izby Aptekarskiej.

20 kwietnia

W siedzibie ŚiPiP odbyło się szkolenie dla kadry dydaktycznej naszego ośrodka z obsługi nowo zakupionego sprzętu dydaktycznego.

26 kwietnia

Egzamin teoretyczny dla pielęgniarek, które odbyły przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat w ostatnich 6 latach. Egzamin zdały 2 pielęgniarki.

27 kwietnia

• W hotelu Best Westa odbyła się konferencja „Opieka nad pacjentem ze stomią” W konferencji udział wzięła Ewa Mikołajczyk Przewodnicząca ŚiPiP oraz liczna grupa pielęgniarek.

• Posiedzenie komisji konkursowej na stanowisko z-cy dyrektora ds.medycznych w SZOZ w Zagnańsku. Członkiem komisji konkursowej wskazanym przez ORPiP była Ewa Wojcieszek wiceprzewodnicząca ŚiPiP.

28 kwietnia

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej ŚiPiP w Kielcach.

5 maja

• Posiedzenia Komisji kształcenia oraz Komisji Socjalno-Finansowej.

• Kongres POZ w Sopocie zorganizowany przez komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych. Przedstawicielami ŚiPiP w Kielcach były Panie Izabela Oszmiana oraz Barbara Jabłońska.

6 maja

Prezes Zarządu Oddziału Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej Oddziału Świętokrzysko-Podkarpackiego zaprosił Panią Ewę Mikołajczyk Przewodniczącą ŚiPiP. na konferencję: „*Zmiany organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej*”, która odbyła się w Centrum Biznesu, Zdrowia i Urody w Rytwianach. Patronatem spotkanie objął Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, który był również uczestnikiem spotkania.

10 maja

• Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady w Kielcach, w którym uczestniczyło 10 członków.

• W ramach obchodów Dnia Położnej i Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki w Skarżysku-Kamiennej w Sanktuarium Matki Bożej Ostrobramskiej odbyła się 18 Pielgrzymka Pielęgniarek i Położnych, Pielęgniarzy i Położnych. Podczas pielgrzymki dokonano uroczystego poświęcenia Sztandaru Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

12 maja

Uroczystości 25-lecia obchodów powstania Samorządu Pielęgniarek i Położnych oraz obchodów Dnia Położnej i Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki. W Filharmonii Kieleckiej odbyła się uroczysta Gala podczas której wspomniano powstanie Samorządu i jego działanie na przestrzeni lat. Dokonano również wręczenia odznaczeń dla zasłużonych członków Samorządu. Na zakończenie uroczystości wszyscy uczestnicy wysłuchali koncertu poprowadzonego przez Pana Artura Jaronia.

13 maja

W Wyższej Szkole Umiejętności Zawodowych w Pińczowie na Wydziale Pielęgniarstwa odbyło się uroczyste czepkowanie studentów pierwszego roku. W uroczystości uczestniczyła Pani Ewa Mikołajczyk Przewodnicząca ŚIPiP.

17 maja

Posiedzenie Prezydium NRPiP w Warszawie, w którym uczestniczył sekretarz Jacek Gawłowski.

19 maja

• W Urzędzie Marszałkowskim odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia, Polityki Społecznej i Spraw Rodziny Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego. W spotkaniu uczestniczyła wiceprzewodnicząca Ewa Wojcieszek. Omawiano działalność placówek Ochrony Zdrowia, których organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski.

• W siedzibie izby odbyło się spotkanie pielęgniarek epidemiologicznych. W spotkaniu uczestniczyło 12 osób.

20 maja

• „Mamo karm mnie piersią” – konferencja prasowa zorganizowana przez NFZ. Uczestnikami były Panie Ewa Mikołajczyk, Izabela Oszmiana, Paulina Podolska-Słoń.

• W siedzibie Izby odbyło się spotkanie pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej. W pierwszym spotkaniu uczestniczyły 33 osoby.

3 czerwca

Ewa Mikołajczyk Przewodnicząca ŚIPiP uczestniczyła w Radzie Społecznej Pracodawców w Wyższej Szkole Umiejętności Zawodowych w Pińczowie.

4 czerwca

Spotkanie Komisji Etyki ŚIPiP.

6 czerwca

Posiedzenie Prezydium NRPiP w Warszawie, w którym uczestniczył sekretarz Jacek Gawłowski.

8 czerwca

Posiedzenie Okręgowej Rady w Kielcach, w obradach uczestniczyło 28 członków ORPiP.

10 czerwca

• II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Wyzwania naukowe i zawodowe we współczesnym pielęgniarstwie”. Konferencja odbywała się w aulach UJK w Kielcach. Organizatorami konferencji byli Świętokrzyska Izba Pie-

lęgniarek i Położnych, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJK w Kielcach, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie oddział w Kielcach.

• Posiedzenie Komisji Socjalno-Finansowej.

• Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

• Spotkanie zespołu Środowiska Nauczania i Wychowania. W spotkaniu uczestniczyło 13 osób.

14 czerwca

Posiedzenie Komisji Kształcenia

15 czerwca

• Szkolenie dla położnych firmy Pelargos. Tematem szkolenia była pierwsza pomoc dla niemowląt oraz pozycje wertykalne podczas porodu.

• Spotkanie Komisji Etyki ŚIPiP.

16 czerwca

• Posiedzenie Konkursowe na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego św. Rafała w Czerwonej Górze. Komisja w drodze głosowania tajnego wybrała na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Panią Bogumiłę Kowalczyk-Srokę.

• Szkolenie dla pielęgniarek pracujących w żłobkach na temat chorób zakaźnych u małych dzieci.

17 czerwca

W siedzibie Izby odbyło się spotkanie pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej. W spotkaniu uczestniczyło 20 osób.

23 czerwca

W Urzędzie Marszałkowskim odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia, Polityki Społecznej i Spraw Rodziny Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego. W spotkaniu uczestniczyła pani Izabela Oszmiana – skarbnik ŚIPiP.

24-25 czerwca

VI Ostrowiecka Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Zawód Pielęgniarki i Położnej w Nowej Perspektywie”. Organizatorem i głównym sponsorem była Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych w Kielcach. Organizatorami również byli Starostwo Powiatowe w Ostrowcu Św. Katedra Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu WSBP w Ostrowcu Św.

27 czerwca

Spotkanie zespołu Młodej Pielęgniarki. Zespół powstał by zachęcić młodą kadrę pielęgniarską, położniczą do pracy na rzecz naszych zawodów.

28 czerwca

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady w Kielcach. Uczestniczyło 8 członków.

29 czerwca

• Spotkanie pełnomocników, w którym uczestniczyły 24 osoby.

• Spotkanie zespołu pielęgniarek rodzinnych.

Po spotkaniach obu zespołów dla ich uczestników odbyły się szkolenia prowadzone przez przedstawicieli firmy SOL – MILLENIUM na temat nowoczesnego sprzętu jednorazowego użytku oraz firmy smith&nephew na temat opatrunków specjalistycznych.

• Zasady ochrony danych osobowych w działalności pielęgniarek i położnych. Nowe uprawnienia zawodowe pielęgniarek i położnych – szanse, zagrożenia. Szkolenie odbyło się w Warszawie organizatorem była NRPIP. Uczestnikiem szkolenia była Ewa Mikołajczyk Przewodnicząca ŚIPiP.

30 czerwca

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze dokonano uroczystego otwarcia

Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W uroczystości na zaproszenie dyrekcji udział wzięła Ewa Mikołajczyk Przewodnicząca ŚIPiP.

31 czerwca

Przewodnicząca Ewa Mikołajczyk uczestniczyła w posiedzeniu Sejmowego Zespołu Parlamentarnego, który prowadziła Pani poseł Bernadeta Krynicka. Na spotkaniu omawiano sprawę dotyczące proponowanych zmian w POZ.

PODWYŻKI W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

W Biuletynie NR 1 (styczeń – marzec) przedstawiana była obszerna informacja na temat problemów związanych z realizacją a ściślej z podziałem środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek POZ w tzw. „pierwszej transzy”.

Nie występowały żadne problemy z podziałem ani przekazaniem środków dla pielęgniarek/położnych na indywidualnych, grupowych kontraktach zawierających bezpośrednio umowy z NFZ. Również w tzw. NZOZ pielęgniarskich wszystko przebiegało w sposób klarowny.

Natomiast w publicznych i niepublicznych podmiotach POZ, szczególnie tych, które zatrudniały i zatrudniają pielęgniarki w praktyce lekarza (gabinet zabiegowy/punkt szczepień) miały miejsce sytuacje żenujące, w naszym odczuciu demaskujące sposób, w jaki traktowane są Pani pielęgniarki przez niektórych pracodawców. Pomimo, że wykonując pracę na rzecz pracodawcy zatrudniane są przez niego na tych samych zasadach jak pielęgniarki/położne rodzinne, środowiska nauczania i wychowania, często zbierają w przychodni deklaracje od pacjentów na rzecz pielęgniarek/położnych rodzinnych, wchodzą w skład zespołu POZ, zdarzało się, że zostały w podwyżkach pominięte lub otrzymały kwoty w wysokości np. o połowę mniejszej od pozostałych.

Zaistniała sytuacja ujawniła w sposób ewidentny paradoks istniejący przede wszystkim w aktach prawnych a w konsekwencji w organizacji i strukturach POZ.

Środowisko pielęgniarek i położnych zabiegało i nadal apeluje o rozdzielenie w aktach prawnych funkcji pielęgniarki praktyki lekarza POZ (zabiegowej/gabinetu szczepień) od pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. W obecnym stanie prawnym np. szczepienia może wykonywać „osoba” posiadająca stosowne uprawnienia.

W niektórych POZ istnieje jeszcze inne zjawisko, które wyjaśnia dlaczego postulowany przez nas opisany powyżej rozdział funkcji nie jest wdrażany.

„Jak nie wiadomo o co chodzi, chodzi o pieniądze” i w tym przypadku to powiedzenie się sprawdza. Pielę-

gniarka rodzinna zatrudniona w strukturach POZ bardzo często pełni jednocześnie funkcję pielęgniarki praktyki lekarza. Ponieważ akty prawne nie nakazują zatrudnienia pielęgniarki praktyki, to spokojnie powierza się te obowiązki zatrudnionej pielęgniarence rodzinnej, więc kto pójdzie do domu pacjenta, do środowiska?, podczas gdy większość czasu pielęgniarka środowiskowo-rodzinna spędza w gabinecie lekarza POZ. Na to pytanie powinien odpowiedzieć sobie NFZ, gdyż to on jest płatnikiem. Widocznie wszystkim taki układ pasuje, skoro nawet w propozycjach do nowej ustawy o POZ członkowie zespołu twardo bronią swojego stanowiska, by nadal tych funkcji nie rozdzielać. Ciekawe tylko czy pacjent wie o tym, jakie świadczenia powinien tak naprawdę otrzymać od pielęgniarki rodzinnej? Myślę, że większość pacjentów uważa, że tym świadczeniem jest tylko zastrzyk lub opatrunek i to na zlecenie lekarza. Jeżeli nowa Ustawa utrzyma ten stan rzeczy, to brawo! za szczyt hipokryzji w opowiadaniu, że wszystkie proponowane w niej zapisy wprowadzane są dla dobra pacjenta. Może i dla dobra czyjejs kieszeni ale na pewno nie dla dobra pacjenta, który do gabinetu w przychodni przyjść nie może a potrzebuje opieki, edukacji i profilaktyki pielęgniarki w środowisku zamieszkania.

Wracając do podwyżek w POZ, chciałabym poinformować koleżanki, że po tzw. „pierwszej transzy”, która ujawniła opisywane powyżej absurdy jako samorząd czyniliśmy starania, by przy kolejnej transzy, podwyżki od 1 września otrzymały również pielęgniarki tzw. zabiegowe. Z przyczyn już w tej chwili od nas niezależnych nie można było dokonać nowelizacji rozporządzenia w „sprawie podwyżek”, gdyż mogłoby to przynieść „więcej szkody niż pożytku” ale z korespondencji, którą zamieszczamy pod komentarzem można wywnioskować, jakie kroki były podjęte i jakie możliwości mieli pracodawcy, by tę podwyżkę w odniesieniu do poszkodowanej grupy pielęgniarek zrealizować. Pisma oraz sposób uzyskiwania opinii ŚIPiP zamieszczamy poniżej.

Informacja dotycząca opiniowania przez Świętokrzyską Izbę Pielęgniarek i Położnych podziału środków na wzrost wynagrodzeń od 1.09.2016 r. w POZ

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń od dnia 01 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r. powinien nastąpić wzrost wy-

godzeń pielęgniarek i położnych o kwotę 800 zł. brutto/brutto średnio w skali kraju. W przypadku POZ kwota w odniesieniu do pielęgniarek i położnych jest przekazywana za pośrednictwem stawki kapitacyjnej i w związku

z tym może być wyższa lub niższa od wskazanej powyżej. Jest to uzależnione od ogólnej liczby pacjentów oraz ilości pacjentów, których dotyczy konkretny współczynnik korygujący. Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych jako organ zobowiązany w/w rozporządzeniem MZ do opiniowania sposobu podziału środków zamieściła na stronie internetowej wzór wniosku, wraz z informacjami dotyczącymi uzyskania opinii.

Wniosek można było przesłać w formie skanu wypełnionego i podpisanego dokumentu, listownie lub dostarczyć osobiście.

Jeśli na dzień składania wniosku do Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, NFZ nie przedstawił dokładnej kwoty wzrostu środków, należało ją obliczyć orientacyjnie biorąc pod uwagę dane z m-ca poprzedzającego składanie wniosku.

Z załącznika Nr 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ z dnia 27.06.2016 r. wynika kwota wzrostu stawki kapitałowej na pacjenta, która pomnożona przez wskaźniki korygujące zawarte w treści ww. zarządzenia i ilość pacjentów na listach aktywnych w poszczególnych przedziałach wiekowych określała zawartą we wniosku ŚIPiP orientacyjną wysokość dodatkowych środków na wzrost wynagrodzeń.

Obie tabele zawarte we wniosku należało wypełnić nie pomijając żadnej z rubryk. Jeśli podmiot nie zatrudniał pielęgniarek zabiegowych/punktów szczepień wymienionych w tabeli nr 2 należało zamieścić taką informację.

Jako organ opiniujący zgodnie z intencją Porozumienia z dnia 23.09.2015 r. uważamy, że sposób podziału środków powinien być równy lub równoważny do etatu przeleżeniowego (a nie traktowany jako uznaniowa regulacja płac).

Sposób podziału pomiędzy różnymi stanowiskami pracy pielęgniarek powinien być przeprowadzony w taki sposób, by każda z zatrudnionych pielęgniarek/położnych otrzymała kwotę jak najbardziej zbliżoną do określonej w rozporządzeniu kwoty 800zł. brutto/brutto.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz związki zawodowe pielęgniarek i położnych jako strony Porozumienia z dnia 23.09.2015 r. stoją na stanowisku, że podwyżkę powinny otrzymać wszystkie zatrudnione w POZ pielęgniarki/położne. Jedno ze źródeł finansowania wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek położnych punktów szczepień, zabiegowych zatrudnionych w praktykach lekarskich wskazane jest w uzasadnieniu do **Zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ pkt 2** (które zamieszczamy poniżej).

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., poz. 581, z późn. zm.).

Zarządzenie scala regulacje wprowadzone na rok 2016 i lata następne zarządzeniem Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz zarządzeniami zmieniającymi: Nr 2/2016/DSOZ z dnia 12 stycznia 2016 r., Nr 35/2016/DSOZ z dnia 6 maja 2016 r. i nr 48/2016/DSOZ z dnia 20 czerwca 2016 r., a ponadto wprowadza nowe, wynikające z:

- 1) wchodzących w życie z dniem 1 lipca 2016 r. zmian w zakresie przepisów m.in. art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.);
- 2) rozpatrzenia przez Fundusz, w wyniku rozmów w trakcie spotkań w dniach: 12.04.2016 r., 05.05.2016 r., 06.05.2016 r., 07.06.2016 r., 08.06.2016 r., 15.06.2016 r. i 22.06.2016 r. oraz wymiany korespondencji, wniosków zgłoszonych przez organizacje świadczeniodawców w trakcie opiniowania projektu zarządzenia Nr 35/2016/DSOZ z dnia 6 maja 2016 r., dotyczących wzrostu nakładów na POZ w 2016 r., w tym:
 - wzrostu cen świadczeń rozlicznych na podstawie cen jednostkowych,
 - wzrostu finansowania świadczeń lekarza poz dla populacji w grupach wiekowych: 40-65 r.ż. i powyżej 65 r.ż., z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w ww. przedziałach wiekowych oraz ich kosztochłonność, potrzebę zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich” od 1 września 2016 r. oraz pokrycie kosztów przewidywanej wzmożonej zgłaszalności świadczeniobiorców w związku z procedowanymi przez Ministerstwo Zdrowia regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75 r.ż.;
- 3) konieczności doprecyzowania warunków umowy w części dotyczącej zasad rozliczania świadczeń udzielanych przez położne poz w opiece okołoporodowej w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznawanymi wadami płodu.

Ponadto, celem poprawy dostępności do świadczeń lekarza poz i pielęgniarki poz, zmniejszoną zalecana liczbę zadeklarowanych pacjentów do 1 lekarza/pielęgniarki z 2750 do 2500 osób. Docelowo, powyższe powinno skutkować wzrostem liczby lekarzy/pielęgniarek udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Projekt zarządzenia podlegał opiniowaniu w okresie od 16.06.2016 r. do 23.06.2016 r.

W trakcie opiniowania projektu zarządzenia uwagi zgłosiło 12 uprawnionych podmiotów, w tym 3 poinformowały o braku uwag. Postulaty mające charakter finansowy, zostały uwzględnione w zakresie niewykraczającym poza aktualne możliwości finansowe Funduszu. Wprowadzone przez Fundusz regulacje finansowe skutkują w roku bieżą-

cym wzrostem kosztów finansowania świadczeń POZ na łączną kwotę ok. 156,5 mln zł. Oszacowana kwota wzrostu kosztów nie wpływa na zmianę planu finansowego Narodowego Fundusz Zdrowia.

Większość pracodawców, którzy składali do Izby wnioski na druku proponowanym przez nas i realizujący podwyżkę dla pielęgniarek zabiegowych/punktu szczepień ze wzrostu współczynnika korygującego stawkę bazową lekarza POZ w odniesieniu do pacjentów w grupie wiekowej 40 – 65 lat uzyskiwała opinię pozytywną i mamy nadzieję, że w praktyce będą ją realizować w sposób wskazany we wniosku.

Uznaniowy sposób podziału, lub nie uwzględnianie w podwyżce pielęgniarek zabiegowych/punktów szczepień otrzymywał opinię negatywną.

Część pracodawców składała do Izby wnioski, z których nie wynikał tak naprawdę żaden sposób podziału,

nie było również informacji, czy podmiot zatrudnia pielęgniarki zabiegowe i czy zostały one objęte podwyżką. W takim przypadku sposób podziału środków opiniowany był negatywnie. Najwyraźniej dla dużej grupy pracodawców opinia samorządu nie miała znaczenia, co niektórzy artykułowali wprost w rozmowach telefonicznych.

Niestety są przypadki w naszym województwie, w którym Dyrektorzy publicznych POZ albo nie przyznali pielęgniarkom zabiegowym podwyżki w ogóle albo w wysokości nieadekwatnej do możliwości wynikających ze wzrostu współczynnika, o którym była mowa powyżej. ŚIPIP będzie monitorowała sytuację w tych POZ i podejmiemy dalsze kroki w ramach uprawnień wynikających z Ustawy o samorządzie zawodowym.

Ewa Mikołajczyk
Przewodnicząca ŚIPIP w Kielcach

Szanowna Pani

Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W związku z wątpliwościami napływającymi do Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych zwracam się zapytaniem, czy w podwyżkach dla pielęgniarek i położnych we wrześniu br. będą uwzględnione pielęgniarki, które nie

były zgłoszone w poprzedniej turze. Chodzi bowiem o wyjaśnienie sytuacji, gdy został utworzony nowy podmiot i zatrudnił nowe pielęgniarki. Czy zgodnie z rozporządzeniem „OWU” pielęgniarki te zostaną objęte podwyżką.

Z poważaniem
Ewa Mikołajczyk
Przewodnicząca ORPiP w Kielcach

Pani

Ewa Mikołajczyk

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach

W nawiązaniu do Pani e-maila z dnia 19 maja br. uprzejmie informuję:

W podwyżkach przewidzianych w kolejnych latach (2016-2018) przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) mogą zostać uwzględnione pielęgniarki i położne, które nie zostały wykazane jako uprawnione do podwyżek we wrześniu 2015 r.

Zgodnie bowiem z par. 4 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. w latach 2016-2018 świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna – dla których kwestia podwyżek została uregulowana w par. 3 oraz w par. 4 ust. 6 rozporządzenia) będą mieli obowiązek przekazania w określonych terminach (według stanu na dzień 1 sierpnia 2016 r. za 2016 r., według stanu na dzień 1 sierpnia 2017 r. za 2017 r. oraz według stanu na 1 sierpnia 2018 r. za 2018 r.) do dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich NFZ informacje o liczbie pie-

łęgniarek i położnych wykonujących u tych świadczeniodawców zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów.

Tak więc uprawnione do otrzymania podwyżek w 2016 r. (i podobnie w roku 2017 i w roku 2018) będą te pielęgniarki i położne, które zostaną przez świadczeniodawców wykazane jako uprawnione (spełniające wskazane powyżej wymogi) do otrzymania tych podwyżek, według stanu na dzień 1 sierpnia, niezależnie od tego czy zostały one wykazane jako uprawnione i otrzymały podwyżkę w 2015 r.

Tym samym pielęgniarki i położne zatrudnione w podmiotach powstałych po 1 września 2015 r. tak samo jako pielęgniarki i położne zatrudnione w jakichkolwiek podmiotach leczniczych (także istniejących przed tą datą) po tej dacie będą uprawnione do otrzymania podwyżek. Ważne, aby spełniały one wspomniane warunki, to znaczy wykonywały zawód i realizowały świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy w dniu 1 sierpnia.

Wiceprezes NRPiP
Sebastian Irzykowski

Pan

Andrzej Jacyna

Prezes NFZ

Szanowny Panie Prezesie

W odpowiedzi na komunikat dotyczący przekazania do opiniowania projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, poniżej przedstawiam Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów w zakresie podstawowa opieka zdrowotna zawiera propozycję zwiększenia współczynników stawki kapitacyjnej dla świadczeń realizowanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców w grupach wiekowych 40-65 lat i powyżej 65-roku życia od 1 września 2016 r. Z uzasadnienia do zarządzenia wynika, iż jednym z argumentów przemawiającym za zwiększeniem wysokości w/w wskaźników jest potrzeba zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień lekarza poz.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera zaproponowane rozwiązanie pod warunkiem dokonania pilnej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 r., poz 1248) poprzez dokonania zmiany zapisu w Załączniku nr 1, Część V. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje dotychczasowe brzmienie punktu 1.4 zastąpić nowym brzmieniem „1.4 Pielęgniarka realizująca świadczenia w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień posiadająca uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych, zgodnie z wymogami zawartymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.” W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie jest niezbędne dla uregulowania przekazania środków finansowych na wzrost wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w praktykach lekarzy poz.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie wносиła o uregulowanie kwestii zatrudnienia pielęgniarek w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień lekarza poz. i nadanie im statusu prawnego w systemie podstawowej opieki zdrowotnej.

Z poważaniem:

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

Komunikat DSOZ w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych i punktów szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej

16-08-2016

W związku z opublikowanym 27 czerwca br. zarządzeniem Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, co następuje.

Z dniem 1 lipca 2016 r. uległa zwiększeniu z 1,12 na 1,18, a począwszy od września 2016 r. na 1,2, wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitacyjną przypisaną w warunkach rozliczania świadczeń lekarza POZ, do grupy świadczeniobiorców w wieku od 40 do 65 roku życia.

Celem wzrostu jest między innymi zapewnienie środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, uczestniczących w realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, w szczególności jako personel prowadzonych gabinetów zabiegowych i punktów szczepień.

Dokonana zmiana zgodna jest z treścią Porozumień zawartych

z Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia i stanowi realizację postulatów przedstawicieli ww. organizacji świadczeniodawców, a także środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, o zapewnienie przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości ww. współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną w finansowaniu świadczeń lekarza POZ, do poziomu gwarantującego realizację wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, odpowiednio do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Informuje jednocześnie, że wykorzystanie wskazanych wyżej środków przez świadczeniodawców zgodnie z celem, na jaki zostały przekazane będzie przedmiotem zainteresowania Funduszu.

źródło – Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dnia 17.08.2016 r

Pan/Pani

Przewodniczący/a ORPiP

/wszystkie/

Szanowni Państwo

Na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia ukazał się komunikat dotyczący zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w praktykach lekarskich w gabinetach zabiegowych i szczepień. Poniżej treść komunikatu dla Państwa wiadomości i ewentualnego wykorzystania.

korzystania.

Aktualności Centrali Komunikat DSOZ 16-08-2016

Komunikat w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych i punktów szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej.

W związku z opublikowanym 27 czerwca br. zarządzeniem Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, co nastę-

puje. Z dniem 1 lipca 2016 r. uległa zwiększeniu z 1,12 na 1,18, a począwszy od września 2016 r. na 1,2, wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitulacyjną przypisaną w warunkach rozliczania świadczeń lekarza POZ, do grupy świadczeniobiorców w wieku od 40 do 65 roku życia.

Celem wzrostu jest między innymi zapewnienie środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, uczestniczących w realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, w szczególności jako personel prowadzonych gabinetów zabiegowych i punktów szczepień.

Dokonana zmiana zgodna jest z treścią Porozumień zawartych z Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia i stanowi realizację postulatów przedstawicieli ww. organizacji świadczeniodawców, a także środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych,

o zapewnienie przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości ww. współczynnika korygującego stawkę kapitulacyjną w finansowaniu świadczeń lekarza POZ, do poziomu gwarantującego realizację wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, odpowiednio do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Informuje jednocześnie, że wykorzystanie wskazanych wyżej środków przez świadczeniodawców zgodnie z celem, na jaki zostały przekazane będzie przedmiotem zainteresowania Funduszu.

źródło – Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Z poważaniem:
Wiceprezes NRPIP
Mariola Łodzińska

Kielce, 28 lipca 2016 r.

Szanowna Pani
Małgorzata Kiebzak
Dyrektor
NZF Oddział Świętokrzyski

W związku z wątpliwościami zgłaszanymi przez Członków Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych dotyczącymi kwoty podwyżki dla pielęgniarek i położnych od

dnia 1 września 2016 r. prosimy o wyjaśnienie następującej kwestii.

Jaka będzie kwota podwyżki dla pielęgniarki/położnej wykazanej przez Pracodawcę do NFZ po raz pierwszy na dzień 1 sierpnia 2016 r.?

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
mgr Ewa Mikołajczyk

Kielce, dnia 4 sierpnia 2016 roku

Pani
Ewa Mikołajczyk
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Nowy Świat 32 A
25-522 Kielce

Szanowna Pani Przewodnicząca

Odpowiadając na pismo z dnia 28 lipca 2016 roku znak: L. Dz. 765/XXVIII/16 w sprawie wysokości wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych od dnia 1 września 2016 roku Świętokrzyski OW NFZ informuje, że zgodnie z zapisem §4 ust. 5 w pkt 1 i ust.6 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie owu z dnia 15 października 2015 r. w okresie od dnia 1 września 2016 roku do dnia 31 sierpnia 2017 roku średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki lub położnej wynosi 800,00 zł, i kwota ta obejmuje już wcześniej przyznane środki w wysokości 400,00 zł (o których mowa w §2 ust. 4 rozporządzenia zmienianego w §1 i w §2

ust. 2 pkt 1 oraz §3 ust. 2 rozporządzenia zmieniającego).

Zapis powyższy oznacza, że od 1 września 2016 roku średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi (zgodnie z rozp. Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozp. zmieniającego z dnia 15 października 2015 r.) będzie wynosił 800,00 zł na każdy etat lub równoważnik etatu wykazany we wniosku sporządzonym wg stanu na dzień 1 sierpnia 2016 roku. Przepisy nie rozgraniczają tu osób zgłaszanych we wcześniejszym wniosku od osób zgłaszanych po raz pierwszy. Natomiast sam podział otrzymanych środków przez świadczeniodawcę winien odbywać się zgodnie z porozumieniem zawartym ze związkiem zawodowym pielęgniarek i położnych działającym u świadczeniodawcy lub w oparciu o wypracowany sposób podziału pozytywnie zaakceptowany przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem
Małgorzata Kiebzak
NZF Oddział Świętokrzyski

Notatka ze spotkania w dniu 18.07.2016 r.

W dniu 18.07.2016 r., w Centrali NFZ, odbyło się spotkanie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Pana Andrzeja Jacyny z przedstawicielkami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) lista osób uczestniczących w załączeniu. Spotkanie zorganizowane zostało na wnio-

sek NRPIP. W trakcie spotkania, przedstawicielki NRPIP zwróciły się o wyjaśnienia dotyczące następujących regulacji wprowadzonych do warunków zawarcia i realizacji wnów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

- 1) wzrostu finansowania świadczeń lekarza POZ dla grup wiekowych świadczeniobiorców: 40-65 r.ż. oraz powyżej 65 r.ż., przy pominięciu w uzgodnieniach i wprowadzonych regulacjach, świadczeń pielęgniarki POZ. W uzasadnieniu wskazano przyszłe obciążenia pielęgniarek związane z możliwością wystawiania pacjentom recept,
- 2) wpływu obniżenia z 2750 do 2500 zalecanej liczby pacjentów objętych opieką lekarza, pielęgniarki POZ na warunki finansowania świadczeń.

Ponadto zgłosiły:

- 3) potrzebę wzrostu finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej w związku ze spodziewanym spadkiem liczby uczniów szkół, związanym z przeprowadzanymi zmianami w systemie oświaty,
- 4) problem znacznego obniżenia finansowania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w związku z przyjęciem przez Fundusz do wyceny tych świadczeń taryfy 0,5 ostatecznie określonej przez Agencję Taryfikacji w miejsce poprzedniej wyceny na poziomie 0,75. Poinformowały Prezesa Funduszu o złożeniu pisma w tej sprawie, oraz zwróciły się z prośbą o udzielenie pisemnej odpowiedzi.

Udzielając wyjaśnień w zgłoszonych kwestiach Prezes Funduszu przedstawił, co następuje.

Ad. 1)

Zgodnie z warunkami Porozumień zawartych z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców POZ reprezentujących w szczególności środowisko lekarskie (FZPOZ PZ i PPOZ), środki finansowe uzyskane przez świadczeniodawców z tytułu wzrostu współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza POZ powinny zostać przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich” (pielęgniarki gabinetów zabiegowych i punktów szczepień), poprawę informatyzacji prowadzonych placówek medycznych, pokryć koszty zwiększonych nakładów pracy związanych z zapewnieniem przez lekarzy POZ od 1 września 2016 r. możliwości uzyskania recepty na bezpłatne leki dla grupy świadczeniobiorców powyżej 75 r.ż. a także na rozwój działalności związanej z projektowanymi rozwiązaniami mającymi na celu poprawę kompleksowości i jakości udzielanych świadczeń.

Fundusz otwarty jest na rozmowy z przedstawicielami organizacji reprezentujących środowisko pielęgniarek i położnych, jednakże ewentualne wzrosty finansowania świadczeń w pozostałych zakresach POZ, tak jak w przypadku świadczeń lekarza POZ, muszą znaleźć uzasadnienie kosztowe. Na chwilę obecną trudno rozmawiać o potencjalnym wzroście nakładów pracy w związku z uzyskaną przez pielęgniarki możliwością ordynowania niektórych leków i wystawiania pacjentom recept, gdyż wg danych OW NFZ jedynie 88 pielęgniarek i położnych uzyskało uprawnienia do pobierania

druków recept, natomiast wg danych sprawozdawczych aptek, liczba zrealizowanych recept refundowanych wystawionych przez pielęgniarki/położne do maja 2016 r., wynosi 1708 recept.

Fundusz będzie czuwał nad realizacją przez stronę świadczeniodawców zobowiązań określonych w zawartych Porozumieniach. W kwestii dotyczącej wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek zatrudnionych w „praktykach lekarskich” zwróci się do świadczeniodawców o przekazanie informacji z realizacji podjętego zobowiązania. Ponadto, na stronie internetowej Funduszu, w nieodległym terminie, zostanie opublikowany komunikat informujący pielęgniarki i położne „praktyk lekarskich” o przekazaniu świadczeniodawcom środków na wzrost ich wynagrodzeń, odpowiednio do warunków określonych dla POZ w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków wnów.

Ad.2)

Obniżenie zalecanej warunkami umów populacji świadczeniobiorców objętych opieką lekarza, pielęgniarki POZ, ma znaczenie intencyjne i pozostanie bez wpływu na zasady tworzenia list świadczeniobiorców i warunki finansowania świadczeń. Celem zmiany, przyszłościowo, jest wzrost liczby personelu udzielającego świadczeń, a przez to poprawa dostępności i jakości świadczeń.

Ad. 3)

O ewentualnym wzroście finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej, proponuje się wrócić po 1 września 2016 r., gdyż wtedy będzie możliwość oceny wpływu regulacji wprowadzanych w systemie oświaty na populację uczniów szkół objętych opieką w ramach umów z Funduszem.

Ad.4)

Do udzielenia odpowiedzi na temat zmiany taryfy, jednostką właściwą jest Agencja Taryfikacji. Fundusz zobowiązany jest do korzystania z wycen publikowanych przez Agencję, przy czym nie posiada żadnego wpływu na prowadzone przez nią prace. Co do przyjętej metodologii wyceny, budzi ona zastrzeżenia, gdyż opiera się jedynie o dane jednostek, które zdecydowały się na podjęcie współpracy z Agencją i ujawnianie swoich kosztów. To wpływa na obniżenie rzetelności wyceny. W opinii Funduszu, wycena powinna być prowadzona w oparciu o dane kosztowe uzyskiwane przez Agencję od wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy.

Samodzielnie, Fundusz może określić warunki finansowania świadczeń tylko tam, gdzie wycena Agencji Taryfikacji nie została dokonana – przykład: podwyższenie finansowania świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. oraz dla oddziałów pediatrycznych. Na tym spotkanie zakończono.

*Notatkę sporządziła:
Hanna Klimczak
Główny specjalista
DSOZ, Centrala NFZ*

PODWYŻKI W CENTRACH KRWIODAWSTWA

Pan/Pani

Członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
/wszyscy/

Szanowni Państwo

W dniu 18 lipca 2016 r. w Warszawie odbyło się spotkanie Prezydium NRPiP z Ministrem Zdrowia Konstantym Radziwiłłem, podczas którego omówiono między innymi sprawy związane z kolejną transzą podwyżek od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r. dla pielęgniarek i położnych zgodnie z zawartym porozumieniem z dnia 23 września 2015 r. Poruszono sprawę podwyżek dla pod-

wykonawców, pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień oraz pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Centrach Krwiodawstwa, Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych.

Minister Zdrowia zapewnił, iż środki finansowe są zabezpieczone zgodnie z zawartym Porozumieniem.

W załączeniu przesyłam odpowiedź Departamentu Pielęgniarek Położnych dotyczącą realizacji podwyżek w Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Zofia Malas

Warszawa, 19-07-2016 r.

Pani

Zofia Malas

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Nawiązując do prowadzonej korespondencji w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzenia wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 i poz. 1628) oraz z treści Porozumienia zawartego w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Ministrem Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych przedstawia poniżej informacje na temat realizacji wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Departament informuje, że dnia 13 lipca 2016 r. Mi-

nister Finansów uruchomił z rezerwy celowej środki na sfinansowanie w 2016 r. w ramach dotacji celowej dla 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa Krwiolecznictwa skutków podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek wykonujących zadania statutowe RCKiK, określone w art. 27 pkt 3-4 oraz 6 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r., poz. 332 z późn. zm.). W dniu 14 lipca 2016 r. został zwiększony plan finansowy Narodowego Centrum Krwi na ten cel.

Środki zostaną wypłacone po zawarciu przez Narodowe Centrum Krwi stosownych umów/aneksów z Regionalnymi Centrami Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Ponadto, z informacji przekazanych przez Narodowe Centrum Krwi na dzień 25 marca 2016 r., liczba etatów zatrudnionych w RCKiK pielęgniarek, wykonujących zadania wskazane w art. 27 pkt 3-4 i 6 ustawy o publicznej służbie krwi wynosi ogółem 911,33 etatów.

Informacja przekazana przez NCK obejmuje etaty pielęgniarek, które miały zostać zatrudnione w RCKiK okresie od 1 kwietnia 2016 r. i od 1 maja 2016 r.

Z poważaniem

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Beata Cholewka

Sz. Pani

mgr Ewa Mikołajczyk

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Świętokrzyskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani

Uprzejmie informuje, iż na podstawie otrzymanych informacji z Ministerstwa Zdrowia trwa procedura uruchomienia rezerwy celowej Ministra Zdrowia m.in. na podwyżki dla pielęgniarek. Podwyżki obejmują okres od

1.01.2016 r. zgodnie z rozporządzeniem wspomnianym w Pani piśmie.

Wynagrodzenie miesięczne wyniesie 400 zł brutto na etat. Informuje również, że wszystkie pielęgniarki zatrudnione w strukturze RCKiK w Kielcach (w tym Oddziałach Terenowych) otrzymają podwyżki j.w.

Z poważaniem

Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w Kielcach

mgr Jerzy Stalmasiński

DLA POŁOŻNYCH

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

Każda kobieta posiada fundamentalne prawo do właściwej opieki okołoporodowej odgrywając we wszystkich aspektach tej opieki kluczową rolę. 13 kwietnia 2016 r. ukazało się zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ) wprowadzające nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). Wg. autorów tego dokumentu nadrzędnym parytetem wprowadzonych zmian jest poprawa (?) opieki nad kobietą w ciąży zakończonej urodzeniem zdrowego noworodka, poprzez wdrażanie odpowiednich praktyk okołoporodowych. Już na etapie projektu zarządzenie to budziło wiele wątpliwości zarówno w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, jak i w środowisku położnych. Wyrazem tego było stanowisko NRPIP z dn. 3 lutego 2016 (pełny tekst tego stanowiska jest dostępny na stronie internetowej ŚIPIP). W stanowisku tym NRPIP przedstawia uwagi odnoszące się do konkretnych zapisów zarządzenia i wskazuje ich błędy. NRPIP zauważa, że w ostatnim czasie został już stworzony system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem. System ten zaczyna dopiero funkcjonować, głównie za sprawą wprowadzenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą

w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem, mającego na celu uszczelnienie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą oraz noworodkiem, których skuteczność będzie można ocenić dopiero w dłuższej perspektywie czasu. W ocenie NRPIP istniejący system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie, połogu i noworodkiem zabezpiecza właściwą opiekę, a proponowane zmiany mogą ją tylko znacznie zdeorganizować. Przyjęte w zarządzeniu nr 22/2016/DSOZ zmiany mogą doprowadzić do pogorszenia jakości opieki ponieważ ograniczają wolność pacjentki w zakresie wyboru położnej POZ narzucając położną zatrudnioną w opiece skoordynowanej, wprowadzają nierówny dostęp do opieki kobiet zamieszkujących miasto i wieś. Program może też spowodować zamknięcie dobrze działających indywidualnych praktyk i zakładów, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po zakończeniu pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu, a należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów.

Stanowisko to zostało przesłane min. do Ministerstwa Zdrowia. Poniżej prezentujemy przesłaną odpowiedź.

mgr Izabela Oszmiana
Skarbnik ORPiP w Kielcach

Warszawa, 10-08-2016

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Pan Tadeusz Wadas

Przewodniczący Małopolskiej

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

dot: stanowiska NRPIP i MORPIP w sprawie projektu zarządzenia koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży.

W związku z podjętym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych stanowiskiem nr 1 z dnia 3 lutego 2016 r. oraz Małopolską Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych stanowiskiem nr 2 z dnia 10 lutego 2016 r., w sprawie projektu zarządzenia Prezesa NFZ wprowadzającego nowy zakres świadczeń pt. *Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, iż określony w dziale VII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pu-

blicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.) nadzór Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia polega na badaniu przyjętych przez Radę Funduszu i Prezesa NFZ uchwał i decyzji stosownie do przepisu art. 163 ust. 2 ww. ustawy.

Z uwagi na fakt, iż zaproponowane przez Fundusz rozwiązania spowodowały liczne wystąpienia różnych organów, organizacji i innych interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru nad działalnością Funduszu podjął działania polegające na monitorowaniu rozwiązań objętych przedmiotowymi regulacjami.

W ramach podjętych czynności wszystkie zgłoszone do projektu uwagi i wnioski, dotyczące szczegółowych rozwiązań zawartych w projektowanych przepisach, a także stanowisko Funduszu w zakresie ich rozpatrzenia, stanowią przedmiot analiz prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia.

Wobec szeregu zarzutów związanych z ingerowaniem w sferę przepisów prawa powszechnie obowiązującego, które w żaden sposób nie mogą być modyfikowane na po-

ziomie zarządzenia, Minister Zdrowia zwrócił się do Prezesa NFZ o szczegółowe wyjaśnienia w sprawie.

Przedmiotem monitorowania są także podnoszone w stanowiskach kwestie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ, w tym w szczególności zadania położnej uregulowane na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013, poz. 1248 z późn. zm.), które na podstawie tych przepisów pozostają w kompetencji wyłącznie położnej przyjmującej deklaracje wyboru, wobec czego zadania te nie mogą być realizowane przez inną położną.

Biorąc pod uwagę powyższe, pragnę zapewnić Państwa, iż o ile model opieki koordynowanej tj. systemowej, ciągłej i spersonalizowanej opieki medycznej jest przedmiotem zainteresowania obecnego kierownictwa resortu rozważanym do wdrożenia w przyszłości, to rozwiązania cząstkowe, które ingerują w obecny system w sposób nie skorelowany, w tym w prawa pacjenta, nie zyskują akceptacji.

Zaproponowane rozwiązania nie stanowią jeszcze rozwiązania systemowego, mają jednak znaczenie dla oceny funkcjonowania w praktyce innego modelu organizacji świadczeń położniczych.

Pragnę jednocześnie dodać, iż podzielam opinię Państwa, że na efekty oraz skuteczność w zakresie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą i noworodkiem będzie można oczekiwać w dłuższej perspektywie czasu, tym bardziej, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2007) nie weszło jeszcze w życie.

Nadmieniam, iż według stanu na dzień 18 lipca 2016 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży zostały zawarte z 11 świadczeniodawcami na terenie kraju. Monitorowanie realizacji zawartych umów pozwoli zweryfikować skuteczność opieki koordynowanej w kształcie zaproponowanym przez NFZ.

Z poważaniem
Podsekretarz Stanu
Piotr Warczyński

Planowane terminy szkoleń Ośrodka Kształcenia Podplomowego Kadr Medycznych Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych na II półrocze 2016 r.

Rodzaj kształcenia	Planowany termin rozpoczęcia kursu	Planowany termin zakończenia kursu
Kursy Kwalifikacyjne:		
Pielęgniarstwo Anestezjologii i Intensywnej Opieki dla pielęgniarek	02.09.2016 r.	22.12.2016 r.
Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek	30.09.2016 r.	28.02.2017 r.
Pielęgniarstwo w Środowisku nauczania i Wychowania dla pielęgniarek	21.10.2016 r.	15.03.2017 r.
Kursy specjalistyczne:		
Eduktor w Cukrzycy dla pielęgniarek i położnych	09.09.2016 r.	07.11.2016 r.
Leczenie Ran dla położnych	17.08.2016 r.	01.09.2016 r.
Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa dla pielęgniarek i położnych	I edycja 09.09.2016 r. II edycja 27.10.2016 r.	I edycja 10.10.2016 r. II edycja 24.11.2016 r.
Wykonanie i Interpretacja zapisu Elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych.	I edycja 19.09.2016 r. II edycja 28.10.2016 r.	I edycja 12.10.2016 r. II edycja 23.11.2016 r.
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	30.09.2016 r.	22.10.2016 r.
Endoskopia dla pielęgniarek	21.10.2016 r.	05.12.2016 r.
Kursy doksztalcające:		
Poród w pozycjach wertykalnych dla położnych	22-23.09.2016 r. 04-05.10.2016 r. 24-25.10.2016 r. 15.-16.12.2016 r.	

Najbardziej pożądaný zawód świata

Krzysztof Boczek – dziennikarz, redaktor specjalizujący się w tematach służby zdrowia oraz psychologii

Pielęgniarek brakuje w prawie wszystkich krajach rozwiniętych. Deficyt za 5-10 lat będzie jeszcze większy. Gdzie szukać nowych rąk do pracy i jakim kosztem? Na horyzoncie nie widać idealnych rozwiązań.

Bardzo trudno być pielęgniarką w Polsce – mówi Kasia Kaseja, ze Specjalistycznego ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu. – Jest nas tak mało, że trzeba robić wszystko – dodaje w reportażu. Tak zaczyna się raport CNN na temat niedostatków pielęgniarek. Nie tylko w Polsce, a prawie na całym świecie.

ŚWIAT: 40 proc. na emeryturę

Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) obecnie na Ziemi jest o 7,2 mln personelu medycznego za mało w stosunku do potrzeb. – W 2035 r. będzie ich brakowało aż 12,9 mln – grzmi WHO w swoim raporcie z Trzeciego Globalnego Forum HR Ochrony Zdrowia. Bo populacja na Ziemi mocno się starzeje, a nowych rąk do pracy w tej branży przybywa niewiele. Tendencja ta jest mocno widoczna zwłaszcza w krajach rozwiniętych. Prawie na całym Zachodzie. Świat przypomina trochę otyłą osobę cierpiącą na bulimię, która, przy malejących zasobach jedzenia, potrzebuje jeść więcej i więcej. I to mimo iż znaczna część zapasów w spiżarni lada chwila się przeterminuje. Światowa Organizacja Zdrowia przestrzega, że aż 40 proc. pielęgniarek obecnie zatrudnionych odejdzie z zawodu w ciągu najbliższych 10 lat. Kto potem będzie się nami opiekował? Problem niedostatku pielęgniarek na świecie i wielkiego zagrożenia w tej pracy wyskoczył jak bąbel na skórze, podczas ubiegłorocznego szczytu epidemii eboli. Bo kilka pielęgniarek z krajów zachodnich i setki z Afryki zaraziły się tą chorobą. Świat nagle zdał sobie sprawę: to bardzo niebezpieczna praca. Epidemia w Afryce pochłonęła ponad 500 pracowników personelu medycznego. Znaczna część z nich to pielęgniarki. Podczas epidemii świat także się dowiedział, że w krajach Afryki Subsaharyjskiej, niedostatek pielęgniarek jest tak olbrzymi, że trudno nawet oszacować jego wielkość.

EUROPA: głupcem być

Po 2030 r. co czwarty Europejczyk będzie miał 65 lat i więcej. Ale już w 2020 – wg UE – będzie brakować na Starym Kontynencie ponad milion pielęgniarek. Dlaczego? – Ludzie odchodzą z zawodu, bo nie mogą już wytrzymać trudnych warunków tej pracy – tłumaczy Paul

De Raeve, sekretarz generalny w Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarskich z 27 krajów UE. – Młodzi ludzie uważają, że trzeba być głupcem, by wybrać sobie taki zawód – dodaje. Największy deficyt dotyczy będzie Wielkiej Brytanii. Dziura już jest olbrzymia. Tak duża, że po wydrenowaniu personelu medycznego z rynków pracy Europy Środkowo-Wschodniej (m.in. z Polski) NHS sięgnął po dalsze kraje. W całym 2015 r. NHS planuje ściągnąć spoza Unii i zatrudnić aż 20,7 tys. pielęgniarek. Jedna tylko olbrzymia placówka University College London Hospitals (UCLH) potrzebuje „na cito” 500 osób do pracy w tym zawodzie. NHS szuka ich głównie w Indiach i na Filipinach. Płaci za ich werbowanie i ściągnięcie do kraju. Tymczasem Urząd Imigracyjny Wielkiej Brytanii (UI) odrzuca część wniosków. W ciągu ostatnich kilku miesięcy aż 30 proc. – Jesteśmy tym bardzo rozczarowa-



WHO PRZESTRZEGA, że aż 40 proc. pielęgniarek obecnie zatrudnionych odejdzie z zawodu W CIĄGU NAJBLIŻSZYCH to LAT. Kto się będzie nami opiekował?

ni – skomentował te działania UI dr Peter Carter, do niedawna prezes Royal College of Nursing. Przypomniął, że wśród pielęgniarek na Wyspach średnia wieku jest wysoka i problem niedługo będzie znacznie większy niż obecnie. NHS przestrzega Urząd Imigracyjny przed zbyt rygorystycznym rozpatrywaniem wniosków o pracę, składanych przez pielęgniarki. – To stwarza zagrożenie dla pacjentów w szpitalach – grzmi ta instytucja.

NHS zażądał więc, by ten zawód został wpisany na oficjalne listy deficytowych profesji w Wielkiej Brytanii. To spowodowałoby, że służby imigracyjne musiałyby poluzować śruby, rozpatrując wnioski pielęgniarek – miałyby one pierwszeństwo w uzyskaniu zgody na pracę. Problem etatowych dziur w szpitalach nagłaśniają duże media, m.in. BBC. Dziennikarze ujawnili, że na rządowej liście brakujących zawodów, znalazły się tak „niezbędne” dla Brytyjczyków profesje, jak m.in. projektanci gier komputerowych czy tancerze baletowi. – Czy to oni będą wymieniać wenflony i dbać o odleżyny chorych? – pytają zbulwersowane media. Publiczna presja na ministra imigracji Jamesa Brokenshire’a trwa. Brytyjczycy także silnie namawiają do powrotu do zawodu osoby, które go porzuciły. Na Wyspach jest jeden argument za tym – relatywnie wysokie zarobki pielęgniarek. Średnie wynoszą „zaledwie” 2,3 tys. funtów, ale doświadczone i utalentowane mogą zarabiać nawet trzykrotnie więcej. To uposażenia przewyższające lekarskie pensje. Obecna szefowa Royal College of Nursing, Janet Davis, zarabia rocznie astronomiczne 156 tys. funtów! Mimo to, lobby pielęgniarskie i tak żąda dla siebie większych zarobków w publicznym sektorze. Przez kolejne 4 lata płace pielęgniarek na Wyspach mają rosnąć o 1 proc. rocznie.

NIEMCY: made in China

Drugi z najbardziej potrzebujących krajów w UE – Niemcy – spodziewają się, że w 2030 r. będą potrzebowały pół miliona pielęgniarek. Obecnie na rynku jest ok. 10 tys. ofert dla nich, na które brak chętnych. Ale wg Federalnego Stowarzyszenia Prywatnych Dostawców Usług Socjalnych (BPA), do opieki nad chorymi i starymi ludźmi nad Renem brakuje aż 50 tys. osób. Jak zalatać te dziury? Niemcy, oprócz szeroko otwartych rąk dla imigrantów zarobkowych w zawodach medycznych, zwłaszcza z krajów UE (gł. Hiszpania, Portugalia), ściągają także pielęgniarki z ... Chin. Bo wg niektórych szacunków, tam jest ponad 400 tys. bezrobotnych osób w tym zawodzie. Ogromną liczbę takich specjalistów wypuszcza tam co roku ponad 200 college’ów i 12 uniwersytetów z kierunkami pielęgniarskimi. W specjalnym programie w Shandong International Nurse Training Center w Chinach, tamtejsze pielęgniarki przygotowywane są do pracy w Niemczech. Przez 8 miesięcy uczą się języka, kultury i specyfiki życia u naszych zachodnich sąsiadów. W 2014 r. zaimportowano 150 takich pracowników. Ale te kilkaset nowych rąk do pracy rocznie, to ciągle kropla w morzu potrzeb. Wyszkolenie w Niemczech pielęgniarki jest krótsze – zajmuje tylko 3 lata, zamiast standardowych 4.








AMERYKA: kokosy jak magnes

Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek twierdzi, że w ich zawodzie w 2022 r. będzie brakować 60 tys. par rąk do pracy. To dużo, bo prawie 20 proc. więcej niż obecne zatrudnienie w tej branży. Ottawa chciałaby co roku edukować więcej pielęgniarek, bo jest dość chętnych, ale miejsc na uczelniach brak. W Kanadzie jest za mało wykwalifikowanej kadry wykładowców i prowadzących zajęcia dla przyszłych pielęgniarek. Deficyt na rynku pracy ten kraj będzie więc nadal uzupełniał w najbardziej typowy dla siebie sposób – imigrantami zarobkowymi. Znacznie gorzej jest w USA – do 2020 r. ma tam brakować 800 tys. pielęgniarek. To bardzo dużo, biorąc pod uwagę fakt, że obecnie pracuje ich tam ok. 2,7 mln. To „wina” m.in. reformy służby zdrowia w USA – Obamacare, która uprawnia więcej osób do opieki pielęgniarskiej niż dotychczas. Wg szacunków chodzi o ok. 30-40 mln potencjalnych pacjentów więcej. Po 2020 r. deficyt może być jeszcze większy. A to ze względu na zjawisko, które w USA nazywają „srebrnym tsunami” – obecnie ponad milion pielęgniarek ma 50 i więcej lat. Odejdą z zawodu w ciągu 10-15 lat. Co robią USA, by zapchać dziury? Drenują rynki pracy krajów latynoamerykańskich. Pielęgniarki z Meksyku czy Karaibów to normalka. – Rozwiązaniem są też partnerstwa publiczno-prywatne, które będą tworzyć „baseny talentów” – specjalistów o wysokich kompetencjach. Ci z kolei mają szkolić armie pielęgniarek – pisze w raporcie Sara Sonenshine, była sekretarz stanu w USA ds. Spraw Publicznych i Publicznej Dyplomacji. Ale najlepszym sposobem na łatanie dziur są ... kursy online dla pielęgniarek. Coraz więcej ich oferują uczelnie. W ten sposób łatwiej i szybciej wykształcą się chętni do tego zawodu. W Medline University, który oferuje także możliwość nauki za darmo, co miesiąc lekcje bierze 40 tys. przyszłych pielęgniarek. Do zawodu przyciągają też bardzo dobre zarobki – przeciętna pielęgniarka dostaje miesięcznie w USA 5,7



tys. dolarów (bez nadgodzin). Najlepsze wyciągają nawet ponad 10 tys. dolarów. W Kalifornii te stawki dotyczą nawet przeciętnych pracowników: w San Jose średnia pensja w tym zawodzie w 2013 r. wynosiła aż 10,3 tys. dolarów na miesiąc, a w Oakland – 10,1 tys. W żadnym innym kraju przedstawicielki tego zawodu nie mogą liczyć aż na takie kokosy.

ŚREDNIE MIESIĘCZNE ZAROBKI PIELĘGNIAREK NA ŚWIECIE W PRZELICZENIU NA DOLARY AMERYKAŃSKIE (w nawiasach rozpiętość)

	2500 – Japonia
	3600 – Wielka Brytania (2500 - 12 500)
	4300 – Niemcy (3900 - 4700)
	5000 – Australia
	5700 – USA (3500 - 10 300)
	6000 – Kanada
	6300 – Szwecja (4300 - 8300)

AZJA: Mekka jest jedna

Państwa Zatoki Perskiej „zasysają” pielęgniarki z innych krajów Azji. Zjednoczone Emiraty Arabskie i Arabia Saudyjska oferują zarobki wysokie dla obywateli Indii czy Bangladeszu. Tylko częściowo z tego powodu w Indiach jest olbrzymi deficyt pielęgniarek – wg raportu WHO z 2010 r. brakuje tam aż 2,4 mln osób o tej profesji! Bliski Wschód jest swego rodzaju Mekką dla personelu medycznego z biednych krajów Azji, ale raczej wątpliwe, by stała się nią Japonia. W tym kraju 1/4 ze 126-milionowej populacji ma 65 lat i więcej. Najstarszy naród na Ziemi. Miliony spośród tych starszoków wymagają leczenia i opieki pielęgniarskiej już teraz. A jej nie mają. W Japonii brak pielęgniarek stał się narodowym problemem. Szacuje się, że w 2025 roku będzie potrzeba aż 2,5 miliona osób w tym zawodzie, tj. o 800 tys. więcej niż obecnie. Powód tak dużego deficytu? Niskie płace – średnio 2,5 tys. dolarów miesięcznie. To 30 proc. poniżej średniej pensji w kraju. Z powodu trudnych warunków pracy, długich godzin, zmianowości, 17 proc. pielęgniarek co roku zmienia zatrudnienie. Dziura w etatach byłaby wielokrotnie większa, gdyby nie rodziny japońskie – kobiety często rezygnują z własnej pracy zawodowej, by opiekować się schorowanymi rodzicami. Ktoś musi to robić. Rząd Japonii nie ma jasnego pomysłu na to, jak uzupełnić obecną dziurę i tę, która pojawi się za 10 lat. Kraj Kwitnącej Wiśni i tak dokonał gigantycznej poprawy w tej materii – w 2000 roku pielęgniarek było zaledwie 550 tys., 15 lat później już 3 razy więcej. Ale nadal za mało. Imigranci zarobkowi? Japończycy mają olbrzymi problem z akceptacją tego scenariusza. Boją się, że podniosłoby to poziom przestępczości oraz „rozwodniło” ich hermetyczną kulturę. Tylko 1,7 proc. Japończyków uważa, że ich kraj powinien promować i przyjmować imigrantów zarobkowych. Dlatego też Departament Imigracyjny rzuca pielęgniarkom z innych krajów kłody pod nogi. Współ z pielęgniarskimi związkami zawodowymi w Japonii – te obawiają się obniżenia i tak niskich płac. Jak wyglądają te kłody? Test językowy jest piekielnie trudny. Wśród 741 pielęgniarek z Indonezji, Filipin i innych krajów Azji, w 2013 roku ten 7-godzinny

test, złożony z 240 pytań zdało zaledwie 96 osób. Rok później już tylko 30. Wiele z nich próbowało swych sił drugi, trzeci raz. Co roku, przez 3 lata, imigranckie pielęgniarki mogą podchodzić do tego egzaminu językowego, ale jeśli nie zdadzą go w ciągu 3 lat, są odsyłane do macierzystych krajów. Ministerstwo Zdrowia Japonii chwytta się więc innych sposobów – zachęca do

zmiany zawodu na pielęgniarski, oferując wsparcie podczas jego nauki. Próbuje także ponownie przyciągnąć certyfikowane pielęgniarki, które odeszły już z pracy. A najlepiej wyedukowanym oferuje wyższe płace. Ale to ciągle za mało, by zalepić istniejącą dziurę. Rozwiązania na horyzoncie nie widać. Pieniądzy na ten cel też więcej nie będzie – przy olbrzymim zadłużeniu Japonii, rząd nie chce zwiększać dziury w budżecie, a to on głównie ponosi koszty opieki pielęgniarskiej. Co więc mają zrobić sędziwi Japończycy? Jeść dużo ryb, liczyć na zdrowie do grobowej deski i co rano jak mantrę powtarzać: „co nas nie zabije, to nas wzmocni”.

Przedruk z: „Służba Zdrowia” nr 1-8/2016, 21.01.2016

PROBLEMY ZDROWOTNE PIELĘGNIAREK

- 52% (USA) do 80 proc. (Filipiny) – chroniczne bóle pleców
- 12% odchodzi z zawodu ze względu na bóle pleców
- 20% zmienia funkcję ze względu na problemy w dolnej części pleców
- 38% odczuwało tak silny ból pleców, że musiała przerywać pracę i wrócić do domu
- 14% zmieniło pracę ze względu na chroniczne bóle szyi lub ramion
- 4-5 razy częściej niż przedstawiciele jakiegokolwiek innej profesji chorują na zapalenie skóry
- nadwyrężenia i skręcenia – szóstą pod względem częstości grupa zawodowa (USA)
- 40 proc. doznało kontuzji w pracy w ciągu ostatniego roku (Filipiny), o 6 proc. – co najmniej 3 razy w ciągu roku
- 6 razy częściej niż nauczyciele trafiają do szpitala jako pacjenci, no co najmniej 3 dni

SYTUACJA PIELEŃNIAREK W DPS

Szanowni Państwo

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opracowała Raport – Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, który wskazuje na wzrastające zjawisko niedoboru pielęgniarek i położnych w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Polski.

Zachodzące procesy i zjawiska demograficzne i społeczno-ekonomiczne w społeczeństwie polskim, w szczególności starzenie się społeczeństwa i niewydolność opiekunów rodzin, zwiększający się odsetek ludzi samotnych może skutkować zwiększeniem zapotrzebowania na świadczenia pomocy społecznej. Jedną z form pomocy jest możliwość pobytu w domu pomocy społecznej, który między innymi

zabezpiecza pielęgnację, a więc świadczenia realizowane przez profesjonalistów jakimi są pielęgniarki i położne. Istotnym problemem jest brak kadry pielęgniarskiej, dlatego zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Ankieta jest anonimowa, a wyniki zbiorcze posłużą do prowadzonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych rozmów z Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz opracowania zapotrzebowania na kadrę pielęgniarek i położnych.

Ankiety przeprowadzamy przy pomocy okręgowych izb pielęgniarek i położnych. Prosimy więc o zwrot wypełnionej Ankiety do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, z której ją Państwo otrzymacie. Bardzo dziękuję za wypełnienie ankiety

1. Proszę o wskazanie typu domu pomocy społecznej*

Typ domu pomocy społecznej						
Osób w podeszłym wieku	Osób przewlekle somatycznie chorych	Osób przewlekle psychicznie chorych	Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	Dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie	Osób niepełnosprawnych fizycznie	Osób uzależnionych od alkoholu

2. Proszę o podanie liczby mieszkańców

Liczba mieszkańców		
Ogółem	Objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową (do 40 pkt w skali Barthel)	Przewlekle chorych powyżej 40 pkt w skali Barthel

3. Proszę o podanie liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym, w tym pielęgniarek

Liczba osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym										
Ogółem	Liczba pielęgniarek/położnych	Liczba pielęgniarek/położnych posiadających kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa	Liczba pielęgniarek/położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa	Liczba pielęgniarek/położnych w wieku 21-30 roku życia	Liczba pielęgniarek/położnych w wieku 31-40 roku życia	Liczba pielęgniarek/położnych w wieku 41-50 roku życia	Liczba pielęgniarek/położnych w wieku 51-60 roku życia	Liczba pielęgniarek/położnych w wieku powyżej 60 roku życia		

4. Proszę podać

Wysokość średniego wynagrodzenia miesięcznego brutto zatrudnionych pielęgniarek/położnych	Czy w okresie 1.09.2015r – 31.07.2016r. dokonano wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek/położnych		Czy zatrudniani są ratownicy medyczni		Czy występuje zamiana stanowiska pracy pielęgniarki/położnej na opiekuna	
	TAK	NIE	TAK – ile osób	NIE	TAK – ile osób	NIE

*proszę o zaznaczenie znakiem X w odpowiedniej rubryce
Bardzo dziękuję za wypełnienie ankiety.

Ratownicy Medyczni i ich zatrudnianie w Zakładach Leczniczych – Quo vadis?

12 maja 2016 roku weszło w życie nowej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U z 2016 r. poz. 587)

W związku z tym pojawiło się wiele kontrowersji i nie wiadomych co do roli, zadań, zakresu czynności, możliwości prowadzenia dokumentacji, podległości, umiejscowienia w schemacie organizacyjnym i wiele jeszcze innych, doty-

czących osób zatrudnionych na stanowisku ratownika medycznego. Dlatego też publikujemy obszerną opinię prawną wydaną na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Wątpliwości budzi przede wszystkim podległość służbowa ratowników medycznych kierowniczej kadrze pielęgniarskiej(koordynującym, oddziałowym, przełożonym, naczelnym, zastępcom dyrektora do spraw pielęgniarstwa), jeśli nie mają oni kwalifikacji i co za tym idzie kompetencji do wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych i szeroko pojętych pielęgnacyjnych.

Pismo NR

Warszawa, dnia 14.06.2016 r.

Pani

Halina Nowik

**Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Elblągu**

Szanowna Pani Przewodnicząca

W związku z wnioskiem złożonym na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie wydania opinii prawnej dotyczącej możliwości zatrudnienia ratowników medycznych w podmiotach leczniczych i realizowania przez nich świadczeń medycznych poza systemem ratownictwa medycznego przekazuję poniżej opinię radcy prawnego NIPiP dotyczącą ww. kwestii.

W trybie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. jedn. Dz. U z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.) – dalej uprm, obecnie wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub pod nadzorem lekarza,
- 2) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 5) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Powyższe wyliczenie zadań ratownika medycznego ma charakter katalogu otwartego (wyliczenie: „w szczególności”). Należy więc rozumieć, że teraz ratownik może wykonywać także inne, niż wymienione w art. 11 uprm czynności zawodowe. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – dalej udl – działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 udl świadczenia zdrowotne są to działania służące zachowaniu, ratowaniu,

przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

12 maja 2016 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U z 2016 r. poz. 587) – dalej rozporządzenie. Przedmiotowy akt prawny określa szczegółowy zakres:

- 1) medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza systemu,
- 2) świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie.

Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia, medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu – załącznik nr 2, załącznik nr 3 – świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie, świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie – załącznik nr 4.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia ratownik medyczny może samodzielnie dokonywać medycznych czynności ratunkowych takich jak: ocena stanu pacjenta, układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń, podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych, przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych, odsysanie dróg oddechowych, podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi z użyciem tlenu lub powietrza,

w tym z użyciem respiratora, wykonanie intubacji dotchawiczej i prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia, wykonanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora, wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej, wykonanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiiach w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonanie kardiowersji w tachyarytmiiach w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonanie i ocena zapisu EKG, monitorowanie czynności układu oddechowego, monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi, wykonanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej, wykonanie dojścia do szpiczkowego przy użyciu gotowego zestawu, podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpiczkową, odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, opatrywanie ran, tamowanie krwawień zewnętrznych, unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń, unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego, przyjęcie porodu, wykonanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej, przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu, wykonanie pomiaru temperatury głębokiej a także podawanie leków wymienionych w tabeli w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

W świetle załącznika nr 2 do rozporządzenia pod nadzorem lekarza systemu ratownik medyczny może wykonywać poniższe medyczne czynności ratunkowe:

1. Medyczne czynności ratunkowe wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia
2. Wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających.
3. Cewnikowanie pęcherza moczowego.
4. Zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych.
5. Asystowanie przy innych medycznych czynnościach ratunkowych, niewymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
6. Podawanie leków.

Określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego obejmują 39 rodzajów czynności. Większość ich jest analogiczna z wymienionymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia oraz obejmują inne rodzaje czynności takie jak: pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań diagnostycznych oraz cewnikowanie pęcherza moczowego. Załącznik nr 4 do rozporządzenia wymienia świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie i obejmują one:

1. Świadczenia zdrowotne wymienione w załącznikach nr 1-3 do rozporządzenia
2. Asystowanie przy drobnych zabiegach chirurgicznych.

W uprzednio obowiązującym rozporządzeniu z 2006 roku zawód ratownika medycznego był związany z wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych w systemie państwowego ratownictwa medycznego. Rozporządzenie zawierało jedynie wykazy medycznych czynności ratunkowych, wykonywanych przez ratownika medycznego samodzielnych i pod nadzorem lekarza systemu, nie zawierało jak obecnie wykazów innych czynności niż medyczne czynności ratunkowe. Teraz istnieje możliwość wykonywania zawodu ratownika medycznego także poza system państwowego ratownictwa medycznego, w tym na innych niż SOR oddziałach szpitalnych.

W świetle powyższych zmian legislacyjnych ratownik medyczny ma prawo wykonywać jedynie czynności określone w załącznikach do ww. rozporządzenia. Niektóre z określonych w rozporządzeniu czynności ratownik może wykonywać pod nadzorem lekarza systemu. Lekarz systemu to zgodnie z uprm, lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający: specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii albo 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

Obecne brzmienie art. 11 ust. 3 uprm zawiera wyliczenie podmiotów, w jakich podmiotach ratownik medyczny może wykonywać swój zawód. Może on wykonywać swe zadania zawodowe w podmiotach leczniczych w rozumieniu udl. Podmioty lecznicze wraz z praktykami zawodowymi lekarzy lub pielęgniarek należą do szerszej kategorii ustawowej, tj.: podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z art. 4 udl, tj.:

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej (np. spółki prawa handlowego),
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3. jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,
4. instytuty badawcze,
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń,

6. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
7. jednostki wojskowe (od lipca 2015) – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Poza podmiotami leczniczymi ratownicy medyczni mogą wykonywać swoje czynności zawodowe w ramach różnych podmiotów poza systemem ratownictwa. Ratownik medyczny może wykonywać swój zawód także w ramach: ratownictwa górskiego i narciarskiego, ratownictwa wodnego oraz ratownictwa górniczego, morskiej służby poszukiwania i ratownictwa. Poza podmiotamiisferami wyżej przedstawionymi ratownik medyczny może wykonywać swój zawód także:

1. w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej niebędących podmiotami leczniczymi,
2. w jednostkach ochrony przeciwpożarowej włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, w zakresie ćwiczeń, szkoleń oraz działań w strefie zagrożenia,
3. na lotniskach,
4. w ramach podmiotu leczniczego wykonując zadania z zakresu zabezpieczenia medycznego imprezy masowej,
5. w ramach wykonywania transportu sanitarnego,

6. w izbach wytrzeźwień,
7. na stanowisku dyspozytora medycznego.

Za wykonywanie zawodu ratownika medycznego uważa się również:

1. nauczanie zawodu ratownika medycznego oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych,
2. organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych,
3. prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych w zakresie ratownictwa medycznego;
4. kierowanie i zarządzanie:
 - a) ratownikami medycznymi,
 - b) dyspozytorami medycznymi;
5. zatrudnienie lub pełnienie służby na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.

Obecnie obowiązujące regulacje prawne znacząco zatem poszerzyły zakres uprawnień zawodowych ratowników medycznych oraz rodzaj podmiotów i miejsc, gdzie mogą wykonywać swój zawód, bez ograniczeń do państwowego systemu ratownictwa medycznego.

Z poważaniem
Mariola Łodzińska
Wiceprezes NRPiP

Jednocześnie niektórzy dysponenci Zespołów Ratownictwa Medycznego (województwa Świętokrzyskiego to nie dotyczy) próbują ograniczyć zatrudnienie Pielęgniarek Ratunkowych w systemie ratownictwa, argumentując szerszym zakresem kompetencji ratowników medycznych. Oczywiście, na dzień dzisiejszy tak jest, natomiast nowe rozporządzenie regulujące kompetencje pielęgniarek i to nie tylko w systemie ratownictwa jest już mocno zaawansowane i ukaże się niebawem, być może w monencie publikacji tego tekstu, już będzie ogłoszone.

Zakres kompetencji pielęgniarek systemu ratownictwa będzie obejmował szerszy zakres niż obecny zakres ratownika medycznego, co wynika z większego zakresu kwalifikacji uzyskiwanego przez pielęgniarki w procesie kształcenia zawodowego. W związku z tym jakiegokolwiek „ruchy kadrowe” uzasadniane różnicami kompetencyjnymi wydają się przedwczesne i nieuzasadnione. Poniżej publikujemy informację Ministra Zdrowia do wojewodów między innymi w tej sprawie.

mgr Jacek Gawłowski, sekretarz OR ŚIPiP

Pismo do wojewodów

Warszawa, 19-05-2016

Wojewodowie

Uprzejmie informuję, iż kwestie uprawnień ratowników medycznych pielęgniarek systemu są obecnie uregulowane odpowiednio w:

- 1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587);
- 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie lub bez zlecenia lekarskiego. Rozporządzenie wskazane w pkt 1) było poprzedzo-

ne rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. poz. 33 oraz z 2009 r. poz. 64), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2016 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1887). Biorąc pod uwagę wprowadzone zmiany do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm., dalej „ustawa o PRM”) dotyczące wykonywania zawodu przez ratownika medycznego, niezbędne było wydanie nowego rozporządzenia dotyczącego wykonywania zawodu przez

ratownika medycznego. Obecnie obowiązujące rozporządzenie rozszerzyło zakres medycznych czynności ratunkowych, których może udzielać ratownik medyczny. Taka sytuacja powoduje rozbieżności z rozporządzeniem regulującym zakres świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę systemu. Dotyczy to w szczególności: wykonania przezskórnej elektrastymulacji serca w bradyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonania kardiowersji w tachyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonania pomiaru temperatury głębokiej. Jednocześnie różnice dotyczą możliwości podawania leków. W obecnie obowiązującym rozporządzeniu w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego liczba pozycji leków, które może podawać ratownik medyczny wynosi 47, zaś w rozporządzeniu w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie lub bez zlecenia lekarskiego liczba ta wynosi 28. Z uwagi na powyższe rozbieżności, podjęte zostały prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Nowelizacja jest procedowana przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia i znajduje się obecnie na etapie konsultacji wewnętrznych.

Ponadto informuję, iż w myśl art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Jednocześnie art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, iż odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Biorąc pod uwagę wskazane wyżej przepisy, to kierownik danego podmiotu leczniczego jest zobowiązany do wskazania kierownika zespołu ratownictwa medycznego, tak aby

było możliwe właściwe udzielanie świadczeń zdrowotnych, kierując się np. posiadaniem doświadczenia, zakresem kompetencji pracownika, realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego itp. W związku z powyższym, nie widzimy powodu do odsuwania pielęgniarek systemu od pełnienia funkcji kierownika ZRM.

Odnosząc się zaś do kwestii wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne informuję, iż w tym zakresie obowiązujące są przepisy art. 36 ust. 2 ustawy o PRM. W myśl przywołanego przepisu zespół ratownictwa medycznego wyposażony jest w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. W tym miejscu należy wskazać, iż są to minimalne wymagania. Jednocześnie należy mieć na względzie zakres czynności, które ratownik medyczny może podejmować w ramach medycznych czynności ratunkowych. Czynności te zostały określone w przepisach wydawanych na podstawie art. 11 ust. 11 ustawy o PRM. Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587) w punkcie 29 określa szczegółowy katalog leków jakie może samodzielnie podawać ratownik medyczny w zespole ratownictwa medycznego.

Powyższe przepisy wskazują, iż dysponent zespołu ratownictwa medycznego powinien wyposażyć zespół ratownictwa medycznego w niezbędne leki i sprzęt medyczny, umożliwiające wykonanie wszystkich medycznych czynności ratunkowych wynikających z obowiązujących przepisów. Przyjęcie odmiennego stanowiska powodowałoby, iż zespół ratownictwa medycznego, w zakresie leków, wyposażony byłby wyłącznie w lek przeciwbólowy w postaci tabletek, co stoi w sprzeczności z charakterem zadania, do którego został powołany i tym samym uniemożliwi skuteczne podejmowanie medycznych czynności ratunkowych.

Marek Tombarkiewicz
Podsekretarz Stanu

Klauzula sumienia w zawodzie pielęgniarki i położnej

Jadwiga Kawalec

Zagadnienia wstępne

Sumienie należy do istotnych pojęć związanych ze świadomością moralną człowieka. W znaczeniu filozofii klasycznej, sumienie to zdolność intelektu praktycznego do osądzania, co człowiek w danych okolicznościach powinien czynić, aby zachować naturalny porządek moralny.

W opinii społecznej, sumienie jest tą kategorią moralności, która w sposób szczególny odnosi się do przedstawicieli zawodów zaufania społecznego, takich jak:

lekarz, pielęgniarka i położna, nauczyciel i wychowawca, adwokat, mediator społeczny, kurator. Dlatego też, sprzeniewierzenie się własnemu sumieniu ze strony osób reprezentujących te zawody, spotyka się zawsze z silną dezaprobatą społeczną.

Uznaje się, że sumienie jako ostateczna i subiektywna norma ma moc obligującą do oceny, tylko wtedy, gdy samo jest normowane obiektywną prawdą o dobru. Tak więc miarodajnym może być tylko sumienie oceniające

jednoznacznie i pewnie. Stąd właśnie wypływa postulat rozumnego kontrolowania sumienia poprzez jego kształtowanie i wychowanie.

Wyjątkowość zawodu pielęgniarki i położnej polega na tym, że w ramach wykonywania swoich obowiązków zawodowych, biorą one nie tylko prawną i zawodową, lecz także osobistą związaną z sumieniem odpowiedzialność za najcenniejsze dobra człowieka, jakimi są życie i zdrowie.

Formacja sumienia pielęgniarki i położnej powinna dokonywać się w oparciu o zasady i normy etyki ogólnej i szczegółowej zakorzenionej w filozofii klasycznej oraz etyki normatywnej pielęgniarstwa i przepisy kodeksu deontologicznego. Konstatując, należy stwierdzić, że sumienie dobrze uformowane będzie właściwie reagować na zło moralne poprzez sprzeciw sumienia.

Zarys problemów

związanych z korzystaniem ze sprzeciwu sumienia.

Prawo do wyrażania sprzeciwu sumienia, mające prawne umocowanie w tzw. „klauzuli sumienia”, daje możliwość rozwiązania sytuacji, w której występuje konflikt norm prawa stanowionego z przekonaniem światopoglądowymi, moralnymi i religijnymi oraz z obiektywnym prawem naturalnym.

W ostatnich latach, pod presją globalistycznej liberalnej biomedycyny i bioetyki, legalizacja kontrowersyjnych moralnie procedur medycznych sprawiła, że przedstawiciele zawodów medycznych wyrażają swój sprzeciw sumienia nie tylko, jak dotychczas w odniesieniu do tzw. „aborcji”, ale także w wielu innych przypadkach, takich jak np. zapłodnienie pozaustrojowe, produkcja embriónów i eugeniczna selekcja, sterylizacja, stosowanie leków i szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych, eutanazja itd.

Należy podkreślić, że klauzula sumienia nie jest przywilejem, ale naturalnym prawem należnym pracownikom służby zdrowia do postępowania zgodnie z sumieniem, rozumianym jako podstawowe prawo człowieka. Pomimo jednak tej oczywistej i prawnie uznanej zasady, kwestia stosowania klauzuli sumienia w praktyce zawodowej pracowników służby zdrowia jest nadal przedmiotem ostrych polemik.

Prawna regulacja klauzuli sumienia, obok zapisów dających prawo lekarzowi, pielęgniarce i położnej do korzystania ze sprzeciwu sumienia, zawiera jednocześnie warunki, jakie muszą być spełnione oraz sytuacje wykluczające to prawo. Pielęgniarka i położna jest zobowiązana do podania przyczyny odmowy na piśmie osobie zlecającej zabieg lub przełożonemu. Ponadto musi ona poinformować pacjenta lub jego przedstawiciela o takiej odmowie oraz, co najtrudniejsze musi wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki - położnej lub zakładzie leczniczym. Poza tym, fakt odmowy powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej.

Należy jeszcze dodać, że możliwość odmowy wykonania świadczeń przez pielęgniarkę i położną nie obejmuje tych, których niewykonanie mogłoby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Z dostępnych badań wynika, że decyzja korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia przez pielęgniarki i położne dotyczy przede wszystkim tzw. zdrowia prokreacyjnego kobiety: aborcja, medycznie wspomagana prokreacja, niektóre medyczne metody regulacji płodności. Okazuje się, że udział pielęgniarki - położnej w realizacji procedur aborcyjnych niesie za sobą wiele negatywnych konsekwencji natury emocjonalnej i moralnej połączonych z silnym poczuciem winy i cierpieniem. W efekcie takiej sytuacji często dochodzi do obniżenia jakości opieki, wypalenia zawodowego, a także odejścia z zawodu.

Pielęgniarki i położne rzadko formalnie powołują się na klauzulę sumienia w swojej praktyce zawodowej. Można zakładać, że wynika to z uciążliwych warunków, jakie muszą być wypełnione w takich sytuacjach łącznie z obowiązkiem wskazania realnej możliwości uzyskania określonego świadczenia. Ten ostatni warunek jest wyjątkowo nielogiczny i niemoralny, bo przecież nie zdejmuje odpowiedzialności moralnej, ale zakłada współodpowiedzialność. Badania wykazują także, że z powodu obawy utraty pracy, problemów z przełożonymi, wrogości pacjenta i jego rodziny, pielęgniarki i położne wybierają różne możliwości uniknięcia udziału w nieetycznych procedurach medycznych, które trudno nazwać medycznymi w sensie ścisłym.

Wybór pomiędzy wiernością swoim zasadom moralnym, występuje nie tylko w opozycji wobec prawa stanowionego i swoich przełożonych, lecz często także wobec żądań pacjenta i jego rodziny. Oczywistym faktem jest, że istotą profesji pielęgniarki i położnej jest troska o pacjenta i jego dobro, rozumiane jako ochrona jego życia i zdrowia, realizowana najskuteczniej na fundamencie wzajemnego zaufania. Zrozumiałe jest, że w sytuacji ewentualnego konfliktu pomiędzy pielęgniarką - położną a pacjentem potrzebny jest wzajemny dialog, aby ustalić nieprzekraczalne możliwości i granice. Takie sytuacje występują w warunkach relatywizacji wartości, coraz większej komercjalizacji medycyny oraz dopuszczenia realizacji procedur nie mieszczących się w tradycyjnej wizji leczenia i opieki, np. w sytuacji tzw. aborcji, dopuszczonej na podstawie prawa stanowionego. Narzuca się więc tu ważne pytanie: czy w tego rodzaju konfliktach, pielęgniarka i położna może abdykować z prawa do sprzeciwu sumienia. Otóż nie może, ponieważ sprzeniewierzyłaby się własnemu sumieniu i zanegowała cel i istotę medycyny.

Refleksje końcowe

Sumienie lekarza, pielęgniarki i położnej oraz pozostałych pracowników zawodów medycznych było przedmiotem nacisku na przestrzeni całej historii medycyny. Jest jednak pewne, że współcześnie zjawisko to przybrało na sile i ma tendencję eskalującą. Powodów tego stanu

rzeczy jest wiele, przy czym dwa są charakterystyczne, a mianowicie: coraz większy pluralizm wartości i ich liberalizacja granicząca z nihilizmem oraz dynamiczny rozwój procedur medycznych, które są powodem niepokoju i wątpliwości moralnych przeważającej części pracowników służby zdrowia, ponieważ kłócą się z istotą medycyny i opieki pielęgnacyjnej. Wydaje się jednak, że źródłową przyczyną jest współczesny proces globalnej rewolucji kulturowej, w ramach której pojawił się nowy postmodernistyczny system pojęciowy. Ten nowy „język światowego dialogu”, obok wielu innych dotychczasowych tradycyjnych słów i pojęć, pomija także następujące: grzech, autorytet, prawda, moralność, sumienie. Skoro więc ustalenie prawdy jako takiej jest problematyczne, to sumienie traci możliwość odwołania się do obiektywnej normy moralnej. Pojawiły się natomiast nowe słowa - pojęcia, dające początek nowym paradygmatom i normom, które mają wpływ na nowe zasady działania, oddziaływające na wszystkie sfery życia

społecznego i naukowe dziedziny, w tym także na nauki medyczne.

Polski status prawny klauzuli sumienia wymaga precyzacji zapisów w zakresie obowiązku świadczenia pomocy i okoliczności jej odmowy w kierunku umocnienia „sprzeciwu sumienia”. W obecnym modelu klauzuli sumienia, integralność moralna lekarza, pielęgniarki i położnej, ich sumienia nie są w pełni chronione, ponieważ prawo przymusza ich do udziału w procedurze, której moralnie nie akceptują, poprzez nałożenia obowiązku wskazania zastępstwa, gotowego je wykonać.

Pomimo złożonej skali problemu, należy podjąć właściwe działania i wypracować takie rozwiązania, które spowodują, że lekarz, pielęgniarka i położna będą mogli wykonywać swój zawód zachowując swoją moralną tożsamość a pacjent nie będzie pozbawiony wszechstronnej opieki. Przemawia silnie za tym znaczenie integralności moralnej każdego człowieka oraz podstawowe prawo człowieka do wolności sumienia.

Wielokulturowość wyzwaniem dla praktyki pielęgniarstwa

Kazimiera Zdziebło – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Oddział w Kielcach

Grażyna Nowak-Starz – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Wstęp

W obecnych czasach migracje międzynarodowe stały się zjawiskiem częstym i masowym. Od wielu lat gdy Polska została członkiem UE stała się krajem atrakcyjnym do którego coraz liczniej przyjeżdżają cudzoziemcy: migranci, uchodźcy, osoby ubiegające się o azyl, inne. Z danych statystycznych (GUS, UdSC) wynika, że najwięcej w Polsce jest migrantów z Ukrainy, Wietnamu, Białorusi, Chin, Rosji.

Ponadto na terenie Polski istniało i istnieje wiele grup etnicznych, religijnych, językowych, ale zjawisko wielokulturowości zaczęło być dostrzegane dopiero w roku 1989. Zwrócono wtedy uwagę na istnienie historycznych mniejszości etnicznych i narodowych oraz napływanie tzw. nowych społeczności – uchodźcy, migranci, repatrianci. [1]

Zgodnie z polskim ustawodawstwem *mniejszością narodową* jest grupa polskich obywateli, która spełnia łącznie sześć warunków:

1. Jest mniej liczebna od pozostałej ludności RP,
2. W sposób istotny odróżnia się od pozostałych obywateli językiem, kulturą lub tradycją.
3. Dąży do zachowania swojego języka, kultury lub tradycji.
4. Ma świadomość własnej historycznej wspólnoty narodowej i jest ukierunkowana na jej wyrażanie i ochronę.
5. Jej przodkowie zamieszkiwali obecne terytorium RP od co najmniej 100 lat.

6. Utożsamia się z narodem zorganizowanym we własnym państwie.

Za mniejszości narodowe uważa się grupy: *białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską*.

Grupa etniczna również spełnia te kryteria oprócz tego, że nie utożsamia się z narodem zorganizowanym we własnym państwie. Do mniejszości etnicznych zaliczono w Polsce grupy: *karaimską, lemkową, romską i tatarską*. [2]

Ponieważ Polska, podobnie jak inne kraje europejskie uczestniczy w procesach migracyjnych, integracja mniejszości staje się ważna ze społecznego i ekonomicznego punktu widzenia. Powinno to znaleźć zatem swój wyraz w wielu obszarach polityki państwa: emigracyjnej, społecznej, edukacyjnej, zatrudnienia, itp. Kolejnym obszarem powinna być polityka zdrowotna, która podobnie jak inne wymienione sektory winna stać się bardziej *kulturowo wrażliwa*. [3]

Celem niniejszej pracy jest podniesienie tematyki dotyczącej zróżnicowania kulturowego w pracy zawodowej pracowników ochrony zdrowia. Zagadnienie różnych aspektów z zakresu wielokulturowości wydaje się być istotnym elementem dyskusji i namysłu nad współczesnym funkcjonowaniem sektora usług medycznych.

Problematyka zdrowia migrantów cieszy się coraz większym zainteresowaniem zarówno instytucji i organi-

zacji związanych z migracją jak też jest podejmowana na wielu konferencjach, sympozjach oraz staje się przedmiotem badań.

Większa różnorodność społeczeństwa powoduje, że ochrona zdrowia znajduje się w nowej sytuacji, co stanowi wyzwanie zarówno dla samego systemu opieki zdrowotnej, jak i jego profesjonalistów, którzy muszą zmierzyć się z nowymi kwestiami i zadaniami. Warto zaznaczyć, że dobra opieka to taka, w której pacjent znajduje się w centrum uwagi, i taka, która pasuje do świata pacjenta. Akcentowanie tożsamości kulturowej pacjenta i jego bliskich jest konieczne do osiągnięcia opieki wysokiej jakości. Szacunek dla tożsamości i indywidualne podejście do pacjentów i ich rodzin stanowią elementy profesjonalizmu lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, fizjoterapeutów. Między sztywnym trzymaniem się własnych poglądów moralnych a całkowitym dostosowaniem się do wartości i przekonań pacjenta jest jeszcze przestrzeń, w której można szukać rozwiązań możliwych do zaakceptowania przez wszystkich zainteresowanych. [4,5,6,7]

Należy jednak wziąć pod uwagę, że kultura zarówno normatywna (wartości, normy, wzory i wzorce) jak i symboliczna (idee, symbole, poglądy, przekonania, wierzenia itp.) w znacznym stopniu determinuje zachowania zdrowotne ludzi oraz postawy i zachowania w określonej sytuacji; zarówno w zdrowiu, jak i wobec choroby. [8]

Pełen dostęp do systemu opieki zdrowotnej jest niezbędnym elementem integracji imigrantów. Inwestycja w językowo i kulturowo kompetentne usługi medyczne w sytuacji coraz powszechniejszego osiedlania się imigrantów w Polsce nie tylko sprzyja procesowi ich pomyślnej adaptacji, ale także wpływa na obniżenie kosztów ponoszonych przez państwo polskie – tak w wymiarze finansowym, jak i społecznym – w perspektywie długoterminowej. Instytucje publiczne zobowiązane są do promowania równego dostępu do opieki zdrowotnej powinny stanowić przykład stosowania tzw. dobrych praktyk oraz skutecznej polityki w zakresie ochrony zdrowia. Bez ich współpracy nie jest możliwe prowadzenie spójnej polityki migracyjnej w regionie. [9]

Analizując różne regulacje prawne, można więc wyróżnić następujące czynniki formalne sprzyjające integracji cudzoziemców (zarówno z Unii Europejskiej, jak i z interesujących nas krajów spoza UE) w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej:

- zgodnie z art. 68 Konstytucji RP każda osoba w Polsce ma prawo do ochrony zdrowia.
- lekarz lub szpital nie może odmówić w nagłych przypadkach przyjęcia osoby poniżej 18. roku życia, nawet jeśli nie posiada ona ubezpieczenia (koszty jej leczenia pokrywa wówczas Skarb Państwa)
- cudzoziemcy nie objęci ubezpieczeniem obowiązkowym NFZ, mogą dobrowolnie opłacać składki
- cudzoziemcom przysługuje ochrona praw pacjenta.

Kierownicy placówek medycznych mają także prawny obowiązek zapewnienia chorym możliwości wykonywa-

nia praktyk religijnych i kontaktu z przedstawicielami swojego wyznania na terenie szpitala.

W Kodeksie Etycznym Polskiej Pielęgniarki i Położnej zawarte są istotne treści dotyczące zasad w pracy zawodowej pielęgniarki i położnej m.in. pielęgniarka ma „...nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice”, natomiast w części ogólnej zaznaczono, że „...działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej”, [10]

Również w Kodeksie lekarskim w przyrzeczeniu lekarz zobowiązuje się „... według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek” Natomiast art. 3 mówi, że „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania” [11]

W Kodeksie Etycznym Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, Deklaracji Praw Człowieka i Deklaracji Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia zawarty jest zapis, że każdy człowiek ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz przekonań, m.in. religijnych.

Natomiast Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, określa obszary i sposoby przeciwdziałania naruszeniom zasady równego traktowania ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. W art. 4. dokumentu zaznaczono, iż ustawę stosuje się w zakresie dostępu i warunków korzystania z opieki zdrowotnej. Wykonywanie zaś zadań dotyczących realizacji zasady równego traktowania powierza się Rzecznikowi Praw Obywatelskich oraz Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Równego Traktowania (art. 18). [12]

W związku z tym, 29 czerwca 2011 roku Minister Elżbieta Radziszewska, Pełnomocnik Rządu do Spraw Równego Traktowania, wręczyła nominacje 45 Koordynatorom ds. Równego Traktowania, którzy będą pełnić tę funkcję we wszystkich ministerstwach i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, wybranych instytucjach centralnych i wszystkich urzędach wojewódzkich na terenie całego kraju. Osoby powołane na to stanowisko będą podczas specjalnych sesji szkoleniowych zdobywać odpowiednie kwalifikacje do skutecznego monitorowania zasady równego traktowania i przeciwdziałania dyskryminacji w swoich miejscach pracy. Dzięki temu zyskają uprawnienia do prowadzenia szkoleń dla pracowników administracji rządowej w swoich urzędach i instytucjach, jak również – w wypadku

Koordinatorów w urzędach wojewódzkich – dla pracowników administracji samorządowej. Koordinatory ds. Równego Traktowania będą też wspomagać Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania w realizacji Krajowego Programu Działań na rzecz Równego Traktowania na poziomie swoich instytucji. Zgodnie z ustawą o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania z 3 grudnia 2010 roku program ten określa cele i priorytety działań rządu na rzecz równego traktowania, szczególnie w zakresie:

- podnoszenia świadomości społecznej w zakresie równego traktowania, w tym na temat przyczyn i skutków naruszenia zasady równego traktowania;
- przeciwdziałania naruszeniom zasady równego traktowania;
- współpracy z partnerami społecznymi, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami w zakresie równego traktowania.

Koordinatory będą odpowiadać za wprowadzanie jego celów i priorytetów w zatrudniających ich urzędach i instytucjach nie tylko przez skrupulatny monitoring zasady równego traktowania i przeciwdziałania dyskryminacji, lecz również poprzez inicjowanie pożądaných zmian na tych obszarach. Od jesieni 2011 roku Koordinatory będą też aktywnie działać w ogólnopolskiej sieci Koordinatorów ds. Równego Traktowania. [13]

Obok przestrzegania prawodawstwa polskiego, fakt przynależności Polski do Unii Europejskiej nakłada na polski system opieki zdrowotnej konieczność respektowania także aktów prawnych obowiązujących w UE, w tym przede wszystkim Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284 z późn. zm.), Międzynarodowego Pakietu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (Dz. U. z 1977 r., Nr 38, poz. 169), Europejskiej Karty Społecznej (Dz. U. z 1999 r., Nr 8, poz. 67) oraz Europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny. W myśl wymienionych dokumentów: „(...) każdemu człowiekowi bez względu na jego przynależność państwową czy pozycję społeczną, przysługuje ochrona jego praw podmiotowych posiadających charakter ponadpaństwowy, niezbywalny i nienaruszalny. Ponadpaństwowość materii potwierdzają liczne akty prawa międzynarodowego zawierające w swej treści zagadnienia ochrony zdrowia i praw pacjentów. [14]

Zdrowie migrantów stało się także przedmiotem prac Rady Wykonawczej WHO w 2007r. [15] oraz 61 Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2008r. [16], która wzywa kraje członkowskie do tworzenia polityk zdrowotnych wrażliwych na potrzeby cudzoziemców, udzielania im pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych (promocja zdrowia, profilaktyka, leczenie) oraz innych działań wspierających dobrostan oraz integrację. Jednym z elementów takich prac jest monitorowanie sytuacji zdrowotnej migrantów, a także stworzenie odpowiednich systemów informacji

na temat zdrowia i efektywnych działań – tzw. dobrych praktyk.

Leczenie pacjentów-imigrantów wymaga odpowiedniego przygotowania personelu medycznego. Istotną staje się nie tylko znajomość przepisów i procedur dotyczących leczenia osób o innym obywatelstwie, ale także ich akceptacja oraz świadomość możliwych odmienności, wynikających z ich pochodzenia kulturowego. Znaczną barierą w kontakcie imigrantów z instytucjami opieki zdrowotnej są trudności językowe. Zrozumienie terminologii medycznej oraz zagadnień związanych z kwestiami administracyjnymi towarzyszącymi leczeniu wymaga dużej kompetencji językowej, którą nie zawsze mogą wykazać się nawet sami „przeciętni” obywatele danego kraju. Sytuacja choroby dodatkowo obciąża imigranta i może bardzo ograniczać jego możliwości komunikacyjne. [9]

Nasuwa się zatem podstawowe pytanie; czy wiedza pracowników ochrony zdrowia na temat wielokulturowości, różnic kulturowych i społecznych potencjalnych odbiorców usług zdrowotnych jest wystarczająca i czy jest ona dla nich niezbędna?

Wydaje się, że jest ona niewystarczająca, a jednocześnie, że jest niezbędna.

Z dostępnych badań wynika, że mimo przysługujących cudzoziemcom praw do opieki zdrowotnej, napotykają oni szereg barier, które w znaczny sposób ograniczają im możliwość korzystania z opieki lekarskiej i innych usług medycznych. Są to przede wszystkim bariery komunikacyjne, wynikające z braku znajomości języków obcych, ale także utrudnienia bardziej formalne, świadczące o nieznanności przepisów dotyczących leczenia osób nieposiadających polskiego obywatelstwa. Najbardziej niepokojące są jednak relacje cudzoziemców – ale także respondentów polskich z ich najbliższego otoczenia – mówiące o przypadkach jawnej dyskryminacji ze względu na odmienność językową, kulturową czy fizyczną. Inną zgłaszaną przez badanych respondentów tendencją widoczną w zachowaniach personelu medycznego, była swoista „infantylicyzacja” pacjentów, którzy nie znali dostatecznie języka polskiego. Miało się to objawiać ignorowaniem ich osoby i kierowaniem informacji do osoby im towarzyszącej, uśmiechami i pobłażliwością w chwili, gdy starali się sami posługiwać językiem polskim oraz bagatelizowaniem ich próśb o ponowne wytłumaczenie przekazanych informacji. [9]

Jedną z dziedzin pomocy uchodźcom, w której mimo upływu czasu są ciągle potrzebne zmiany, jest zatem opieka zdrowotna. Ten stan rzeczy jest w dużej mierze spowodowany brakami w procesie kształcenia zarówno polskich lekarzy, pielęgniarek jak i psychologów. Dotyczą one przygotowania reprezentantów tych dyscyplin do pracy z pacjentem z innej kultury niż kultura polska czy ogólniej kultura zachodnioeuropejska. Ponieważ przybývający do Polski migranci/uchodźcy rekrutują się w przeważającej mierze z reprezentantów kultur nie mieszczących się w powyższych kategoriach, rzeczą bardzo pilną staje się refleksja teoretyczna i praktyczna nad kulturo-

wo adekwatnym niesieniu pomocy osobom należącym do innych kręgów kulturowych oraz niesienia wrażliwej kulturowo pomocy psychologicznej pacjentom z innych kultur. [17]

Warunkiem efektywnej pracy z osobami z innej kultury jest zbudowanie przez terapeutę samoświadomości i zrozumienia swojego zaplecza kulturowego, a także wpływu, jakie ma to zaplecze na jego postawę i zachowanie wobec ludzi z innych kultur i grup społecznych. [18]

Kwestie różnic kulturowych, ich znaczenie dla praktyki pracowników ochrony zdrowia powinny stanowić zatem podstawowy element programów nauczania przed- i podyplomowego wszystkich profesjonalistów ochrony zdrowia gdyż wiedza lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych i innych zawodów o określonych zachowaniach ludzi ze społeczności odmiennych kulturowo wobec zdrowia i choroby jest kluczowa w świadczeniu opieki zdrowotnej.

Zarówno studenci jak i pracownicy winni mieć możliwość zapoznania się z problemami wynikającymi z różnic kulturowych u podopiecznych oraz zdobyć umiejętność reagowania na nie zgodnie z zasadami etyki zawodowej; powinni poznawać i próbować zrozumieć czynniki kulturowe danej społeczności i odpowiednio je uwzględnić w procesach planowania i realizacji leczenia, pielęgnowania, opieki. Winni zatem uzupełniać/poszerzać swoją wiedzę nie tylko w zakresie zagadnień etycznych, ale także ochrony praw człowieka z uwzględnieniem poszanowania różnicowania kulturowego i religijnego.

Podsumowanie

Każda kultura opieki nad chorym zależy od kultury, w ramach której kształtuje się opieka zdrowotna, a czynniki takie jak: sytuacja ekonomiczna kraju, technologia, edukacja, religia, normy i wartości odgrywają w kulturze opieki nad chorym olbrzymią rolę.

Bariera językowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym proces komunikacji; ale np. rozbieżności dotyczące wartości, poglądów co do postępowania w chorobie, różnice etniczno-kulturowe, tradycje, zwyczaje, wierzenia, religie itd. mogą stanowić przyczyny nieporozumień między pacjentem a lekarzem czy pielęgniarką.

Kompetencja międzykulturowa wydaje się zatem umożliwiać pracownikom ochrony zdrowia rozwiązywanie wiele problemów w kontaktach z pacjentami odmiennymi kulturowo. Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni zatem mieć odpowiednie umiejętności komunikacyjne, ujawniać postawę zrozumienia i zaufania oraz brak uprzedzeń wobec pacjentów ze względu na ich płeć, etap życia, status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie, a także rasę, kulturę, światopogląd. Powinni być otwarci na potrzeby, oczekiwania pacjenta, jego normy i wartości oraz liczyć się z jego sytuacją osobistą w trakcie badań, konsultacji, leczenia i opieki. W kształceniu medycznym w Polsce do wielokulturowości nie podchodzi się w sposób systematyczny tak jak w innych krajach Europy, czy

w USA, gdzie w wielu programach nauczania uwzględnia się wielokulturowość.

Z drugiej strony wydaje się, że nie jest możliwe wyposażenie studentów w wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne dotyczące wszystkich kultur – mnogość języków, złożoność historii, różnorodność mentalności i tradycji stają się zbyt duże. Można jednak rozwijać świadomość aspektów kulturowych opieki, otwartość, szacunek, nieuprzedzenie i znajomość różnic kulturowych w kontaktach z potencjalnymi pacjentami; zwracać uwagę na kulturowy wymiar postrzegania i przekonań zarówno dotyczących zarówno siebie, jak i innych (w tym pacjentów, współpracowników), zdawać sobie sprawę z różnic kulturowych w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej. [19]

W związku z obecnymi zmianami w kształceniu medycznym, istnieje konieczność wprowadzenia do programów nauczania zagadnień dotyczących wielokulturowości; nie tylko czynników warunkujących różnice kulturowe, ale również nastawienie studentów i umiejętności komunikowania się z pacjentem obcego pochodzenia. Pojawia się w związku z tym wiele wątpliwości i pytań.

- co oznacza uświadomienie sobie i zrozumienie własnego zaplecza kulturowego?
- jaka jest postawa wobec odmienności kulturowej i własnego zaplecza kulturowego.
- co stanowi o identyczności kulturowej, w jakich sytuacjach czuje się, że ta identyczność jest zagrożona, jak na to zagrożenie reagować?
- w jaki sposób zapobiegać występowaniu nieporozumień, czy wręcz konfliktów na tle różnic kulturowych?
- na ile można przygotowywać pracowników ochrony zdrowia do aktywnego udziału w procesie integracyjnym?
- kto i jak powinien zajmować się edukacją/szkoleniem w zakresie wielokulturowości?
- w jaki sposób z kolei przygotowywać potencjalnych edukatorów/trenerów do tej działalności?

Ważne jest zatem zwiększanie/pogłębianie wrażliwości kulturowej pracowników ochrony zdrowia oraz edukacja w zakresie wiedzy o przedstawicielach innych kultur zamieszkałych w Polsce, kwestionowanie stereotypów, uwrażliwianie na różnice kulturowe i wzmacnianie postawy szacunku wobec innego człowieka i jego kultury. Uświadamianie pracownikom znaczenia tolerancji wobec wyznań innych ludzi, zrozumienie, iż w sprawowanej opiece podstawową rolę odgrywa zaakceptowanie tego, że ludzie różnią się nie tylko rodzajem choroby, ale także przynależnością kulturową oraz, że istnieje ścisły związek między różnorodnością wśród ludzi, a etyką zawodową, przyczyni się do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i wzrostu satysfakcji pacjentów odmiennych kulturowo.

Brak wrażliwości kulturowej wszystkich, bez wyjątku pracowników ochrony zdrowia na różnice kulturowe i religijne powodować może bowiem zagrożenie dla poszanowania godności pacjenta

Piśmiennictwo u autorki

Projekt nowego rozporządzenia w sprawie czynności wykonywanych przez pielęgniarkę/położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego

Na stronie internetowej ŚIPiP w zakładce prawo – projekty do konsultacji staramy się na bieżąco zamieszczać projekty aktów prawnych oczywiście związane z zawodem pielęgniarki/położnej, które przysyłane są do naszej izby celem wyrażenia opinii, zaproponowania zmian. Szanowne Koleżanki i Koledzy, zwracam się do Was z prośbą o zainteresowanie zamieszczanymi tam projektami i przysyłanie do Izby uwag drogą e-mailową. Każdy z Was pracuje w określonej specjalności i najczęściej posiada duże doświadczenie zawodowe. Dlatego też Wasze uwagi i spostrzeżenia dotyczące projektów aktów prawnych mogą stanowić istotną wskazówkę i zwracać uwagę na takie szczegóły, na które osoba nie będąca specjalistą w danej dziedzinie nie zwróciłaby uwagi. Szczegóły te zgodnie z przysłowiem „diabeł tkwi w szczegółach” mogą natomiast

mieć ogromne znaczenie dla wykonywania naszego zawodu. Należy uczciwie powiedzieć, że w bardzo wielu przypadkach uwagi naszego środowiska nie są uwzględniane w ostatecznej wersji aktu prawnego. Nie można jednak zakładać z góry, że tak będzie w każdym przypadku i rezygnować z opiniowania.

W okresie wakacji na wskazanej stronie zamieszczony był projekt rozporządzenia w sprawie czynności wykonywanych przez pielęgniarkę/położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego.

Dziękuję koleżankom, które przysłały do nas swoje uwagi. Skorzystaliśmy z nich sporządzając zamieszczoną poniżej opinię, która została wysłana do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przewodnicząca Ewa Mikołajczyk

***Szanowna Pani
Zofia Malas
Prezes NRPiP***

Dotyczy: projektu rozporządzenia w sprawie: *rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.*

W sprawie ww projektu odbyły się liczne konsultacje i dyskusje ze środowiskiem pielęgniarek i położnych, przedstawicielami Uczelni Wyższych, Pielęgniarkami Naczelnymi, Prezesem Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej, przewodniczącymi Zespołów Problemowych.

Opinię pielęgniarki naczelnej, położnych ŚIPiP oraz pielęgniarek zatrudnionych w UJK w Kielcach przesyłam w załączeniu. Uwagi, które będą przedstawione nie odnoszą się do pielęgniarek systemu ratownictwa medycznego. Rozporządzenie w obecnej formie jest nie do przyjęcia. Zawiera katalog tylko wybiórczo potraktowanych czynności, przy czym większość z nich w porównaniu do aktualnego rozporządzenia została z niego usunięta.

Analizując treść § 1 rozumiemy, że pielęgniarka/położna może samodzielnie wykonywać to, co jest określone w umiejętnościach wynikowych kształcenia przeddyplomowego i wymienione w rodzaju świadczeń przedmedycznych, do których uprawniona jest pielęgniarka po ukończeniu określonej formy kształcenia podyplomowego.

Wszystko byłoby dobrze, gdyby we wskazanych dokumentach przy każdej czynności/umiejętności wynikowej było określone, czy jest to umiejętność/czynność/świadczenie przewidziane do samodzielnej realizacji, czy na zlecenie lekarza.

Posłużę się przykładem: w programie kształcenia podyplomowego kursu specjalistycznego wymieniona jest

umiejętność kaniulacji żyły pępowinowej noworodka. Nie jest przy tym określone, czy pielęgniarka może to wykonać jako asysta lekarza, czy podejmuje samodzielnie decyzję o wykonaniu tej czynności?

Posługując się powyższym przykładem, zapisy projektu rozporządzenia dawałyby możliwość zbyt szerokiego marginesu interpretacyjnego, co w konsekwencji prowadzi do bałaganu kompetencyjnego i związanych z nim problemów prawnych.

Z kolei wprowadzenie do rozporządzenia pełnego, szczegółowego i zamkniętego katalogu świadczeń realizowanych bez zlecenia spowoduje ogromną obszerność dokumentu i może spowodować przypadkowe pominięcie jakiejś bardzo ważnej czynności.

Konkludując, wydaje się najrozsądniejszym przyjęcie opcji, że w rozporządzeniu znajdują się ogólne zapisy typu § 1 „pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi w ramach kształcenia zawodowego”

1. Szczegółowy wykaz samodzielnych świadczeń do realizacji, których jest uprawniona pielęgniarka/położna określony jest w programach kształcenia przed i podyplomowego pielęgniarek i położnych.
2. Ponieważ nie jest możliwa w tak krótkim czasie weryfikacja wszystkich czynności zawodowych, uporządkowanie ich i zhierarchizowanie w zależności od poziomu kształcenia, proponuję, by Rozporządzenie przyjęte w bardzo ogólnym kształcie bez katalogu czynności w jego treści.

Porządek musimy zrobić później, już po jego przyjęciu. Zarówno w programach kształcenia przeddyplomowego jak i podyplomowego przy każdej umiejętności wynikowej/czynności/rodzaju świadczenia należy podać, czy jest

to świadczenie samodzielne czy na zlecenie.

Można zamiennie przyjąć, że w programie kształcenia określony zostanie dodatkowo katalog czynności samodzielnych po ukończeniu danej formy kształcenia

Takie rozwiązanie wydaje się być bardzo elastyczne, gdyż Rozporządzenie będzie zawsze „nadażało” za zmianami w kształceniu pielęgniarek i położnych.

Szczególnie teraz, w obliczu proponowanego „bałaganu” w kształceniu pielęgniarek i położnych określenie poziomu kompetencji i zadbanie o samodzielność zawodo-

wą wynikającą nie z przypadkowo dobranych czynności w rozporządzeniu ale z toku kształcenia nabiera szczególnego znaczenia. Nadmieniam, że osoby z którymi konsultowano projekt prosiły o przekazanie informacji (np. Pani Beata Stepanow), że bardzo chętnie podejmą się pracy w Zespole opiniującym założenia do projektu rozporządzenia.

Z wyrazami szacunku

Przewodnicząca

Ewa Mikołajczyk

WYKONYWANIE PRZEZ PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE ZADAŃ WYNIKAJĄCYCH Z PROCESU LECZENIA I REALIZACJI ZLECEŃ LEKARSKICH

W związku z sytuacją jaka miała miejsce w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego w Krakowie Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi

drogami. W tej sprawie wypowiedział się również konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa oraz Wojewoda Świętokrzyski, a także Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Korespondencję jaka wpłynęła do Biura ŚIPiP przedstawiamy poniżej.

mgr Izabela Oszmiana, skarbnik ORPiP

KOMUNIKAT

w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami

Warszawa, dn. 29 lipca 2016 r.

Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek Położnych przypomina o bezwzględny przestrzeganiu przez pielęgniarki i położne przepisów prawa w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej określa ustawa z dnia z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2014.1435, z późn. zm.), natomiast zasady odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych określa ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.).

Zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej:

- wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: *realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji* (art. 4 ust. 1 pkt 5, odpowiednio art. 5 ust. 1 pkt 8).
- *Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej* (art. 11 ust. 1).
- *Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej* (art. 15 ust. 1).
- *Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego* (art. 15 ust. 2).
- *W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka*

i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art.15 ust.3).

Powyższy przepis określa, iż zlecenia lekarskie, które zobowiązana jest wykonać pielęgniarka/położna, zawsze ma być sporządzone przez lekarza pisemnie. Zlecenie powinno być zapisane czytelnie i zawierać wszystkie dane i wskazania (datę sporządzenia zlecenia, nazwę leku, postać leku, dawkę, drogę podania, czas podania, podpis osoby zlecającej itp.) niezbędne do jego wykonania. Jeżeli pisemne zlecenie wydane przez lekarza, jest niezrozumiałe, budzi wątpliwości lub nie zawiera wszystkich danych koniecznych do jego wykonania, wówczas pielęgniarka/położna jest zobowiązana porozumieć się w tej sprawie z lekarzem wydającym powyższe zlecenie i ustalić sposób postępowania, który powinien być określony pisemnie w karcie zleceń. Taka procedura przekazywania przez lekarza zleceń pielęgniarcze/położnej minimalizuje możliwość pomyłki wynikającej z niezrozumienia zlecenia lub niewłaściwej jego interpretacji.

Odstąpienie od warunku realizacji pisemnego zlecenia lekarskiego jest dopuszczalne tylko wówczas gdy zachodzi konieczność, podejmowania działań w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Bezpośrednio po zakończeniu wykonywania zleceń w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pielęgniarka/położna jest zobowiązana udokumentować swoje działania w dokumentacji medycznej na podstawie otrzymanego w formie pisemnej zlecenia lekarskiego.

Zgodnie z przepisami ustawy o samorządzie pielęgnia-

rek i położnych, członkowie samorządu są zobowiązani:

- *postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 11 ust. 1),*
- *sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe (art. 11 ust. 2).*

Pielęgniarka i położna jako członek samorządu podlega odpowiedzialności zawodowej za *naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”* (art. 36 ust. 1).

Ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, jak również bezpieczeństwo pielęgniarki/położnej niedopuszczalne jest wykonywanie zleceń lekarskich, przekazywanych w innej formie niż forma pisemna.

W związku z powyższym należy przywołać przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069), które określają między innymi, iż dokumentacja medyczna, jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej oraz wskazują, że dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi w szczególności historia choroby. Natomiast do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 4) kartę gorączkową;
- 5) kartę zleceń lekarskich;

Powyższe przepisy precyzują także zasady prowadzenia dokumentacji wskazując, iż:

- każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu,
- wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Przepisy cytowanego rozporządzenia obowiązują każdą osobę wykonującą zawód medyczny i ich znajomość nie powinna pozostawiać wątpliwości, co do zasad ich

stosowania.

Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek Położnych po uzgodnieniu z Konsultantami Krajowymi w dziedzinie pielęgniarstwa, dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego oraz dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego przekazuje przedmiotowy Komunikat do środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych w celu przypomnienia przepisów prawa ważnych dla wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikających z przyjmowania i realizacji zleceń lekarskich.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia informuje, że zwróciło się do Wojewodów z prośbą o zobowiązanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa do nawiązania współpracy z pielęgniarską kadrą kierowniczą (dyrektorzy i zastępcy dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne, przełożone pielęgniarek) w podmiotach leczniczych w zakresie przeprowadzenia szkoleń dla pielęgniarek i położnych, dotyczących zasad przyjmowania, realizacji dokumentowania zleceń lekarskich, w szczególności przygotowania i podawania zleconych leków.

Ministerstwo Zdrowia przypomina także, że na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce System Ochrony Zdrowia, podzakładce Pielęgniarki i Położne zamieszczone są następujące opinie i stanowisko:

1. Pani Beaty Ostrzyckiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa Rodzinnego.
Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewów kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (tj. żelazo i antybiotyki).
2. Pani dr n. med. Krystyny Piskorz-Ogórek, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
Opinia w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylinopochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych.
3. Pani dr hab. dr n. hum. Marii Kózki, prof. UJ, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa.
Stanowisko w sprawie podawania przez pielęgniarkę penicyliny prokainowej w warunkach ambulatoryjnych.

*dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka*

Pismo wojewody świętokrzyskiego z 11 sierpnia 2016 r.

Pani

Ewa Mikołajczyk

Przewodnicząca

*Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Kielcach*

Pismem znak: PPK.078.4.2016PPK.078.4.2016.2/JS z dnia 3 sierpnia br. Ministerstwo Zdrowia zwróciło się z prośbą, o zobowiązanie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa do nawiązania współpracy z kierowniczą kadrą pielęgniarską (dyrektorzy i zastępcy dyrektorów ds. pielęgniarstwa, naczelne pielęgniarki, przełożone pielęgniarek)

gniarek) w podmiotach leczniczych, w celu przygotowania i przeprowadzenia szkoleń (wewnętrznych) dla pielęgniarek i położnych. Zakres szkoleń obejmuje zasady przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich, w szczególności przygotowania i podawania zleconych leków.

Opisywane szkolenie powinno aktualizować wiedzę i umiejętności w wymienionym zakresie. W opinii Ministerstwa Zdrowia szkolenia powinny być przeprowadzone na podstawie wytycznych wydanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa, które będą przekazane do konsultantów wojewódzkich.

Do udziału w szkoleniach należy zobowiązać wszystkie pielęgniarki i położne, które w codziennej praktyce przyjmują i realizują zlecenia lekarskie, zarówno w leczeniu ambulatoryjnym jak i szpitalnym.

Szkolenie należy udokumentować (listy uczestników) oraz dokonać adnotacji w aktach osobowych pracownika biorącego w nim udział.

Szkolenia powinny być przeprowadzone do końca 2016 roku.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o pomoc i wzajemną współpracę w organizacji

przedmiotowego szkolenia z konsultantem wojewódzkim ds. pielęgniarstwa Panią dr n. med. Bogumiłą Kowalczyk-Sroka.

Załączniki:

1. Wytyczne konsultanta krajowego w sprawie organizacji szkoleń.
2. Zalecenia konsultanta krajowego dla pielęgniarek i położnych.

Z up. Wojewody Świętokrzyskiego

Anna Gromska

Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia

WYTYCZNE

Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne z dnia 29 lipca 2016 r.

1. Założenia ogólne

Za organizację szkolenia i nadzór w danym podmiocie leczniczym odpowiedzialna jest pielęgniarska kadra kierownicza (dyrektor lub zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, naczelną pielęgniarka, przełożona pielęgniarek).

2. Osoby uczestniczące w szkoleniu

Wszystkie pielęgniarki i położne zatrudnione w podmiocie leczniczym.

3. Zawartość merytoryczna szkolenia

Szkolenie powinno obejmować tematykę związaną z bezpieczeństwem wykonywania przez pielęgniarkę i położną świadczeń zdrowotnych, w tym realizacji zleceń lekarskich. Szkolenie obejmuje poziom podstawowy i specjalistyczny.

Zalecane tematy:

I. Poziom podstawowy

1. Prawne uwarunkowania wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę i położną, w tym wykonywania zleceń lekarskich i odmowa ich wykonania.
2. Zasady dokumentowania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę i położną – podstawy prawne.
3. Ryzyko zdarzeń niepożądanych związanych z podawaniem leków w pracy pielęgniarki i położnej – analiza przypadków.
4. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki w sytuacji popełnienia błędu.

II. Poziom specjalistyczny

1. Bezpieczeństwo w podawaniu leków przez pielęgniarkę i położną.
2. Zasady podawania leków specyficznych w danym oddziale szpitalnym lub w domu pacjenta (przechowywanie, rozpuszczanie, drogi podania, dawki, interakcje, itp.)
3. Analiza przykładów z praktyki uczestników szkolenia

4. Metody szkolenia

O doborze metod szkolenia decyduje podmiot leczniczy. Rekomendowane są metody interaktywne, warsztatowe, ćwiczeniowe i seminaryjne w małych grupach.

5. Czas trwania szkolenia

Czas trwania szkolenia określa organizator, w zależności od potrzeb występujących w danym podmiocie leczniczym.

6. Zaliczenie szkolenia

Warunkiem zaliczenia szkolenia jest obecność na wszystkich zajęciach, w tym celu organizator jest zobowiązany prowadzić listę obecności z podpisem uczestnika szkolenia. Po przeprowadzonym szkoleniu należy przeprowadzić ankietę ewaluacyjną, której celem jest ocena jakości oraz zakresu merytorycznego szkolenia, a także zdiagnozowanie dalszych potrzeb osób uczestniczących w szkoleniu. Zakres merytoryczny ankiety oraz sposób jej przeprowadzenia organizator powinien omówić i uzgodnić z realizatorem szkolenia.

Udział w szkoleniu każdego uczestnika powinien zostać udokumentowany w jego aktach osobowych.

7. Kwalifikacje kadry prowadzącej szkolenie:

O doborze kadry decyduje podmiot leczniczy. Dobór osób prowadzących szkolenie powinien odpowiadać tematyce szkolenia.

8. Współpraca z Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa

Informację o przeprowadzeniu szkolenia, w tym o czasie jego trwania, liczbie uczestników oraz o zrealizowanej tematyce szkolenia, podmiot leczniczy (osoba odpowiedzialna za realizację szkolenia) jest zobowiązany przekazać do Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa, nie później niż do 10 stycznia 2017 r.

Dr hab. n. hum. Maria Kózka, prof. UJ

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

STANOWISKO NR 2

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 września 2016 roku

W odniesieniu do treści Komunikatu w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami oraz wytycznych Konsultanta krajowego w dziedzinie

pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne.

Prezydium NR PiP, odnosząc się do cyt. powyżej Ko-

munikatu Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. wyraża sprzeciw wobec wskazanego na wstępie Komunikatu, nieuzasadnionego dowodami, wezwania do bezwzględnego przestrzegania prawa przez pielęgniarki i położne. Powstaje bowiem pytanie, z jakich powodów nakaz ten został ograniczony do poszanowania prawa wyłącznie w „ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych”.

Nie negując dalszych, obszernych wywodów dotyczących analizy przepisów prawnych regulujących zasady wykonywania zawodu pielęgniarki oraz położnej należy stwierdzić, iż pielęgniarka oraz położna dysponująca aktualnym prawem wykonywania zawodu jest w pełni przygotowana do wykonywania tego zawodu, również w zakresie prawidłowej realizacji zleceń lekarskich, prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym dokumentowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W ocenie Prezydium NRPiP brak jest podstaw do formułowania oraz wyrażania sugestii dotyczących występowania naruszeń prawa w obszarze związanym z realizacją zleceń lekarskich w stopniu bezpośrednio zagrażającym pacjentom, pielęgniarkom, położnym które uzasadniałyby prowadzenie w tym obszarze masowych szkoleń adresowanych tylko do pielęgniarek i położnych. W praktyce udzielanych świadczeń zdrowotnych problem wystawienia pisemnego zlecenia leży po stronie lekarzy. To nie pielęgniarki i położne mają dbać o prawidłowe wydawanie

zleceń lekarskich, ale sami lekarze jako profesjonalści winni przywiązywać należyłą staranność do zachowania pisemnej formy zlecenia.

Prezydium NRPiP dostrzegając potrzebę dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta oraz występowanie pojedynczych przypadków nieprawidłowości w obszarze udzielanych świadczeń zdrowotnych, widzi zasadność realizacji szkoleń obejmujących szereg istotnych aspektów komunikacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego, m.in. przekazywania niezbędnych w procesie terapeutycznym informacji dotyczących pacjenta, w tym również prawidłowości wydawania przez lekarzy zleceń oraz ich wykonywania przez pielęgniarki i położne. Jednak realizacja przez podmioty lecznicze wytyczonych wskazanych w komunikacie, w sposób wybiórczy i dotyczący tylko niektórych grup zawodowych zaangażowanych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych tj. pielęgniarek i położnych jest w ocenie Prezydium NRPiP działaniem, którego rzeczywisty skutek będzie znacząco odbiegał od zakładanego efektu. Zdaniem Prezydium NRPiP szkolenia takie powinny obejmować przede wszystkim lekarzy, ewentualnie lekarzy oraz pielęgniarki i położne, w innym przypadku brak jest celowości ich przeprowadzania.

*Sekretarz NRPiP, Joanna Walewander
Prezes NRPiP, Zofia Malus*

Skrócony staż adaptacyjny pielęgniarki – cudzoziemki spoza UE

mgr Ewa Mikołajczyk – Przewodnicząca ORPiP

Ministerstwo Zdrowia opracowało projekt rozporządzenia regulującego szczegółowo kwestie związane z art. 35 ust. 6 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 o zawodach pielęgniarki i położnej, czyli stażem adaptacyjnym cudzoziemek, chcących wykonywać pracę pielęgniarki na terenie naszego kraju.

Rozporządzenie określa:

- 1) ramowy program stażu adaptacyjnego,
- 2) sposób i tryb odbywania oraz zaliczania stażu adaptacyjnego,
- 3) szczegółowy zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej w okresie odbywania stażu adaptacyjnego,
- 4) warunki, jakie powinien spełniać podmiot leczniczy, w którym odbywają się staże adaptacyjne uwzględniając zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej określony w ustawie.

W świetle aktualnie obowiązujących aktów prawnych (przed propozycją nowelizacji) pielęgniarka z państwa nie będącego członkiem UE, by uzyskać prawo wykonywania zawodu w Polsce musiała odbyć 12 miesięczny staż adaptacyjny. Przygotowane przez Ministerstwo Rozporządzenie skraca ten czas o połowę – czyli do 6 miesięcy.

W uzasadnieniu do rozporządzenia wskazywano, że celem skrócenia tego okresu było zlikwidowanie niepotrzebnych utrudnień w dostępie do zawodu osób z krajów, w których pielęgniarki są dobrze wykształcone i nie potrzebują tak długiego okresu adaptacji.

Można przypuszczać jaki prawdziwy cel ma proponowana regulacja prawna – ułatwienie dostępu do zawodu pielęgniarkom zza wschodniej granicy, dla których bariera językowa jest mniejsza i poziom zarobków atrakcyjniejszy niż w ich ojczystym kraju.

Czy w ten sposób rozwiążemy problem zmniejszania się populacji pielęgniarek w Polsce? Z pewnością nie. Niedobór kadry pielęgniarskiej dotyczy większości krajów i to krajów, w których zarobków i warunków pracy pielęgniarek nawet szkoda porównywać, bo jest to wiedza powszechnie znana.

Mamy zatem kolejny przykład wdrażania rozwiązań, które „pudrują świerzb” a nie likwidują przyczyn choroby.

Wziąwszy pod uwagę przedstawione powyżej realia, przygotowano kolejne rozwiązanie, które ułatwi cudzoziemkom „skok” do krajów Europy zachodniej. My, polskie pielęgniarki będziemy tymczasem angażować swój czas i tak maksymalnie wykorzystany do wszelkich zadań

(niekoniernie związanych z bezpośrednią opieką nad pacjentem) realizując czynności szkolenia cudzoziemek. Za wykonaną dodatkowo pracę prawdopodobnie nikt nam nie zapłaci (projekt rozporządzenia nie gwarantuje, że środki otrzyma pielęgniarka a nie np. tylko pracodawca), a wszystko po to, by kolejne pielęgniarki (tym razem cudzoziemki) mogły sobie docelowo wyemigrować w większym komforcie, jak zresztą coraz większe grupy pielęgniarek polskich.

Pozwolę sobie w tym miejscu na uszczypliwy komentarz. W zbiorowej świadomości utrwaliło się przekonanie, że pielęgniarka to w potocznej klasyfikacji zawodów o niższej randze. Przecież pielęgniarki zawsze zarabiały mało i nawet nikt nie zastanawiał się dlaczego? A dlaczego? Tego nikt nie wie. Nikogo poza samymi pielęgniarkami to nie ciekawiło. Pytanie dlaczego? zadają zazwyczaj dzieci a dla dorosłych „to co już jest, uzasadnia się samo”. I tak latami trwał sobie ten stan beznadziei a co się z tym bezpośrednio łączy stan pogarszającej się jakości opieki (to co kiedyś miały do wykonania 3-4 pielęgniarki dziś wykonuje jedna lub góra dwie). Nasze organizacje zawodowe od lat starały się wytaczać merytoryczne argumenty,

gdy to nie pomagało organizowały strajki, wskazywały na nasilające się zjawisko odchodzenia od zawodu i spadek zainteresowania pracą pielęgniarek w Polsce. I co? I to wszystko „jak grochem o ścianę”. I to, przed czym my od lat ostrzegaliśmy – ZAPAŚĆ POLSKIEGO PIELĘGNIARSTWA nastąpiła nawet szybciej niż przypuszczaliśmy. Pomyślmy w tym momencie – trudno, późno, bo późno ale teraz na pewno wszyscy widzą to co my. Widzą, że bez nakładów finansowych na pielęgniarstwo nie da się z tej zapaści wyjść. Okazuje się jednak, że nie konieczne. Obserwując sposoby radzenia sobie z naszymi problemami odnoszę nieodparte wrażenie, że podobnie jak dotychczas wszystko by nam chętnie dano: prestiż, pisanie recept, nowe odpowiedzialne obowiązki, ratowników, asystentki, cudzoziemki i wszystko, wszystko – TYLKO NIE GODNE WZNAGRODZENIA I NORMY OKREŚLAJĄCE LICZBĘ PACJENTÓW DO OPIEKI. Może się zatem okazać, że w niedalekiej przyszłości w polskim szpitalu zamiast polskiej pielęgniarki zaopiekuje się pacjentem Ukrainka po 6 miesięcznym stażu z ratownikiem przygotowanym do pracy w ratownictwie a nie na oddziale szpitalnym.

Opieka długoterminowa

Szanowni Państwo

Posłowie i Parlamentarzyści RP

Prośba o złożenie zapytania poselskiego w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 9 maja 2016 r. w pielęgniarskiej opiece domowej długoterminowej.

Projekt kryteriów oceny ofert uwzględni co najmniej dziwne aspekty, by nie powiedzieć, że pisany jest pod konkretny podmiot.

1. Dlaczego akurat w **pkt I – Jakość**

W **ppkt 1 Personel** dodatkowo punktowana jest wyłącznie pielęgniarka ze specjalizacją (wyłącznie). Takiego kryterium nie ma w pozostałych świadczeniach pielęgniarek (ŚPO) np. opieka długoterminowa, wentylowanych mechanicznie i w innych rodzajach świadczeń pielęgniarskich w warunkach domowych. Powinny być również uwzględnione ukończone kursy kwalifikacyjne.

2. Dlaczego przyjęto w pkt 1.3 i 1.4 dwuletni staż w stosunku do 8 etatów lub 4 pielęgniarskich (czyżby takie kryterium spełniał jeden lub 2 określone z góry podmioty?).

Poprzednie kryteria określały wymóg 2 letniego stażu w środowisku dla wszystkich zatrudnionych pielęgniarek. Powyższe kryteria są nieobiektywne, co w sytuacji, gdy np. podmiot zatrudnia tylko 3 pielęgniarki i ubiega się o kontrakt na 3 pielęgniarki?

3. W **pkt II – Udział**, Udział procedur według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 w ogólnej liczbie sprawozdanych procedur – co najmniej

80% a dotyczy wymienionych w rozporządzeniu 65 procedur, z których 25 procedur jest wyłącznie lekarskich. Powyższe procedury nie są klasyfikacją pielęgniarską.

Wśród wymienionych procedur nie określono żadnych typowych pielęgniarskich czynności wykonywanych u obłożnie chorego pacjenta.

Należy zwrócić uwagę, że Minister Zdrowia stanowiskiem z dnia 18 września 2014 r. wycofał kartę czynności zawierającą procedury wykonywane u pacjenta. Była to logiczna konsekwencja ze sposobu finansowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej tj. finansowanie za osobodzień (stanowisko MZ w załączeniu).

Mimo to forowany w rozporządzeniu powrót do karty czynności głównie jako retrospektywna analiza tych kart zostaje przyjęta jako kryterium oceny ofert.

Pkt IV. Ciągłość – Kryterium ciągłości opieki uwzględniające okresy 5 i 10 letnie realizacji umowy w tym zakresie nie jest również obiektywne i nie znajduje merytorycznego uzasadnienia.

Czy podmiot działający np. 4 lata na rynku będzie gorzej realizował te świadczenia?, czy nie wystarczy kryterium wymienione w pkt 1 tj. oferent realizuje w dniu złożenia oferty świadczenia w pielęgniarskiej opiece domowej?

Pkt V – Inne – dotyczy współpracy z Agencją

Do współpracy mogą przystąpić jedynie wybrane przez te Agencję podmioty w związku z czym współpraca z Agencją nie powinna stanowić kryterium oceny oferty.

Z wyrazami szacunku

Przewodnicząca, Ewa Mikołajczyk

SPOTKANIE***kierowniczej kadry pielęgniarskiej oraz konsultantów wojewódzkich***

1 lipca 2016 r. w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie Kierowniczej Kadry Pielęgniarskiej oraz Konsultantów Wojewódzkich. Spotkanie prowadziła Przewodnicząca ORPiP – Ewa Mikołajczyk. W spotkaniu uczestniczyło 16 osób z kadry kierowniczej i konsultantów oraz skarbnik ŚIPiP – Izabela Oszmiana, sekretarz ŚIPiP – Jacek Gawłowski. Przedmiotem spotkania było omówienie bieżących spraw z działalności samorządu. Przewodnicząca przedstawiła decyzję ORPiP w sprawie rekomendacji do powołania nowych konsultantów wojewódzkich oraz przedłużenia kadencji obecnym konsultantom wojewódzkim.

Zaprosiła również na konferencję diabetologiczną, która odbędzie się w siedzibie izby w miesiącu wrześniu, omówiła plan szkoleń jakie będą organizowane w II półroczu

2016 przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ŚIPiP. Kolejnym punktem spotkania było omówienie Rozporządzenia MZ w sprawie czynności medycznych ratowników. Jacek Gawłowski przewodniczący zespołu ds. ratownictwa medycznego działającego przy NRPiP przedstawił stanowisko NRPiP w sprawie czynności jakie mogą wykonywać ratownicy poza systemem ratownictwa medycznego, które budzą wiele obaw w środowisku medycznym. Ewa Mikołajczyk omówiła pismo wysłane przez MZ do Urzędów Wojewódzkich i Dyrektorów Szkół w sprawie uczniów chętnych do podjęcia nauki w Liceach Medycznych. Omówiła również bieżące sprawy naszej Izby oraz przekazała informacje z NRPiP. Po dyskusji zebranie zakończono, zaproszono wszystkich na kolejne spotkanie.

Wiceprzewodnicząca, Ewa Wojcieszek

Zmiany systemowe w obszarze kształcenia

STANOWISKO

***Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
z dnia 28 czerwca 2016 r.***

w sprawie kształcenia w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej

skierowane do:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Świętokrzyski Kurator Oświaty, Wojewoda Świętokrzyski, Rektorzy Uczelni Wyższych prowadzący kształcenie pielęgniarek i położnych w województwie świętokrzyskim.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach z ogromnym niepokojem przyjęło informację dotyczącą projektu zmian w kształceniu do zawodu pielęgniarki i zawodu położnej poprzez powrót do kształcenia na poziomie szkoły zawodowej – liceum medycznego czy szkoły policealnej.

W ostatnim czasie z inicjatywy Ministra Zdrowia Kuratorzy Oświaty rozsyłają do dyrektorów szkół zawodowych i dyrektorów gimnazjów ankiety, które mają dać odpowiedź, czy wśród młodzieży istnieje zapotrzebowanie na ten rodzaj kształcenia, co w sposób oczywisty jest sygnałem o zamierzeniach w tym zakresie.

Od kilkunastu lat system kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce jest dostosowany do wymagań Unii Europejskiej. Wydano ogromne pieniądze z budżetu państwa oraz środków unijnych na dostosowanie kwalifikacji polskich pielęgniarek do poziomu europejskiego.

Kształcenie na poziomie I stopnia wyższych studiów

zawodowych licencjackich i II stopnia studiów magisterskich, jest wymogiem prawa europejskiego, ale także wymogiem obecnych czasów.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kielcach zgłasza zdecydowany sprzeciw wobec planów obniżenia poziomu kształcenia w zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, co spowoduje obniżenie poziomu przygotowania absolwentów do pełnienia ról zawodowych w pielęgniarstwie i położnictwie.

Nie uważamy tego pomysłu za właściwy dla rozwiązywania problemów polskiego pielęgniarstwa. Tylko poprawa sytuacji ekonomicznej i warunków pracy może spowodować zatrzymanie w kraju dobrze wykształconej kadry pielęgniarskiej i położniczej oraz zmotywować młodzież do podjęcia kształcenia w zawodach, o których mowa.

***Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kielcach – mgr Ewa Mikołajczyk
Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kielcach – Ewa Wojcieszek
Przewodnicząca PTP Oddział w Kielcach
– Kazimiera Zdziebło
Przewodnicząca Zarządu Regionu Świętokrzyskiego
OZZPiP – Mariola Semik***

Kielce, dnia 4 lipca 2016 r.

**Szanowny Pan
Paweł Kukiz
Poseł na Sejm RP
Klub Poselski Kukiz'15
ul. Wiejska 4/6/8
00-489 Warszawa**

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach na posiedzeniu w dniu 28 czerwca 2016 r. podjęło stanowisko w sprawie kształcenia w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej, które przesyłamy w załączeniu.

Pomysł wdrożenia kształcenia do zawodów pielęgniarki i położnej w formie szkoły średniej wzbudza nasz olbrzymi niepokój z wielu powodów.

Duża grupa pielęgniarek naszego pokolenia kończyła taką formę kształcenia i to one właśnie uznały powrót do tej formy za złe rozwiązanie.

W wieku około 15-16 lat młoda osoba musi zdecydować o wyborze tak trudnego i specyficznego zawodu a następnie w czasie praktyk zawodowych stykać się w tak młodym wieku z problemami i sytuacjami wykraczającymi często poza adaptacyjne możliwości młodej psychiki.

Przez wiele lat w Polsce ze środków unijnych i nie tylko, kształcone były osoby w licznych zawodach opiekuńczych ujętych w klasyfikacji zawodów i specjalności wprowadzonej rozporządzeniem przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. tj.:

- 341201 Asystent osoby niepełnosprawnej
- 532906 Asystentka kobiety w czasie ciąży i porodu (doula)
- 325101 Asystentka stomatologiczna
- 532102 Opiekun medyczny
- 341202 Opiekun osoby starszej
- 341203 Opiekun w domu pomocy społecznej
- 532201 Opiekunka domowa

– 325905 Opiekunka dziecięca

– 341204 Opiekunka środowiskowa

W sytuacji przeciążenia pracą pielęgniarek i wykonywania przez nie czynności nie wymagających specjalistycznych kwalifikacji, przyszedł czas na zatrudnienie opiekunów w zakładach opieki zdrowotnej do realizacji czynności, o których mowa powyżej. Nie ma potrzeby wydawać kolejnych społecznych pieniędzy na kształcenie w zawodzie „technika pielęgniarki” skoro na rynku są osoby posiadające tzw. „niższe kwalifikacje” w zakresie opiekuńczym. Wystarczy po te osoby sięgnąć i po prostu je zatrudnić. Dotychczas Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej nie poszukiwali takich osób w celu zatrudnienia.

Z doświadczeń nielicznych szpitali, które to zrobiły wynika, że pielęgniarki bardzo dobrze oceniają współpracę z opiekunami jako zawodem pomocniczym dla nich.

Proponujemy, by zebrać dane w skali kraju ile jest osób z kwalifikacjami opiekunów i zastanowić się wtedy nad wykorzystaniem ich kwalifikacji w praktyce. My same wielokrotnie uczestniczyliśmy w ich kształceniu i intuicyjnie wiemy, że jest dużo takich osób. Dzisiejsze pokolenie pielęgniarek/położnych pamięta tzw. asystentki pielęgniarskie i liczne problemy kompetencyjne związane z ich funkcjonowaniem na rynku.

Pielęgniarstwo przez wiele lat czyniło starania, by uporządkować kształcenie przeddyplomowe i zrezygnować z tzw. „półśrodków”. Bardzo zależy nam na tym, by w sprawach dotyczących pielęgniarek/położnych posłuchać co mamy do powiedzenia i zaufać naszemu doświadczeniu.

Nie musimy chyba udowadniać, że działałyśmy i działamy dla dobra pacjenta i nie patrzymy na problemy tylko przez pryzmat finansowy.

**Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca ORPiP
mgr Ewa Mikołajczyk**

STANOWISKO z dnia 19 lipca 2016 r.

w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych/technikach

W związku z rozważaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej propozycją wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek polegających m.in. na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych oraz uruchomienia dwuletniego kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki przedkładamy stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgni-

rek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa wyraża swoje zaniepokojenie i sprzeciw dla podejmowania przez rząd zamierzeń dotyczących zmiany standardów kształcenia w zawodzie pielęgniarki.

Pielęgniarstwo współcześnie to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego mający

kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Dlatego też działania prowadzące do zmiany modelu kształcenia powinny być oparte na przemyślanej strategii, wypracowanej wspólnie z reprezentantami całego środowiska.

W Polsce już w okresie międzywojennym wypracowano i wdrożono międzynarodowe standardy kształcenia pielęgniarek zapoczątkowane w 1911 roku w Krakowie w ramach utworzonej Szkoły Pielęgniarstwa, która została przekształcona w roku 1925 w Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Obecne Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wprowadzone rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarskodentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U z 2012 r., poz 631) stanowią, że:

- studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180, studia mają profil praktyczny, kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,
- studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120, studia mają profil praktyczny.

Mając na uwadze powyższe podkreślamy zasadność i racjonalność utrzymania aktualnie obowiązującego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia

Na poziomie europejskim działania na rzecz zagwarantowania bezpiecznych dla odbiorców standardów kształcenia pielęgniarek były i są prowadzone przez następujące organizacje międzynarodowe:

1. **Rada Europejska** – Europejskie Porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. z 1996 r., Nr 83, poz. 384), ratyfikowane przez Rząd Polski w lipcu 1996 r.
2. **EEC/Komisja Europejska** – standaryzacja i harmonizacja kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki poprzez Dyrektywy Sektorowe – 77/452/EEC; 77/453/EEC oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady: 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013 r., str. 132).
3. **Światowa Organizacja Zdrowia** – rekomendacje i re-

zolucje dotyczące kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki: Deklaracja Wiedeńska 1988 r.; Rezolucja WHO z maja 1992 r. – WHA 45.5., Europejska Strategia WHO w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych – maj 1999 r.; Deklaracja Monachijska z czerwca 2000 r. ws. Pielęgniarstwa; Rezolucja WHO z maja 2001 r. – WHA 54.12 oraz inne dokumenty.

Polska przyjęła, zobowiązała się do przestrzegania oraz wdrożyła do własnego systemu prawnego wszystkie z powyższych standardów i norm prawnych, a proponowane przez obecny Rząd zmiany stanowiłyby naruszenie przyjętych zobowiązań.

Jedynym niechlubnym okresem w kształceniu zawodów medycznych w Polsce były lata powojenne, kiedy w celu uzupełnienia deficytu kadr medycznych upowszechniono w formie kursów kształcenie dające uprawnienia asystentki bądź pielęgniarki, a w odniesieniu do zawodu lekarza podjęto kształcenie felczerów. Wdrożenie planowanych obecnie przez rząd zmian w kształceniu pielęgniarek byłoby powrotem do ówczesnych rozwiązań czyli lat 50. i 60. i to jedynie w bloku wschodnim.

Przeniesienie kształcenia w zawodach medycznych na poziom szkolnictwa pomaturalnego i wyższego zostało uwarunkowane koniecznością ochrony osób niepełnoletnich, podejmujących naukę zawodu poniżej 18 r.ż. przed ryzykiem zdrowotnym i odpowiedzialnością prawną, podczas zajęć w placówkach medycznych. Działanie to stanowiło także ochronę bezpieczeństwa odbiorców świadczeń zdrowotnych czyli pacjentów (wymogi Rady Europy i WHO). Jako przedstawiciele środowiska zawodowego nie znajdujemy żadnych argumentów dla reaktywowania po dwudziestu latach, powojennych standardów w obecnych uwarunkowaniach społecznych, prawnych i politycznych.

Aktualne wyzwania w obszarze opieki zdrowotnej, uwarunkowane w naszym kraju czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi tworzą zapotrzebowanie na:

- kształcenie pielęgniarek przygotowywanych do samodzielnej roli w zakresie udzielania świadczeń profilaktycznych, zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych, edukacyjnych i zarządczych, które można uzyskać wyłącznie w systemie kształcenia uniwersyteckiego zgodnie z obowiązującym standardami krajowymi i międzynarodowymi
- zapewnienie dla potrzeb społeczeństwa a także wsparcia pielęgniarek, większej liczby personelu pomocniczego o różnym charakterze (nie posiadającego uprawnień pielęgniarki, takich jak opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej itp.).

Jako organizacje reprezentujące środowisko pielęgniarek i położnych od wielu lat apelujemy do rządu i parlamentu wnioskując o podjęcie pilnych działań systemowych na rzecz wzmocnienia pielęgniarstwa i poprawy atrakcyjności wykonywania naszych zawodów w Polsce. Działania te nie mogą jednak polegać na obniżaniu stan-

dardów kształcenia i deprecjonowania zawodu na rynku pracy.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych i Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wnosi o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia dwustopniowego pielęgniarek i położnych

(licencjat i magister) oraz określenie jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach.

Prezes ZG PTP – Grażyna Wójcik

Prezes NRPiP – Zofia Małas

Przewodnicząca ZK OZZPiP – Lucyna Dargiewicz

Pismo Ministra Zdrowia

Warszawa, 08-09-2016 r.

Pan Marek Kuchciński

Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 5312 złożoną przez Pana Posła Marka Sowę w sprawie wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek, polegających na powrocie do poprzedniego systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w formie liceów medycznych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

W związku z występującym na rynku brakiem pielęgniarek i niepokojącymi prognozami dotyczącymi przyszłości tego zawodu oraz mając na uwadze fakt, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem - Ministerstwo Zdrowia w ramach prac nad nową Strategią Odpowiedzialnego Rozwoju planuje rozpoczęcie działań mających na celu zmniejszenie deficytu kadr medycznych, w szczególności pielęgniarek i położnych. W celu zapewnienia opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych, Minister Zdrowia rozważa możliwość wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek. Zmiany te polegałyby na uruchomieniu drugiej ścieżki kształcenia w zawodzie pielęgniarki w formie liceów medycznych oraz ewentualnym uruchomieniu kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki na poziomie średnim, stanowiącego wsparcie dla pacjentów niesamodzielnych oraz personelu pielęgniarskiego. Taki system edukacji na poziomie średnim działa w niektórych krajach Unii Europejskiej. Jednocześnie podkreślić należy, że kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia, będzie prowadzone równoległe, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

W związku z powyższym w dniu 15 czerwca br. Minister Zdrowia zwrócił się z prośbą do wojewodów o analizę zapotrzebowania na kształcenie w zawodach: pielęgniarki i asystenta pielęgniarki w liceach medycznych i medycznych szkołach zawodowych oraz ocenę zainteresowania prowadzeniem tego typu kształcenia w oparciu o istniejącą bazę medycznego średniego szkolnictwa zawodowego. Na podstawie przekazanych informacji z 16 województw

sformułowano następujące wnioski. W 12 województwach, w których przeprowadzono badanie ankietowe stwierdzono zainteresowanie uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych kształceniem w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki na poziomie średnim (w 4 województwach nie przeprowadzono ankiety z uwagi na zakończenie roku szkolnego). Województwa dysponują odpowiednią bazą dydaktyczną do kształcenia w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki (8 województw przekazało informację o szkołach zainteresowanych podjęciem kształcenia w ww. zawodach). Jednostki szkolące podkreślają również coraz większe zainteresowanie kształceniem zawodowym na poziomie średnim, ponieważ stworzy ono możliwość szybszego zaspakajania potrzeb rynku pracy.

Należy jednocześnie podkreślić, że Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa, jest za wprowadzeniem do systemu osób o niższych kwalifikacjach zawodowych np. asystentów pielęgniarek, które wykonywałyby czynności podstawowe i nie pielęgniarские, aby zmniejszyć obciążenie pracą pielęgniarek i poprawić bezpieczeństwo pracy i jakość opieki. Podobne stanowisko wyraził Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, w którego opinii zasadne jest wprowadzenie do systemu zawodu asystentki pielęgniarской, co poprawiłoby jakość opieki, zwiększyło liczbę osób sprawujących opiekę nad pacjentami, wykorzystany byłby potencjał i kompetencje, a koszty działalności byłyby zracjonalizowane.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w chwili obecnej w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest szczegółowa analiza dotycząca wprowadzenia przedstawionych powyżej rozwiązań w systemie kształcenia pielęgniarek, a następnie rozważona będzie decyzja w przedmiotowej sprawie. Ponadto prowadzony jest dialog z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych w zakresie planowanych zmian oraz konsultacje robocze z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych w celu zapewnienia zgodności proponowanego systemu kształcenia z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany infor-

macji na rynku wewnętrznym (rozporządzenie w sprawie IMI).

Podsumowując, prace nad ewentualnymi zmianami w systemie Kształcenia trwają, żadne ostateczne decyzje jeszcze nie zapadły, a opinia przedstawicielek środowiska pielęgniarek i położnych zostanie wzięta pod uwagę

w dalszych pracach prowadzonych w przedmiotowym zakresie.

Z wyrazami szacunku
Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Tombarkiewicz

KONDOLENCJE

*„Ludzie których kochamy zostają na zawsze
 Pozostawili ślady w naszych sercach”*

Koleżance

Annie Niedźwiedź

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

TATY

składają:

pielęgniarki i położne SPZOZ w Kazimierzy Wielkiej

Koleżance

Barbarze Wawrzeńczyk

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

SIOSTRY

składają:

Dyrektor ds. pielęgniarstwa
 oraz koleżanki i koledzy Świętokrzyskiego Centrum
 Psychiatrii w Morawicy

Naszej koleżance

Marii Nyk

wyrazy współczucia z powodu śmierci

UKOCHANEGO WALDEMARA

składają:

pielęgniarki i położne Szpitala Kieleckiego
 św. Aleksandra w Kielcach

Naszej koleżance

Małgorzacie Hendel

wyrazy współczucia z powodu śmierci

MEŻA MIROŚLAWA

składają:

pielęgniarki i położne Szpitala Kieleckiego
 św. Aleksandra w Kielcach

*„Są chwile, by działać i takie, kiedy należy pogodzić
 się z tym, co przyniesie los”*

Paulo Coelho

Pani

Elżbiecie Papier

Naczelnej Pielęgniarki

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają:

Dyrekcja, pielęgniarki i położne
 Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju

*„Ten, którego oplakujemy, nie jest nieobecny,
 lecz tylko niewidoczny,
 jego oczy promieniujące chwałą odbijają się
 w naszych oczach pełnych łez”*

Pani

Bogumile Kowalczyk-Sroka

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

TATY

oraz słowa wsparcia i otuchy składa:
 Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
 w Kielcach
 oraz pracownicy Biura ŚIPiP

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
 naszej koleżanki

Janiny Brzeźnickiej

Była człowiekiem niezwyklej prawości
 i skromności, życzliwa ludziom,
 zawsze gotowa do pomocy.

Mężowi i Synom oraz całej rodzinie i bliskim
 składamy wyrazy
 głębokiego współczucia i szczerego żalu

Pielęgniarki i położne Szpitala Kieleckiego
 św. Aleksandra w Kielcach

*„Czas przeznaczony każdemu.....
Przemierzamy nasze życie, dni,
miesiące, lata, aż wydamy ostatnie tchnienie.
Zatopieni we łzach.....”*

Pani

Danucie Kmiecik

wyrazy żalu i współczucia z powodu śmierci

MEŻA

składają:

Koleżanki i koledzy ZOZ w Busku-Zdroju

*„Zamknęły się ukochane oczy,
spoczęły spracowane ręce,
przestało bić kochane serce”*

Pani

Marii Taborskiej

wyrazy żalu i współczucia z powodu śmierci

MAMY

składają:

Koleżanki i koledzy ZOZ w Busku-Zdroju

Pani

Ewie Sułkowskiej

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

TEŚCIA

składają:

Personel Izby Przyjęć Świętokrzyskiego Centrum
Psychiatrii w Morawicy
oraz Dyrektor ds. pielęgniarstwa
Bogusława Cwalina-Rzadkowska

*„Pan Bóg zabiera człowieka wtedy,
gdy widzi, że zasłużył sobie na niebo”*

Koleżance

Zofii Pszczoła

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

MEŻA

składają:

koleżanki i koledzy z Domu Pomocy Społecznej
w Bejskach
oraz koleżanki i koledzy z SPZOZ
w Kazimierzy Wielkiej

Wyrazy współczucia
dla Pani

Marianny Biesagi

emerytowanej Pielęgniarki Koordynującej Izby Przyjęć

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

MEŻA

składają:

Personel Izby Przyjęć Świętokrzyskiego Centrum
Psychiatrii w Morawicy
oraz Dyrektor ds. pielęgniarstwa
Bogusława Cwalina-Rzadkowska

*„Człowiek odchodzi , lecz miłość zostaje ,
mimo wielkiej rozpaczki pozwala żyć dalej”*

Koleżance

Danucie Najman

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składają:

koleżanki i koledzy z SPZOZ w Kazimierzy Wielkiej

Wyrazy współczucia
dla Pani

Agnieszki Biesagi

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

TEŚCIA i OJCA

składają:

Personel Izby Przyjęć Świętokrzyskiego Centrum
Psychiatrii w Morawicy
oraz Dyrektor ds. pielęgniarstwa
Bogusława Cwalina-Rzadkowska

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”

Łącząc się w żalu i smutku
z powodu śmierci

MEŻA

Pani Mariannie Biesaga

najszczerze wyrazy współczucia

składają:

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
oraz pracownicy Biura ŚIPiP

POŻEGNANIA



„Nie odchodzi ten kto pozostaje w sercach bliskich”

Z głębokim smutkiem żegnamy koleżankę

AGNIESZKĘ JĘDRAS

która zbyt wcześnie odeszła z naszego grona – dnia 21 sierpnia 2016 r.

Agnieszko zawsze pozostaniesz w naszej pamięci.

Pielęgniarki i położne z Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Św.

„Nie umiera ten, kto pozostaje w sercach i pamięci naszej...”

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 2 maja 2016 r., przeżywszy 62 lata odeszła od nas przedwcześnie nasza koleżanka

KRYSTYNA WIELICZKO

Żegnamy Cię Krysiu. Pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci

*Dyrekcja, pielęgniarki i położne
Przychodni „Rodzina” w Ostrowcu Świętokrzyskim*



*„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania. Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić...
tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania, że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”*
ks. J. Twardowski

Z głębokim bólem i żalem żegnamy Naszą Koleżankę

ANNĘ PETRYKOWSKĄ

która odeszła od nas przedwcześnie 16 sierpnia 2016 r. w wieku 56 lat.

ANIU pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci

*Dyrekcja, pielęgniarka przełożona, pielęgniarki i położne
OLK SP ZOZ w Skarżysku-Kamiennej*

„Ci, których kochamy, nie umierają nigdy, bo miłość to niesmiertelność”

Z bólem żegnamy naszą Koleżankę

JANINĘ BRZEŹNICKĄ

Aż trudno uwierzyć, że nie ma Cię wśród nas.

*Droga Jasiu, w naszej pamięci pozostaniesz na zawsze jako niezwykle serdeczna,
pogodna i oddana swojej pracy Koleżanka.*

Będziesz w naszych sercach i pamięci na zawsze.



*Koleżanki z Oddziału Neonatologicznego
Szpitala Kieleckiego Św. Aleksandra Sp z o.o. w Kielcach*

WSPOMNIENIE

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 29 sierpnia 2016 r. odeszła od nas na zawsze

Pani pielęgniarka

MARIA LUŻYŃSKA



Wspaniałe jest dla młodej osoby, możliwość spotkania na swojej drodze zawodowej Kogoś, kto będzie dla niej drogowskazem na dalsze lata pracy, a być może i życia. Dla wielu z nas Pani Maria była właśnie takim przykładem do naśladowania. Informacja o jej śmierci była dla nas smutną wiadomością.

Pani Maria była ciepłą i otwartą na potrzeby innych pielęgniarką, przełożoną, ale przede wszystkim wspaniałym człowiekiem. Zawsze gotowa nieść pomoc zarówno pacjentom jak i personelowi.

Młodym pielęgniarkom często zastępowała matki, służyła radami dotyczącymi zawodu ale i życiowymi. Zawsze dla każdego miała dobre słowo, nie umkła jej żadna niesprawiedliwość czy strapienie drugiego człowieka. Była wymagająca nie tylko w stosunku do personelu, ale przede wszystkim w stosunku do samej siebie, dając tym samym przykład do naśladowania młodej kadrze.

Zawsze aktywna, pomimo pełnionej funkcji, przełożonej, w razie braku personelu stawiała na danym stanowisku. Pod Jej skrzydłami nie straszne były żadne kontrole. Zawsze powtarzała, że „jeśli wszystko robisz zawsze zgodnie z zasadami, to nie masz się czego bać, a ten nie popełnia błędów, kto nic nie robi”. Te słowa towarzyszą mi już od kilkunastu lat i zawsze dają poczucie spokoju i opanowania. Teraz ja powtarzam swoim koleżankom i personelowi, naśladując swoją postawą moją Mentorkę. Wspaniałe było również to, że nigdy nie pozwoliła powiedzieć złego słowa na pielęgniarkę. Broniała naszego zawodu dbając o to, aby inni odnosili się do niego z szacunkiem.

Była spokojna i opanowana, ale potrafiła w obronie personelu pokazać stanowczość.

Ta niewysoka osóbką miała ogromne serce i walecznego ducha.

Z ogromnym żalem przyjąłam wiadomość o śmierci Pani Marii. Była dla mnie jak matka. Otaczała nas pielęgniarki atmosferą ciepła, spokoju i bezpieczeństwa. Wymagała, bo i nasz zawód do czegoś nas zobowiązuje. Jednak była człowiekiem i nigdy krzywda ludzka nie była jej obojętna. Starła się nas poznać i robiła to w tak wspaniały sposób, że patrząc na nas wiedziała kiedy mamy problemy, nigdy nie okazując swoich słabości czy zmartwień.

W mojej pamięci pozostanie obraz niewysokiej pielęgniarki, ubranej w białą garsonkę, podążającą korytarzem szybkim, ale drobnutkim kroczeniem. Zawsze była tam, gdzie Jej potrzebowali.

Pani Mario. Pozostanie Pani w moim sercu na zawsze.

Dorota Chatys

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

Z wielkim bólem i żalem żegnamy Panią

MARIĘ LUŻYŃSKĄ

która odeszła z naszego grona.

Wiele lat współpracowała z Samorządem Pielęgniarek i Położnych.

Była osobą ambitną, pracowitą, obowiązkową i uczynną. Pielęgniarki straciły wspaniałą koleżankę, pacjenci empatyczną profesjonalistkę, a rodzina najbliższą sercu osobę.

Żegnamy Cię Mario. Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci.

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
oraz pracownicy Biura ŚIPiP.*

GRATULACJE

Serdecznie gratulujemy Pani

BOGUMILE KOWALCZYK-SROKA

*która w drodze konkursu została wybrana na stanowisko
Pielęgniarki Naczelnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
św. Rafała w Czerwonej Górze.*

Życzymy sukcesów w pracy zawodowej

Serdecznie gratulujemy Pani

STANISŁAWIE MALARA

*która w drodze konkursu została wybrana na stanowisko
Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Leczniczo-Rehabilitacyjnego w 21 Woj-
skowym Szpitalu Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Busku-Zdroju.*

Życzymy sukcesów w pracy zawodowej

Podziękowania

dla Koleżanki

ALICJI BARTOSIK

*w związku z przejściem na emeryturę
Kochana Alicjo!!!*

*Dziękujemy Ci za wszystkie wspólnie przeżyte i przepracowane chwile,
za Twoje pełne zaangażowanie*

w pracę na rzecz naszych małych pacjentów.

Myślimy o Tobie i bardzo nam Cię brakuje !

Każdy dzień zasłużonej emerytury powitaj uśmiechem.

*Życzymy Ci dużo zdrowia, radości wśród bliskich
i szczęścia na każdy dzień.*

*Koleżanki z Oddziału Neonatologicznego
Szpitala Kieleckiego Św. Aleksandra Sp z o.o. w Kielcach*



BEZPŁATNE KURSY dla Pielęgniarek i Położnych



Grzegorz Solarz
Koordynator Projektu

umowy o dofinansowanie realizacji projektu zawartej ze Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER 2014-2020).

W medycynie wiedza jest najcenniejszym zasobem decydującym o bezpieczeństwie, zdrowiu a nawet życiu nas wszystkich. Odpowiednio wykwalifikowana kadra jest więc niezbędna w ochronie zdrowia, a przez to najbardziej poszukiwana na krajowym i europejskim rynku pracy.

Zdobyte przez Uczestników Projektu kwalifikacje zawodowe poprawią jakość świadczonego wsparcia na rzecz pacjentów w celu wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych oraz przyczynia się do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

GLÓWNYM CELEM Projektu jest podniesienie i dostosowanie kwalifikacji i kompetencji zawodowych 672 pielęgniarek i położnych (652 kobiet i 20 mężczyzn) z całej Polski w okresie od 04.2016r. do 08.2017r. do zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych poprzez uczestnictwo w kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych.

Osiągnięcie celu głównego Projektu będzie możliwe poprzez realizację **KURSÓW: KWALIFIKACYJNYCH** (3 rodzaje) i **SPECJALISTYCZNYCH** (6 rodzajów).

Szanowni Państwo,

jest mi niezmiernie miło poinformować, że Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych w Busku – Zdroju Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Kielcach rozpoczęło realizację Projektu pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych”, który realizowany jest na podstawie

Grupę docelową Projektu stanowić będą **672 osoby (652 kobiet i 20 mężczyzn)** posiadające uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / pielęgniarsza i położnej / położnego, zgodnie z USTAWĄ z 15.07.2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej i ROZPORZADZENIEM Ministra Zdrowia z 29.10.2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Uczestnikami Projektu będą pielęgniarki / pielęgniarsze i położne / położni z całej Polski, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w Projekcie. **Projekt przewiduje wsparcie dla 269 Uczestników Projektu (40% grupy docelowej) współpracujących z placówką świadcząca podstawową opiekę zdrowotną (KRYTERIUM PREMIUJACE)**. Weryfikacja ww. kryterium na podstawie kserokopii: umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Planowane efekty Projektu:

Liczba pielęgniarek i położnych, które po zakończeniu udziału w Projekcie uzyskają kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi – co najmniej 572 osoby.

Wartość Projektu: 1.999.198,94 zł.



Oferta Projektu przewiduje następujący zakres bezpłatnego wsparcia dla Uczestników Projektu:

1. Jeden kurs do wyboru spośród następujących:

Kurs specjalistyczny: Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część I dotycząca ordynowania leków i wypisywania recept (65 godz.) *UWAGA! wymóg formalny: Ukończony kurs specjalistyczny Wywiad i badanie fizykalne lub posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.*

Kurs specjalistyczny: Ordynowanie leków i wypisywanie recept w ramach kontynuacji leczenia (44 godz.)

Kurs specjalistyczny: Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych (100 godz.)

Kurs specjalistyczny: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (108 godz.)

Kurs specjalistyczny: Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów (70 godz.)

Kurs specjalistyczny: Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi (164 godz.)

Kurs specjalistyczny: Wykonanie badania spirometrycznego (86 godz.)

Kurs kwalifikacyjny: Pielęgniarstwo psychiatryczne (310 godz.)

Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek (305 godz.) *UWAGA! wymóg formalny: ukończony kurs specjalistyczny Leczenie ran.*

Kurs kwalifikacyjny: Pielęgniarstwo onkologiczne (240 godz.)

2. Noclegi (zgodnie z Regulaminem Realizacji Projektu).
3. Zwrot kosztów dojazdu na szkolenia (zgodnie z Regulaminem Realizacji Projektu).
4. Catering (bufet kawowy + obiad).
5. Profesjonalnych wykładowców i opiekunów stażu.
6. Placówki stażowe.
7. Egzamin państwowe.
8. Bogaty zestaw pomocy dydaktycznych (podręczniki + skrypty) + materiały piśmienne.
9. Ubezpieczenie OC zawodowe i NNW.

Oferta Projektu została przygotowana we współpracy ze ŚIPiP w Kielcach. Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne będą odbywać się we współpracy z SIPiP.

Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Numer i nazwa Osi priorytetowej: V. „Wsparcie dla obszaru zdrowia” PO WER 2014-2020.

Numer i nazwa Działania: 5.4 „Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych” PO WER 2014-2020.

Szczegółowe informacje znajdują Państwo na stronie Projektu www.pielegniarki.zdz.kielce.pl.

Serdecznie zapraszamy!



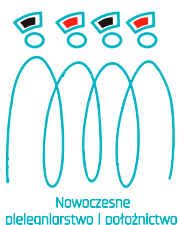
Biuro Projektu:

Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych w Busku – Zdroju
Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Kielcach

ul. Wojska Polskiego 30; 28-100 Busko – Zdrój

tel./fax: 41 378 28 74 lub tel.: 41 378 43 40

e-mail: pielengniarki@zdz.kielce.pl www.pielengniarki.zdz.kielce.pl



Projekt pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych” jest realizowany na podstawie umowy nr POWER.05.04.00-00-0027/15-00 zawartej ze Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia

Podziękowania

dla Pani

JOLANTY HOJDEN

*w związku z przejściem na emeryturę
za pełną poświęcenia i oddania pracę, za koleżeńskość, życzliwość
i serdeczność wraz z życzeniami zdrowia, radości i pomyślności
w życiu osobistym
składają:*

*Dyrekcja, pielęgniarka przełożona, pielęgniarki i położne
OLK Sp ZOZ w Skarżysku-Kamiennej*

.....
dla Pani

ANNY CICHY

w związku z przejściem na emeryturę za wszystkie lata pracy z Tobą!

Za Twoją pracowitość, wytrwałość życzliwość i cierpliwość.

Każdego dnia będziemy miło Cię wspominać,

bo wspólna praca jednoczy ludzi tak, jak nic innego.

*Droga Aniu zawsze w życiu najtrudniejsze są pożegnania, szczególnie wtedy,
gdy pracowało się wspólnie tyle lat.*

Jednak Ty idziesz teraz na zasłużony odpoczynek.

Życzymy Drogiej Koleżance Ani najlepszego zdrówka, pogodnego ducha,

dostatku i samych miłych chwil na emeryturze,

abyś zawsze czuła za sobą nasze życzliwe poparcie,

a czasem nas odwiedzała.

*Koleżanki pielęgniarki izby przyjęć
Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii*