Marzec/kwiecień 2'2021

OKRĘGOWA IZBA
Pielęgniarek i Położnych

POZNAŃ
BIULETYN INFORMACYJNY
ISSN 1234-1029

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki – 12 maja
Dzień Położnej – 8 maja

A miało być pięknie, spokojnie, bezpiecznie..., ale nie jest. Płyniemy z trzecią falą pandemii coraz szybciej i bardziej zuchwale. Nie nadążamy i z obawą, a czasami strachem patrzymy na tych, których powinniśmy chronić, którzy nam zawierzyli, a oni czasami wymykają nam się z rąk... Wspieramy się wzajemnie, niekiedy płacząc razem nad powagą sytuacji, w której wszyscy się znaleźliśmy, chociaż nasze plany były inne. Nasza bezsilność jest coraz większym wrogiem naszych umiejętności, mamy coraz mniej zapału, bo kiedy opuszcza nas optymizm zatapiamy się w mrocznych myślach... co teraz będzie? Czy podołamy wszystkim wyzwaniom? Czy tę wojnę można będzie wygrać i ile pociągnie za sobą ofiar ze wszystkich stron konfliktu...

Wszystkim, którzy poświęcają swój czas, swoje zdrowie, a niejednokrotnie również oddają życie, aby uratować innych, abyśmy przetrwali ten stan i kiedyś, w niedalekiej przyszłości mogli powiedzieć... warto było walczyć dla pacjentów, dla naszych rodzin i siebie i docenić poświęcenie tysięcy pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, którzy przy dobrej współpracy z innymi medykami uratowali wiele istnień ludzkich płacąc wysoką cenę.....

Serdecznie Wam wszystkim dziękujemy!!!!!!

... I cokolwiek uczynię,
zamieni się na zawsze w to,
co uczyniłam...

(Wisława Szymborska)

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań
www.oipip-poznan.pl

e-mail: sekretariat@oipip-poznan.pl
sekretariat: tel. 618620950
fax 618620951
rejestr: tel. 618620954, 618620955
księgowość: tel. 618620953

Santander Bank Polska S.A. 31 O/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Przewodnicząca Okręgowej Rady
– Teresa Kruczkowska

Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady
– Tomasz Kaczmarek
– poniedziałki 11.00-19.00
– środy 8.00-16.00
– czwartki 15.00-19.00

– Małgorzata Wojciechowska
– wtorki 14.00-19.00

Sekretarz Okręgowej Rady
– Jolanta Plens-Gałąska

Skarbnik Okręgowej Rady
– Wiesław Morek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
– Barbara Stefaniak

Zastępcy Okręgowego Rzecznika:
Aneta Kamińska, Arleta Kaczmarek, Katarzyna Polak, Karolina Zarzeczny, Elżbieta Mikołajewska-Król
Dyżury II i IV środa miesiąca

Okręgowy Sąd
Przewodnicząca – **Małgorzata Pięt**
Członkowie – **Marzena Banach, Małgorzata Gawlik, Ewa Kusztal, Beata Schulze-Zyber, Maria Chmielewska, Renata Witkowska-Wirstlein**
Dyżury I i III czwartek miesiąca

Okręgowa Komisja Rewizyjna
Przewodnicząca – **Renata Szafranek**
Członkowie – **Danuta Budna, Bożena Kaźmierczak, Emilia Marcinkowska, Jadwiga Drabowicz, Beata Andrzejczak, Ewa Piwońska-Roguska,**

Dział Szkoleń OIPiP
– Teresa Wiśniewska – szkolenia2@oipip-poznan.pl
– poniedziałek – wtorek 8.00-15.00
– środa - piatek 8.00 -13.00
–czwartek 8.00 -14.00
tel. 618620952, 618620969

MOIM ZDANIEM

Każda wojna rodzi ofiary ....str. 1

WOKÓŁ ZAWODU

Stanowisko Nr 49 Prezydium NRPiP ....str. 2
Stanowisko Nr 49 NRPiP ....str. 3
Stanowisko Nr 50 NRPiP ....str. 3-4
Bohaterka COVID-19 ....str. 5-6
Rok samotności ....str. 6-9
Emocje zostaw w pracy ....str. 10
Zarządzanie konfliktem w zespołach pielęgniarskich ....str. 11-12
Jak ustalić wysokość nadgodzin pielęgniarza ....str. 13-14
SOS - bezpłatna pomoc psychologiczna ....str. 14
Dział Merytoryczny NIPiP wyjaśnia ....str. 15

DZIAŁALNOŚĆ ORPiP

Wydarzenia ....str. 16
Podziękowania ....str. 16
Protokoły posiedzeń Komisji Refundacji ....str. 17
Nekrologi ....str. 17

Biuro
Sekretariat OIPiP
Przyjmowanie i wydawanie wniosków o refundację, pomoc socjalną
– poniedziałki, wtorki i piątki w godz. 8.00-16.00
oraz środy i czwartki 10.00-18.00
– Katarzyna Walas-Grossmann

Dział Prawa Wykonywania Zawodu
Przyjmowanie wniosków i wydawanie zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu oraz zezwoleń na wykonywanie indywidualnej/grupowej praktyki pielęgniarek i położnych
– poniedziałek-piątek w godz. 7.30-16.00
– Agnieszka Urbaniak, Tomasz Niewiadomski, Mikołaj Zerbst

Księgowość
Poniedziałek 8.00-19.00 – Danuta Skorys, Małgorzata Manikowska
Wtorek 8.00-19.00 – Danuta Skorys, Małgorzata Manikowska
Środa 11.00-19.00 – Małgorzata Manikowska
Czwartek 8.00-16.00 – Małgorzata Manikowska
Piątek 8.00-16.00 – Małgorzata Manikowska

Kasa
– czynna poniedziałek-piątek w godz. 8.30-15.30
Radca Prawny OIPIP
Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej
w czwartki od godz. 17.00-18.00
po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym (618620 950)

Biblioteka
– czynna poniedziałek-piątek w godz. 9.00-13.00
tel. 618620952, 618620969

MOIM ZDANIEM

Każda wojna rodzi ofiary...

Nie trzeba być wielkim historykiem, aby wiedzieć ,że każdy konflikt rodzi straty po obu stronach walczących ze sobą na barykadach. I czasem aż żal, że nasi decydenci o tym nie pamiętają. Bo zakładam, że jednak wiedzą...

W tle ogromnych braków wśród personelu medycznego i poszukiwania rezerw wśród cudzoziemców czy studentów ostatnich lat studiów na kierunkach medycznych – dowiadujemy się, że Ministerstwo Zdrowia znajduje czas, aby właśnie teraz reformować kształcenie podyplomowe. Myślę tutaj o likwidacji Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Nie ma żadnego merytorycznego uzasadnienia przemawiającego za likwidacją obecnego systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Ale Minister Zdrowia uznał właśnie teraz, że najliczniejsza grupa czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych (ok. 260.000 osób!) nie zasługuje na to, aby posiadać odrębny organ nadzorujący nasze kształcenie zawodowe. CKPPiP w Warszawie jest od samego początku agendą Ministerstwa Zdrowia. Z powodzeniem w latach 2000-2019 to Centrum przeprowadziło egzamin specjalizacyjny dla 75.300 członków naszego Samorządu Zawodowego. Ale Minister Zdrowia chce przekazać zadania CKPPiP do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Centrum Egzaminów Medycznych. Nauczeni doświadczeniami minionego systemu edukacji podyplomowej domyślamy się, że wrzucenie do worka z innymi zawodami medycznymi, będzie skutkowało ograniczeniem liczby specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, np. do 100 miejsc na cały kraj – jak to ma miejsce u lekarzy. Czy ograniczenie możliwości robienia specjalizacji nie będzie działało odstraszająco na młode pokolenia pielęgniarek i położnych, które chcą budować perspektywicznie swój rozwój zawodowy?

A może takie decyzje związane są z pracami nad ustawą o minimalnym wynagrodzeniu dla medyków i Minister Zdrowia chce się przypodobać pracodawcom, którzy niechętnie patrzą na podwyżki dla pracowników, którzy uzyskali tytuł specjalisty? A więc ograniczmy liczbę specjalizacji ... utrudnijmy dostęp do egzaminu państwowego... i będzie mniej specjalistów... i nie będzie trzeba dawać wolnego na staże specjalizacyjne... i nie będzie trzeba zwiększać wynagrodzenia...

Ale czy takim działaniem zachęcimy maturzystów do studiowania Pielęgniarstwa czy Położnictwa??? Obawiam się, że wprost przeciwnie. Rocznie w najbliższym dziesięcioleciu w Polsce będzie nabywać praw emerytalnych około 10.000 pielęgniarek i położnych. Aktualnie absolwentów studiów na naszych kierunkach pojawia się co roku w OIPiP w całej Polsce tylko 4.500-6.500 z wnioskiem o wydanie prawa wykonywania zawodu. Ale często już po roku pracy w nieludzkim systemie ochrony zdrowia - uciekają do innych branż. Straty sięgają szacunkowo nawet 1000 osób w niektórych latach...

Ofiarami nieracjonalnych decyzji Ministra Zdrowia będą i pracodawcy, i pacjenci, i uczelnie medyczne, i aktualnie pracujące pielęgniarki i położne- czekające na wsparcie siłowe młodego pokolenia naszych Koleżanek i Kolegów.

******

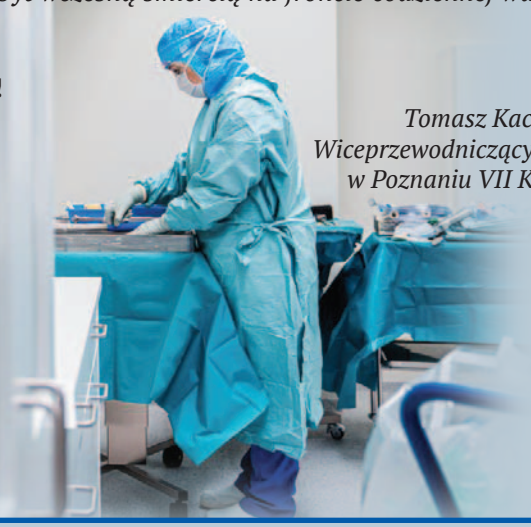
W tle toczącej się historii walki naszych zawodów o ugruntowaną pozycję w systemie ochrony zdrowia- z bezpiecznymi warunkami pracy i adekwatnymi do obowiązków - płacami pojawiają się smutne informacje o śmierci pielęgniarek i położnych. Zabierają nas wypadki, choroby onkologiczne, udary, zawały serca, epidemie...
Nigdy nie wiadomo czy dzisiejszy dyżur nie okaże się ostatnim.

******

Pomyślmy proszę chociaż przez kilka minut o tych naszych Koleżankach i Kolegach , którzy być może nie doczekali lepszych czasów – ale swoją ciężką pracą zawodową i zbyt wczesną śmiercią na froncie codziennej walki dla dobra pacjentów - zasłużyli na naszą pamięć.

Chwała Zwykłym Bohaterom w niezwykłych czasach!

Tomasz Kaczmarek
Wiceprzewodniczący ORPiP
w Poznaniu VII Kadencji



WOKÓŁ ZAWODU

Stanowisko nr 49
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 49

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 marca 2021r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie *w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego*, **wyraża stanowczy sprzeciw, wobec proponowanego w programie rozszerzenia zadań zawodowych opiekuna medycznego o dodatkowe czynności, które są zawarte w kompetencjach pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów medycznych, co w konsekwencji godzi w bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.**

Zgodnie z przyjęta uchwałą nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjonowanych w roku 2018)", którego jednym z celów było: wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodu wspomagającego pracę pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem, poprzez:

- podjęcie działań na rzecz dokonania zmian legislacyjnych w zakresie formalnego uregulowania współpracy pielęgniarek i opiekunów medycznych,
- podjęcie działań na rzecz upowszechnienia i efektywnego wykorzystania zawodu opiekuna medycznego w systemie opieki zdrowotnej,
- poszerzenie wiedzy i umiejętności zawodowych opiekuna medycznego w celu dostosowania ich do potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych grupy pacjentów z określonymi deficytami zdrowotnymi np. psychiatrii, geriatrii, neurologii, pediatrii.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy kontynuować kształcenie opiekuna medycznego zgodnie z dotychczasowym programem nauczania, który przygotowuje słuchaczy do wykonywania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, z uwzględnieniem zmian w programie kształcenia w 2019 r. polegających na poszerzeniu uprawnień w zakresie: oznaczenie stężenia glukozy we krwi, przy pomocy glukometru, prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów, karmienie przez PEG. W obecnym systemie opieki zdrowotnej istnieje pilna potrzeba usankcjonowania zatrudnienia opiekuna medycznego w podmiotach leczniczych, w których podejmowałby działania w zakresie swoich dotychczasowych kompetencji, czyli realizacji świadczeń w zakresie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

Projekt cyt. podstawy programowej kształcenia do zawodu opiekuna medycznego zakłada bezpośrednio poszerzenie programu kształcenia opiekuna medycznego o wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu dializoterapii, asystowania do operacji i pobierania krwi żylnej. Wskazane w cyt. projekcie wymagania dla szkól w zakresie bazy i sprzętu niezbędnych do kształcenia opiekuna medycznego jednoznacznie sugerują nauczanie opiekunów w zakresie kompetencji prawnie przypisanych pielęgniarce/ pielęgniarzowi, tj. cewnikowania pacjenta, tlenoterapii, pielęgnacji wkłucia centralnego, pielęgnacji portu naczyniowego, wkłucia doszpikowego, iniekcji domięśniowych, odśluzowania dróg oddechowych, pielęgnacji rurki tracheotomijnej itd. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest to praktyka zawłaszczania kompetencji pielęgniarskich (nabywanych w toku kształcenia na poziomie szkolnictwa wyższego i kształcenia podyplomowego) przez grupę zawodową opiekunów medycznych kształconą w systemie policealnym bez konieczności posiadania świadectwa dojrzałości. Doprowadzi to do bezwzględnego obniżenia, jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz znacznego wzrostu występowania zdarzeń niepożądanych. Stanowi również kolejny przykład deprecjonowania roli pielęgniarek i pielęgniarzy w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Dużym nieporozumieniem jest także propozycja nadania opiekunowi medycznemu kompetencji z zakresu prowadzenia przyłóżkowej aktywizacji z wykorzystaniem elementów gimnastyki osiowo-symetrycznej w trzech płaszczyznach jednocześnie SOS 3D – Metoda Hoppe, która bezwzględnie występuje w kompetencji magistra fizjoterapii. Ponadto, dodanie w nazwie kwalifikacji określenia „usług medycznych" wykracza poza sens i znaczenie słowa „opiekun" oraz wchodzi w zakres kompetencji lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty.

W zakresie zadań opiekuna medycznego powinno być pomaganie i wspieranie pacjenta, głownie poprzez wykonywanie poleceń ww. pracowników medycznych.

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej i innymi aktami prawnymi, pacjent, który odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne powinien mieć zagwarantowane świadczenia zdrowotne realizowane przez profesjonalistów z odpowiednimi kwalifikacjami, wykonywane z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych tworzenie przepisów prawnych ułatwiających przyuczanie do wysokospecjalistycznych czynności zawodowych osób spoza grupy profesjonalistów, doprowadzi do chaosu kompetencyjnego, którego konsekwencją będzie realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów oraz zwiększy ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

WOKÓŁ ZAWODU

Stanowisko nr 49
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 49
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 24 marca 2021r.

w sprawie poparcia zdania odrębnego Forum Związków Zawodowych do stanowiska Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z dnia 17 marca 2021 r. w sprawie płac minimalnych w ochronie zdrowia

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera zdanie odrębne Forum Związków Zawodowych do stanowiska Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z dnia 17 marca 2021 r. w związku z poparciem przez Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia propozycji Ministerstwa Zdrowia z dnia 26 lutego 2021 r. dotyczących zmian w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, dotyczących roku 2021.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych negatywnie ocenia poparcie przez organizacje pracodawców i dwie centrale związkowe (OPZZ i NSZZ Solidarność) propozycji Ministra Zdrowia w sprawie płac minimalnych w ochronie zdrowia. Propozycja Ministra Zdrowia jest dla zawodów medycznych niesprawiedliwa, gdyż sprowadzają się one głównie do jeszcze większego niż dotychczas „spłaszczenia" płac gwarantowanych w ochronie zdrowia. Pierwotnie przyjęte w ustawie grupy pracowników i poziomy współczynników pracy cechuje błędna metodologia nie uwzględniająca w sposób właściwy najniższych poziomów wynagradzania w poszczególnych grupach pracowniczych. Przedmiotowa propozycja faktycznie nie obejmuje stosownych podwyżek dla grupy pielęgniarek z licencjatem i wykształceniem średnim.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zawsze postulowała, aby poziomy wynagrodzeń w ustawie były ustalane według określonych grup zawodowych zgodnie z faktycznie posiadanymi kwalifikacjami na zajmowanym stanowisku. Ważną kwestią jest także wpisanie do ustawy przepisu nakładającego na pracodawców obowiązek automatycznego wzrostu wynagrodzenia zasadniczego w przypadku aktualnego podniesienia kwalifikacji zawodowych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera propozycję Forum Związków Zawodowych do podjęcia na nowo negocjacji przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia ze Związkami Zawodowymi w zakresie zmiany zaszeregowania pracowników do poszczególnych grup zawodowych w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o podjęcie pilnych działań w zakresie prawidłowego zaszeregowania wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, mając na uwadze wpływ zmian demograficznych na społeczeństwo oraz systematycznie pogłębiającą się lukę pokoleniową pielęgniarek i położnych.

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Stanowisko nr 50
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 50
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 24 marca 2021r.

w sprawie utrzymania obecnych rozwiązań prawnych w zakresie systemu kształcenia podyplomowego, w tym pozostawienia Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych jako samodzielnej jednostki budżetowej podległej Ministrowi Zdrowia

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż dotychczasowe rozwiązania prawne w systemie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zapewniają wysoki poziom jakości kształcenia podyplomowego.

Obecny system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zapewnia stały dopływ wysoko wykwalifikowanej, specjalistycznej kadry pielęgniarek i położnych do systemu ochrony zdrowia. Bazując na ponad dwudziestoletnich doświadczeniach z funkcjonowania tego systemu uznajemy za konieczne i bezwzględne pozostawienie obecnych rozwiązań prawno-systemowych.

W związku powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec zaproponowanych zmian w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, w części dotyczącej likwidacji Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych i wprowadzeniu znaczących zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, które spowodują ograniczenie dostępności do różnych form kształcenia podyplomowego.

Nie istnieje żadne merytoryczne uzasadnienie przemawiające za likwidacją obecnego systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

WOKÓŁ ZAWODU

Powyższe działania są sprzeczne z głównymi celami transformacji kształcenia pielęgniarek i położnych, czyli działaniami polegającymi na dostosowaniu kształcenia w tych zawodach do standardów Unii Europejskiej, a także sprzeczne z uchwałą nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce", w którym jedną z instytucji odpowiedzialną za dalszy rozwój kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych wskazano Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Należy wskazać, iż pielęgniarka i położna mają ustawowy obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w rożnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Rozwój współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, spowodowany jest przede wszystkim wzrostem samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych, co jest wynikiem zmiany standardów kształcenia przed i podyplomowego w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Profesjonalnie przygotowana i ciągle udoskonalana baza szkoleniowa gwarantuje pielęgniarkom i położnym równy dostęp do różnych rodzajów kształcenia podyplomowego, takich jak: szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne oraz kursy dokształcające, w wyniku których pielęgniarki i położne uzyskują uprawnienia do samodzielnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, prowadzenia kontynuacji leczenia, realizowania porad pielęgniarki w AOS (w zakresie diabetologii, kardiologii, chirurgii ogólnej), porad położnej w położnictwie i ginekologii oraz porad pielęgniarki i położnej w podstawowej opiece zdrowotnej.

Pielęgniarki i położne są najliczniejszą grupą pracowników zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia, tj. ich liczba wynosi 259.843 osoby. Podkreślić należy, że w latach 2000-2019 różne rodzaje kształcenia podyplomowego ukończyło łącznie 799.300 pielęgniarek i położnych, z czego wynika, że statystyczna pielęgniarka i położna uprawniona do wykonywania zawodu ukończyła co najmniej trzy rodzaje kształcenia podyplomowego, w tym szkolenie specjalizacyjne ukończyło – 75.300 pielęgniarek i położnych, kurs kwalifikacyjny – 136 tys., kurs specjalistyczny – 460 tys., kurs dokształcający – 128 tys.

Koordynowaniem spraw związanych z realizacją powyższych rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz organizowaniem państwowego egzaminu specjalizacyjnego odpowiedzialne jest Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, które jest państwową jednostką budżetową podporządkowaną Ministrowi Zdrowia.

Mając na uwadze gwarancję dostępności do różnych rodzajów kształcenia podyplomowego, pielęgniarki i położne powinny posiadać odrębny system kształcenia podyplomowego, niż pozostałe zawody medyczne.

W uzasadnieniu do projektu zmian systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych wskazuje się, iż Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) rocznie organizuje i finansuje ponad 800 kursów, z których 70% odbywa się w CMKP, przy wsparciu własnej kadry naukowej i zaplecza klinicznego. Natomiast, w roku 2019 uprawnieni organizatorzy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych przeprowadzili trzykrotnie więcej szkoleń, co stanowi 2.234, w których uczestniczyło łącznie 51.575 pielęgniarek i położnych. Powyższe dane statystyczne jednoznacznie wskazują na brak argumentów do likwidacji CKPPiP jako koordynatora obecnego systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

W poprzednim systemie kształcenia podyplomowego, włącznie do końca lat 90., pielęgniarki i położne miały znacznie ograniczoną dostępność do obowiązku stałej aktualizacji wiedzy i umiejętności zawodowych, co spowodowane było utrzymaniem kształcenia przez CMKP, a także realizowanego przez Wojewódzkie Ośrodki Doskonalenia Kadr Medycznych.

Na ograniczenia w dostępności do kształcenia podyplomowego wskazują dane statystyczne, iż w latach 1960-1999 specjalizację w danej dziedzinie pielęgniarstwa posiadało tylko 7.193 pielęgniarek i położnych.

Dotychczasowa regulacja przewidywała ustalanie programów kształcenia z wyłączeniem kursów dokształcających w porozumieniu z NRPiP, a zatem naczelnym organem zarządczym samorządu pielęgniarek i położnych, w skład którego wchodzą przedstawiciele okręgowych rad pielęgniarek samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Tym samym stanowisko NRPiP oddaje głos całego samorządu zawodowego w Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z przedstawionymi założeniami nowelizacji po zmianie ustawy program kształcenia ma ustalać zespół programowy CMKP. W jego skład ma wchodzić co najmniej jeden przedstawiciel samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Sformułowanie co najmniej wskazuje, że zapewnienie udziału jednego członka samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oznacza, że wystarczający dla spełnienia tego wymogu prawnego jest udział jednego przedstawiciela samorządu zawodowego. Członek zespołu programowego CMKP reprezentujący samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych zgodnie z przedstawionymi założeniami ustawy zmieniającej nie musi pełnić żadnych funkcji w organach samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Tym samym de facto głos samorządu pielęgniarek i położnych w pracach zespołu programowego CMKP nie będzie reprezentowany.

Kolejna istotna zmiana to umocowanie CMKP do bycia organizatorem szkolenia w zakresie kursu kwalifikacyjnego, kursu specjalistycznego i kursu dokształcającego. Istnieje poważne ryzyko, że w praktyce może to skutkować marginalizacją udziału innych podmiotów dotychczas organizujących kształcenie w tym zakresie i przejęciem tej funkcji wyłącznie przez CMKP.

Wobec powyższego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych widząc realne zagrożenie w dostępie pielęgniarkom i położnym do kształcenia podyplomowego oraz brak argumentów organizacyjno-merytorycznych do proponowanych zmian, wyraża stanowczy sprzeciw wobec likwidacji Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

WOKÓŁ ZAWODU

Bohaterka COVID 19

Co dzień słyszę w mediach o bohaterskiej postawie medyków. Jestem medykiem ale czy czuję się bohaterem? Na początku mojej „przygody"z COVID na pewno tak ale nie teraz. Sytuacja w jakiej się znalazłam z bohatera zrobiła ze mnie ofiarę. Moje życie stało się udręką a poczucie wartości sięgnęło dna. Czy mam prawo do użalania się nad sobą? Owszem mam bo teraz już wiem że nie zrobiłam niczego co pozwoliłoby moim przełożonym nie szanować mnie jak każdego pracownika.

Wyzwanie;

Banalny początek, otwarcie oddziału COVID w szpital. Chęć niesienia pomocy innym, słabszym, bezbronnym, stygmatyzowanym, chorym na COVID 19. Wszech obecny przymus" musicie kogoś wyznaczyć", „ to jest wojna", „bez dyskusji". Wyznaczyłam sama siebie na początek. Za mną poszło kilka innych „chętnych". Czułyśmy że robimy coś dobrego. Może chciałyśmy udowodnić sobie i innym że potrafimy, że damy radę, że nie jesteśmy tylko mocne w jednym oddziale, a może chciałyśmy zdystansować się od niezbyt miłej atmosfery panujące w oddziale, a może po to żeby więcej zarobić? Każdy miał swój powód.

Rozpacz;

To jedyne słowo jakim mogę określić początek pracy w tym oddziale. Wszechobecny chaos, brak procedur, brak personelu, brak leków, brak sprzętu, brak zabezpieczeń. Nikt z nas nie znał topografii oddziału, nikt z nas nie zdawał sobie sprawy jak będzie wyglądała praca w kombinezonie,masce z filtrem która pozostawiała na twarzy odcisk na parę godzin, w zaparowanych goglach przez które mało co widać, przyłbicy, ochronnych butach z których gumki wżynały się w opuchnięte nogi i w trzech parach rękawic w których założenie dostępu żylnego było mistrzostwem świata. Nie brakowało tylko pacjentów i rzędu karetek ich przywożących. Pozostało nam wzajemne pocieszanie się że damy radę, że to tylko początek będzie taki trudny potem będzie lepiej. Z dnia na dzień było lepiej z zaopatrzeniem ale niestety gorzej z moją odpornością. Praca fizyczna to jedno a odporność psychiczna to indywidualne odczucie. Miałam jej co raz mniej. Po trzydziestu latach pracy w zawodzie nie potrafiłam poradzić sobie z widokiem umierających w samotności ludzi. Zamykając oczy i próbując zasnąć analizowałam każdego człowieka który odszedł. Z czasem nie potrafiłam myśleć o niczym innym. Każdy kolejny dyżur stawał się ogromnym ciężarem nie do przejścia. Starałam się wchodzić w oddział, zrobić jak najwięcej zleceń i wychodzić. Nie analizować, nie zastanawiać się, nie przeżywać, nie dało się! Pękłam, poniosłam porażkę, nie dałam rady, dlaczego.....?

Porażka;

Ja , nie bojąca się walczyć o siebie i o podległe mi osoby. Potrafiąca przeciwstawić się przełożonym jeżeli czułam, że mam rację, broniąca zawsze wszystkich którzy potrzebowali obrony.

Przez ostatnie dziesięć lat inwestowałam w swoje wykształcenie. Zaczęłam od pielęgniarstwa pomostowego. Powrót do nauki po czterdziestce nie jest łatwym wyzwaniem. Potem specjalizacja oczywiście kierunkowa no bo przecież kocham to co robię. Pięć kursów specjalistycznych potrzebnych do pracy w oddziale. Na koniec magister pielęgniarstwa i zarządzanie podyplomowe, chcę dobrze wypełniać powierzone mi obowiązki oddziałowej. Wszystko w swoim wolnym czasie i za swoje pieniądze bo przecież w szpitalu nikt nie dostaje urlopu szkoleniowego ani delegacji na zjazd. Wydawać by się mogło że jestem silnym i zdeterminowanym człowiekiem a jednak nie podołałam. Nie dałam rady pracować dłużej w oddziale Covid. Poprosiłam przełożonych o przywrócenie do pracy w poprzednim oddziale.

Rozczarowanie;

„Z powodu zmniejszonej ilości miejsc nie ma dla pani miejsca w oddziale X i proponuję pani pracę w oddziale Y do końca roku".

No trudno, skoro nie ma miejsca przetrwam ten miesiąc, praca jak praca, poradzę sobie przecież jestem pielęgniarką, dam radę!

Tłumaczyłam to sobie po swojemu. Przecież nie może być to kara za to że poszłam na ochotnika na zakaźny. Przecież takich jak ja nazywa się bohaterami. To tylko chwilowe, po prostu nie mogą inaczej moi przełożeni

WOKÓŁ ZAWODU

którzy są mi przychylni i rozumieją sytuację w jakiej się znalazłam. Zrobiłam to czego ode mnie oczekiwali. Nie przewidziałam że mnie to przerośnie. A jednak.....

Po tygodniu pracy w oddelegowaniu zachorowałam na COVID 19. Myślałam że to już koniec mojej „serii niefortunnych zdarzeń". Życie postanowiło jednak doświadczyć mnie jeszcze bardzie. Niestety w „moim" oddziale nadal nie było dla mnie miejsca. Otrzymałam kolejne oddelegowanie na trzy miesiące. Na pytanie dlaczego? Bo oddelegowani mogą być Ci którzy byli ochotnikami na Covid. Czyli jednak nie jestem bohaterem? Jestem tą która chciała iść więc o co mi chodzi? To każdy pracownik nie jest taki sam? Nie pracujemy wszyscy dla dobra całego szpitala? Nie wszystkich obowiązuje ten sam kodeks pracy i te same prawa? Te pytania cisną się na usta i niestety pozostają w kategorii retorycznych.

Beznadzieja;

Pod koniec okresu izolacji zaczęły powracać twarze umierających w oddziale zakaźnym. Zaśnięcie graniczyło z cudem, ból głowy i szum w uszach był tak silny jak gdyby pociąg nieustannie hamował w moim mózgu. Narastające poczucie beznadziejności zabijało wszystko co do tej pory osiągnęłam. Myśl że jestem nikomu nie potrzebna choć tak dużo poświęciłam dla miejsca w którym pracuję skutecznie niwelowała każdą cząstkę dobrej energii jaką posiadałam. Niechęć do wszystkiego i wszystkich. Brak ochoty na wstanie z łóżka. Brak chęci do rozmowy z bliskimi. Strach przed wyjściem na zakupy bo ktoś może być chory i zarazi mnie po raz drugi. Rozdrażnienie, złość, frustracja, rozkojarzenie, beznadzieja! Moja dusza cierpiała a jednocześnie nie pozwalała sobie pomóc.

„Depresja nie dotyczy ludzi słabych tylko tych, którzy byli silni zbyt długo".

Przyszłość;

Czy do stanu w jakim się znalazła doprowadziła mnie choroba, czy przeciążenie nauką, czy to w jaki sposób potraktowano mnie w pracy ? Nie wiem i nie nie chcę wiedzieć. Wiem tylko, że depresja mnie zmieniła. Nie jestem i już nigdy nie będę tym samym człowiekiem. Coś we mnie pękło, umarło, przestało istnieć. Tym czymś jest wiara w ludzi. Czy to czas pandemii zaburzył nasze człowieczeństwo? Czy wolno nie szanować drugiego człowieka tylko dlatego że okazał się słabszy od nas? Czy etyka naszego zawodu pozwala nam okazywać wyższość? Do czego jesteśmy zdolni broniąc zajmowanych „stołków"?

Wierzę, że moje doświadczenie mnie wzmocni, pozwoli na nowy początek. Czy lepszy? Mam nadzieję. Rozważałam zmianę zawodu ale w tej chwili nie potrafię sobie wyobrazić że nie jestem pielęgniarką. Kocham to co robię. Uwielbiam swoich pacjentów, ich wdzięczny wzrok i ciche dziękuję „siostrzyczko". Potrzebuję jeszcze chwilki żeby doprowadzić organizm do równowagi i znów ruszę do niesienia pomocy. Może nie na „ochotnika" bo to nie wyszło mi najlepiej, ale z potrzeby serca.

Bohaterka?
(Imię i Nazwisko autorki znane Redakcji)

Przedruk: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 1-2/2021

Rok samotności

Nieznana choroba płuc zawładnęła miastem Wuhan w chińskiej prowincji Hubei. Na razie mówi się o 27 chorych osobach. Muszą być izolowani. Komisja zdrowia dostrzega wspólny mianownik infekcji. Wiele osób spośród chorych odwiedziło targ rybny Huanan w Wuhan (31.12.2019). Kilka miesięcy później w Polsce. Michał siedział wtedy w swoim pustym mieszkaniu. Okna bloku wychodziły na szpital. Rodzina wyprowadziła się zaraz, gdy się zaczęło. Gdyby ktoś zrobił mu zdjęcie, to taka fotografia miałaby wymiar symbolu. Bo najlepszym słowem do opisania epidemii jest samotność. Dotyczyła tak samo pacjentów, jak i tych, którzy usiłowali ich ratować. (...) na szczęście nie spełnił się najczarniejszy scenariusz. Nie było masowych zgonów, tak jak we Włoszech, w Stanach czy Brazylii: - Nie było masowego umierania. My przecież z nimi rozmawialiśmy, słuchaliśmy ich, pamiętaliśmy, co mówili. Towarzyszyliśmy im w odchodzeniu. Nie mieli nikogo innego. Ta choroba osamotnia ludzi. To jest w niej najbardziej przerażające. Wielu medyków ze słowem epidemia jednym tchem dodawało: samotność. To koszmar dla pacjentów.

STAN KRYTYCZNY, Paweł Reszka

Kiedy na przełomie roku 2019 i 2020 zaczęły napływać niepokojące informacje o epidemii w odległych Chinach, nikt nie przypuszczał, że w ciągu nadchodzących tygodni COVID-19 rozniesie się po całym niemal świecie, siejąc niespotykane dotąd spustoszenie i straty - począwszy od zdrowia i życia, po ogromne, niepoliczalne straty ekonomiczne, utratę pracy i źródła utrzymania dla wielu osób. Poza tym wirus i szerząca się epidemia wywołały panikę i bałagan w ochronie zdrowia. Niepokojące doniesienia słyszeliśmy niemal każdego dnia - o braku podstawowych środków ochrony osobistej, braku ludzi do pracy, niewydolności SORów, pogotowia, domów pomocy społecznej, całych szpitali zamykanych z powodu ognisk zakażenia. Szybko okazało się, że nie ma środków ochrony dla osób pracujących bezpośrednio z pacjentami. W cieniu tych wszystkich strat pozostały inne problemy - izolacja osób starszych, pacjentów w szpitalach, osób pracujących w ochronie zdrowia (często spowodowana strachem przed przeniesieniem choroby do domu i zarażenia bliskich, później również zarażeniem), po dzieci i młodzież, która wyrwana została ze szkół i przedszkoli i zamknięta w domach, pozbawiona kontaktu z rówieśnikami.

Życie w izolacji

Od początku pandemii i pierwszego lockdownu w mediach pojawiały się doniesienia o szkodliwym wpływie całkowitej izolacji. Wśród wymienianych ofiar izolacji nie zabrakło chyba nikogo - epidemia i zamknięcie w domach szkodziły zarówno starszym, żyjącym samotnie,

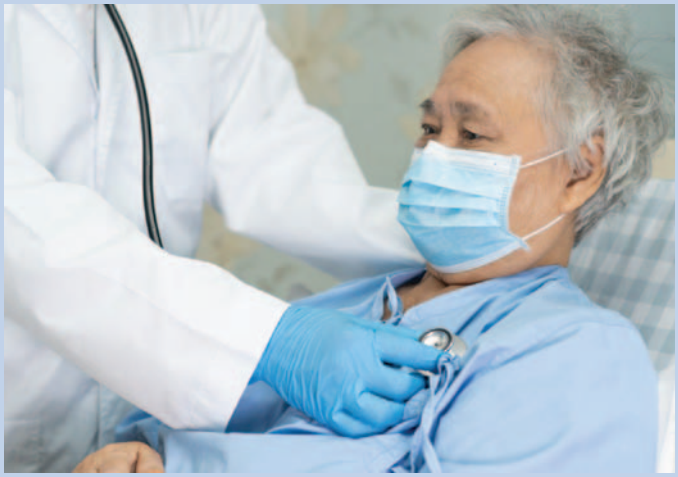
WOKÓŁ ZAWODU

młodszym - tym w parach i „singlom" pracującym zdalnie, jak i rodzinom nieprzyzwyczajonym do zamknięcia i przebywania razem przez wiele godzin, dni, tygodni.

Poczucie samotności towarzyszy nam na różnych etapach i w różnych okolicznościach życia. Samotność można interpretować zależnie od tego, co odczuwa dana osoba. Na przykład osoba jest otoczona ludźmi, a mimo to czuje się osamotniona z powodu braku bliskich więzi, inne osoby pomimo braku bliższych więzi nie będą odczuwały samotności jako stanu negatywnego.

Według różnych źródeł w psychologii wyróżnia się wiele rodzajów samotności - samotność społeczną, emocjonalną, egzystencjalną, samotność przejściową, chroniczną i inne. Samotność może być skutkiem zmian, takich jak zmiana miejsca pracy, przeprowadzka, odejście lub śmierć życiowego partnera i osób, z którymi mamy wyjątkowo bliski kontakt. Niektórzy radzą sobie z samotnością lepiej, inni gorzej. Są w roku okresy, kiedy poczucie samotności i osamotnienia wzrasta - to święta, rocznice urodzin, imieniny, dni, które zwykle spędzamy w gronie bliskich nam osób. Im krócej samotność trwa, tym lepiej jesteśmy w stanie sobie z nią poradzić, jednak przedłużająca się samotność skutkuje spadkiem samooceny, unikaniem kontaktów z innymi, brakiem elastyczności w kontaktach, lękiem przed nawiązywaniem kontaktów czy konfliktami z innymi. Badania wykazują, że nawet do 80% młodych ludzi odczuwa samotność, w wieku średnim ten procent spada (wtedy nawiązujemy bliskie relacje, zakładamy rodziny), by w wieku podeszłym ponownie wzrosnąć (https://emocje.pro/niebezpieczna-samotnosc-badania-właczenie-uwaznosci/). Badacz tematu samotności James J. Lynch twierdzi, że brak więzi z innymi ma negatywny wpływ na nasze zdrowie - zarówno psychiczne, jak i fizyczne, w tym na zwiększoną śmiertelność w populacji osób samotnych.

Na początku 2020 roku postawieni zostaliśmy w obliczu nieznanego dotąd doświadczenia, nagłego odcięcia od naszych znajomych, rodziny, większości naszych codziennych aktywności. Podyktowane to było wyższym dobrem, przecięciem dróg szerzenia się wirusa i powstrzymaniem pandemii. Niestety bardzo szybko okazało się, że nie do końca potrafimy poradzić sobie w tej sytuacji. W „normalnych" czasach radzimy sobie z samotnością na różne sposoby, większość z nich to aktywności poza domem, wyjście do sklepów, kina, na siłownię, czy choćby na spacer, aktywności w gronie znajomych.



Chronić starszych

Osoby powyżej 60. roku życia są bardziej podatne na zarażenie COVID-19 i jego ciężkie powikłania (prof. Andrzej Zieliński, wypowiedź dla Pulsu Medycyny, marzec 2020). Często podkreśla się, że te osoby muszą być też bardziej chronione, przede wszystkim izolowane od potencjalnie zarażonych. Osobom w tym wieku doradzało się od początku pandemii, aby zostały w domach, nie wychodziły z domów nawet po zakupy, do lekarza, na spacery, aby odwołały podróże oraz wszystkie aktywności, które mogą być wykonane w późniejszym czasie.

Na długo przed pandemią w badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych szacowano, że aż do 43% osób starszych czuje się samotna. Samotność i związany z nią stres prowadzi zarówno do zaburzeń psychicznych, jak i fizycznych, oznacza zwiększone ryzyko wystąpienia chorób serca, nadciśnienia, otyłości, udaru, demencji, depresji, chorób nowotworowych, powoduje też spadek aktywności fizycznej i psychicznej, a także przyczynia się do wcześniejszych zgonów.

Obecnie osoby przebywające w szpitalach, niezależnie od powodu hospitalizacji, są izolowane zarówno od innych pacjentów, personelu, jak i odwiedzających spoza szpitala. Ze względów na pandemię wszelkie kontakty zostały ograniczone do minimum. Pracownicy medyczni ubrani w niezbędne w tej sytuacji środki ochrony często nie są w stanie rozpoznać sami siebie, mimo iż pracują razem od lat, dla pacjentów są zupełnie anonimowi. Rzadsze wejścia na sale chorych, braki w personelu prowadzą do zwiększonego odczuwania samotności przez pacjentów. Dotyczy to wszystkich, w szczególności jednak osób starszych, które gorzej radzą sobie z nowoczesnymi technologiami, a przez to są bardziej odcięte od świata zewnętrznego i informacji, a przede wszystkim od bliskich.

Lekarz zrobi krótki obchód, pielęgniarka poda leki, salowa posprząta - wjazd i wyjazd. Chorzy są sam na sam z chorobą.

(Zuzanna Opolska w rozmowie z Pawłem Reszką, autorem książki Stan krytyczny, www.medonet.pl).

Jedni odchodzili w samotności, drudzy zdrowieli w pustce... (SK)

Śmierć na oddziale oglądam 30 lat. Ale teraz wszystko jest inaczej. (...) Śmierć na koronawirusa to samotna śmierć. (OZ)

W mediach zaczęły pojawiać się informacje o samotnym chorowaniu i umieraniu w szpitalach. Najsmutniejsze są doniesienia o samotnym umieraniu, przytaczane

WOKÓŁ ZAWODU

przez personel słowa pacjentów, którzy chcieliby jeszcze raz, ten ostatni, zobaczyć, usłyszeć kogoś bliskiego. Bardzo często pielęgniarki i lekarze w takich sytuacjach dzwonią do rodzin z własnych telefonów, by oddać tę ostatnią przysługę choremu. - Ludzie nie muszą umierać w samotności - mówi lekarz ze szpitala zakaźnego, który organizował wizyty bliskich dla umierających pacjentów. Osobę bliską ubierało się w kombinezon i w asyście lekarza, aby sytuacja nie wymknęła się spod kontroli, pozwalało wejść na salę. - Niestety wielu pacjentów z COVID-em umiera bez pożegnania (OZ). Większość szpitali z różnych powodów (zapewne też z powodu braku środków ochrony dla personelu, nie mówiąc o rodzinach pacjentów) nie była w stanie wprowadzić takich wizyt.

Pielęgniarki uwijały się przy Zofii niedawno - umyły ładnie, tylko o włosach zapomniały. Gdyby tu mogli wejść syn, córka, wnuk, mąż, pewnie by ją przeczesali - ale nikt obcy na intensywną terapię w szpitalu jednoimiennym nie wejdzie. Jeśli Zofia umrze, to umrze jak każdy tutaj - w zupełnej samotności. (SK)

W domu umiera się lepiej, nie ma wątpliwości. (...) Nagle pacjentka mówi do mnie „Pani doktor, nie chcę umierać w tym szpitalu. Gdziekolwiek, ale nie tutaj". Miała odwagę mi to powiedzieć. Prosiła, żeby ją wypisać do domu. Ale umarła. Tutaj. A ja nie mogłam nic zrobić. (SK)

Brak możliwości pożegnania pacjenta z rodziną rozbijał medyków. Bliscy umierających szukali dojść przez znajomych, załatwiali prywatne komórki do lekarzy. Justyna: Dzwonią do nas. Błagają, żeby choć pożegnać się, potrzymać za rękę, poczekać. Ale do tego kontaktu nie może dojść. Takie same prośby ze strony pacjentów: „Tylko jedna osoba. Chciałbym na chwilę, przed śmiercią...". Nie mogę się zgodzić. I to jest jedna z większych traum tej epidemii. Umiera się samemu w zamkniętej sali. Możemy jedynie wykręcić numer do kogoś bliskiego. A potem przyłożyć umierającemu pacjentowi telefon do ucha. (SK)

Na Twitterze pojawiło się zdjęcie szpitalnego magazynu pełnego iPadów dla chorych, aby ci mogli pożegnać się przed śmiercią z bliskimi. Jeden z komentarzy napisanych pod zdjęciem: W poniedziałek mój chłopak pożegnał się z matką na iPa-dzie. Nie uściskał jej ostatni raz, nie trzymał za rękę. Siedział za szkłem i trzymał iPada. Jestem wściekła. Nie mogę nawet być smutna, bo jestem taka zła. (www.medonet.pl)

Gadałyśmy o tym z dziewczynami. Co ze sobą zrobimy, jak już tu do nas przyjdzie. Wiesz, jakie mamy marzenie? By był tu choć jeden czysty oddział. Albo strych, nawet taki bez łazienki... j By można było zostać, nie ruszać się I za mury. Gdzie my żyjemy, skoro wszystkie marzymy o wolnym strychu?\ By nie wracać do domów jak tykające bomby. Nie wyobrażam sobie, że mogłabym coś przywlec ze szpitala, że mogłabym zarazić swoje dziecko. Że musiałabym patrzeć, jak leży pod respiratorem.

„Spytasz pewnie, czy się boję" (OZ)

W książce ODDZIAŁ ZAKAŹNY dr Grzegorz Opielak opisuje pierwszy przypadek psychozy spowodowanej pandemią. Pielęgniarka, która nie była do tej pory leczona psychiatrycznie, nagle barykaduje się w samochodzie,

dzwoni na numer 112 i mówi, że jej matka umarła. Ale matka kobiety żyje. Wykonane badania nie wykazują żadnych zmian chorobowych. To czysty przypadek psychozy. Zaczyna się, myślę. Wiedziałem, że to nastąpi, nie wiedziałem tylko kiedy. Mija miesiąc lockdownu - ludzie pozamykani w domach nie wytrzymują narastającej presji. (OZ). To efekt strachu, niepewności, braku zabezpieczeń i poczucie pozostawienia nas samych sobie. Wielu pracowników medycznych na czas pandemii rozstawało się z rodzinami, nie mając pewności, co przyniesie kolejny dzień, kolejny dyżur. Niektórzy wspólnie oceniali ryzyko i postanawiali zostać razem.

Dzwonię do żony, tłumaczę jej, że jest inaczej, niż myśleliśmy. Bardzo inaczej.

– Jedź do rodziców zanim wrócę do domu i zostań tam. Zanim wrócę na noc – proszę.

– Absolutnie. Nie zostawię Cię.

Nie miałbym pretensji, gdyby wyjechała. (OZ) To rozmowa lekarza rezydenta oddelegowanego z miejsca pracy do szpitala powiatowego.

Michał pracuje w systemie 24 godziny dyżuru – 24 godziny odpoczynku. Z okna jego pokoju widać szpital. Żona z synami wyprowadzili się na wieś do dziadków. Porusza się więc tylko między domem a szpitalem. (SK)

WOKÓŁ ZAWODU

Pielęgniarka ze szpitala jednoimiennego codziennie wraca po pracy do domu, do którego dojeżdża dwie godziny. Ale tego dnia, gdy umiera jej pierwszy pacjent z Covidem, pojawia się myśl, że personel szpitala ma zarezerwowane miejsca w hotelu i że zanim nie zrobi testu i nie dostanie wyniku, przeczeka w hotelu, aby nie narażać męża i dzieci. Nie tylko ona myśli, jak uchronić rodzinę przed chorobą. Wiele osób przychodzi do pracy z walizkami. Nie wiedzą, czy przyjdzie ktoś ich zmienić po dyżurze, czy będą mogli opuścić miejsce pracy, jakie decyzje zostaną podjęte odnośnie sytuacji szpitala, pogotowia, domu opieki. Nagle praca w ochronie zdrowia zaczyna być jak praca sapera, nie znasz dnia ani godziny, kiedy coś wybuchnie tuż obok ciebie. Na twoim oddziale, w twoim szpitalu, w twojej karetce, a przecież większość z nas domyślała się po cichu, że kontakt z wirusem to kwestia dni. Jak mówi wielu medyków, znów najgorsze było to, że nawet w obliczu podejrzenia zakażenia, po kontakcie z pacjentem dodatnim, mieliśmy trudności w dostępie do wymazów, oczekiwanie na wyniki było nierzadko dłuższe niż w wypadku pacjentów, wielu medyków skarżyło się, że ich wyniki po prostu zaginęły. Nie otrzymywaliśmy też wsparcia w miejscu pracy, jak mówią bohaterzy książek-relacji z pierwszej linii frontu często przez dwa, trzy tygodnie choroby lub kwarantanny nie było z pracy żadnego telefonu, żadnego zainteresowania, jak się czujesz. Znowu zostaliśmy sami. I nie pomagały akcje ogólnopolskiego bicia braw, bo życie jak zawsze napisało swój własny scenariusz.

Po pierwszych, najtrudniejszych miesiącach sytuacja, z którą trochę jednak się oswoiliśmy, nadal jest zmienna, ostatnio liczba zakażeń w naszym kraju na dobę oscyluje w granicach około 2000. Ale Europa i Stany Zjednoczone już zaczynają obawiać się rozniesienia wariantu brytyjskiej odmiany wirusa, który jest wielokrotnie bardziej zakaźny, niestety powoduje też znacznie wyższą umieralność z powodu choroby. Czy czarne scenariusze się sprawdzą? Mamy za sobą rok doświadczeń w walce z koronawirusem... Czy skorzystamy z tej lekcji? Czy pomoże nam ona w opanowaniu tych wszystkich negatywnych zdarzeń i przeżyć, które mamy za sobą i wzmocni nas na czekające nas w najbliższej przyszłości wyzwania, czy z obecnej rocznej walki wychodzimy silniejsi?

Jeśli potrzebujesz dla siebie lub koleżanki, kolegi z pracy wsparcia od psychologa, to na stronie NIPiP znajdziesz kafelek „Psychologiczna pomoc dla pielęgniarek i położnych", po naciśnięciu zobaczysz listę Okręgowych Izb Pielęgniarskich i dane, kto na danym terenie pomocy udziela, są numery telefonów i adresy mailowe. Możesz poprosić o kontakt z doświadczonym psychologiem, pisząc na adres psychologiąinipip.pl Podaj swój numer telefonu - psycholog oddzwoni i umówicie się na rozmowę.

KRÓTKA HISTORIA WIRUSA

SARS-CoV jest nowym wirusem, spokrewnionym blisko z SARS (wirus zespołu ciężkiej niewydolności oddechowej), który pojawił się w 2002 roku w Chinach i w ciągu pół roku wywołał zakażenia w około 30 krajach na całym świecie. Śmiertelność przy zakażeniach SARS obliczono na 15%, epidemię SARS udało się zatrzymać i obecnie nie występują nowe przypadki.

MERS-CoV, wirus bliskowschodniego zespołu niewydolności oddechowej wyizolowany został w 2012 roku. Śmiertelność przy zakażeniach wynosi do 35%, MERS nadal występuje, głównie na Półwyspie Arabskim.

Tak naprawdę zdania naukowców co do pacjenta zero obecnej pandemii na świecie są podzielone. Początkowo pojawienie się koronawirusa COVID-19 wiązano z targiem rybnym w prowincji Hubei i pierwszym przypadkiem wykrytym w grudniu 2019 roku. Jednak późniejsze badania pokazały, że wirus mógł się rozprzestrzeniać wśród ludzi już od połowy września.

9 stycznia 2020 - pierwsza ofiara śmiertelna w Chinach, klient niesławnego targu rybnego.

13 stycznia - pierwszy przypadek wirusa poza Chinami.

24 stycznia - pierwszy przypadek wirusa w Unii Europejskiej.

4 marca - pojawia się pacjent zero w Polsce-to 66-letni mieszkaniec lubuskiego, który powrócił z Niemiec.

12 marca - pierwszy przypadek śmierci z powodu koronawirusa w Polsce.

Jest przełom stycznia i lutego 2021, dzisiejsze statystyki mówią o 102 milionach przypadków COVID na świecie, 2,23 milionach zgonów, 57 milionach ozdrowieńców. W Polsce te liczby to odpowiednio 1,5 mln, 3,7 tys., 1,27 tys.

W tekście wykorzystano:
https://www.dw.com/pl/tajemnicza-choroba-pluc-w-chinach/a-51846368
Nadzwyczajni (N), M. Wyrwał, M. Żmudka, Wydawnictwo Akurat 2020
Oddział zakaźny. Historie bez cenzury (OZ), A. Sztyler-Turovsky, Wydawnictwo SON 2020
Pandemia. Raport z frontu (P), P. Kapusta, Wydawnictwo Insignis 2020
Stan krytyczny, P. Reszka (SK), Wydawnictwo Czerwone i Czarne 2020
Dostęp do cytowanych stron internetowych: 7.02.2021

WOKÓŁ ZAWODU

Przedruk: Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 10/2020

Emocje zostaw w pracy

*Jak nie wnosić tego, co nas spotyka w miejscu pracy, do domu, rodziny pytamy psycholog **Mirosławę Kownacką**.*

Często słyszymy, żeby „nie przenosić emocji z pracy do domu". Tylko jak to zrobić?

A dlaczego mamy tego nie robić? Oddzielenie świata zawodowego i osobistego to ułuda. Taka separacja, że od-do jest się pracownicą, a od-do matką, żoną, przyjaciółką jest w praktyce niemożliwa. A trwanie w przekonaniu, że tego typu oddzielanie jest zdrowe, nasila problemy i konflikty wewnętrzne, zaburza relacje. Człowiek jest całością, a praca zawodowa ważną częścią jego życiowej aktywności. Odcinanie się od niej w relacjach rodzinnych sprawia, że nasi bliscy nie mają dostępu do ważnej części naszego życia, także emocjonalnego.

Warto sobie uzmysłowić, że założenie „o czym nie mówię, tego nie ma" jest z gruntu fałszywe. To, co się dzieje w pracy, jeżeli wiąże się z silnymi emocjami i „gorącymi" myślami, po prostu nas wypełnia. Udawanie, że tego nie ma (nic się nie stało, to tylko zmęczenie, dzisiaj jest kiepskie ciśnienie, źle spałam i inne tego typu wymówki), wypieranie lub spychanie myśli i emocji, zaprzeczanie ich istnieniu po prostu nie działa!

Rodzina i tak wyczuwa, że coś się dzieje. Dzieci próbują zgadnąć, dlaczego mama jest spięta, wybucha gniewem z błahego powodu. Te trzymane pod kontrolą emocje i tak są, wpływają na nasze zachowanie i relacje z bliskimi, generują kolejne „złe" emocje (niepewność, rozdrażnienie) i wywołują napięcie, nad którym coraz trudniej panować. Gdy zamykamy się w sobie, to urywamy kontakt, nie chcemy np. rozmawiać z matką lub koleżanką, która dzwoni („Powiedz, że wyszłam do sklepu"), dzieci odsyłamy do innego pokoju („Idź się pobaw, odrób lekcje, mamę boli głowa"), odpływamy myślami, więc bliscy widzą, że jesteśmy nieobecne („Mówiłeś coś?" do męża który kolejny raz zadaje to samo pytanie), albo czepiamy się o drobiazgi („Ile razy mam powtarzać, że buty należy stawiać równo!") itd.

Warto mieć świadomość, że trzymanie w sobie tego, co dla nas ważne, pochłania mnóstwo energii i siły. A jeśli staje się stałą strategią radzenia sobie z problemami w pracy, powoduje także utratę zaufania do nas. Mąż, przyjaciółka zaczyna zastanawiać się „Dlaczego nic mi nie mówi? Dlaczego coś ukrywa?". I tak powstaje błędne koło, bo nawet jeśli dusimy w sobie te emocje, to oczekujemy od bliskich zrozumienia na zasadzie: „Powinien się domyślić, co mi jest" albo „Przecież widzi, że się kiepsko czuję". Takie komunikaty nie wprost, na które inni nie zawsze potrafią właściwie zareagować (a często nie reagują, na wszelki wypadek wycofując się), sprawiają, że my także odsuwamy się od bliskich, zaczynamy żywić do nich urazę, nie mając przy tym świadomości, że to my przede wszystkim sprawiamy im przykrość.

Dzielenie się od progu swoim nastrojem czy problemami, jakie wiążą się z pracą, nie zawsze jest dobrze widziane przez rodzinę, która oczekuje, żeby żona i mama zajęła się nimi i ich sprawami, wysłuchała, co było w szkole, zrobiła obiad.

Troska o rodzinę, o innych - także pacjentów i współpracowników - jest skuteczna tylko wtedy, gdy z równym zaangażowaniem potrafimy się troszczyć o siebie, o swoje potrzeby. Tylko osoba, która jest w kontakcie ze swoimi emocjami i uczuciami, potrafi zatroszczyć się o swoje potrzeby, jest w stanie właściwie zatroszczyć się także o innych. Podam przykład. Pielęgniarka, która odcina się od swoich emocji, a przy tym z zaangażowaniem podchodzi do swojej pracy, będzie demonstrowała postawę „Padnę na nos, ale zrobię wszystko, czego ode mnie oczekują inni". Ani pacjenci, ani współpracownicy, nie mówiąc już o rodzinie, nie czują się dobrze w jej obecności. Widzą w niej sprawny, a przy tym rzadko zadowolony z życia automat.

Dobrą techniką jest nawyk podsumowywania dnia w drodze z pracy do domu.

Ważne jest, by nie skupiać się tylko na problemach, błędach, nieprzyjemnościach, ale zadać sobie także pytanie, co miłego się zdarzyło? Jakie dobre chwile dzisiaj były? W zależności od temperamentu, możemy to sobie w myślach opisać słowami albo wyobrazić jako obraz. Istotne jest, aby skupiać się na faktach, bez ocen i interpretacji. I dopiero, gdy już to zrobimy, zastanowić się, jakie emocje w nas te zdarzenia wywołały. Co pojawiło się pierwsze, a co po pewnym czasie?

Często na pierwszy ogień idą złość i zdenerwowanie, a potem okazuje się, że pod spodem był wstyd, lęk, poczucie bezsilności, bezradności, żal, zagubienie, niepokój, poczucie krzywdy, odtrącenia, braku akceptacji, bycia lekceważonym, gniew itd. Albo najpierw jest „było mi miło, byłam zadowolona", a jak się poszuka, to jest satysfakcja, duma, entuzjazm, radość, przyjemność itd.

Czasem jednak emocje są tak silne, że taka ocena na świeżo jest zbyt trudna...

Tu pomóc może słynne zdanie Scarlett 0'Hary z „Przeminęło z wiatrem", czyli „Pomyślę o tym jutro", ale pod warunkiem, że rzeczywiście wrócimy do tej trudnej sytuacji lub emocji, gdy już złapiemy trochę dystansu. A w międzyczasie starajmy się - jeszcze w drodze do domu -wyłączyć się na chwilę, czyli popatrzeć przez okno, zobaczyć barwy, miejsca, mijany krajobraz; poczuć zapachy, temperaturę; wsłuchać się dźwięki, które w tej codziennej podróży nas otaczają; a następnie ponazywać wszystkie bodźce, które do nas docierają - co widzimy, co czujemy i co słyszymy.

WOKÓŁ ZAWODU

Przedruk: Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 10/2020

Zarządzanie konfliktem w zespołach pielęgniarskich

Konflikt definiowany jako niezgodność, sprzeczność poglądów, interesów, oczekiwań jest nieodłącznym elementem funkcjonowania grup społecznych, organizacji, pojawia się zatem także w naszej pracy zawodowej. Przedstawimy wyniki badań dotyczących zarządzania konfliktem w zespołach pielęgniarek.

dr n. med. GRAŻYNA ROGALA-PAWELCZYK
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Uczelnia Państwowa im. Jana Gródka w Sanoku
mgr pielęgniarstwa EDYTA MADEJ-ZIARKO
absolwentka Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego

W poprzednich artykułach wskazano, że umiejętność rozwiązywania konfliktów w zespołach oraz zarządzania konfliktem wpisana jest w funkcje kierownicze realizowane przez pielęgniarską kadrę kierowniczą i wpływa na funkcjonowanie organizacji (podmiotu leczniczego), jej efektywność i rozwój. Jest także ważnym elementem w prewencji wykroczeń zawodowych na pielęgniarskich i położniczych stanowiskach pracy. Badanie przeprowadzone zostało w kwietniu 2020 roku wśród 200 pielęgniarek i pielęgniarzy aktywnych zawodowo, pracujących w podmiotach leczniczych publicznych i prywatnych.

W badanej grupie znalazło się 21 osób (10,5%) w wieku 25 lat lub poniżej, 42 osoby (21%) w wieku 26-35 lat, 64 osoby (32%) w wieku 36-45 lat, 64 osoby (32%) w wieku 46-55 lat oraz 9 osób (4,5%) w wieku powyżej 56 lat. Byli to absolwenci liceum medycznego (5,5%), medycznego studium zawodowego, kierunek pielęgniarstwo (2,5%), studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo (55,5%), studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo (36,5%). Staż pracy w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza wynosił od 1 roku do 41 lat. Większość pielęgniarek, pielęgniarzy była zatrudniona w publicznym sektorze ochrony zdrowia (66,5%).

SKALA I KONSEKWENCJE KONFLIKTU

Konflikty w miejscu pracy badanych pielęgniarek i pielęgniarzy zdarzały się co najmniej raz w miesiącu (22%) i kilka razy w tygodniu (22%). Na ich występowanie w pracy codziennie lub jeden raz w tygodniu wskazywało po 15% badanych osób.

Najczęściej konflikty pojawiały się pomiędzy grupami pracowników (65%) i te o charakterze interpersonalnym (63%). Często dotyczyły one wynagrodzenia (47%), miały charakter sporów międzypokoleniowych (34,5%) oraz postaw zawodowych (33,5%).

Ważnym elementem prewencji występowania i rozwiązywania konfliktów w miejscu pracy jest edukacja i podnoszenie wiedzy w tym zakresie. Działania takie powinna organizować pielęgniarska kadra kierownicza, mając na uwadze negatywne konsekwencje konfliktów, w tym ryzyko wystąpienia wykroczeń zawodowych. Pielęgniarki, pielęgniarze uczestniczący w badaniu w niewielkiej liczbie uczestniczyli w takich szkoleniach (18%).

Wykazano, że osoby pracujące w prywatnym sektorze ochrony zdrowia istotnie statystycznie częściej aniżeli osoby pracujące w sektorze publicznym uczestniczyły w szkoleniach/kursach dotyczących zarządzania lub przeciwdziałania konfliktom.

Badani w większości (55,5%) wskazywali, że przełożeni nieprawidłowo rozwiązują konflikty w pracy, a także że lepiej radzą z tym sobie osoby zatrudnione w prywatnym sektorze ochrony zdrowia.

Istotnym elementem zarządzania zasobami ludzkimi jest nie tylko prawidłowe rozwiązywanie konfliktów, ale także podejmowanie działań mających na celu zapobieganie powstawaniu nowych konfliktów. W ocenie badanych osób, kadra kierownicza nie przeciwdziała temu prawidłowo. W tej kwestii także zarysowały się różnice w ocenie w zależności od miejsca pracy.

KONFLIKT A WYKROCZENIA

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że konflikty między pracownikami sprzyjają wykroczeniom zawodowym na stanowisku pracy. Z opinią, iż konflikty między pracownikami mogą być przyczyną wykroczeń zawodowych, badani na ogół się zgadzali (103 osoby - 51,5%) - przeciwnego zdania było 47 osób -23.5%).

Do wykroczeń zawodowych dochodziło w miejscu pracy (61,5% badanych), a ich przyczyn upatrywano głównie w braku szkoleń dotyczących przyczyn powstawania konfliktów, metod ich rozwiązywania i wpływu konfliktu na jakość pracy. Wśród konsekwencji konfliktów - poza wykroczeniami zawodowymi, badani wskazywali na: pogorszenie atmosfery w zespole, nieufność, poczucie zagrożenia, dezorganizację pracy, powstawanie nowych konfliktów, a także na związek pomiędzy nieumiejętnością i niewłaściwym rozwiązywaniem konfliktów a występowaniem wykroczeń zawodowych. Uznali, że konflikty nie tylko wpływają na pracę zespołów, ale stanowią jeden z czynników wpływających na obniżenie poziomu opieki pielęgniarskiej. Podkreślili, że na prewencję wykroczeń zawodowych może wpływać styl zarządzania (92,5%), poziom wiedzy na temat kierowania (85,5%), umiejętności diagnozowania, rozwiązywania konfliktów i postawy wobec stron konfliktu prezentowane przez pielęgniarska kadrę kierowniczą (po 89%). Badani wyrażali opinię (95%), że kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi przez odpowiednie zarządzanie konfliktami może ograniczyć liczbę wykroczeń zawodowych.

WOKÓŁ ZAWODU

Wśród czynników, które mogą wpłynąć pozytywnie na zarządzanie konfliktami w pracy pielęgniarki/pielęgniarza, najwięcej badanych wskazało poprawę atmosfery w miejscu pracy (75,5%), motywowanie do lepszej pracy przez kadrę zarządzającą (64%) oraz interesowanie się zachowaniem pracowników przez kadrę zarządzającą (60,5%).

Czynniki, które mogą wpłynąć negatywnie na zarządzanie konfliktami w pracy pielęgniarki, pielęgniarza, według badanych to: brak autorytetu kadry zarządzającej (72,5%), brak poprawy atmosfery w miejscu pracy (40,5%), brak umiejętności motywacyjnych kadry zarządzającej (59,5%) oraz brak zainteresowania kadry zarządzającej zachowaniem pracowników (67%).

Sposobami zarządzania konfliktami, jakie zdaniem badanych najefektywniej wpływają na ograniczanie wykroczeń zawodowych pielęgniarki/pielęgniarza, były: wybór odpowiednich kierowników (73%), odwołanie się do celów nadrzędnych (44,5%), zmiana struktury organizacji (48,5%), wprowadzenie ludzi z zewnątrz (16,5%). Pojawiły się również inne sposoby znane z literatury, ale znacznie rzadziej były wskazywane.

LITERATURA PRZEDMIOTU I BADANIA WŁASNE

Konflikty są zjawiskiem nieuniknionym i mogą dotyczyć każdego aspektu działalności człowieka. Odgrywają one istotną rolę w życiu społecznym, zatem ich problematyka jest dobrze opisana w literaturze z zakresu nauk społecznych. Najczęściej mówi się o konflikcie, gdy zadania, zachowania, wartości i cele co najmniej dwu stron pozostają ze sobą w sprzeczności. Konfliktowym sytuacjom towarzyszą zwykle silne, negatywne emocje. Ze względu na nieuchronność występowania konfliktów należy przede wszystkim skupić się na metodach ich efektywnego rozwiązywania.

Na przestrzeni ostatnich lat rola zawodowa pielęgniarki zmieniła się w wielu aspektach. Indywidualna praca pielęgniarki znacząco się rozwinęła, zmianie uległ także charakter relacji ze współpracownikami. Współczesne pielęgniarki prowadzą badania naukowe i samodzielne praktyki zawodowe, zarządzają również zespołami ludzi. Ważnym zadaniem pielęgniarki - niezależnie od miejsca pracy, jest komunikacja z pacjentem i jego rodziną, współpracownikami czy przełożonymi. Występowanie konfliktów w pracy zespołu pielęgniarskiego jest zatem nieuniknioną, ale i naturalną składową pracy.

Badania własne wskazują, że do konfliktów w zespole pielęgniarskim dochodzi często. Ponad połowa badanych twierdziła, że w ich organizacji konflikt zdarza się co najmniej raz w tygodniu, a tylko 0,5% badanych deklarowało brak konfliktów w pracy. Konflikty opisywane przez badane pielęgniarki toczyły się przede wszystkim między grupami pracowników, były interpersonalne i często międzypokoleniowe. Dotyczyły natomiast w blisko połowie przypadków wynagrodzenia, ale również dotyczące postaw zawodowych.

Reetz-Wasielewska i wsp. badały występowanie konfliktów w zespołach pielęgniarskich. Badaniami objęto 118 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w szpitalu w Grudziądzu. Zdecydowana większość respondentów (68,7% badanych) potwierdziła występowanie konfliktów w środowisku pracy. Najczęściej wskazywanym rodzajem konfliktu w pracy był konflikt między pielęgniarką a zespołem pielęgniarskim (50,9% badanych). Kolejnym był konflikt między pielęgniarkami o różnej długości stażu pracy (długi staż vs. krótki staż), którego występowanie dostrzegało 16,1% respondentów. Wydaje się, że opisywane w badaniach własnych konflikty międzypokoleniowe mogą być zależne od różnic długości stażu pracy badanych.

Podobne wyniki uzyskano również w badaniach Wawros i wsp., którymi objęto 50 pielęgniarek anestezjologicznych pracujących w szpitalach w Bytomiu i Chorzowie. 70% ankietowanych potwierdziło występowanie konfliktów w ich zespole, przy czym konflikty dotyczyły zarówno pielęgniarek pracujących wyłącznie w ciągu dnia, jak i pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym.

Nowakowska i Rasińska badały przyczyny konfliktów organizacyjnych w placówkach zdrowotnych. W badaniach uczestniczyło 250 pracowników tych placówek, przede wszystkim pielęgniarki i położne (91% respondentów). Zdaniem autorów główne przyczyny konfliktów to podobnie jak w badaniach własnych złe relacje interpersonalne, przeciążenie obowiązkami i niewielkie wynagrodzenie.

Podobne badania prowadzone za granicą przyniosły nieco odmienne wyniki. Kaitelidou i wsp. badały 286 pracowników służby zdrowia pracujących w szpitalach pediatrycznych. Pielęgniarki i pielęgniarze stanowili 63% badanych. Zdaniem ponad połowy pielęgniarek (52% badanych) konflikty w środowisku pracy były najczęściej wynikiem problemów organizacyjnych. Ponad połowa badanych (59,1% respondentów) wskazywała również na różnice w edukacji, które powodowały problemy z komunikacją i tym samym występowanie konfliktów. Greckie pielęgniarki twierdziły również, że unikanie problemu było najczęściej stosowaną strategią rozwiązywania konfliktów (64% respondentów).

Pielęgniarki i pielęgniarze ankietowani w badaniach własnych rzadko uczestniczyli w szkoleniach, które dotyczyły zarządzania konfliktami lub prewencji konfliktów. Jedynie co piąty badany deklarował udział w kursach lub szkoleniach na ten temat. W dostępnej literaturze nie znaleziono informacji w tym zakresie. Jednakże sądząc po wynikach badań, z których wynika, że dla większości badanych występowanie konfliktu nie wpływa na jakość opieki pielęgniarskiej ani na atmosferę w miejscu pracy, można sądzić, że niewielu członków personelu pielęgniarskiego brało udział w takich szkoleniach.

Badania Reetz i wsp. również potwierdziły, że najliczniejsze grupy badanych były zdania, że konflikt w miejscu pracy nie ma istotnego wpływu ani na jakość pracy pielęgniarskiej (25,9% respondentów), ani na atmosferę w środowisku pracy (38,4% respondentów).

Odmienne wyniki uzyskano natomiast w badaniach amerykańskich (Rosentein A.H. i inni), którymi objęto 240 pracowników służby zdrowia. Zdaniem 43,5% badanych konflikt negatywnie wpływa na jakość usług świadczonych przez personel pielęgniarski. Z drugiej strony właściwa komunikacja i współpraca w zespole pielęgniarskim w największym stopniu wpływają na skuteczne zarządzanie konfliktem.

Zdaniem ankietowanych pielęgniarek - wyniki badań własnych, kadra zarządzająca ma największy wpływ na rozwiązywanie i prewencję konfliktów. Ponad połowa badanych uważa, że przełożeni dobrze wywiązują się z tego zadania.

Na konflikty szczególnie narażone są te systemy, w których często dochodzi do zmian o różnej intensywności czy charakterze. Z całą pewnością placówki służby zdrowia w Polsce można zaliczyć do organizacji, w których od lat zachodzi proces intensywnych przemian, co oznacza, że występowanie konfliktów jest zjawiskiem stosunkowo częstym. Efektywne zarządzanie konfliktami umożliwia, zdaniem B. Tyran, przede wszystkim kształtować normatywne regulacje stosunków interpersonalnych w sposób celowy, ponadto zwiększa stopień integracji zespołu i stymuluje jego zdolności adaptacyjne.

Piśmiennictwo u autorek.

WOKÓŁ ZAWODU

Jak ustalić wysokość nadgodzin pielęgniarza?

Pielęgniarz pracuje w podmiocie leczniczym na umowę o pracę w systemie czasu pracy 12h. Zgodnie z tzw. ustawą covidową może mieć wydłużony czas pracy do 24 h - pracuje z pacjentami covidowymi według potrzeby pracodawcy. W szpitalu obowiązuje 3-miesięczny okres rozliczenia czasu pracy. W związku z czym za przepracowane nadgodziny powyżej 12h w styczniu otrzyma wynagrodzenie razem z wynagrodzeniem za marzec. Np. 3.01 miał planowy czas pracy: 7.00 - 19.00. Pracodawca nakazał zostać dalej w pracy od 19.00 do 7.00 z powodu choroby innej pielęgniarki, która nie stawiła się do pracy.

Jaka odpłatność należy się za pracę w nadgodzinach po 19.00?
Czy wszystkie godziny 100% czy pierwsze 2 h 50% a następne 100%?
Czy płaca za takie nadgodziny powinna nastąpić w lutym - po przepracowaniu całego stycznia?
Czy ustawa covidowa przewiduje taki nakaz dla pracodawcy w szpitalu covidowym?

Odpowiedź

Za pracę w godzinach nadliczbowych przypadającą m.in. w nocy przysługuje pracownikowi 100 % wynagrodzenia. Zatem za godziny nadliczbowe przypadające w porze nocnej należy wypłacić pielęgniarzowi 100% wynagrodzenia.

Uzasadnienie

Zgodnie z treścią art. 15x ust.1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 1842 z e zm.) - dalej u.s.r., w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii pracodawca może, na czas oznaczony nie dłuższy niż do czasu odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii:

1) zmienić system lub rozkład czasu pracy pracowników w sposób niezbędny dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa lub stacji;
2) polecić pracownikom świadczenie pracy w godzinach nadliczbowych w zakresie i wymiarze niezbędnym dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa lub stacji;
3) zobowiązać pracownika do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę, przepisu art. 1515 § 2 zdanie drugie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320) - dalej k.p. nie stosuje się;
4) polecić pracownikowi realizowanie prawa do odpoczynku w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę.

Podmiot leczniczy w okresie ogłoszonej epidemii wchodzi w skład tzw. infrastruktury krytycznej i względem niego ma zastosowanie regulacja ww. przepisu. Zatem art. u.s.r. w aktualnym brzmieniu znajdzie w przedmiotowym stanie faktycznym zastosowanie, choć jako przepis ograniczający prawa pracownicze regulowane powszechnie obowiązującymi przepisami o czasie pracy budzi liczne kontrowersje.

Nadto wskazać należy, iż przepis nie wprowadza całkowitej dowolności pracodawcy w zakresie stosowania przepisów o poleceniu pracy nadliczbowej. Przyjmuje się, iż ustawodawca miał przede wszystkim na uwadze rozszerzenie zakresu przedmiotowego prac, do wykonania których pracownik może być zobowiązany w godzinach nadliczbowych, a zatem większość sytuacji, które będą stały u podstaw wydania polecenia pracy w godzinach nadliczbowych na podstawie przedmiotowego przepisu, będzie obejmować prace podejmowane w związku ze szczególnymi potrzebami pracodawcy (por. Stefański Krzysztof. Art. 15(x)...).

Zaś pracą w godzinach nadliczbowych jest praca wykonywana ponad obowiązujące pracownika normy czasu pracy, a także praca wykonywana ponad przedłużony dobowy wymiar czasu pracy, wynikający z obowiązującego pracownika systemu i rozkładu czasu pracy - art. 151 § 1 k.p.

W przypadku zatrudnienia pracownika w systemie równoważnym, przy przedłużeniu do 12 godzin dniówki roboczej, pracą nadliczbową w dniach przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy jest praca powyżej wymiaru ustalonego w rozkładzie czasu pracy w danym dniu. W celu ustalenia przekroczeń dobowych każdą dobę rozpatruje się odrębnie. Przy czym przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.

Natomiast pracą nadliczbową z przekroczeń średniotygodniowych jest każda godzina przekraczająca przeciętną tygodniową normę czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Zgodnie z art. 1511 § 1 k.p., za pracę w godzinach nadliczbowych, oprócz normalnego wynagrodzenia, przysługuje dodatek w wysokości:

1) 100% wynagrodzenia - za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających:
   a) w nocy,
   b) w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy,
   c) w dniu wolnym od pracy udzielonym pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy;

WOKÓŁ ZAWODU

2) 50% wynagrodzenia - za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w każdym innym dniu niż określony w pkt 1.

Dodatek w wysokości 100 % wynagrodzenia przysługuje również za każdą godzinę pracy nadliczbowej z tytułu przekroczenia przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, chyba że przekroczenie tej normy nastąpiło w wyniku pracy w godzinach nadliczbowych, za które pracownikowi przysługuje prawo do dodatku, o którym mowa w art. 1511 § 1 k.p.

Kwestia terminu wypłaty wynagrodzenia przez pracodawcę została szczegółowo uregulowana w art. 85 k.p. zgodnie, z którym wypłaty wynagrodzenia za pracę dokonuje się co najmniej raz w miesiącu, w stałym i ustalonym terminie. Wynagrodzenie za pracę płatne raz w miesiącu wypłaca się z dołu, niezwłocznie po ustaleniu jego pełnej wysokości, nie później jednak niż w ciągu pierwszych 10 dni następnego miesiąca kalendarzowego. Jeżeli ustalony dzień wypłaty wynagrodzenia za pracę jest dniem wolnym od pracy, wynagrodzenie wypłaca się w dniu poprzedzającym. Składniki wynagrodzenia za pracę, przysługujące pracownikowi za okresy dłuższe niż jeden miesiąc, wypłaca się z dołu w terminach określonych w przepisach prawa pracy. Pracodawca zaś, na żądanie pracownika, jest obowiązany udostępnić do wglądu dokumenty, na których podstawie zostało obliczone jego wynagrodzenie.

Okres wskazany w tym przepisie ma charakter maksymalny, co oznacza, że dopuszczalne jest jego skrócenie, np. do tygodnia lub jego wielokrotności. Na bezwzględny charakter terminu wypłacania wynagrodzenia zwraca uwagę SN w wyroku z 1.1.2006 r. (II PK 113/05, OSNP 2006, Nr 23–24, poz. 348, s. 980), zgodnie z którym pracodawca nie może być zwolniony z obowiązku wypłacenia wynagrodzenia za pracę z tego powodu, że stanowi to dla niego nadmierne obciążenie finansowe.

Należy zwrócić uwagę, że art. 85 § 4 k.p. nie zwalnia pracodawcy z obowiązku wypłaty wynagrodzenia za nadgodziny wraz z wynagrodzeniem za miesiąc, w którym te nadgodziny zostały wypracowane. Paragraf ten odnosi się tylko do tych składników wynagrodzenia, które przysługują pracownikowi za okresy dłuższe niż jeden miesiąc. Zgodnie z doktryną, tymi składnikami są np. premie kwartalne, roczne, jubileuszowe (Komentarz do art. 85 k.p., W. Muszalski (red.), Kodeks pracy. Komentarz. Wyd. 12, Warszawa 2019, Legalis; również Komentarz do art. 85 KP red. Sobczyk 2020, wyd. 5/Zieleniecki, Legalis).

Wyjątkiem są nadgodziny średniotygodniowe, które powstają wraz z zakończeniem okresu rozliczeniowego i dopiero wtedy są rozliczane (Art. 151 KP red. Sobczyk 2020, wyd. 5/Sobczyk, Legalis; również Art. 151 k.p. red. Muszalski 2019, wyd. 12/Nałęcz, Legalis).

System Informacji Prawnej LEX
Autor odpowiedzi: Kwiatkowska Monika
Odpowiedzi udzielono: 2 marca 2021r.,
stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

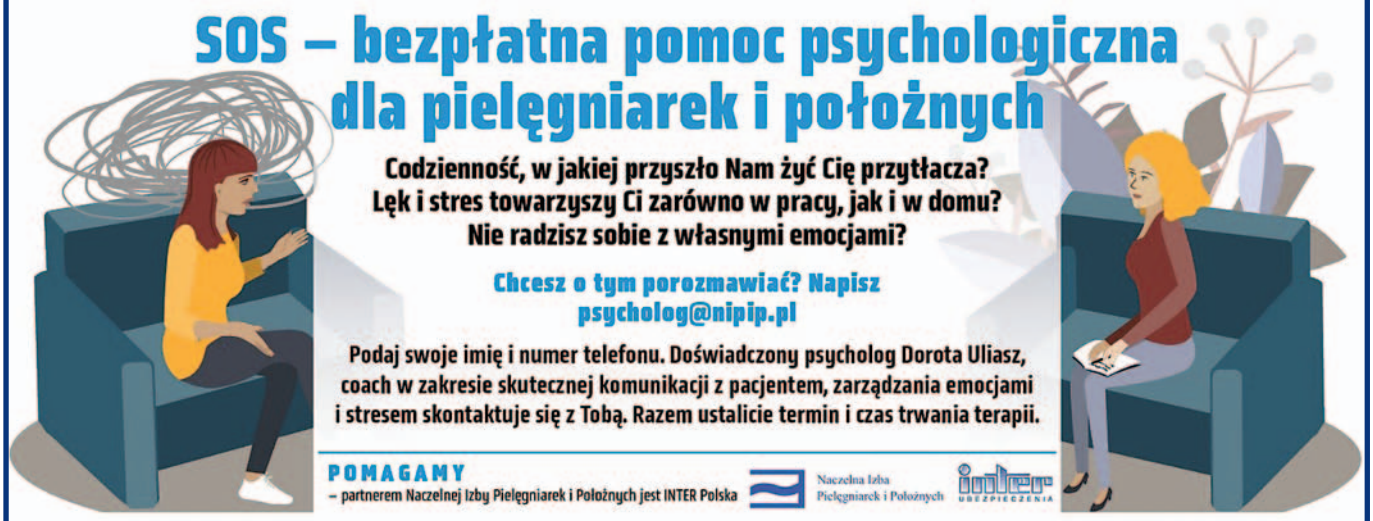
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych we współpracy z INTER Polska uruchomiła bezpłatną pomoc psychologiczną dla pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarki i położne mogą skorzystać ze wsparcia Doroty Uliasz — coach w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem, zarządzania emocjami i stresem.

Wystarczy, że wyślą wiadomość że swoim imieniem i numerem telefonu na adres mailowy: psycholog@nipip.pl

Pani psycholog oddzwoni i ustali termin oraz czas trwania terapii.

Wchodzimy w trzecią falę epidemii zatem taka pomoc może okazać się kluczowa dla zdrowia psychicznego personelu medycznego.



WOKÓŁ ZAWODU

Przedruk: Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 10/2020

Dział merytoryczny NIPiP wyjaśnia

Proszę o uściślenie definicji zestawu przeciwwstrząsowego wymaganego w neseserze pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną, w tym przez pielęgniarkę udzielającą świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej domowej, zostały określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1772). Zgodnie z treścią w/w załącznika skład zestawu przeciwwstrząsowego obejmuje:

1) Glucosum 20% - roztwór do wstrzykiwań,
2) Hydrocortisonum hemisuccinatum - proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne,
3) Natrii chloridum 0,9% - roztwór do wstrzykiwań,
4) Adrenalinum 1 mg/ml lub 300 jt/g/0,3 ml lub 150 jUg/0,3 ml lub 1 mg/10 ml - roztwór do wstrzykiwań.

Płyny infuzyjne:

1) Glucosum 5% - roztwór do infuzji,
2) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum - (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml - roztwór do infuzji dożylnych.

Czy pielęgniarka na indywidualnym kontrakcie z NFZ może mieć umowę-zlecenie z nocną i świąteczną opieką pielęgniarską?

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.) w art. 132 ust. 3 stanowi, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Natomiast art. 55 ust. 3 ww. ustawy zawiera ustawowy obowiązek zawarcia przez wojewódzki oddział Funduszu odrębnej umowy na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Paragraf 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 320) obejmuje zamknięty katalog rodzajów umów zawieranych przez NFZ, w tym umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Pomimo iż rozporządzenie nie wprowadza odrębnej kategorii umowy w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stwierdzić należy, iż jest to odrębna umowa, usankcjonowana przepisami prawa o randze ustawowej.

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

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

Pielęgniarka zawierająca umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie POZ zobowiązuje się zapewnić dostępność do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. Powyższy wymóg wynika z pkt 2 ppkt 1 Części I załącznika nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji" do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 r.(poz. 1248 ze zm.). Powyższe regulacje powołane zostały w § 17 zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienionego zarządzeniami: Nr 87/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 grudnia 2010 r., Nr 19/2011/DSOZ z dnia 13 maja 2011 r. oraz Nr 42/2011/DSOZ z dnia 5 września 2011 r.

Świadczeniodawca zawierający umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zobowiązany jest natomiast realizować świadczenia w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 danego dnia do 8:00 dnia następnego.

Taki sam wymóg zawarty jest w § 2 ust. 1 pkt 2 Zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

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

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

WYDARZENIA OD 15.02.2021r. - 15.04.2021r.

15.02.21r. – Posiedzenie Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego /w zmniejszonym składzie/, na którym przyznano refundację na ogólną 3 192 zł dla pielęgniarek i położnych.

16.02.21r. – Posiedzenie Komisji Socjalnej w zmniejszonym składzie. Zapomogi przyznano na ogólną kwotę 48 200zł dla pielęgniarek i położnych.

17.02.21r. – Posiedzenie Prezydium ORPiP w formie obiegowej, na którym podjęto 15 Uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPiP/.

2.03.21r. – Posiedzenie Prezydium NRPiP w formie zdalnej, w którym uczestniczył online Wiceprewodniczący ORPiP T. Kaczmarek.

10.03.21r. – Posiedzenie Prezydium ORPiP w formie obiegowej, na którym podjęto 24 Uchwały/dostępne na stronie internetowej OIPiP/.

11.03.21r. – Posiedzenie NRPiP w formie zdalnej, w którym uczestniczył online Wiceprewodniczący ORPiP T. Kaczmarek.

22.03.21r. – Posiedzenie Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego/w zmniejszonym składzie/, na którym przyznano refundację na ogólną 13 356 zł dla pielęgniarek i położnych.

24.03.21r. – Posiedzenie NRPiP w formie zdalnej, w którym uczestniczył online Wiceprewodniczący ORPiP T. Kaczmarek.

25.03.21r. – Posiedzenie ORPiP w formie obiegowej, na którym podjęto 29 Uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPiP/.

30.03.21r. – Posiedzenie Komisji Polityki Szpitalnej w formie zdalnej, na którym wskazano przedstawiciela ORPiP w Poznaniu do pracy w komisji konkursowej na stanowisko ordynatora.

4-5. 04. 2021r. WIELKANOC

8.04.21r. – Posiedzenie Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego /w zmniejszonym składzie/, na którym przyznano refundację na ogólną 8995 zł dla pielęgniarek i położnych.

13.04.21r. – Posiedzenie Komisji Socjalnej w zmniejszonym składzie. Zapomogi przyznano na ogólną kwotę 22 600 zł dla pielęgniarek i położnych.

15.04.21r. – Posiedzenie Prezydium ORPiP w formie obiegowej, na którym podjęto 15 Uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPiP/.

Opracowała J. Plens – Gałąska

„Człowiek jest wielki nie prze to,
kim jest i nie przez to co ma ,
lecz przez to ,czym dzieli się z innymi.”

Jan Paweł II

W związku z zakończeniem pełnienia funkcji
pielęgniarki koordynującej
Oddziału Internistyczno - Kardiologicznego
SP ZOZ w Grodzisku Wlkp.
pragniemy wyrazić serdeczne słowa uznania
i podziękowania naszej koleżance

Honoracie Burladze

Dziękujemy za wspólnie spędzony czas, uśmiech,
każde miłe słowo, wspólne rozmowy.
Twoje zaangażowanie, profesjonalizm i wsparcie
w trudnych sytuacjach dawały nam wszystkim
poczucie bezpieczeństwa.
Dziękujemy za wspólną pracę w opiece
nad pacjentem, za poświęcenie i oddanie
w pracy pielęgniarskiej
i obowiązkach pielęgniarki koordynującej.

To wszystko świadczy o najważniejszym
Honorato
kochasz to co robisz.

Dziękujemy

Wyrazy szacunku i uznania dla Zespołu Pielęgniarek i Lekarzy Stacji Dializ Fresenius Nephrocare w Centrum Medycznym HCP przy ulicy 28 Czerwca w Poznaniu za profesjonalizm i życzliwość.

Lekarz Przemysław Kopaczyk

PROTOKOŁY POSIEDZEŃ KOMISJI DS. REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Z DNIA 15 LUTEGO 2021r.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
a) 1 wniosek dotyczący studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, na kwotę 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych),
b) 1 wniosek dotyczący specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na kwotę 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych),
c) 6 wniosków dotyczących kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 1 192 zł (słownie: jeden tysiąc sto dziewięćdziesiąt dwa złote).
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 8 wniosków, na łączną kwotę 3 192 zł (słownie: trzy tysiące sto dziewięćdziesiąt dwa złote).

Z DNIA 22 MARCA 2021r.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
a) 9 wniosków dotyczących studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, na kwotę 9 000 zł (słownie: dziewięć tysięcy złotych),
b) 2 wnioski dotyczące studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, na kwotę 1 200 zł (słownie: jeden tysiąc dwieście złotych),
c) 16 wniosków dotyczących kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 3 156 zł (słownie: trzy tysiące sto pięćdziesiąt sześć złotych).
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 27 wniosków, na łączną kwotę 13 356 zł (słownie: trzynaście tysięcy trzysta pięćdziesiąt sześć złotych).

Z DNIA 08 KWIETNIA 2021r.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
a) 5 wniosków dotyczących studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, na kwotę 5 000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych),
b) 4 wnioski dotyczące studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, na kwotę 2 400 zł (słownie: dwa tysiące czterysta złotych),
c) 1 wniosek dotyczący specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na kwotę 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych),
d) 3 wnioski dotyczące kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 595 zł (słownie: pięćset dziewięćdziesiąt pięć złotych).
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 13 wniosków, na łączną kwotę 8 995 zł (słownie: osiem tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt pięć złotych).
3. Komisja rozpatrzyła negatywnie 1 wniosek z przyczyn regulaminowych.

Przewodniczący Komisji:
Janusz Woźniak

Członkowie Komisji:
Tomasz Kaczmarek
Małgorzata Matuszewska
Wiesław Morek
Jolanta Plens-Gałąska

Pielęgniarki i położne, które zmarły po zakażeniu Koronawirusem SARS-CoV-2 od grudnia 2020r.

źródło NRPiP/

Pielęgniarki i Położne

Ś ✝ P
Ewa Grzeszczyk
zmarła 8 grudnia 2020 r. w wieku 55 lat
z powodu zakażenia Covid-19 (OIPiP w Poznaniu)

Ś ✝ P
Anita Rzepka
zmarła w styczniu 2021 r. w wieku 62 lat
z powodu zakażenia Covid-19 (OIPiP w Katowicach)

Ś ✝ P
Katarzyna Łukaszewska
zmarła 18 lutego 2021 r. w wieku 47 lat
z powodu zakażenia Covid-19 (OIPiP w Elblągu)

Ś ✝ P
Magdalena Kowallek
zmarła 22 marca 2021 r. w wieku 49 lat
z powodu zakażenia Covid-19 (OIPiP w Toruniu)

Są ludzie, których anioł śmierci

przytula zdecydowanie za wcześnie

„Ktoś tutaj był i był
A potem nagle zniknął
i uporczywie go nie ma”
W. Szymborska

W dniu 8 marca 2021r.
na Wieczną Posługę Bogu odeszła nasza Koleżanka,
Pielęgniarka

Ś ✝ P
Teresa Walusz

Teresko, do zobaczenia!

Koleżanki i Koledzy z Oddziału Diabetologii
i Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego
im. Fr. Raszei w Poznaniu

Redakcja Biuletynu
Zespół Redakcyjny: Maciej Krajewski, Teresa Kruczkowska, Jolanta Plens-Gałąska, Teresa Wiśniewska **Korekta:** Jolanta Plens-Gałąska
Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu Wszystkie materiały są objęte prawem autorskim. Przedruk materiałów w jakiejkolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody jest zabroniony. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania dostarczonych materiałów.
Nakład 3500 egz.; Data wydania: 22 kwietnia 2021 r.; Wirtualne wydanie Biuletynu: www.oipip-poznan.pl
Skład i łamanie: „I&M Studio”, ul. Jarochowskiego 8/9, 60-235 Poznań, tel. 618614181, e-mail: im-studio@post.pl;

Plan szkoleń na rok 2021 organizowanych przez OIPiP w Poznaniu

Lp.	Nazwa szkolenia	Planowany termin rozpoczęcia	Liczba uczestników
1.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki" dla pielęgniarek	07.05.2021r. lub po zebraniu grupy	25
2.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa chirurgicznego" dla pielęgniarek	21.05.2021r. lub po zebraniu grupy	25
3.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa neonatologicznego" dla pielęgniarek i położnych	18.10.2021r. lub po zebraniu grupy	25
4.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa epidemiologicznego " dla pielęgniarek i położnych	22.10.2021r. lub po zebraniu grupy	25
5.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa internistycznego" dla pielęgniarek	05.11.2021r. lub po zebraniu grupy	25
6.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa ginekologiczno - położniczego" dla położnych	19.11.2021r. lub po zebraniu grupy	25
7.	Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki „dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	25
8.	Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Ochrona zdrowia pracujących" dla pielęgniarek	10.09.2021r. lub po zebraniu grupy	25
9.	Kurs specjalistyczny „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów" dla pielęgniarek i położnych	18,19,20.06.2021r. lub po zebraniu grupy	25
10.	Kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego" dla pielęgniarek i położnych	24.04.2021r. lub po zebraniu grupy	25
11.	Kurs specjalistyczny „Szczepienia ochronne" dla pielęgniarek	21.05.2021r. lub po zebraniu grupy	25

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniach/kursach jest zapisanie się poprzez System Monitorowania Kształcenia.
Bliższych informacji udziela Dział Szkoleń OIPiP
tel. – 61 8620 952, 506 562 167
e-mail: szkolenia2@oipip-poznan.pl