



OKRĘGOWA IZBA Pielęgniarek i Położnych

POZNAŃ
BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-1029



(.) Nam miło patrzeć na drzewa białe,
ale głodują ptaszęta małe.
Dzieciom jest miło zjeżdżać z góreczki,
lecz zimą cierpią małe ptaszeczki (.)

Jadwiga Koleśnik „Zima”

Dużo miłości w Walentynkowy czas
życzy
Zespół Redakcyjny



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

Bank Zachodni WBK III Oddział Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Przewodnicząca Okręgowej Rady
– **Teresa Kruczkowska**

Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady
– **Tomasz Kaczmarek**
– poniedziałki i środy godz. 14.00-19.00

– **Marzena Skalska-Spychała**
– wtorki i czwartki godz. 14.00-19.00

Sekretarz Okręgowej Rady
– **Jolanta Plens-Gałąska**

Skarbnik Okręgowej Rady
– **Wiesław Morek**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
– **Magdalena Krajewska**

Zastępcy Okręgowego Rzecznika:
**Barbara Kulesza, Wiesława Piotrowska,
Barbara Stefaniak, Renata Szafrank,
Katarzyna Kaja**
Dyżury II i IV środa miesiąca

Okręgowy Sąd
Przewodnicząca – **Małgorzata Pięt**
Członkowie – **Marzena Banach, Małgorzata
Gawlik, Ewa Kusztal, Alla Rejniak, Maria
Chmielewska, Elżbieta Mikołajewska**
Dyżury I i III środa miesiąca

Okręgowa Komisja Rewizyjna
Przewodnicząca – **Teresa Przewoźna**
Członkowie – **Danuta Budna, Emilia Marcinkow-
ska, Beata Skokowska, Mirosława Skrzypczak,
Jadwiga Drabowicz, Renata Witkowska**

Dział Merytoryczny OIPIP
– **Teresa Wiśniewska**
– **Małgorzata Nosal**
– poniedziałek-piątek 7.30-16.00
tel. 618620952, 618620969

MOIM ZDANIEM

W spokoju siła.....str. 1

WOKÓŁ ZAWODU

Stanowisko ORPiP w sprawie eliminowania
pielęgniarek systemu.....str. 2
Stanowisko NRPiP w sprawie eliminowania
pielęgniarek systemu.....str. 2
Sprzeciw przeciwko wprowadzeniu zmian
w proponowanym projekcie o PRM.....str. 3-5
Udostępnianie dokumentacji medycznej.....str. 6-7
Dokumentacja medyczna na podstawie Klasyfikacji ICNP.....str. 8
Stanowiska NRPiP.....str. 9
Opinia w sprawie dyżurów pracowniczych.....str. 10-11

KONFERENCJE

Życie po chorobie nowotworowej.....str. 12

KOMUNIKAT

Milionowe inwestycje.....str. 13
Informacja Skarbnika.....str. 14
Protokoły posiedzeń komisji.....str. 14
Informacja - XXI Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy
Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu.....str. 15
Szkolenia podyplomowe dla pielęgniarek i położnych
organizowane przez OIPIP w Poznaniu.....str. 15

DZIAŁALNOŚĆ OKRĘGOWEJ RADY

Wydarzenia.....str. 16

OGŁOSZENIA

Plebiscyt „Eskulap” 2013.....str. 17
Zaproszenie na kurs języka migowego.....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 in-
dywidualnej/grupowej praktyki pielęgniarek i położnych
– poniedziałek-piątek w godz. 7.30-16.00
– Agnieszka Urbaniak, Anna Piekarska, Estera Stanisławiak

Księgowość


– czynna pn. 13.00-19.00, wt. 8.00-15.00 i 15.30-19.00
śr. 12.00-19.00, czw. 15.30-18.30
– Danuta Skorys
– Elżbieta Małgorzata Waligóra

Kasa

– czynna codziennie (oprócz sobót) w godz. 8.30-15.30

Radca Prawny OIPIP

Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/po-
łożnej
w czwartki od godz. 17.00-18.00
po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym (618620 950)



„Umysł jest jak dom, jest urządzony przez właściciela, więc jeśli życie kogoś jest zimne i jałowe, nie może winić kogoś poza sobą samym”.

Louis L'Amour

W spokoju siła

Kiedy rozpoczynamy w życiu jakiś nowy etap, a takim może być wejście w kolejny rok, składamy samym sobie wiele obietnic, np. będę punktualny, nie będę się niepotrzebnie złościć, zwolnię tempo, znajdę czas dla przyjaciół i znajomych, itp. A potem, po czasie, przy podobnej okazji przychodzi czas refleksji, i coś się okazuje? Nasze obietnice najczęściej pozostają w sferze pobożnych życzeń, a my szukamy dla siebie racjonalnego wytłumaczenia i usprawiedliwienia, że naprawdę nie było czasu i jeszcze sto jeden innych powodów.

Na swej drodze życia zawodowego czy osobistego przydarza nam się codziennie tak wiele dobrego, lecz często w pędzie dnia wcale tego nie zauważamy. Niejednokrotnie nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak bardzo tempo naszego życia jest przyspieszone, z jaką prędkością żyjemy i to nie tylko w sensie fizycznym, ale także (a może przede wszystkim) emocjonalnym.

To niezwykle tempo emocjonalne doprowadza do niepotrzebnego utrudniania sobie i innym życia przez złość i irytację. W ten sposób niszczy się i drze na strzępki umysł i duszę. Norman V. Peale w książce „Moc pozytywnego myślenia” pisze „...O tempie życia decyduje charakter naszych myśli. Kiedy umysł miota się od jednego gorączkowego nastawienia do następnego, sam staje się rozgorączkowany; skutkiem jest stan ciągłego rozdrażnienia. Tempo współczesnego życia musi się zmniejszyć, jeśli nie mamy głęboko cierpieć od odbierającego siły, nadmiernego pobudzenia. Wytwarza ono w organizmie toksyczne substancje i sprowadza choroby duszy. Wywołuje zmęczenie i uczucie frustracji, które sprawia, że złościmy się i narzekamy na wszystko, od osobistych kłopotów poczynając, a na sytuacji kraju i świata kończąc ...”

A przecież źródłem siły jest spokojny umysł, napełniony zdrowym, twórczym myśleniem, a nie lękiem, nienawiścią czy niechęcią. Ważne jest również eliminowanie z rozmów negatywnych treści, gdyż tworzą wewnętrzne napięcie i wywołują irytację.

Życzę nam wszystkim, by każdy dzień upływał w normalnym tempie, rozpoczynał się radością i pozytywnym nastawieniem do otaczających nas ludzi i rzeczy, a wtedy zakończy się sukcesem. Sukcesem, do którego każdy z nas dąży i którego pragnie.

*Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu
Teresa Kruczkowska*

STANOWISKO OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

podjęte na posiedzeniu w dniu 17.12.2013r.

W SPRAWIE ELIMINOWANIA PIELĘGNIAREK I PIELĘGNIARZY Z SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

W związku z napływającymi informacjami dotyczącymi eliminowania pielęgniarek i pielęgniarzy z zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorni oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu wyraża stanowczy sprzeciw wobec powyższych praktyk.

Także negatywnie opiniujemy projekt zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w pozycji – ratownictwo medyczne. Zapisy zakresu jakości w odniesieniu do personelu określają wymogi dotyczące lekarzy i „personelu nielekarzkiego”. Nie akceptujemy sformułowania „personel nielekarzki”. Pielęgniarki i pielęgniarze mają ustawowo określony tytuł zawodowy. Do chwili wyszkolenia pierwszych ratowników medycznych to właśnie pielęgniarki i pielęgniarze wchodził w skład zespołów ratownictwa medycznego. W toku kształcenia przed i podyplomowego nabywają wysokie kwalifikacje wymagane w systemie ratownictwa medycznego, które organizowane jest także w oparciu o celowane fundusze unijne. Wylimitowanie pielęgniarek i pielęgniarzy z systemu ratownictwa medycznego to marnotrawienie środków pozyskanych na kształcenie z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Niedopuszczalnym jest pozyskiwanie stanowisk pracy dla ratowników medycznych kosztem pielęgniarek i pielęgniarzy systemu ratownictwa medycznego.

Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu
Teresa Kruczkowska
Sekretarz ORPiP w Poznaniu
Jolanta Plens-Gałęska

**STANOWISKO NR 4 PREZYDIUM NACZELNEJ
RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

z dnia 16 stycznia 2014 r.

**W SPRAWIE SYTUACJI PIELĘGNIAREK I PIELĘGNIARZY
SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

Prezydium NRPIP realizując działania wynikające z ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych zwraca ponownie uwagę na nieprawidłowości wynikające z praktyk kadry zarządzającej niektórych podmiotów leczniczych.

Powyższe nieprawidłowości dotyczą zwalniania pielęgniarek i pielęgniarzy wykonujących zawód w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i zatrudnienie na ich miejsca ratowników medycznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa art. 36 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w skład zespołu ratownictwa medycznego wchodzi m. in. pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Wskazuje to, iż powyższe grupy zawodowe posiadają te same uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.

Brak jest uzasadnienia dla działań dysponentów jednostek, którzy zwalniają pielęgniarki a na ich miejsca zatrudniają ratowników medycznych.

Wskazujemy, iż projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w pozycji – ratownictwo medyczne wprowadza zmiany nazewnictwa dla zawodu systemu ratownictwa medycznego, określając je jako „personel nielekarzki”.

Takie działania są niedopuszczalne i budzą sprzeciw naszego środowiska, przyjęta nomenklatura nazewnictwa pracowników wykonujących świadczenia zdrowotne w Systemie Ratownictwa Medycznego została jasno określona w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dlatego też niezrozumiałym jest wprowadzanie nowych niezgodnych ze słownikiem ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym określeń dla pracowników systemu.

Prezydium NRPIP stwierdza, iż powyższe działania są wstępem do likwidacji stanowisk pracy pielęgniarek i pielęgniarzy w systemie Ratownictwa Medycznego. Takie działania w ocenie samorządu są przejawem dyskryminacji zawodu pielęgniarki i pielęgniarza oraz brakiem odpowiedzialności za wydatkowanie środków publicznych w tym także z funduszy Unii Europejskiej na przygotowanie wysokospecjalistycznej kadry pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy z chwilą powstania projektu systemu ratownictwa medycznego ten system tworzyli.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander
Prezes NRPIP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Spraw Obronnych, Zarządzania
Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego
i Ochrony Informacji Niejawnych

Pani Teresa Kruczkowska
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu

Nawiązując do pisma z dnia 20 grudnia br. (znak: L.dz. 577/13) dotyczącego funkcjonowania pielęgniarek w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych informuje, iż obecnie obowiązująca ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.) umożliwia pielęgniarkom wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz na stanowiskach dyspozytorów medycznych, a także prowadzenie zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Przywołana ustawa, jak również akty wykonawcze do niej, nie zawierają przepisów, które w jakikolwiek sposób „eliminowałyby” pielęgniarki i pielęgniarzy z systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. W tym miejscu należy podkreślić, iż zakres kompetencji ratowników medycznych i pielęgniarek systemu udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach jednostek systemu jest taki sam, czego wyrazem jest treść przepisów określających skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego. W myśl art. 36 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w skład zespołu ratownictwa medycznego wchodzi m. in. pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Natomiast decyzja dotycząca wyboru zatrudnienia ratownika medycznego bądź pielęgniarki systemu należy wyłącznie do dysponenta jednostki.

Z poważaniem
Zastępca Dyrektora
Departamentu Spraw Obronnych,
Zarządzania Kryzysowego,
Ratownictwa Medycznego
i Ochrony Informacji Niejawnych
Ministerstwo Zdrowia
Barbara Bańczak-Mysiak

Zielona Góra dn. 08.01.2014 r.

Sprzeciw przeciwko wprowadzeniu zmian w proponowanym projekcie

dotyczy: **nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym**

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych

Zakładowa Organizacja Związkowa

przy WSPR SPZOZ w Zielonej Górze

Do wiadomości: OIPI

W związku z nowelizacją obecnej ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym jako pielęgniarki systemu oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Zielonej Górze zgłaszamy stanowczy sprzeciw wprowadzeniu zmian w proponowanym projekcie.

Praca w ratownictwie medycznym jest bardzo specyficzną pracą, wymagającą od członków zespołu odpowiednich predyspozycji, kwalifikacji oraz doświadczenia zawodowego, co pozwala na dynamiczną i rzeczową ocenę sytuacji i zdarzeń, a w konsekwencji szybką i prawidłową decyzję, mamy na myśli prawdziwe ratownictwo medyczne, a nie kulejący system ochrony zdrowia, gdzie wszystko zaczyna się od lekarza rodzinnego, który nie funkcjonuje prawidłowo, jak cała ochrona zdrowia, lecz wyręcza się jednostkami pogotowia ratunkowego. Nadmienić należy również, że istnieć powinno tylko Państwowe Ratownictwo Medyczne, które gwarantuje świadczenia medyczne na wysokim poziomie, równo i każdemu obywatelowi, o czym mówi Konstytucja, a nie jak to widzimy w coraz większej skali prywatne podmioty, które aby wypracować zyski dla prezesów spółek, wyjętych spod wszelkiego prawa, oszczędzają na pracownikach (kontrakty i dyskryminacja kobiet), sprzęcie, lekach i materiałach medycznych, karetkach bez przeglądów technicznych, etc. Nie podlegają żadnym kontrolom i jednokrotnym przepisom, gdzie państwowe jednostki muszą spełniać ściśle określone wymogi, ponieważ są karane, bądź nie zawierane są z nimi kontrakty, więc nie może tutaj być mowy o konkurencji, bo jest nią cena, a ona to niska jakość usług i ryzyko narażenia na niebezpieczeństwo pacjenta. Dlaczego nie ma takiej konkurencji w Państwowej Straży Pożarnej czy Policji, czy byłoby bezpieczniej, przecież wspólnie tworzymy jednostki ratownicze, które

muszą ściśle współpracować ze sobą, z taką różnicą, że jedni posiadają przywileje, a inni tylko obowiązki i jeszcze konkurencję. To patologiczna sytuacja do której doprowadzili i nadal to kontynuują nieodpowiedzialni i chyba nie do końca świadomi złego ludzie, którzy nie myślą kategoriami chorych potrzebujących pilnie profesjonalnej opieki i pomocy, lecz kierującymi się własnymi interesami, pozycjami i układami politycznymi, oszukując ludzi karmionych ciągłymi obietnicami, że będzie lepiej, a nie dobrem społeczeństwa. To ciągła fikcja i oszustwo pacjentów oraz ich rodzin, gdyż wszyscy już wielokrotnie i osobiście przekonali się jak wygląda ochrona zdrowia realnie, z ustawami i urzędnikami w NFZ, ich limitami, sztywnymi przepisami i wielomiesięcznymi kolejkami do poradni specjalistycznych. NFZ to sztuczne twory administracji z urzędnikami, którzy decydują o limitach w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, warunkach kontraktowania umów z podmiotami (bez znaczenia czy jest to prywatny czy publiczny) i tworzeniu niezdrowej konkurencji, aby wydać na ochronę zdrowia jak najmniej, zaoszczędzić na pacjentach i pracownikach podmiotów. Pieniądze są publiczne, ale wydawane przez NFZ prywatnie! Wobec czego należałoby zlikwidować taką strukturę, która działa niekorzystnie dla społeczeństwa, a środki finansowe docelowo kierowane byłyby bezpośrednio do zainteresowanych z ministerstwa zdrowia bez zbędnych pośredników (takie rozwiązanie stosowane jest w lotniczym pogotowiu), jak widać można, ale nie dla wszystkich równo prawa!!!

Jesteśmy pielęgniarkami systemu z przeszło dwudziesto i trzydziestoletnim stażem w zawodzie i pracy w Pogotowiu Ratunkowym w zespołach wyjazdowych, a obecnie zespołach ratownictwa medycznego i jesteśmy jako środowisko pielęgniarek mocno zaniepokojone i zbulwersowane propozycjami w projekcie ustawy oraz stanowiskiem Departamentu Spraw Obronnych, Za-

rządzenia Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych Ministerstwa Zdrowia.

Z naszych informacji wynika, iż ratownik medyczny zatrudniany obecnie jest już: w oddziałach szpitalnych (urologia) poza szpitalnym oddziałem ratunkowym, gabinety zabiegowe ekg, domy opieki społecznej, nie wiedząc jakim przepisem prawnym sugeruje się zatrudniający pracodawca i kogo wykaże w NFZ w sprawozdaniach, pielęgniarki? To przecież stanowiska pielęgniarek, gdzie są naczelne i oddziałowe? O czym tutaj mowa, jeśli są to prywatne podmioty, których nie obowiązują kontrole oraz kodeks pracy, tylko korzystnie podpisane kontrakty z niską ceną i jakością udzielanych świadczeń medycznych dla pacjentów i ich rodzin, którzy nie mają wyboru.

Zawód ratownika medycznego w toku nauczania przygotowany jest do realizacji zadań w zakresie ratownictwa medycznego przedszpitalnego, a zatem posiada umiejętności i uprawnień do podejmowania medycznych czynności ratunkowych w stanach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy oraz pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym, gdzie podlega innym zasadom. Program nauczania nawet trzyletni licencjat jak sugeruje Ministerstwo Zdrowia nie przygotowuje ratownika medycznego do pracy w oddziałach szpitalnych, poradniach, gabinetach zabiegowych bądź innych podmiotach poza ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Może warto w końcu uzupełnić wiedzę przez decydentów na temat programu nauczania i kształcenia zawodu ratownika medycznego, za nim cokolwiek będzie nowelizowane. A może jeśli jest taka silna chęć i presja zatrudnienia ratownika medycznego w szpitalnych oddziałach to po prostu zamiast kierunek ratownik medyczny, niech będzie to pielęgniarstwo, również trzyletni licencjat i możliwość rozwoju zawodowego, tak będzie uczciwie i prawnie.

To pielęgniarki posiadają odpowiednią wiedzę i przygotowawanie zgodnie z Ustawą z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, która precyzyjnie określa zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej (rozdz.2 art.4.1. min. polega na udzielaniu świadczeń; zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych). Program nauczania obejmuje holistyczną i wielokierunkową wiedzę medyczną, więc różnice w wykonywaniu zawodów pielęgniarki i ratownika medycznego są wyraźnie widoczne i oczywiste zwłaszcza, że jest on przygotowany w bardzo wąskiej i określonej dziedzinie jaką jest ratownictwo medyczne przedszpitalne. Szczegółowy zakres czynności ratunkowych, które

mogą być podejmowane przez ratownika medycznego oraz wyznaczone leki określa rozporządzenie ministra zdrowia do pracy w zespołach ratownictwa medycznego.

Jeśli mowa o doświadczeniu zawodowym członków zespołów ratownictwa medycznego „P” (podstawowego bez lekarza), to chyba co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w zespole ratownictwa medycznego „S” (specjalistycznego z lekarzem) lub SOR, oddział intensywnej terapii bądź lotnicze pogotowie to niewiele w tak odpowiedzialnej i samodzielnej pracy bez lekarza, gdzie pielęgniarka zatrudniana w systemie musi spełniać już określone wymogi, czyli trzy letni staż pracy w: SOR, Intensywnej terapii oraz posiadanie dwuletniej specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego. Natomiast ratownik medyczny kończy naukę dwu, trzyletnią i po uzyskaniu Dyplomu Ratownika bez stażu, doświadczenia zostaje przyjęty do pracy w zespole ratownictwa medycznego. Wobec czego należałoby zastanowić się nad przynajmniej rocznym, jeśli nie większym stażem w szpitalnym oddziale ratunkowym, jeśli ma być kierownikiem zespołu.

Jeśli chodzi o posiadanie prawa wykonywania zawodu w projekcie ustawy w art. 10 pkt. 5 zapisano, iż przyznaje je wojewoda ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu ratownika medycznego. W ustawie o PRM wyraźnie czytamy, iż wojewoda art.17 prowadzi rejestr jednostek, w art. 19 - zadaniem wojewody jest planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu i nadzór nad nimi na terenie województwa. art. 21 wojewoda sporządza plan działania systemu oraz przeprowadza kontrolę dysponentów jednostek. Jest odpowiedzialny za ratownictwo medyczne, lecz nie posiada uprawnień do wydawania prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego (uprawnienia takie posiada samorząd, którego nie posiada zawód ratownika medycznego). Poza tym art.11 pkt.2 ustawy o PRM wyraźnie określa, iż podejmuje on medyczne czynności ratunkowe. W projekcie jest już zapisana zmiana na „udzielanie świadczeń zdrowotnych”. Jak to się ma do zapisów w ustawie, gdzie w rozdz. 6 mowa jest o finansowaniu jednostek systemu z wyliczeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych, art. 36 mówi o składach zespołów z osobami uprawnionymi do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Ratownictwo medyczne finansowane jest z budżetu państwa w ramach dotacji, która może być wykorzystana tylko do celów określonych. W tej sytuacji na zadania zespołów ratownictwa medycznego, natomiast sposób udzielania świadczeń medycznych przez zespo-

ły ratownictwa medycznego i wykonywanie poszczególnych czynności podczas akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych określone są w rozdz.5 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Natomiast w art. 49 środki na finansowanie umów przekazywane są przez wojewodę do NFZ na dotację celowaną, czyli finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego oraz dyspozytorów medycznych, a w kosztach uwzględnione są medyczne czynności ratunkowe. Dyrektor NFZ podpisuje umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych na świadczenia zdrowotne. Potwierdza to art.107 w ust.5 pkt.19 o przeprowadzaniu postępowań zawarcia umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych zawieranie, rozliczanie i kontrolę realizacji tych umów na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8 września 2006 roku.

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez: szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnej dla ratownictwa medycznego. Natomiast umowy z NFZ na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych zawierane są na zespoły ratownictwa medycznego S (specjalistyczne) i P (podstawowe), które są jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne powołane na mocy ustawy do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych. Z nowego zapisu wynika, że będzie to świadczenie zdrowotne, niestety to nie ratownictwo medyczne, tylko nadal POZ na kółkach i furka dla lekarzy rodzinnych, czyli nadal nieprawidłowo funkcjonujący system ochrony zdrowia oraz związane z nową sytuacją inne uprawnienia ratownika medycznego, a w końcu uzupełnianie stanowisk pracy brakujących pielęgniarek zatrudnianiem ratownika medycznego w oddziałach szpitalnych. Świadczenie zdrowotne to pojęcie o szerokim znaczeniu i działaniach służących: profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawieniu zdrowia. Natomiast w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest ono konkretnie i precyzyjnie określone jako medyczne czynności ratunkowe, które udziela: lekarz systemu, pielęgniarka systemu i ratownik medyczny. Wobec tego należałoby skupić się na tym elemencie świadczenia zdrowotnego, ponieważ do jego udzielania, czyli w nagłych stanach zagrożenia życia w warunkach przedszpitalnych został przygotowany w toku kształcenia w sposób szczególny ratownik medyczny. A teraz, jak to się ma do uprawnień w

tym zawodzie, czy będzie on w gotowości i oczekiwaniu na wystąpienie nagłego stanu zagrożenia życia u pacjenta w oddziale szpitalnym, ponieważ nie posiada on innych uprawnień i kwalifikacji. Odkąd trwa kształcenie na kierunku ratownik medyczny nie zainteresowano się jaki istnieje popyt na rynku pracy na ten zawód medyczny i ilu ratowników medycznych jest aktualnie. Może w końcu Szanowni Państwo w rządzie obudzą się, zanim podejmą tak drastyczne decyzje i zapoznają się z programem nauczania zawodu ratownika medycznego wtedy, głęboko zastanowią się zanim popełnią katastroficzny błąd z nieodwracalnymi skutkami. Stan jaki widzimy jest bez jakiegokolwiek kontroli, a to powoduje, iż zawód ratownika medycznego poszukuje nowych miejsc pracy, aktualnie sklasyfikowany jest przez urzędy pracy jako „nadwyżkowy”, a ratownictwo medyczne jest już ograniczone. Wspomnieć należy, że również sami ratownicy medyczni pracują po 400 godzin miesięcznie (czy to jest bezpieczeństwo pacjenta i własne) oraz w kilku miejscach i pozbawiają się wzajemnie miejsc pracy (kontrakty i niskie stawki). Nie należy szukać winy w pielęgniarkach, które zawsze pracowały w zespołach wyjazdowych (R), a obecnie zespołach ratownictwa medycznego i jest ich niewiele. Wynika to z różnych przyczyn: dyskryminacji kobiet, wykorzystywanych przepisów bhp (obowiązują również ratownika medycznego) przez pracodawcę, niskich kosztów zatrudnienia ratownika medycznego (kontrakty i nie stosowanie kodeksu pracy).

Wspomnieć należy również o stanowisku dyspozytora medycznego, którego rola jest bardzo istotna, odpowiedzialna w decyzjach i koordynowaniu działań wszystkich jednostek ratowniczych. Wobec czego jego doświadczenie wymaga co najmniej 5 lat pracy w ratownictwie medycznym, a nie tylko 3 lata stażu, kursy, niedoskonałe regulacje prawne, procedury, ale praca z pacjentem, która pozwala na szybką i rzeczową ocenę sytuacji i zdarzenia przez telefon oraz zwiększy bezpieczeństwo pracy i podejmowanie prawidłowych decyzji w systemie ratownictwa medycznego, którego dyspozytor jest pierwszym i najważniejszym ogniwem. Sama zmiana zapisu w art.11, gdzie mowa jest o wykonywaniu zawodu ratownika medycznego, którego praca polega na realizacji medycznych czynności ratunkowych, na „udzielanie świadczeń zdrowotnych” nic nie zmienia, ponieważ tok nauczania nie kształcił ratownika medycznego do pracy w oddziałach szpitalnych z pacjentem, co znaczy, iż nie

zezwała na zatrudnianie zamiast pielęgniarek. Natomiast, należy pamiętać, że powierzenie czynności przypisanych dla zawodu pielęgniarki, ratownikowi medycznemu może grozić odpowiedzialnością podmiotu leczniczego za dopuszczenie do udzielania świadczeń zdrowotnych osoby nieposiadającej odpowiednich kwalifikacji i uprawnień. Dla nas jest oczywiste, co chcemy zrobić Ministerstwo Zdrowia, jednym słowem rozwiązać problem deficytu pielęgniarek i położnych, a w to miejsce zatrudnić ratownika medycznego na co wyrażamy stanowczy sprzeciw. To degradacja naszego zawodu, jeśli dojdzie do zatrudniania ratownika medycznego, to będzie stanowiło poważne zagrożenie dla pacjentów, ale to najłatwiejsze rozwiązanie ministerstwa bez wysiłku i nakładu finansowego. Łatwiej jest dopasować przepis w ustawie do trudnej sytuacji, gdyż kraj jest w potrzebie, niż rozwiązać problem bez krzywdy dla środowisk medycznych. Nasz rząd często ryzykuje, tylko tym razem chyba decydenci nie posiadają pełnej świadomości jakie będą tego skutki. Rząd polski nie zrobił nic i nie robi nadal, aby chętnie kształciły się pielęgniarki i nie emigrowały, również i te, które już są do państw zachodnich (średnia wieku pielęgniarek to 40-50 lat), pozostawiając własne rodziny. Za 7 lat odejdzie ze stanowisk kolejne 20 tysięcy pielęgniarek, tego miejsca nie uzupełnią młode pokolenia. Pytanie dlaczego? Nigdy niedoceniona profesja, wieczna walka o godziwe warunki pracy i płacy, zmuszanie do pracy niewolniczej, a właściwie to wyzysk człowieka przez człowieka, za to odpowiedzialność obłrzymia. A teraz genialny pomysł naszego rządu, nie ma pielęgniarek to w to miejsce zatrudnimy ratowników medycznych, tym bardziej, że sami wyrażają inicjatywę, żyją w przeświadczeniu, że są do tego przygotowani i są chętni do pracy w oddziałach z „dyżurowym” pacjentem, ale nie są świadomi zagrożeń jakie wynikają z pracy w oddziałach. To prawdziwy absurd, w którym to państwie pracuje ratownik medyczny w oddziałach szpitalnych, jeśli tak, to może spróbują tak jak pielęgniarki pracy na obczyźnie, ponieważ dla nas nigdy nie zmieniano przepisów z korzyścią.

Ponadto należałoby wyjaśnić przepisy dotyczące wykonywania zawodu ratownika medycznego, czyli -czy ma on prawo zdecydować, ustalić diagnozę i pozostawić chorego w miejscu zdarzenia, jeśli jest kierownikiem zespołu P (podstawowego), gdyż budzi to wiele kontrowersji, nieporozumień, indywidualnych interpretacji, wobec czego powinien pojawić się tam czytelny i jednoznaczny zapis, jasny dla każdego. Jeśli mówimy nadal o kie-

rowniku zespołu, to kolejne pytanie. Dlaczego pielęgniarka systemu, która już spełnia wymogi nie może korzystać z kodów ICD-10, jeśli ma taki sam zakres czynności medycznych i obowiązków w karetce, a to nie pozwala jej na objęcie stanowiska kierownika zespołu, przecież jej kwalifikacje tak naprawdę są wyższe. Pozostaliśmy jeszcze przy kolejnych ograniczeniach dotyczących pielęgniarek w karetce, dlaczego nie mogą zastosować i użyć tak jak ratownik medyczny przymusu bezpośredniego w stanie wyższej konieczności? I jeszcze jedno zapytanie, dlaczego pielęgniarka może udzielać szkoleń z kwalifikowanej pierwszej pomocy, natomiast nie ma prawa wydawania zaświadczeń tak jak to robi ratownik medyczny. Potrzebne są tutaj regulacje prawne, a nie luki w przepisach, które są niejasne i prowadzą do nieporozumień.

Poza tym pojawiła się jeszcze jedna kwestia do wyjaśnienia, a mianowicie stosowania i przypisywania sobie przez ratowników medycznych tytułu specjalisty, którego nie posiadają, używają go nieprawnie i wpisują na pieczętkach. Aby otrzymać tytuł specjalisty lekarz musi podjąć dodatkowe kształcenie, by pogłębić wiedzę i zdobyć dodatkowe umiejętności w danej dziedzinie medycyny uzyskując II stopień specjalizacji. Podobnie jest z pielęgniarką, która musi kształcić się dodatkowo przez 2 lata w wybranej dziedzinie medycyny, aby mogła mówić o sobie specjalista. Ratownik medyczny to jeden z 2366 zawodów ujętych w obowiązującej od 1 lipca 2010 r. klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku (Dz. U. z dnia 17 maja 2010 r. nr.82, poz.537), czyli pośrednictwa pracy, szkoleń zawodowych, gromadzenia danych dla polityki zatrudnienia i kształcenia oraz prowadzenia: badań, analiz i prognoz rynku pracy. Aby uzyskać tytuł ratownika medycznego, mógł on wybrać jedną z dwóch alternatyw kształcenia zawodowego: 2- letniej szkoły policealnej bądź ukończenia wyższych studiów zawodowych z tytułem licencjata na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne. I tak zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów i specjalności istnieje w Polsce zawód ratownika medycznego, jednak ze względu na brak systemu państwowych egzaminów specjalizacyjnych dla ratowników medycznych nie zezwala na stosowanie tytułu „specjalisty”. Zgodnie z kształceniem według obu ścieżek absolwenci w myśl ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. wykonują zawód ratownika medycznego. I to nieporozumienie należałoby również wyjaśnić jasno i w sposób czytelny.

Podsumowując wszystko, zamiast:

konkurencji, rywalizacji, wzajemnego obrażania się, tworzenia konfliktów, może warto zastanowić się nad tym, aby połączyć wspólne siły: holistyczną wiedzę i bogate doświadczenie pielęgniarek z ratownikiem medycznym, kompetentną osobą w dziedzinie ratownictwa medycznego i stworzyć zespoły w których w składzie na stałe byłyby pielęgniarka systemu i ratownik medyczny, czyli zespoły mieszane (S i P). Zespół czteroosobowy S (specjalistyczny), czyli: lekarz systemu, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny oraz kierowca, zespół P (podstawowy bez lekarza) trzynosobowy, czyli: pielęgniarka systemu, ratownik medyczny i kierowca. Taki skład osobowy to przynajmniej gwarancja wysokiej jakości udzielanych świadczeń medycznych i bezpieczeństwa pacjenta, a tak na marginesie pielęgniarka jest jednym z zawodów zaufania publicznego, więc jako zespół ma to pozytywne wizerunek wśród społeczeństwa. I proszę nam nie mówić, że trzeba dostrudnić 6,5 tysiąca pielęgniarek (wyliczenia MZ) do karetek, ponieważ one zawsze tam były, tylko pracodawcy je wyeliminowali własnymi sposobami, gdzie ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym zapewnia, gwarantuje, a nawet stanowi, iż pielęgniarka jest integralnym członkiem zespołu ratownictwa medycznego.

My, pielęgniarki systemu nie zgadzamy się z taką sytuacją, niekorzystnymi i nieuczciwymi zmianami w projekcie nowelizowanej ustawy o PRM dotyczącymi zawodu ratownika medycznego, które są sprzeczne z kompetencjami i zapisami w ustawie o PRM, jak również są szkodliwe i niebezpieczne dla pacjenta i naszego środowiska.

Podobnie jak środowisko ratowników medycznych wyrażamy chęć uczestniczenia w spotkaniach, jako grupa zawodowa, a w szczególności pielęgniarki systemu, które głęboko zainteresowane są tak ważną dla wszystkich sprawą, wierzymy, że nasze środowisko będzie merytorycznie reprezentowane w toczących się dyskusjach.

Mamy nadzieję, że podczas spotkań dotyczących nowelizacji ustawy o PRM weźmie górę rozsądek i dobro społeczeństwa, a także regulacje prawne, które wprowadzą porządek i spokój w środowiskach medycznych, a nie wzajemne skłócanie ich.

*Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Zakładowej
Organizacji Związkowej OZZPiP
przy WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze
Elżbieta Szostak*

(Przedruk w oryginale)

PRAWO NA CO DZIEŃ

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Na personelu medycznym ciąży z jednej strony obowiązek przestrzegania praw pacjenta, z drugiej zaś strony należy się zabezpieczyć przed udostępnieniem dokumentacji osobie nieupoważnionej oraz przed utratą dokumentacji. Aby wywiązać się z tego zadania, trzeba przestrzegać odpowiednich przepisów prawa. Czy je znasz?

**MGR PRAWA
MAGDALENA ALEKSANDROWICZ**
doktorantka SWPD w Gdyni,
specjalista w NZOZ „Przychodnia”
Sp. z o.o. w Kościerzynie

Bardzo często w codziennej pracy pielęgniarki i położne spotykają się z prośbami pacjentów o udostępnienie dokumentacji medycznej. Ponadto o dostęp do dokumentacji mogą się do nich zwrócić bliscy pacjenta lub różne instytucje. Kwestia udostępniania dokumentacji medycznej staje się aktualna już w momencie pierwszego kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą. Zakładając pacjentowi dokumentację medyczną, należy zamieścić lub dołączyć do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia. Brak oświadczenia zamyka wszystkim dostęp do danych pacjenta, ponieważ nie istnieją domniemania, że pacjent, który nie złożył oświadczenia, upoważnił swoich bliskich. W przypadku dzieci warto odebrać stosowne oświadczenie już podczas wizyt patronażowych. Wyrobienie takiego nawyku pozwoli od początku prowadzić kompletną dokumentację, jak również uchroni przed udostępnieniem danych o stanie zdrowia dziecka rodzicowi pozbawionemu praw rodzicielskich.

Sposób udostępnienia

Istotą udostępniania dokumentacji jest umożliwienie zapoznania się z jej treścią. Może się to odbywać przez wgląd, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych albo przez sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii, jak też przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów. Ustawodawca nie przesądza, czy świadczeniodawca ma potwierdzać wydawa-

ne dokumenty za zgodność z oryginałem. Często jednak potwierdzenie takie będzie niezbędne dla osoby lub instytucji zwracającej się o udostępnienie dokumentacji medycznej. Dotychczas najczęściej spotyka się udostępnianie dokumentacji w formie papierowej, pojawiają się jednak również nośniki elektroniczne, zwłaszcza w przypadku diagnostyki obrazowej. Od 1 lipca 2014 r. dokumentacja ma być w całości prowadzona w formie elektronicznej, jednak nadal będzie konieczność udostępniania wcześniejszej dokumentacji w wersji papierowej.

Sporządzenie odpisu, wyciągu lub kopii niejednokrotnie wymaga sporego nakładu pracy personelu, dlatego też istnieje możliwość wprowadzenia odpłatności za tę usługę. Ustalono maksymalne wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji jako ułamek przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Odpowiednio za sporządzenie jednej strony wyciągu lub odpisu, jak również wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jest to 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, a za jedną stronę kopii - 0,0002. Wysokość przeciętnego wynagrodzenia jest ogłaszana przez Główny Urząd Statystyczny cztery razy w roku: w lutym, maju, sierpniu i listopadzie. Dane te są dostępne na stronie GUS. Wysokość

opłat musi być dostosowana do aktualnych wskaźników od pierwszego dnia miesiąca następującego po publikacji danych, czyli odpowiednio 1 marca, 1 czerwca, 1 września i 1 grudnia. Obecnie maksymalne stawki wynoszą 7,48 zł oraz 0,75 zł. Każdy podmiot może indywidualnie ustalić stawki mieszczące się w tym zakresie lub zrezygnować z pobierania opłaty. Niezależnie od podjętej decyzji należy pamiętać o umieszczeniu informacji o wysokości opłaty w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej oraz podaniu do wiadomości pacjentów na przykład przez ekspozycję na gazetce.

Przepisy wprowadzające możliwość pobierania opłat rodzą liczne problemy natury praktycznej. Nie wiadomo, jakiego formatu ma być strona kopii ani czy opłata za udostępnienie dokumentacji na nośniku elektronicznym obejmuje ten nośnik (np. płytę CD), czy też można zamieścić dane na nośniku dostarczonej przez pacjenta.

Zwolnione od opłaty są organy orzekające w sprawie rent i emerytur oraz wykonanie kopii, odpisów lub wyciągów w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Przepisy nie przewidują, czy wniosek o wydanie dokumentacji ma być składany pisemnie czy ustnie. Jednak jeżeli będziemy wydawać na zewnątrz oryginał dokumentacji medycznej, konieczne jest odnotowanie osoby wydającej, poświadczenie przez osobę pobierającą oryginał faktu otrzymania wnioskowanej dokumentacji oraz adnotacja o konieczności zwrotu dokumentacji.

Sytuacja, w której są wydawane oryginały dokumentacji medycznej, jest szczególnie niekorzystna dla świadczeniodawcy i powinna mieć miejsce tylko w wyjątkowych przypadkach. Dokumentacja medyczna wewnętrzna stanowi własność podmiotu, który ją wytworzył, a nie pacjenta. Każdorazowo wydanie oryginału dokumentacji medycznej powinno być poprzedzone sporządzeniem



(na koszt podmiotu wydającego dokumentację) kopii, która byłaby przechowywana do czasu zwrotu oryginału. Brak jest jednak skutecznych narzędzi egzekwowania zwrotu dokumentacji medycznej. Jednocześnie w każdej chwili można spodziewać się kontroli udzielanych świadczeń lub wniosku uprawnionego organu o wydanie dokumentacji i może się okazać, że brakuje dokumentów, które powinny się znajdować w zasobach świadczeniodawcy. Dlatego też, o ile zasadne i konieczne jest wydanie oryginału dokumentacji medycznej prokuratorowi w związku z prowadzonym postępowaniem, o tyle niczym niezasadnym ryzykiem jest wydanie dokumentacji pacjentowi na komisję lekarską lub w przypadku zmiany placówki, w której się leczy. Żądanie wydania historii zdrowia i choroby w przypadku zmiany placówki jest niedopuszczalne. Każdy podmiot bowiem sam wytwarza swoją dokumentację medyczną i oznacza ją swoimi danymi, dlatego nie ma możliwości kontynuowania wpisów w dostarczonej z innej placówki dokumentacji wewnętrznej.

Uprawnienia pacjenta

Prawo dostępu do dokumentacji medycznej ma służyć przede wszystkim pacjentowi i jego przedstawicielom ustawowym. Drugą kategorię osób upoważnionych stanowią osoby wskazane przez pacjenta w pisemnym oświadczeniu, przy czym po śmierci pacjenta zachowują one jedynie prawo wglądu w dokumentację medyczną, bez możliwości sporządzenia kopii, odpisów czy wyciągów. Zapis ten jest powszechnie krytykowany, ponieważ w praktyce ogranicza osobom upoważnionym dostęp do dokumentacji zmarłego. Ma to szczególne znaczenie w przypadku dochodzenia roszczeń przez rodzinę zmarłego, ponieważ kopia dokumentacji medycznej może być istotnym środkiem dowodowym.

Od 2012 r. działają wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Ich zadaniem jest stwierdzenie, czy zaistniało zdarzenie medyczne i ewentualne przyznanie odszkodowania. Problematyka zdarzeń medycznych dotyczy jak dotąd sytuacji, które miały miejsce w szpitalu. Aby prace komisji były możliwe, udostępnia się jej stosowną dokumentację medyczną. Dostęp do dokumentacji zyskują również spadkobiercy osób, których dotyczy postępowanie przed komisją.

Upoważnione instytucje

Zdarzają się sytuacje, w których świadczeń zdrowotnych będzie udzielał pacjentowi więcej niż jeden podmiot. Kolejny świadczeniodawca może więc potrzebować w celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych wytworzonej wcześniej dokumenta-

KOPIA, ODPIS CZY WYCIĄG

Przez odpis należy rozumieć dokument odwzorowujący treść dokumentu pierwotnego, wyciąg będzie natomiast dokumentem zawierającym odwzorowanie tylko części dokumentu pierwotnego. Ze sporządzanymi w ten sposób dokumentami mamy do czynienia np. w przypadku aktów stanu cywilnego. Najczęściej spotykana forma, czyli kserokopia dokumentacji medycznej, jest zatem kopią, a nie odpisem czy wyciągiem.

cji medycznej. Dotyczy to zwłaszcza wyników wykonanych już pacjentowi badań, które stanowią własność podmiotu zlecającego. W takich sytuacjach istnieje możliwość wystąpienia o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta. Nie wymaga to dodatkowej zgody osoby, której wniosek dotyczy, czyjej bliskich. Jest to zasadne, ponieważ pacjent może znajdować się w stanie zagrożenia życia lub być nieprzytomny i podmiot leczniczy musi mieć możliwość samodzielnego decydowania o tym, jaka dokumentacja będzie przydatna w procesie leczenia.

Do grupy upoważnionych do dostępu do dokumentacji medycznej zalicza się również organy władzy publicznej, NFZ, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru. Warto zwrócić uwagę, że przepisy szczegółowe dotyczące kontroli dokonywanej przez NFZ mówią o poświadczeniu za zgodność z oryginałem udostępnianych kopii dokumentacji medycznej.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wymienia jako podmioty upoważnione do dostępu do dokumentacji medycznej, w zakresie prowadzonego postępowania, ministra zdrowia oraz podmioty, które na zlecenie ministra zdrowia przeprowadzają kontrolę podmiotów leczniczych pod

względem zgodności z prawem lub medycznym, sądy (w tym sądy dyscyplinarne), prokuratorów, lekarzy sądowych i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Kontrola przeprowadzona przez ministra zdrowia lub na jego zlecenie może dotyczyć podmiotów prowadzących bazy danych w zakresie ochrony zdrowia. Badania w podmiocie leczniczym mogą być przeprowadzane na wniosek organów lub instytucji uprawnionych na mocy odrębnych ustaw, np. policji. Aby móc zrealizować uprawnienia pacjenta wynikające z przepisów regulujących świadczenia rentowe, organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności służy prawo dostępu do dokumentacji medycznej w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem. Jeżeli pacjent wyrazi na to zgodę, o dostęp do jego danych medycznych mogą występować również zakłady ubezpieczeń.

Podmioty prowadzące rejestry usług medycznych mogą wnosić o udostępnienie dokumentacji w zakresie niezbędnym im do realizacji zadań. Ustawa mówi również o dostępie do dokumentacji medycznej lekarza, pielęgniarki lub położnej w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia. Uprawnione są ponadto szkoły wyższe i instytuty badawcze wykorzystujące dane w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy. W kontekście udostępniania dokumentacji medycznej organom samorządów zawodowych należy pamiętać o pewnych odrębnościach wprowadzonych ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych.

» Ważne: w przypadku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych w razie śmierci pokrzywdzonego prawo dostępu do dokumentacji medycznej może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także we wspólnym pożyciu.

(Przedruk z MPlP nr 7-8 lipiec-sierpień 2013)

» czy wiesz, że

Osobą wskazaną do dostępu do danych pacjenta może być małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub inna osoba wskazana przez pacjenta. W praktyce oznacza to, że pacjent może upoważnić dowolną, również niespokrewnioną, osobę, natomiast sam fakt istnienia więzi rodzinnej nie upoważnia automatycznie do dostępu do dokumentacji medycznej członka rodziny. Dane medyczne są danymi wrażliwymi i jako takie podlegają szczególnej ochronie.

Dokumentacja medyczna na podstawie Klasyfikacji ICNP®

W lutym 2010r. Zarządzeniem Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia powołana została Rada ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®, a następnie w kwietniu 2012r. kolejnym Zarządzeniem powołano Radę ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie.

Przewodniczącą Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia została dr Dorota Kilańska, a funkcję Wiceprzewodniczącej powierzono dr Grażynie Rogali-Pawelczyk. W skład Zespołu ds. architektury dokumentacji, pod przewodnictwem mgr Ewy Orawczak weszli eksperci – przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Celem pracy Zespołu jest wypracowanie jednolitych wzorów dokumentacji pielęgniarskiej w oparciu o standardy planu opieki oraz standardy wywiadu z wykorzystaniem międzynarodowych skal.

Rok 2013 to okres intensywnej pracy nad projektami dokumentacji w wersji papierowej i przeniesieniem wypracowanych wzorów do dokumentacji w wersji elektronicznej ICNP na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (MKPP).

Również w naszej Izbie odbyły się dwa szkolenia z powyższego zakresu. Grupa 28 Pełnomocnych Przedstawicieli w dniu 20.02.2013r. skorzystała z wykładu i prezentacji przedstawionej przez mgr Katarzynę Głodowską, a 18.12.2013r. dla 26 Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych wykład i warsztaty przeprowadziła dr Dorota Kilańska.

Złożoność zagadnienia e-dokumentacji z wykorzystaniem klasyfikacji ICNP®, także m.in. zasady przekazywania dokumentacji tworzonej przez podmioty spowodowały przesunięcie terminów obowiązywania dokumentacji elektronicznej. Dzisiaj obowiązuje rozporządzenie, w którym podany jest termin wdrożenia e-dokumentacji tj. sierpień 2014r., natomiast mówi się już o nowych terminach, tj. marzec i sierpień 2017r.

Z treści kalendarium opracowanego przez mgr Aleksandrę Śnieg - Wiceprezesa NRPIP wynika, że w dniu 14.01.2014r. Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia podpisał Rekomendację Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie, dotyczącą wzoru elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej. Jeszcze tego samego dnia Rekomendacja została przekazana do Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

*Przewodnicząca ORPIP w Poznaniu
Teresa Kruczkowska*



Pielęgniarki Naczelne i Przełożone podczas warsztatów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 15

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013 r.

dotyczące projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

NRPiP domaga się natychmiastowego podjęcia działań w sprawie zmiany zapisów w/w projektu, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarstwie domowym oraz zasad jej finansowania.

Wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną marginalizacji pielęgniarstwa domowego na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku. Proponowany projekt Zarządzenia, w części dotyczącej zasad sprawozdawania, rozliczania i finansowania w pielęgniarstwie domowym jest pogwałcenie praw pacjenta! Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym przypadku narzuca w trakcie już istniejącej opieki nad pacjentem zmianę zasad rozliczania osobodnia na stawkę rażąco niską stosuje w ten sposób monopolistyczną praktykę wobec pacjentów i świadczeniodawców! Jest to czyn społecznie nieakceptowany narusza zasady współżycia społecznego i zasady równego traktowania obywateli wynikające z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wzywa do natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarstwu realizującemu świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa domowego.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 16

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013 roku

dotyczące treści Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna skierowane do: Premiera RP, Ministra Zdrowia, Parlamentarzystów, Prezesa NFZ, Przewodniczącej Rady Społecznej NFZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktykom, w których Prezes NFZ dopuszcza się zmian w treści Zarządzenia niezgodnych z wcześniej przekazanym do konsultacji społecznym projektem. Treść projektu została zmieniona z dnia na dzień bez uzgodnienia z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych z ogromną stratą dla środowiska.

Naczelna Rada od wielu lat wnioskuje do Prezesa NFZ o wzrost środków na realizację zadań w zakresie pielęgniarstwa POZ.

W związku z faktem, że treść przyjętego Zarządzenia w istotny sposób różni się od treści projektu i uzgodnień w trakcie spotkania z Panią Prezes NFZ w miesiącu sierpniu 2013 roku wnosimy o wprowadzenie do treści Zarządzenia procedur dodatkowo finansowanych zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Pytanie

Czy pielęgniarki prowadzące grupową praktykę pielęgniarek muszą posiadać przeszkolenie w zakresie bhp?

Odpowiedź

Pielęgniarki prowadzące grupową praktykę nie mają obowiązku odbywania szkolenia bhp.

Uwagi

Wyjątek dotyczy osób samozatrudnionych, a więc pielęgniarek wykonujących indywidualną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Zgodnie z art. 304 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) - dalej k.p., pracodawca został zobowiązany do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, o których mowa w art. 207 § 2 k.p., nie tylko osobom wykonującym pracę na podstawie stosunku pracy (umowy o pracę), ale także osobom samozatrudnionym na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontrakt) tzn. prowadzącym, w zakładzie pracy lub miejscu wyznaczonym przez pracodawcę, na własny rachunek działalność gospodarczą.

Tym samym, art. 304 § 1 k.p. nałożył na osoby prowadzące na własny rachunek działalność gospodarczą w zakładzie pracy, w omawianym przypadku na pielęgniarkę wykonującą indywidualną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, obowiązki jakie spoczywają na pracownikach co do przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Oznacza to, że pielęgniarka samozatrudniona musi w szczególności: znać przepisy bhp; brać udział w szkoleniu i instruktażu z tego zakresu; poddawać się wymaganym egzaminom sprawdzającym.

Opinia w sprawie dyżurów pracowniczych pełnionych w domu przez pielęgniarki

W odpowiedzi na zapytanie z dnia 7 października 2013 r. uprzejmie przedstawiam opinię prawną dotyczącą dyżurów pracowniczych pełnionych w domu przez pielęgniarki, zwanych dalej: „dyżurami”:

Tytułem wstępu pragnę wskazać, iż na terenie różnych okręgowych izb istnieje różna praktyka w zakresie wypłaty wynagrodzenia za czas dyżuru.

Dalej trzeba wskazać, iż po myśli art. 9 § 1 k.p. ilekroć w Kodeksie pracy jest mowa o prawie pracy, rozumie się przez to przepisy Kodeksu pracy oraz przepisy innych ustaw i aktów wykonawczych, określające prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowienia układów zbiorowych pracy i innych opartych na ustawie porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy.

Zgodnie zaś z § 2 cyt. Przepisu, postanowienia układów zbiorowych pracy i porozumień zbiorowych oraz regulaminów i statutów nie mogą być mniej korzystne dla pracowników niż przepisy Kodeksu pracy oraz innych ustaw i aktów wykonawczych. Konsekwencją powyższych zapisów jest norma wynikająca z art. 18 k.p., który w § 1 stanowi, iż postanowienia umów o pracę oraz innych aktów, na których podstawie powstaje stosunek pracy, nie mogą być mniej korzystne dla pracownika niż przepisy prawa pracy. Stosownie zaś do dyrektyw wpływających z art. 18 § 2 k.p., postanowienia umów i aktów, o których mowa w § 1, mniej korzystne dla pracownika niż przepisy prawa pracy są nieważne; zamiast nich stosuje się odpowiednie przepisy prawa pracy.

Jak z powyższego wynika, w sytuacji, w której przepisy regulaminów, czy też umów o pracę byłyby dla pracownika (tu: pielęgniarki) mniej korzystne aniżeli wynika to z przepisów prawa pracy (np.: ustawy), tego rodzaju postanowienia są nieważne, a w ich miejsce stosować należy odpowiednie przepisy prawa pracy.

Powyższa uwaga jest istotna w kontekście poniższych rozważań.

Otóż jak stanowi art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.: Dz. U. 2013 r. poz. 217) - dalej zwanej: „ustawą” - pracownicy wykonujący zawód medyczny (a więc także pielęgniarki i położne - por.: art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy) i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego.

Stosownie zaś do treści art. 98 ust. 1 tej ustawy, pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Z powyższego wynika, iż pielęgniarka (spełniająca warunki określone art. 95 ust. 1) może

zostać zobowiązana do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Kwestia wynagrodzenia za czas pozostawania w tego rodzaju gotowości określona została w art. 98 ust. 2 ustawy. Stanowi on, iż za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego. Zgodnie zaś z ust. 3 tego przepisu, godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu.

Inne zasady naliczenia i wypłaty wynagrodzeń stosować należy w przypadku wezwania do podmiotu leczniczego. W takim bowiem przypadku, w myśl art. 98 ust. 4 ustawy zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.

A skoro tak, to w myśl art. 95 ust. 3 ustawy czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy.

Ponadto, stosownie do treści art. 95 ust. 5 ustawy, do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 1511 § 1-3 k.p.

W tej sytuacji, istotne jest odesłanie do art. 1511 § 3 k.p., zgodnie z którym za czas dyżuru pracownikowi przysługuje wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60 % wynagrodzenia.

Reasumując tę część rozważań dotyczących pielęgniarek spełniających wymogi art. 95 ust. 1 ustawy: za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje im wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, a w przypadku wezwania do podmiotu leczniczego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60 % wynagrodzenia.

Jak wskazano powyżej, regulaminy czy umowy o pracę mogą regulować powyższe kwestie w sposób bardziej korzystny dla pielęgniarek. W sytuacji, w której czyniłyby to w sposób mniej korzystny - tego rodzaju postanowienia będą nieważne, a w ich miejsce wejdą odpowiednie (powyższe) przepisy prawa pracy.

Jeżeli chodzi o pielęgniarki nie spełniające wymogów art. 95 ust. 1 ustawy (np.: nie legitymujące się wykształceniem wyższym) zastosowanie mieć będą przepisy ogólne.

I tak, art. 1515 § 1 k.p. stanowi, że pracodawca może zobowiązać pracownika do pozostawania poza

normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (dyżur). Po myśli § 2 cyt. przepisu, czasu dyżuru nie wlicza się do czasu pracy, jeżeli podczas dyżuru pracownik nie wykonywał pracy (ale czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku (...)).

O wynagrodzeniu za czas dyżuru (ewentualnie czasie wolnym za dyżur) traktuje art. 1515 § 3 k.p. który mówi, iż za czas dyżuru, z wyjątkiem dyżuru pełnionego w domu, pracownikowi przysługuje czas wolny od pracy w wymiarze odpowiadającym długości dyżuru, a w razie braku możliwości udzielenia czasu wolnego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszerogowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60 % wynagrodzenia. Przepisu tego - stosownie do treści § 4 cyt. przepisu - nie stosuje się do pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy.

W kontekście powyższego przepisu warto wskazać na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 2011 r. sygn. II PK 115/11, publ.: OSNP 2013 r. Nr 9-10, poz. 103 w którym wyjaśniono, że „Pozostawanie pracownika w gotowości do wykonywania pracy po wezwaniu go przez pracodawcę za pomocą środków porozumiewania się na odległość („pod telefonem”), jeżeli pracownik ma obowiązek stawić się do pracy w wyznaczonym czasie, jest dyżurem w innym wyznaczonym miejscu w rozumieniu art. 1515 § 1 k.p.”

W uzasadnieniu przywołanego judykatur wyjaśniono, iż „regulacje zawarte w Kodeksie pracy dotyczące czasu pracy i pełnienia dyżurów mają charakter bardziej korzystny dla pracownika niż przepisy prawa wspólnotowego. W rozumieniu Kodeksu pracy czasem dyżuru jest czas, w którym pracownik jest zobowiązany do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (art. 1515 § 1 k.p.). Jeżeli podczas dyżuru pracownik nie świadczył pracy, to czasu dyżuru nie wlicza się do czasu pracy. Jednak czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku, o którym mowa w art. 132 i 133 k.p. (art. 1515 § 2 in fine k.p.). Analiza przepisów Kodeksu prowadzi do wniosku, że uregulowane zostały trzy przypadki dotyczące tego problemu: po pierwsze - czas pracy, a więc czas w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy (w tym dyżur zakładowy) lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy (art. 128 § 1 k.p.), po drugie - czas odpoczynku, czyli czas, którym pracownik może dysponować całkowicie swobodnie (czas prywatny), oraz po trzecie - czas dyżuru poza zakładem pracy, w ramach którego pracownik nie wykonuje pracy, niebędący czasem pracy, ale też niebędący czasem odpoczynku w rozumieniu art. 132 i 133 k.p. (por. A. Zwolińska: Dyżur [w:] Czas pracy, pod red. L. Florka, Warszawa 2011, s. 168). Czas dyżuru pełnionego poza za-

kładem pracy (niekoniecznie w domu pracownika), w ramach którego pracownik nie wykonuje pracy (art. 1515 k.p.), nie jest więc ani czasem pracy, ani czasem odpoczynku pracownika. Miejsce dyżurowania (inne miejsce poza zakładem pracy) może być wyznaczone przez pracodawcę w różny sposób (podobnie, jak miejsce wykonywania pracy - art. 29 § 1 pkt 2 k.p.). Może to być adres (punkt) albo pewien obszar geograficzny. Taki obszar może też być określony w sposób pośredni przez zobowiązanie pracownika do stawienia się w pracy w odpowiednim czasie po wezwaniu go przez pracodawcę. Pozostawanie pracownika w gotowości do wykonywania pracy po wezwaniu go przez pracodawcę za pomocą środków porozumiewania się na odległość („pod telefonem”), jeżeli pracownik ma obowiązek stawić się do pracy w wyznaczonym czasie, jest więc dyżurem w innym wyznaczonym miejscu w rozumieniu art. 1515 § 1 k.p. Dyżurem pozazakładowym jest więc także dyżur „pod telefonem komórkowym”, w trakcie którego pracownik musi mieć włączony telefon, licząc się z koniecznością świadczenia pracy po wezwaniu przez pracodawcę i stawieniu się w miejscu świadczenia pracy w określonym czasie. Pracownik dysponuje wówczas dość znacznym marginesem swobody co do sposobu spędzania tego czasu. Musi być jednak przez cały czas gotowy do świadczenia pracy, a więc nie może podejmować żadnych czynności wyłączających zarówno gotowość do pracy, jak i gotowość do stawienia się w określonym czasie w miejscu jej wykonywania pracy (por. A. Chobot: Czas pracy w znowelizowanym kodeksie pracy, Poznań 2003, s. 324; A. Sobczyk: Zasady prawnej regulacji czasu pracy, Warszawa 2005, s. 140; Ł. Pisarczyk [w:] Kodeks pracy. Komentarz, wyd. VI, pod red. L. Florka, Warszawa 2011, komentarz do art. 1515 k.p.).”

Powyższe oznacza, że w omawianej sytuacji, minimum należnym pielęgniarsce za czas pełnienia dyżuru pod telefonem jest czas wolny od pracy w wymiarze odpowiadającym długości dyżuru, a w razie braku możliwości udzielenia czasu wolnego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszerogowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60 % wynagrodzenia.

Podobnie jak w przypadku pielęgniarek, o których mowa w art. 95 ust. 1 ustawy, o których mowa wyżej, zasadą jest, iż regulaminy czy umowy o pracę mogą regulować powyższe kwestie w sposób bardziej korzystny dla pielęgniarek. W sytuacji, w której czyniłyby to w sposób mniej korzystny - tego rodzaju postanowienia będą nieważne, a w ich miejsce wejdą odpowiednie przepisy prawa pracy.

Z wyrazami szacunku

Prezes

*Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Warszawie*

Dr.n.med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Życie po chorobie nowotworowej w teorii i praktyce

W dniach 15-16 stycznia w Wielkopolskim Centrum Onkologii miała miejsce pierwsza konferencja poświęcona w pełni pacjentom po leczeniu onkologicznym, zarówno z punktu widzenia ich samych, jak i opiekujących się nimi psychoonkologów, lekarzy, personelu pielęgniarskiego.

Konferencję zorganizowała Pracownia Psychologii Klinicznej WCO wraz z Pracownią Muzykoterapii WCO, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychoonkologii, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Konferencję Ozdrowieńcy 2014 patronatem medialnym objął Portal onkologiczny Zwrotnik Raka, źródło wielu cennych informacji i porad dla chorych na nowotwory złośliwe i ich bliskich.

Wśród wykładowców znaleźli się przede wszystkim sami ozdrowieńcy, czyli pacjenci, którzy pomyślnie ukończyli terapię i obecnie nie wymagają leczenia. Przed uczestnikami konferencji stanęli pacjenci po przebytym leczeniu raka piersi, guza mózgu, raka jelita grubego, ziarnicy złośliwej, raka kości. Swoimi historiami podzieliły się osoby, którym rak przerwał beztrąską dzieciństwo i młodości. Teraz, po zakończonym leczeniu onkologicznym Ozdrowieńcy zdobywają w przenośni i dosłownie swoje Kilimandżaro, medale na olimpiadach sportowych, realizują swoje pasje, piszą wiersze, śpiewają piosenki, znów uczą się, studiują, pracują. O swoim szczęśliwym macierzyństwie opowiedziała pani, która poznała męża i urodziła córeczkę po leczeniu onkologicznym.

Pacjenci podzieliли się z uczestnikami konferencji swoimi trudnymi doświadczeniami związanymi z wieloletnią onkologiczną terapią - operacjami chirurgicznymi, chemio i radioterapią. Opowiedzieli jakie wyzwanie stanowi powrót do codziennego życia po zakończonym leczeniu, równoznaczny z koniecznością pokonywania osłabienia, ograniczeń i szeregu dolegliwości, wynikających z obciążającego, nierzadko obosiecznego leczenia, jak i z niełatwym powrotem do tzw. normalnego życia rodzinnego, towarzyskiego, zawodowego.

Pacjenci zwrócili uwagę, że ich powrót do pełni życia, odnalezienie się po chorobie nowotworowej determinuje zarówno ich aktywność własną, jak profesjonalizm oraz właściwe postawy personelu medycznego, który powinien pacjenta traktować jako podmiot i partnera w terapii, a niestety nie dzieje się tak zawsze. Najczęściej przytaczanymi, że posłużyć się eufemizmem, tzw. „uchybieniami” było:

- wręczanie diagnozy nowotworowej na kartce i pozostawianie chorego z szokiem i rozpaczą bez komentarza, dodatkowej informacji, czy wsparcia
- przedmiotowe traktowanie przez niektóre osoby spośród personelu
- brak spokojnych rozmów i rzetelnej informacji
- uzyskiwanie zgody od pacjenta w atmosferze presji
- brak wskazówek, co robić po wypisie ze szpitala, dokąd się udać, czego się spodziewać, jak to dalej będzie...

Wydaje się, że negatywne zjawiska wynikają m.in. z niedocenywania roli jaką pełni zaufanie terapeutyczne podczas nieraz wieloletniej onkologicznej terapii. Wszak zaufanie jest podstawą, fundamentem pomyślności leczenia, lecz nie pojawia się przecież znikąd, wymaga zbudowania go i pielęgnowania podczas całego procesu leczenia. Oznacza też zapewnienie ciągłości leczenia i opieki.

Ozdrowieńcy podkreślili ogromną rolę wsparcia ze strony rodziny, bliskich, przyjaciół, wspólnoty samych pacjentów.

Ozdrowieńcy podkreślili ogromną rolę wsparcia ze strony rodziny, bliskich, przyjaciół, wspólnoty samych pacjentów.

Podczas konferencji omówiono także szeroko znaczenie wsparcia instytucjonalnego oraz pozainstytucjonalnego, gdzie braki wynikające ze słabości państwowego resortu zdrowia uzupełniają z niezwykle efektami organizacje pozarządowe, stowarzyszenia i grupy społecznego wsparcia, takie jak m.in. Stowa-



Przewodnicząca ORPiP Teresa Kruczkowska

rzyszenie Kobiet po mastektomii „Amazonki”, czy Stowarzyszenie Chorych na czerniaka.

Profesjoniści, psychologowie, psychoonkologowie, lekarze i personel pielęgniarski podzieliли się doświadczeniem z pracy ze swoimi pacjentami, wskazywali na nieraz niedoceniane źródła zasobów pomocnych w pokonywaniu raka. Podkreślali jak ważne jest obok konwencjonalnego leczenia onkologicznego udzielanie psychologicznej pomocy, by odnaleźć wraz z chorym wspólnie nadzieję na nadzieję. Zaniedbywanie bowiem groźnego zjawiska zmęczenia onkologicznego (ang. cancer related fatigue), może prowadzić, do przerwania leczenia i istotnego zmniejszenia szans na wyzdrowienie. Obok konwencjonalnych form leczenia onkologicznego oraz nierozłącznego z nim leczenia wspomagającego (ang. supportive care – m.in. znoszenie bólu, wymiotów) warto bowiem zaproponować pacjentowi inne, równoległe (a nie wykluczające się przecież) formy terapii, mające za zadanie minimalizowanie stresu, przywrócenie równowagi i wzmacnianie sił odpornościowych chorego. Podczas konferencji omówiono dobroczynny wpływ m.in. Terapii Opartej na Uważności (ang. MBSR i MBCT - Mindfulness-Based Cognitive Therapy), choreoterapii, muzykoterapii oraz aktywności fizycznej, relaksacji i geloterapii czyli terapii (wydawałoby się zwykłym a jakże nieodzownym w życiu codziennym) śmiechem oraz zdecydowanie zaniedbywanym w naszym sfrustrowanym społeczeństwie dobrym humorem, dostrzeganiem uroku chwili i drobnych przyjemności.

Podczas Konferencji mogliśmy wysłuchać także wykładów dietetyka, kosmetyczki, stylisty, pracownica ZUS-u tak, by móc z różnych perspektyw spojrzeć na sytuację osób po ukończonej terapii onkologicznej. Konferencję o powrocie do życia po onkologicznej terapii zwięźliwy wykład pani profesor Krystyny de Walden-Gałuszko o roli psychologii pozytywnej.

Maciej Krajewski



Uczestnicy konferencji.

MILIONOWE INWESTYCJE W SZPITALU W PUSZCZYKOWIE

Niemal 10 mln złotych kosztowały inwestycje i zakupy nowoczesnego sprzętu w NZOZ Szpitalu w Puszczykowie, z których już od stycznia mogą korzystać pacjenci. Pieniądze zostały wydane m.in. na budowę nowego Oddziału Opieki Paliatywno-Hospicyjnej, stworzenie nowoczesnej Pracowni Rezonansu Magnetycznego i remont w Oddziale Dziennym. Na zaproszenie do udziału w uroczystościach odpowiedziała pozytywnie Teresa Kruczkowska – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu.

Pacjenci leczeni w Oddziale Opieki Paliatywno-Hospicyjnej przewiezieni zostaną wkrótce do nowego budynku, który przystosowany został w pełni do potrzeb osób znajdujących się w stanie terminalnym. Układ pomieszczeń oraz zamontowane szerokie drzwi sprawiają, że będzie można wyjechać z pacjentem z każdego pokoju na patio. Przy projektowaniu oddziału pomyślano też o tym, by rodzinom pacjentów stworzyć możliwości przebywania i opieki nad chorymi. Rocznie w oddziale leczonych jest 450 pacjentów. Budowa nowego oddziału rozpoczęła się we wrześniu 2012 roku i trwała niemal rok. Koszty inwestycji (z wyposażeniem) wyniosły 5,3 mln zł. Fundusze pochodziły głównie z dotacji Powiatu Poznańskiego oraz ze środków własnych szpitala.



Wstęgę przecinali: (od lewej): Jan Grabkowski – Starosta Poznański, Ewa Wieja – Prezes NZOZ Szpitalu w Puszczykowie, Prof. Jacek Łuczak – wieloletni szef Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Palium, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

W Oddziale Dziennym udzielane są świadczenia z zakresu ginekologii jednego dnia. W ubiegłym roku na oddziale leczono 350 kobiet. Wykonywane tu procedury medyczne dotyczą diagnostyki i leczenia schorzeń ginekologicznych. Są to, m. in. zaburzenia postmenopauzalne i leczenie nieprawidłowych stanów dróg rodnych. Remont oddziału trwał 3 miesiące (od 07.01.2013 r do 05.04. 2013 r.) i kosztował ok. 1,1 mln zł.



Oddział poświęcił Arcybiskup Metropolita Poznański Stanisław Gądecki

Dużą grupę pacjentów Szpitala w Puszczykowie, stanowią chorzy trafiający w stanach nagłych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). Poszerzenie diagnostyki o możliwość wykonywania badań z zastosowaniem rezonansu magnetycznego jest więc naturalną konsekwencją faktu, że szpital jest lecznicą wieloprofilową, mającą duże potrzeby diagnostyczne. Koszty przystosowania pomieszczeń na potrzeby Pracowni Rezonansu Magnetycznego wyniosły ok. 3,5 mln zł. Zainstalowany aparat wyposażony jest w technologię Tim, która pozwala na przebadanie całego pacjenta bez konieczności zmiany pozycji. Specjalna konstrukcja aparatu z krótkim magnesem umożliwia badanie pacjentów cierpiących na klaustrofobie oraz dzieci. Ze względu na profil szpitala wyposażenie pozwala na badania z zakresu neurologii, neurochirurgii, ortopedii oraz kardiologii.

*Rzecznik Prasowy Szpitala
Jolanta Sielska*

INFORMACJA SKARBNIKA

- Zgodnie z Uchwałą Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7.12.2011r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału kwota składki członkowskiej na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek (z wyłączeniem zatrudnienia na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego, emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego), w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych

**wynosi od dnia 01.01.2014r.
40,04 zł miesięcznie**

tj. 1 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w czwartym kwartale 2012r. – Obwieszczenie Prezesa GUS z dnia 18.01.2013r.

- Jednocześnie informuję, że zmianie ulegają opłaty związane z wpisem do rejestru OIPIP podmiotów zamierzających wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

**i wynoszą od dnia 01.01.2014r.
231 zł**

(tj. 6 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku),

- oraz opłaty związane z wpisem do rejestru pielęgniarek i położnych zamierzających wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej

**i wynoszą od dnia 01.01.2014r.
77 zł**

(tj. 2 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku).

Skarbnik ORPIP w Poznaniu
Wiesław Morek

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ KOMISJI DS. REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Z DNIA 11 GRUDNIA 2013r.

- Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
 - 1 wniosek dotyczący studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na kwotę 1 800 zł (słownie: jeden tysiąc osiemset złotych),
 - 17 wniosków dotyczących specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na ogólną kwotę 5 550 zł (słownie: pięć tysięcy pięćset pięćdziesiąt złotych),
 - 4 wnioski dotyczące kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 895 zł (słownie: osiemset dziewięćdziesiąt pięć złotych),
 - 7 wniosków dotyczących konferencji, seminariów, zjazdów, na ogólną kwotę 824 zł (słownie: osiemset dwadzieścia cztery złote).
- Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 29 wniosków na ogólną kwotę 9 069 zł (słownie: dziewięć tysięcy sześćdziesiąt dziewięć złotych).
- Komisja rozpatrzyła negatywnie 2 wnioski z przyczyn regulaminowych.

Z DNIA 13 STYCZNIA 2014r.

- Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
 - 29 wniosków dotyczących specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na ogólną kwotę 19 841 zł (słownie: dziewiętnaście tysięcy osiemset czterdzieści jeden złotych),
 - 24 wnioski dotyczące kursów kwalifikacyjnych, na ogólną kwotę 20 273 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy dwieście siedemdziesiąt trzy złote),
 - 7 wniosków dotyczących kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 1 044 zł (słownie: jeden tysiąc czterdzieści cztery złote),
 - 20 wniosków dotyczących konferencji, seminariów, zjazdów, na ogólną kwotę 6 318 zł (słownie: sześć tysięcy trzysta osiemnaście złotych).
- Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 80 wniosków na ogólną kwotę 47 476 zł (słownie: czterdzieści siedem tysięcy czterysta siedemdziesiąt sześć złotych).

Przewodnicząca Komisji:
Iwona Pawlicka

Członkowie Komisji:
Grażyna Adamska-Galemba
Tomasz Kaczmarek
Arleta Łuczak
Wiesław Morek
Jolanta Henka
Janusz Woźniak



KONDOLENCJE

Z głębokim żalem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci
Pani Jadwigi Muszyńskiej

naszej Pierwszej Przełożonej Szpitala
im Józefa Strusia,
która była dla nas autorytetem,
opiekunem oraz wprowadziła nas
w tajniki zawodu pielęgniarki.
Zawsze służyła wsparciem, dobrym słowem,
ogromną życzliwością.

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

Arleta Jankowska
Iwona Przewoźna
Pielęgniarki Oddziałowe
Kliniki Hematologii w Poznaniu

INFORMACJA

XXI Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu

odbędzie się w dniu 28.03.2014r.

w godz. 9.00-15.00

w Instytucie Chemii Bioorganicznej PAN

ul. Noskowskiego 12/14

(wejście od ul. Wieniawskiego 17/19)

w Poznaniu

SZKOLENIA PODYPLOMOWE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO REALIZACJI W 2014 r.

Lp.	Nazwa kursu	Planowane terminy rozpoczęcia	Liczba uczestników	Koszt szkolenia	
				1*	2*
1.	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek”	IX	30	3200 zł	5200 zł
	Specjalizacja w dziedzinie „Pielęgniarstwa chirurgicznego” dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	35		
2.	Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki”	IX	25-30	975 zł	1875 zł
3.	Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek ”	po przetargu ogłoszonym przez MZ	35	finansowany ze środków unijnych	
4.	Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo kardiologiczne” dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	35		
5.	Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej” dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	30	850 zł	1700 zł
6.	Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa”	III X	25-30	375 zł	625 zł
7.	Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego	II IV IX XI	25-30	250 zł	500 zł
8.	Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek „Szczepienia ochronne”	IV X	25-30	250 zł	500 zł
9.	Kurs specjalistyczny dla położnych „Szczepienia ochronne noworodka”	X	25-30	250 zł	500 zł
10.	Kurs specjalistyczny „Wykonanie konikopunkcji , odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego”	po przetargu ogłoszonym przez MZ		finansowany ze środków unijnych	
11.	Kurs specjalistyczny „Leczenie ran – odleżyny , owrzodzenia żyłne , oparzenia „ dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy			
12.	Kurs dokształcający „Porty donaczyniowe” dla pielęgniarek i położnych	III V X	20	70 zł	140 zł

Są to przewidywane terminy szkoleń, które mogą ulec zmianie.

WYDARZENIA OD 3.12.2013r. -31.01.2014r.



3.12.13r. – Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po przerwie w wykonywaniu zawodu. Zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu otrzymały 4 pielęgniarki

3-4.12.13r. – Przewodnicząca ORPiP - T. Kruczkowska i Wiceprzewodniczący – T. Kaczmarek uczestniczyli w Posiedzeniu NRPiP w Warszawie



5.12.13r. Posiedzenie Prezydium ORPiP, na którym podjęto 21 Uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPIP/

- Spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli, które prowadzili : Przewodnicząca i Wiceprzewodniczący ORPiP.

- T. Kruczkowska uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej WOW NFZ



- W siedzibie OIPIP odbył się egzamin na zakończenie kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne dla pielęgniarek”, w którym uczestniczyło 27 osób.

7.12.13r. – Przewodnicząca uczestniczyła w Zjeździe Sprawozdawczo – Wyborczym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.



9.12.13r. - Posiedzenie Komisji Socjalnej. Zapomogi przyznano 9 pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym na ogólną kwotę 12 600,00 złotych.

10.12.13r. – Posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, na którym m. in. omówiono szczegóły organizacyjne konferencji w czasie trwania Targów SALMED

10.12.13r. – Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania

- Spotkanie Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych, na którym rozpatrzono wnioski o wykreślenie wpisu 4 pielęgniarek i położnych



11.12.13r. – Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Centralnych Sterylizatorni

11.12.13r. – Egzamin kursu dokształcającego „Porty donaczyniowe” dla pielęgniarek i położnych, w którym uczestniczyło 18 osób.

12.12.13r. - Spotkanie Zespołu Położnych Środowiskowych Rodzinnych połączone ze szkoleniem prowadzonym przez Firmę PELARGOS nt. „ Cukrzyca ciążowa”, „Synbiotyki XXI wieku” „Przyjaciele w bezpiecznej, skutecznej pielęgnacji dziecka od pierwszych lat życia” „Ochrona karmienia piersią-nowe rozwiązania LOVI wspomagające laktację”

17.12.13r. – Świąteczne Posiedzenie ORPiP, na którym podjęto m.in. 17 Uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPIP/ oraz stanowisko w sprawie pielęgniarek/pielęgni-

arzy zatrudnionych w systemie ratownictwa medycznego (treść wew. numeru)

18.12.13r. – w siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie nt. ICNP dla Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych, które prowadziła dr Dorota Kilańska. W drugiej części spotkania, którą prowadziła T. Kruczkowska omówiono najważniejsze problemy środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych.

- Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Opieki Długoterminowej

19.12.13r. - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej Rejonowej Stacji Pogotowia Ratunkowego

3.01.2014r. – Przewodnicząca uczestniczyła w Spotkaniu Noworocznym organizowanym przez Prezydenta Miasta Poznania

7.01.14r. – T. Kruczkowska uczestniczyła w posiedzeniu Rady Programowej Magazynu Pielęgniarki i Położnej w NRPiP w Warszawie.

- Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po przerwie w wykonywaniu zawodu.

8.01.14r. – Posiedzenie Prezydium ORPiP, na którym podjęto m. in. 24 Uchwały /dostępne na stronie internetowej OIPIP/



9.01.14r. – Spotkanie Zespołu Położnych Środowiskowych Rodzinnych

- T. Kruczkowska – brała udział w Uroczystym otwarciu Sali Hybrydowej Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

10.01.14r. – Posiedzenie Komisji ds. Polityki Szpitalnej, na którym m. in. wskazano przedstawicieli do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska Ordynatorów

13.01.14r. Przewodnicząca ORPiP oraz Przewodnicząca Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego spotkały się z p. Dyrektorem D. Nowacką na terenie MTP, aby omówić organizację konferencji w dniu 12.02.14r.

- Posiedzenia Komisji Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, na których przyznano refundację na ogólną kwotę 9069,00 złotych dla 29 pielęgniarek i położnych

- Posiedzenie Komisji Socjalnej. Zapomogi przyznano 5 pielęgniarkom i położnym na ogólną kwotę 9300,00 złotych.

14.01.14r. – Posiedzenie Komisji Re wizyjnej



- Posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, na którym m. in. wskazano członków ORPiP do udziału w pracach komisji egzaminacyjnych dla szkoleń podyplomowych.

- Posiedzenie Komisji Indywidualnych

Praktyk Pielęgniarek i Położnych. Rozpatrzone i skierowano do wykreślenia wpisu 9 wniosków indywidualnych praktyk zawodowych.

15-16.01.14r. – Przewodnicząca Okręgowej Rady uczestniczyła w dwudniowej Konferencji organizowanej przez Zespół Psychologów Klinicznych Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu nt. „ Życie po chorobie nowotworowej w teorii i praktyce”, objętej honorowym patronatem OIPIP w Poznaniu.

16.01.14r. – Spotkanie Noworoczne Pielęgniarek i Położnych Emerytek i Rencistek, w którym udział wzięło ponad 30 osób. Organizatorem spotkania była Komisja Socjalna ORPiP.

20.01.14r. – T. Kruczkowska spotkała się z Wicewojewodą p. P. Pacią. Tematem wiodącym było coraz mniejsze zainteresowanie młodzieży zawodem pielęgniarki.

21.01.14r. – Posiedzenie ORPiP, na którym podjęto 38 Uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPIP/

- Posiedzenie Komisji ds. Etyki

22.01.14r. – Sekretarz ORPiP uczestniczyła w spotkaniu inauguracyjnym Projektu Centrum Inicjatyw Senioralnych, który będzie promował zdrowe odżywianie. Temat przewodni projektu – „KOCHAMY JEŚĆ. Jedz dobrze. Jedz zdrowo”. Czas trwania projektu wyznaczono do października 2015r.

23.01.14r. – T. Kruczkowska brała udział w Posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Okręgowych Izb w Warszawie.

- Spotkanie Zespołu ds. Pielęgniarek Środowiskowych Rodzinnych

24.01.14r. – Przewodnicząca Okręgowej Rady uczestniczyła w uroczystym otwarciu i poświęceniu Kaplicy Szpitalnej oraz Oddziału Opieki Paliatywno-Hospicyjnej, Oddziału Dziennego i Pracowni Rezonansu Magnetycznego Szpitala w Puszczykowie.

27.01.14r. – Egzamin na zakończenie kursu specjalistycznego „Resuscytacja Kraężeniowo-Oddechowa „dla pielęgniarek organizowanego przez OIPIP w Poznaniu, w którym uczestniczyło 19 pielęgniarek.

- Przewodnicząca ORPiP brała udział w spotkaniu Przedstawicieli Samorządów Zawodowych z Parlamentarzystami, które odbywają się cyklicznie od początku 2012r. Tym razem spotkanie miało miejsce w siedzibie Radców Prawnych

31.01.14r. – T. Kruczkowska spotkała się z Wicemarszałkiem Województwa Wielkopolskiego p. Mateuszem Klemenskim. Tematem rozmowy były problemy zawodowe pielęgniarek i położnych.

Opracowała J. Plens-Gałęska

Plebiscyt „Eskulap 2013”

Tradycyjnie od kilku lat Głos Wielkopolski prowadzi plebiscyt medyczny Eskulap.

Na uroczystej gali w dniu 30 listopada 2013r. wręczono statuetki laureatom plebiscytów lokalnych i wojewódzkiego. Najwięcej głosów w całym plebiscycie (aż 2332 sms-y) i tytuł najlepszej pielęgniarki w Wielkopolsce otrzymała Pani **Elżbieta Ptak** - pielęgniarka środowiskowo-rodzinna z Konina. Dla porównania - laureaci innych kategorii otrzymali od 455 (apteka) do 1305 (stomatolog) głosów. W plebiscytach lokalnych na obszarze Wielkopolski statuetki najlepszych pielęgniarek / położnych otrzymały Panie: Renata Grzybowska, Bernadeta Chrośniak, Anna Jurgas, Teresa Wolska, Teresa Kalotka-Cwojdzka, Magdalena Słomczyńska, Irena Rembielak, Emilia Olszowska, Irena Matecka, Justyna Mułek, Aleksandra Pomezajska, Teresa Marciniak, Joanna Tomczyk, Renata Kosowska-Strzałka i Barbara Kościńska-Krzyżajska.



Serdecznie gratuluję wyróżnień i życzę dalszych sukcesów zawodowych, gdyż, jak powiedziała główna laureatka, te statuetki to certyfikat jakości tego co jest wykonywane dla pacjentów każdego dnia.

Przewodnicząca ORPiP
w Poznaniu
Teresa Kruczkowska

„TYLKO ŻYCIE POŚWIĘCONE INNYM
WARTE JEST PRZEŻYCIA”

Albert Einstein

Koleżance Położnej

Grażynce Ekert,

serdecznie dziękujemy
za długoletnią współpracę, za uśmiech,
za życzliwość, za profesjonalizm i ciepłe serce,
z życzeniami wszelkiej pomyślności,
zdrowia oraz spełnienia najskrytszych marzeń

życzą Pielęgniarki i Położne
SPZOZ w Grodzisku Wlkp



WIELKOPOLSKIE SAMORZĄDOWE CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO NR 1 W POZNANIU

Medyczne Studium Zawodowe
Policealna Szkoła Służb Społecznych i Medycznych
dla Dorosłych nr 1 w Poznaniu

Zapraszamy na kurs języka migowego dla pielęgniarek i położnych:

- na poziomie podstawowym (poziom I) 60 godzin/400znaków
- możliwość zorganizowania kolejnych poziomów (II i III)
- w przypadku grup zorganizowanych (10 osób) dostosowujemy termin

Możliwość negocjacji cen!

Planowany termin rozpoczęcia kursu luty/marzec

Prowadzi certyfikowany wykładowca języka migowego

Absolwent kursu otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu

(wzór zgodny z Rozp. MEN z 11stycznia 2012, Dz.U. 2012 nr 0 poz. 186).

Dodatkowe informacje: (61) 8473 000 wew.124 (8.00-15.00)

kursy@wsckziu1.poznan.pl

WSCKZiU nr 1 w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 99

60-568 Poznań, tel./fax (61) 841 70 40, tel. (61) 847 30 00/841 14 42

www.wsckziu1.poznan.pl

Redakcja Biuletynu

Zespół Redakcyjny: Tomasz Kaczmarek, Teresa Kruczkowska, Jolanta Plens-Gałaska, Wiesław Morek, Teresa Wiśniewska **Korekta:** Teresa Wiśniewska
Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu Wszystkie materiały są objęte prawem autorskim. Przedruk materiałów w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody jest zabroniony. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania dostarczonych materiałów.

Nakład 3500 egz.; Data wydania: 18 lutego 2014 r.; Wirtualne wydanie Biuletynu: www.oipip-poznan.pl

Skład i łamanie: „I&M Studio”, ul. F. Skarbka 31, 60-348 Poznań, tel. 618614181, e-mail: im-studio@post.pl;

**Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia
z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ w Poznaniu**

w obiektywie



Poradnia Dermatologiczna
st. pielęgniarka Halina Znanięcka



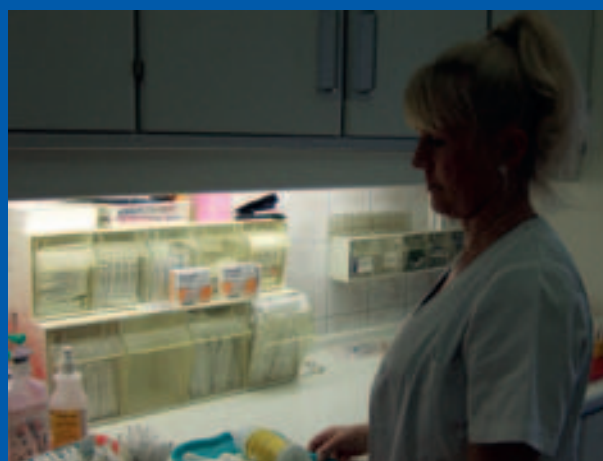
Zespół pielęgniarek: piel. oddziałowa Katarzyna Frąckowiak,
st. pielęgniarka Terasa Buszkiewicz, st. pielęgniarka Katarzyna
Nowak, st. pielęgniarka Violetta Paczyńska.



Oddział Kardiologii
st. pielęgniarka Marlena Zimna-Nowak
st. pielęgniarka Grażyna Troszczyńska



Oddział Zakaźny
st. pielęgniarka Lidia Kochańska



Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej
st. pielęgniarka Maria Latusek



Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
piel. oddziałowa Kinga Nowak