



# OKRĘGOWA IZBA Pielęgniarek i Położnych

POZNAŃ

BIULETYN INFORMACYJNY ISSN 1234-1029



W letni, upalny wieczór dojrzałe słoneczniki  
przyciągają zmysłowością, słodką, jędrnością niczym mateczniki.  
Kiedy kwiat ten zobaczycie, uśmiechajcie się szczerze,  
ponieważ on ofiaruje wam słońce w sercu i życie w sownitej mierze...  
Uśmiechnięta twarz słonecznika,  
odmieni szary dzień w tęczę przy współpracy światlistego magika.

Aleksandra Baltissen



**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 Piens-Gałąska**

Skarbnik Okręgowej Rady  
– **Wiesław Morek**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
– **Magdalena Krajewska**

Zastępcy Okręgowego Rzecznika:  
**Barbara Kulesza, Wiesława Piotrowska,**  
**Barbara Stefaniak, Renata Szafranek,**  
**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

## MOIM ZDANIEM

Z perspektywy balkonu widać najlepiej..... 1

## WOKÓŁ ZAWODU

Odpowiedź na pismo w sprawie opłat za gabinety profilaktyki zdrowotnej..... 2  
Stanowiska MZ dotyczące stanowisk Okręgowych Zjazdów Pielęgniarek  
i Położnych i Okręgowych Rad ..... 3-5  
Odpowiedź z-cy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
NFZ na liczną korespondencję NRPIP w sprawie POZ i Opieki  
długoterminowej..... 6-7  
Pismo Prezesa NRPIP skierowane do Prezesa NFZ..... 7  
Odpowiedź od Ministra Edukacji Narodowej dotycząca odpłatności  
za korzystanie z gabinetów profilaktyki zdrowotnej ..... 8  
Opinia w sprawie delegowania piel. operacyjnych na inne oddziały ..... 8  
Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki w Gnieźnie ..... 9  
Zawód na wymarcu..... 10-11  
Wspomnienie ..... 13

## KONFERENCJE

Poznaję cukrzycę typu 1..... 12-13  
Pomagamy w zdrowiu i w chorobie - wszystko dla dziecka..... 14-15  
Zaproszenie na konferencję organizowaną przez ORPIP w Poznaniu..... 15

## DZIAŁALNOŚĆ OKRĘGOWEJ RADY

Wydarzenia..... 16  
Protokół posiedzenia Komisji Refundacji..... 17

## KOMUNIKATY

Gratulacje ..... 17  
Oferta pracy..... 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 praktyk pielęgniarek i położnych  
– poniedziałek-piątek w godz. 7.30-16.00  
– **Agnieszka Urbaniak, Anna Plekarska, Eстера Stanisławiak**

### Księgowość

– czynna pn 13.00-19.00, wt 8.00-15.00, 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

Udziała 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 (618620950)

# Z perspektywy balkonu

widać najlepiej..

Bardzo trudno pogodzić oczekiwania wszystkich osób z określonej grupy wiekowej, członków stowarzyszenia naukowego czy związanych chociażby przynależnością do samorządu zawodowego. Z ilu osób składa się dane gremium - tyle przynajmniej pojawia się pomysłów na rozwiązanie problemów. W przypadku Polaków podobno jest nawet tak, że z zebranych rodaków potrafi wygenerować 3 jedynie słuszne rozwiązania...

Mając kilkakrotne możliwości spotykania się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia zazwyczaj sły-  
szalem, że to oni odpowiadają za stan służby zdrowia w Polsce, jakość opieki zdrowotnej, prawa pa-  
cjentów, Koszyk świadczeń gwarantowanych itd. (...) tworzą akty prawne, które doskonale regulują  
wspomniane powyżej (nie tylko) zagadnienia.

Widoki z ministerialnego balkonu dają im widać poczucie nieomyślności i wystarczającą wiedzę do  
uzdrowienia obszaru ochrony zdrowia w naszym kraju.

W tym naszych, pielęgniarek i położnych, uwarunkowań wykonywania naszych zawodów.

I powstają rozporządzenia czy ustawy, które z założenia miały coś poprawić - tak przynajmniej za-  
kładano na etapie konsultacji społecznych, a w ostateczności niweczą czasem kilkunastomiesięczny  
okres pisania aktu prawnego i nadesłane opinie na przykład przez środowisko zawodowe pielęgniarek  
i położnych. Tak było z nowelizacją rozporządzenia o sposobie ustalania minimalnych norm zatrudnia-  
nia w podmiotach leczniczych. Dla przykładu walczyliśmy o zakaz jednoosobowych obsad pielęgniar-  
skich i położniczych na dyżurach w oddziałach szpitalnych. Ministerstwo w pełni zgadzało się z takim  
postulatem. Ale kiedy akt prawny się pojawił - ów zapis w nie wyjąśniony sposób znikł...

Zaskoczony takim obrotem Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych może przeczytać teraz  
słowa Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia p. Sławomira Neumanna:

*„Kierownik podmiotu leczniczego oraz kadra pielęgniarska (pielęgniarki na-  
czelne, przełożone pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowe) znają specyfikę  
danego podmiotu, stany kliniczne pacjentów, czas trwania hospitalizacji, specyfi-  
kę udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizację pracy jednostek wspomaga-  
jących proces ich udzielania (...) wykorzystując wiedzę w tym zakresie, wszystkie  
inne kryteria oraz sposób ustalania norm, mogą obliczyć liczbę pielęgniarek/  
położnych konieczną do opieki nad chorymi”*

Takie wyjąśnienia są w pełni słuszne i uzasadnione. Niestety tylko z perspektywy ministerialne-  
go balkonu, bo wszyscy, którzy pracują w szpitalach (lub co gorsza: są ich pacjentami!) mogą łatwo  
i szybko się przekonać, że realia są odmienne od zamierzonych...

Nie do pozazdroszczenia jest w tym układzie rola kierowniczej kadry pielęgniarskiej i położniczej,  
która musi przekonać dyrektora placówki medycznej do czegoś, czego Minister Zdrowia bał się umie-  
ścić w rozporządzeniu, choć uważał taki zapis za słuszny..

\* \* \*

Z perspektywy balkonu w podmiocie leczniczym świat pracowników ochrony zdrowia wygląda nie-  
zbyt zachęcająco... Na szczęście jednak dla pacjentów polskich szpitali nasze pielęgniarki i położne po-  
trafią wyjść na ten balkon i uspokoić skołatanę nerwy, zaczerpnąć haust świeżego powietrza i... wrócić  
do swoich niełatwych obowiązków.

Życmy sobie, żeby wreszcie było lepiej w tym zakresie!

Minister Zdrowia na ostatnim spotkaniu z przedstawicielami NRRIP obiecał bowiem nowelizację przed-  
miotowego rozporządzenia. Być może nasze wyjąśnienia go wreszcie przekonają..

*Serdecznie pozdrawiam Koleżanki i Kolegów  
uczestniczących w tej nierównej walce!*

*Wiceprzewodniczący ORPIP w Poznaniu:  
Tomasz Kaczmarek*

Warszawa, 03.07.2013

Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek i Położnych

**Pani Teresa Kruczkowska**  
**Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu**

W odpowiedzi na pismo L.dz.249/13, z dnia 3 czerwca 2013r. w sprawie podjęcia dalszych działań, które spowodują że pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania nie będą ponosiły opłat za gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje informacje w sprawie.

Powyższa kwestia była w ostatnim czasie przedmiotem posiedzeń Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz spotkań organizowanych w Ministerstwie Zdrowia z przedstawicielami samorządu terytorialnego, samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz Ministerstwa Edukacji Narodowej. Jednakże z uwagi na nierozwiązanie zaistniałego problemu, w najbliższym czasie podjęte zostaną rozmowy z władzami samorządowymi i resortem oświaty na temat uregulowania i ujednoczenia zasad użytkowania gabinetów na potrzeby sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach.

Jednocześnie Departament pragnie zwrócić uwagę, iż kopia załącznika do pisma Pani Przewodniczącej jest nieczytelna i niekompletna, dlatego też nie może być wykorzystana do planowanych rozmów w przedmiotowym zakresie (ewentualnie proszę o powtórne przesłanie kompletnego dokumentu).

Ponadto należy wskazać, że zgodnie z art. 67 ust 1 pkt. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 109 poz. 1161 z późn. zm.), do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniowi możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy lekarskiej. Zapis obligujący szkołę (organ prowadzący) do zapewnienia uczniom możliwości korzystania z gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej wpisano enumeratywnie w zestawieniu z następującymi pomieszczeniami szkoły, służącymi realizacji zadań statutowych szkoły: pomieszczenia do nauki z niezbędnym wyposażeniem (sale lekcyjne), biblioteka, świetlica, zespół urządzeń sportowych i rekreacyjnych, pomieszczenia administracyjno-gospodarcze. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) określa w rozdziale 2 zadania władz publicznych (w tym: samorządu terytorialnego) w zakresie zapewnienia równego dostępu

do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności promocji zdrowia i profilaktyki, mających na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Zadania gminy i powiatu określone w art. 7 i 8 ustawy, obejmują, między innymi, podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia.

Powszechną praktyką w Polsce w zakresie opieki medycznej nad uczniami jest niepobieranie opłat za realizowanie na terenie szkoły profilaktycznej opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę. Przyjęcie odmiennej interpretacji i pobieranie opłaty za użytkowanie gabinetu skutkowałoby odmową realizacji świadczeń przez pielęgniarki na terenie szkoły, a w konsekwencji - brak opieki pielęgniarskiej w szkole oraz niewywiązanie się organu tworzącego szkołę z ustawowych obowiązków, o których jest mowa. Ochrona zdrowia dzieci młodzieży oparta o profilaktyczną opiekę zdrowotną realizowaną na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133), bez wątplenia wpisuje się w obszar działań samorządu terytorialnego. Udział samorządu terytorialnego w tym zakresie został określony w realizowanym od 2004 r. rządowym programie „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”. W programie wskazano, że zadaniem jednostki samorządu terytorialnego (organu prowadzącego szkołę) jest pokrycie kosztów utrzymania gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole, takich jak energia, woda, sprzętanie, konserwacja. Użyczenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej pielęgniarcie na realizację świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami winno być zawarte w umowie o współpracy ze szkołą, która jest podstawą zawarcia przez pielęgniarkę kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

*Z poważaniem*  
*Z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych*  
*Jolanta Skolimowska*

## Stanowiska Ministerstwa Zdrowia dotyczące Stanowisk Okręgowych Zjazdów Pielęgniarek i Położnych i Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych

**w sprawie wprowadzenia oddzielnych druków deklaracji wyboru świadczeniodawcy - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej**

Projekt ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który zawiera propozycje zmian dotyczące sposobu wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki, został skierowany do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych w dniu 15 maja 2013 roku.

Projekt przewiduje zmianę polegającą na dodaniu do obowiązującej deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej również deklaracji wyboru świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej tak, aby deklaracja nie traciła ważności w przypadku zmiany miejsca pracy przez lekarza, pielęgniarkę czy położną. Jest to ułatwienie pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych, a świadczeniodawcom - zarządzania i rozliczania usług z Narodowym Funduszem Zdrowia w przypadku występujących po stronie świadczeniodawców zmian podmiotowych (np. odejścia lekarza, pielęgniarki czy położnej). Obecnie deklaracja wyboru ma charakter deklaracji imiennej, co powoduje, że w przypadku zmian w tym zakresie zarówno pacjenci jak i świadczeniodawcy mają problemy z uzyskaniem, czy rozliczeniem świadczeń.

Nowelizacja art. 28 i 56 nie wprowadza żadnych zmian, czy ograniczeń w zakresie prawa wyboru przez pacjenta różnych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, czyli np. praktyk zawodowych lekarskich czy pielęgniarskich. W szczególności nowelizacja nie wprowadza obowiązku jednoczesnego wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej u tego samego świadczeniodawcy. Wynika to z dodawanych do art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustępów 1a i 1b w brzmieniu:

*1a. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wskazuje lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej.*

*1b. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru, o którym w ust. 1a, może wskazać lekarza, pielęgniarkę lub położną udzielających świadczeń u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami.*

Pacjent będzie mógł wybrać dowolnego lekarza, pielęgniarkę lub położną składając, tak jak dotychczas, jedną lub kilka deklaracji wyboru - z tą formalną różnicą, że będzie to również wybór świadczeniodawcy,

u którego dany lekarz, pielęgniarka lub położna udzielają świadczeń. Tak jak dotychczas, w przypadku zmiany miejsca zatrudnienia przez wybranego przez siebie lekarza, pielęgniarkę czy położną, pacjent będzie mógł wybrać nowego świadczeniodawcę, u którego osoba ta rozpoczęła udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ponadto projekt przewiduje dodanie w art. 56 ust. 3 do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wzór deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie wzór deklaracji wyboru jest określany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Proponuje się, aby rozporządzenie było wydawane po uprzednim zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przedmiotowy projekt w ramach konsultacji społecznych został przesłany również do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz opublikowany na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

**w sprawie wprowadzenia do treści rozporządzeń Ministra Zdrowia tzw. koszykowych oraz zarządzeń Prezesa NFZ kryteriów: norm zatrudnienia oraz kwalifikacyjnych pielęgniarek i położnych, (minimalne kwalifikacje oraz obligatoryjnie wyższy poziom kwalifikacji) do warunków kontraktowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach środków publicznych i zróżnicowania wartości jednostek rozliczeniowych świadczeń zdrowotnych w zależności od poziomu kwalifikacji pielęgniarek i położnych**

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowanej obowiązany jest do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie

świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.). Przy czym należy podkreślić, iż w przypadku pielęgniarek i położnych, w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu, następować będzie z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek i położ-

nych, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r. poz. 217).

Zgodnie z przepisami wskazanej ustawy niniejsze normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwami. Natomiast

zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W świetle powyższego każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą finansowaną ze środków publicznych, zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, obowiązany jest do spełnienia warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej określonych w tzw. rozporządzeniach kosztowych.

Kwestia dotycząca zapewnienia właściwej obsady pielęgniarskiej uregulowana jest również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które określa, iż niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia Prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranej z NFZ umowy. W materiałach tych w wybranych świadczeniach gwarantowanych zawarte są także warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych, np. w oddziale neonatologicznym (1 poziom referencyjny) do zapewnienia całodobowej opieki wskazane jest zapewnienie pielęgniarek lub położnych - równoważnik co naj-

mniej 0,44 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko (stanowisko) noworodkowe; w oddziale udarowym do leczenia udaru mózgu - zapewnienie pielęgniarek - równoważnik co najmniej 1 etatu na jedno łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnik co najmniej 1 etatu na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej - nie mniej niż równoważnik 12 etatów. Kwalifikacje są również określone np. dla pielęgniarek anestezyjologicznych, opieki długoterminowej domowej, jak też pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Należy też nadmienić, iż zasady i tryb postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.) wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 25 i art. 146 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy. Jednocześnie należy wskazać, że Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, co określa art. 134 ww. ustawy.

Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Niedopuszczalne jest

stosowanie do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców np. wyłączenie przepisów rozporządzenia z dnia 31 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz. U. poz. 1545). Należy jednocześnie podkreślić, iż fakt przystąpienia oferenta (indywidualne praktyki pielęgniarskie) do konkursu ofert nie oznacza, że jego oferta zostanie wybrana bez względu na jej ostateczną ocenę punktową.

Zatem kwestia wprowadzenia jednakowych kryteriów kontraktowania świadczeń zdrowotnych, np. wymóg zapewnienia pielęgniarek lub położnych specjalistek w dziedzinach pielęgniarstwa może spowodować trudności w realizacji niektórych świadczeń gwarantowanych, z uwagi na zróżnicowaną liczbę pielęgniarek i położnych posiadających wymaganą specjalizację w dziedzinach pielęgniarstwa w poszczególnych rejonach kraju. Zmiana innych przepisów np. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922, z późn. zm.), w perspektywie powinna doprowadzić do wyrównania liczby pielęgniarek i położnych specjalistek w dziedzinach pielęgniarstwa w poszczególnych rejonach kraju. Wówczas będzie można wprowadzić zmiany w tzw. rozporządzeniach kosztowych poprzez określenie kryteriów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek i położnych. Wcześniejsze wpisanie tego wymogu, bez zapewnienia wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej i położnych, może spowodować trudności w kontraktowaniu świadczeń gwarantowanych.

## w sprawie poprawy finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania

W aktualnym stanie prawnym warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do ustawy:

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 139, póź. 1139, z późn. zm.) - określające rodzaj i zakres świadczeń profilaktycznych wykonywanych u dzieci i młodzieży,
  2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 póź. 1133) - określające organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia, zwanymi „uczniami”.
- Zgodnie z przepisami, profilaktyczną opiekę zdrowotną nad ucznia-

mi sprawują: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (na podstawie deklaracji wyboru złożonej przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka), lekarz dentysta oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentysta sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w zlokalizowanym w szkole gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Narodowy Fundusz Zdrowia wskazuje, że postulaty o podwyższenie stawek kapitacyjnych w finansowaniu świadczeń pielęgniarki szkolnej, są tożsame z postulatami zgłoszonymi przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych w okresie konsultacji projektu zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna na rok 2013 i lata następne. Postulaty te, z uwagi na sytuację finansową Funduszu, nie

mogły zostać rozpatrzone pozytywnie i w bieżącym roku decyzyja w ich sprawie nie ulegnie zmianie. Ponadto, Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że stanowiska w przedmiotowej sprawie zostały przez Fundusz przyjęte do wiadomości i w miarę posiadanych możliwości finansowych, zostaną wzięte pod uwagę przy określaniu warunków finansowania świadczeń na 2014 rok.

Natomiast w kwestii wniosku o dodatkowe, poza stawką kapitacyjną, finansowanie w świadczeniach pielęgniarki szkolnej, „niektórych świadczeń np. programów profilaktycznych”, Narodowy Fundusz Zdrowia podkreślił, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, nie przewidują możliwości realizacji przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania programów profilaktycznych finansowanych poza stawką kapitacyjną, tym samym nie jest możliwe dodatkowe, poza stawką kapitacyjną, finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

## w sprawie prawa pielęgniarek i położnych do urlopu na poratowanie zdrowia

Urlop dla poratowania zdrowia jest to szczególne uprawnienie, przysługujące tylko niektórym grupom zawodowym z uwagi na szczególny rodzaj i warunki wykonywanej przez nich pracy np. nauczycielom.

W odniesieniu do nauczycieli podstawą prawną udzielenia im takiego urlopu jest art. 73 ust. 11 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia a dnia 27 października 2005 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. Nr 233, poz. 1991).

Należy zauważyć, iż w kontekście m.in. wysokich kosztów związanych z udzielaniem urlopów dla poratowania zdrowia nauczycielom, w Ministerstwie Edukacji Narodowej podjęto prace nad projektem założeń do ustawy o zmianie ustawy

Karta Nauczyciela oraz niektórych innych ustaw regulujących w odmienny sposób powyższe kwestie. W ramach nowelizacji ww. ustawy planuje się doprecyzowanie zasad, trybu i kryteriów udzielania urlopu nauczycielowi. Proponowane zmiany określają m.in., iż urlop dla poratowania zdrowia będzie udzielany nauczycielowi w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia choroby zagrażającej wystąpieniem choroby zawodowej lub innej choroby spowodowanej działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Planuje się także zmiany w zakresie wymiaru urlopu poprzez proporcjonalne jego obniżenie, stosownie do okresu przepracowanego w danym roku.

W związku z brakiem udokumentowanych danych o wpływie wyko-

rzystywanych urlopów na obniżenie absencji chorobowej oraz na poprawę stanu zdrowia i podtrzymanie aktywności zawodowej nauczycieli, wydaje się, że idea udzielania im nauczycielom nie sprawdziła się w dotychczasowym kształcie. Dlatego też, w opinii Pani dr Ewy Wągróskiej - Koski, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny pracy, wprowadzenie przedmiotowego urlopu dla innych grup zawodowych, w tym pielęgniarek i położnych, wydaje się wątpliwe i mogące budzić kontrowersje, również ze względu na wysokie koszty dla budżetu państwa będące efektem wprowadzenia takiego przywileju.

*Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Aleksander Sopiński*

**Odpowiedź Pana Leszka Szalaka, p.o. Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, na liczną korespondencję Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczącą podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej.**

Pani  
Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo znak: NIPiP-NRPIP-DM.0021.52.13 z dnia 14 maja 2013 r. oraz wcześniejszą korespondencję dotyczącą tematyki poruszanej w przedmiotowym piśmie, uprzejmie informuję:

W odniesieniu do kwestii przedstawienia szczegółowej informacji dotyczącej planowanych przez Fundusz od 1 czerwca 2013 r. zmian w kontraktowaniu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

Jak sygnalizowano wstępnie w trakcie spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) w dniu 27 listopada 2012 r., w przypadku świadczeń pielęgniarki poz, planowane zmiany miały dotyczyć wyodrębnienia na podstawie obowiązującego zakresu zadań pielęgniarki poz, grupy świadczeń szczególnie kosztochłonnych i objęcie ich odrębnym, poza stawką kapitacyjną, finansowaniem na podstawie cen jednostkowych. Wprowadzenie wzmiankowanych rozwiązań od 1 czerwca 2013 r. (termin ten podtrzymał Pan Prezes Zbigniew Teter w swoim piśmie znak: CF/DSOZ/2013/076/0234/W/04948/HKL) miało być powiązane ze zmianami w zakresie kwalifikacji i świadczeniobiorców z list poz do kapitacyjnego finansowania świadczeń, wynikającymi z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”. Jednakże z uwagi na przedłużenie aktualnie obowiązujących zasad finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej do końca 2013 r., zarządzenie Nr 24/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2013 r.) zakładany wcześniej termin, musiał ulec przesunięciu. Fundusz nie posiada bowiem dodatkowych środków finansowych, które mógłby przeznaczyć w bieżącym roku na ich realizację zamierzonych zmian.

Dziękuję jednocześnie za przesłane przez NRPIP pismami z dnia 11, 25 i 26 kwietnia bieżącego roku, propozycje katalogu świadczeń pielęgniarskich, które mogłyby podlegać finansowaniu na podstawie cen jednostkowych. Wskazane rozwiązania przyjęte zostały do wiadomości i po dokonaniu analizy przesłanego materiału, w miarę posiadanych możliwości finansowych, zostaną wzięte pod uwagę przy określaniu warunków finansowania świadczeń na 2014 rok. W odniesieniu do kwestii zapewnienia przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej materiałów opatrunkowych pacjentom w całym okresie leczenia, w kontekście przepisów § 5 ust. 5 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) zwanych dalej „OWU”:

Przepisy aktów prawnych obowiązujące świadczeniodawców przy realizacji świadczeń będących przedmiotem umów zawartych z Funduszem, należy czytać i stosować łącznie. Zatem w przypadku świadczeń pielęgniarki poz, obowiązek zaopatrywania się przez świadczeniodawcę we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy (§ 5 ust. 5 OWU), odnosić się może wyłącznie do takiego zakresu w ramach zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń, jaki został objęty gwarancją finansowania świadczeń ze środków publicznych na podstawie odnośnych przepisów rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.). Wszelkie interpretacje wykraczające poza zakres wynikający z w/w rozporządzenia są nieuprawnione.

Wyjaśniam dodatkowo, że w lecnicztwie ambulatoryjnym, w przypadkach postępowania w stanach przewlekłych, o ile przepisy szczególne lub warunki umowy nie stanowią inaczej, leki, produkty lecznicze i materiały opatrunkowe, zarówno te o charakterze podstawowym, jak też opatrunki specjalistyczne, dostępne są dla świadczeniobiorców w obrocie aptecznym, na ogólnie obowiązujących zasadach. Żaden podmiot leczniczy nie ma obowiązku zaopatrywania pacjentów w ten asortyment na własny koszt, ani też wykonywania świadczeń, których zakres wykracza poza warunki zawartej umowy.

Nadmieniam również, że o stanowisko do Funduszu w przedmiotowej sprawie wystąpiło się także Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce. Wystąpienie dotyczyło treści odpowiedzi udzielonej przez Wielkopolski OW NFZ na zapytanie jednego z podmiotów realizujących umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz poza wyżej wymienionym, nie wpłynęły do Centrali Funduszu inne zgłoszenia.

W odniesieniu do postulatu o podjęcie przez Fundusz działań w zakresie wprowadzenia odrębnego druku deklaracji wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz:

Jak już wielokrotnie wyjaśniano w latach poprzednich, wprowadzenie w 2007 r. do stosowania, nowego wzoru deklaracji, zbierającego na jednym druku w/w oświadczenia woli ubezpieczonych, miało na celu w szczególności uproszczenie procedur administracyjnych obciążających ubezpieczonych w związku z koniecznością, wypełniania powtarzających się w bardzo wielu przypadkach, danych na trzech odrębnych egzemplarzach deklaracji (dane o umowach wskazują, że w POZ na jednego świadczeniodawcę przypadają średnio 2,33 zakresy świadczeń będące przedmiotem realizowanych umów). W celu ograniczenia występowania kontrowersyjnych metod stosowanych przez świadczeniodawców POZ dla pozyskania pacjentów, wobec zgłoszeń środowiska pielęgniarek i położnych, Fundusz zamieścił bezpośrednio pod tytułem dokumentu uwagę informująca, że:

– „Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imienia osób udzielających świadczeń tzn. lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna”.

Stanowisko Funduszu w sprawie wskazywanych przez Panią Prezes praktyk stosowanych przez podmioty lecznicze wzajemnie wobec siebie, jest więc jawne i czytelne. W związku z brakiem istotnych merytorycznych przesłanek do zmiany wzoru dokumentu oraz niską oceną skuteczności powrotu do stosowania odrębnych druków dla wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, w przeciwdziałaniu występującym zjawiskom, w opinii Funduszu brak jest podstaw do wprowadzenia postulowanej zmiany.

W odniesieniu do zapytania o „istnienie możliwości udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoter-



minowej domowej przez pielęgniarkę zatrudnioną w domu pomocy społecznej, w miejscu pobytu pacjenta innym niż miejsce zatrudnienia”:

Podkreślenia wymaga, że zatrudnienie pielęgniarki w domu pomocy społecznej, nie ma żadnego związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umów zawieranych przez Fundusz ze świadczeniodawcami. Zatem zatrudnienie to, nie daje pielęgniarce uprawnień do udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zarówno na rzecz podopiecznych danego domu pomocy społecznej, jak też zamieszkałych poza nim.

Wyjaśniam jednocześnie, że Fundusz nie gromadzi informacji o miejscach zatrudnienia pielęgniarek zgłaszanych przez świadczeniodawców do realizacji umów i nie jest stroną w procesie decyzyjnym dotyczącym kwestii zatrudnienia personelu u świadczeniodawców. Wymaga natomiast, aby świadczeniodawcy w stosunku do osób zgłaszanych do realizacji umów, w celu zapewnienia świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń określonej ich warunkami, przestrzegali przepisu

§ 6 ust. 4 OWU. Pomimo, że przepis ten nie wskazuje na jednostki pomocy społecznej, czy też inne jednostki nie będące świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt 41 ustawy, stosować go należy odpowiednio.

Zwracam jednocześnie uwagę, że zgodnie z przepisami § 36 ust. 6 OWU, w przypadku stwierdzenia przez Fundusz w toku prowadzonej kontroli realizacji umowy, przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez okresu wypowiedzenia.

W nawiązaniu do prośby o przekazanie informacji o świadczeniach wykonanych w 2012 r. przez pielęgniarki poz, położne poz, pielęgniarki szkolne oraz pielęgniarki długoterminowej opieki domowej, w załączeniu przesyłam odnośne zestawienia obrazujące wykonanie świadczeń objętych obowiązkiem sprawozdawczym z realizacji umów.

**Pismo NRPIP z dnia 5 lipca 2013r. przesłane do Pani Agnieszki Pachciarz, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przedmiotowe pismo stanowi odpowiedź na pismo pana Leszka Szalaka.**

Pani  
Agnieszka Pachciarz  
Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia

W nawiązaniu do pisma, sygnowanego przez Pana Leszka Szalaka, Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierającego odpowiedzi na pisma Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnioskuje po raz kolejny o pilne spotkanie z Panią Prezes.

Zdziwienie nasze budzi fakt, że od początku 2013 r. korespondencja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotycząca wyznaczenia terminu spotkania przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia z przedstawicielami NRPIP pozostaje nadal bez odpowiedzi, a wszelkie działania samorządu pielęgniarek i położnych, zmierzające do ustalenia wspólnych rozmów są ignorowane. Niezrozumiałym jest, że w ten sposób dyskryminowane jest nasze środowisko zawodowe, tak liczna grupa specjalistów świadczeniodawców udzielających świadczeń na rynku usług zdrowotnych, czy szansę spotkania z Panią Prezes mają tylko lekarze rodzinni?

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje pilnych rozwiązań i naprawienia wadliwych zapisów, które rodzą kontrowersje, są niespójne z obowiązującymi ustawami w ochronie zdrowia, likwidują samodzielność zawodową i degradują rolę pielęgniarstwa rodzinnego (pielęgniarki rodzinnej) do roli podwykonawcy. Nie mogę się zgodzić ze stwierdzeniem, iż realizacja naszych postulatów (zmian legislacyjnych, w tym również proponowanych zmian w Zarządzeniach Prezesa NFZ) wykracza poza kompetencje Funduszu, jak również z odpowiedzią: „... nie znajduje uzasadnienia organizowanie celowego spotkania w ich sprawie”.

Szanowna Pani Prezes, zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów, o udziela-

nie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008r., Nr 81, poz. 484), to przecież Prezes Funduszu podejmując decyzje w sprawach określonych w ustawie, koordynuje współpracę Funduszu z samorządami zawodów medycznych, określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii także Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Dlaczego więc Fundusz nie jest adresatem naszych postulatów?

Natomiast, w odniesieniu do problemów, dotyczących deklaracji wyboru i przedstawienia w tej kwestii argumentacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, udzielenie takiej odpowiedzi cyt: „... w związku z brakiem istotnych merytorycznych przesłanek do zmiany wzoru dokumentu oraz niską oceną skuteczności powrotu do stosowania odrębnych druków dla wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, ...w opinii Funduszu brak jest podstaw do wprowadzenia postulowanej zmiany” jest kolejnym dowodem na odrzucenie zgłaszanych przez NRPIP propozycji. Jakże zatem merytoryczne przesłanki dla Funduszu są istotne, jak nie informacje uzyskane z 45 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych?

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje, iż Pani Prezes potraktuje powyższą kwestię jako znaczącą dla prawidłowej organizacji i funkcjonowania pracy pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej i wyznaczy spotkanie z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w jak najkrótszym terminie. Tematyka, która powinna być przedmiotem rozmów została zawarta w korespondencji przesyłanej do Narodowego Funduszu Zdrowia od lutego do maja 2013 r.

Z poważaniem  
Prezes NRPIP  
dr n. med. Grazyna Rogala-Pawelczyk

**Opowiedź Ministra Edukacji Narodowej na pismo wystosowane przez ORPiP w Koninie w sprawie odpłatności za korzystanie z gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.**

W związku z pismem OIPiP/173/MZ/13, przekazanym do wiadomości Ministra Edukacji Narodowej, uprzejmie informuję.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń, określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz następujące akty wykonawcze:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133),
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.),
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1139 z późn. zm.),
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień oraz przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018 z późn. zm.)
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia przez zawodników pomiędzy 21 a 23 rokiem życia (Dz. U. Nr 139, poz. 1134)

Obecnie zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem sprawują:

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, sprawujący opiekę zdrowotną nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2. Lekarz dentyista - w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
3. Pielęgniarka środowiskowa nauczania i wychowania albo higienistka szkolna w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej - w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) określa kompetencje ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania oraz jednostek samorządu terytorialnego w zakresie spraw oświaty.

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 7 ustawy o systemie oświaty organ prowadzący szkołę lub placówkę odpowiada za jej działalność. Do zadań organu prowadzącego szkołę lub placówkę należy w szczególności zapewnienie warunków działania szkoły lub placówki, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki. Ponadto, zgodnie z art. 67 ust. 1 pkt 4 ustawy o systemie oświaty, zadaniem szkoły jest zapewnienie uczniom możliwości korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

**Tym samym należy uznać, że żądanie opłat od pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej za korzystanie z gabinetu w celu udzielania świadczeń uczniom szkoły stanowi działanie sprzeczne z tym obowiązkiem.**

Z poważaniem Jerzy Deneka  
Z-ca dyrektora

w Departamencie Zwiększania Szans Edukacyjnych

**Opinia w sprawie delegowania pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, podczas gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały np. zachowawcze, zabiegowe, intensywnej opieki medycznej, izbę przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy.**

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, a także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezynfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno-higienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysoko wykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarskiego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upubliczniony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarskiego.

#### **Wniosek:**

Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

#### **Reasumując:**

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych w porozumieniu z personelem stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa chorych i personelu.

dr n. med. Beata Ochocka

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

## OBCHODY MIĘDZYNARODOWEGO DNIA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ W GNIEŹNIE

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie wspólnie z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową zorganizowała uroczystą akademię z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, połączoną z ceremonią „czepkowania” studentów II roku pielęgniarstwa. Uroczystość odbyła się w auli Kampusu PWSZ. W uroczystości oprócz licznie zgromadzonych pielęgniarek i położnych, studentów, pracowników ZOZ i PWSZ uczestniczyli zaproszeni goście: Przewodnicząca OIPIP Poznaniu Teresa Kruczkowska, przedstawiciel Prezydenta miasta Gniezna, członek zarządu powiatu gnieźnieńskiego Alina Kujawska-Matanda, przedstawiciele działających w ZOZ związków zawodowych.

W trakcie uroczystości do pielęgniarek, położnych, studentów skierowano wiele ciepłych słów uznania, podziękowań za sprawowanie opieki nad potrzebującymi i cierpiącymi, gratulacji, życzeń osiągnięć zawodowych i naukowych.

Starosta gnieźnieński za wzorową pracę i wkład w rozwój zawodu odznaczył medalami Milenijnymi Wandę Bartz - pielęgniarkę oraz Elżbietę Połczyńską - położną. Prezydent miasta Gniezna w dowód uznania za długoletnią, sumienną pracę odznaczył medalami 1000 lecia Zjazdu Gnieźnieńskiego pielęgniarki - Ewę Chojnącką i Aleksandrę Grzegorzewską.

Dyrektor ZOZ w Gnieźnie Jacek Frąckowiak podziękował za pracę na rzecz dobra i zdrowia pacjentów pielęgniarkom i pielęgniarzom wyróżnionym z poszczególnych oddziałów i wręczył dyplomy uznania. Podziękowania i dyplomy otrzymały pielęgniarki i pielęgniarz za reprezentowanie ZOZ w Gnieźnie w II etapie VII Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2012”.

Dyrektor Instytutu Nauk o Zdrowiu PWST prof. dr hab. far. Michał Umbreit wygłosił okolicznościowy referat na temat historii i roli czepka jako symbolu pielęgniarstwa, następnie studentom II roku pielęgniarstwa wręczył czepki jako symbol zawodu.

Uroczystość uświetnił występ uczniów Państwowej Szkoły Muzycznej w Gnieźnie.

*Pielęgniarka Naczelną  
ZOZ w Gnieźnie  
Barbara Skulska-Salita*



Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Ewa Chojnacka z pracownikami



Przedstawiciel Prezydenta Miasta Gniezna wręcza odznaczenia pielęgniarkom: Ewie Chojnackiej i Aleksandrze Grzegorzewskiej

Kondolencje

**Odeszłaś nagle trudno to uwierzyć  
nie sposób się z tym pogodzić**

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia 03.07.2013r. odeszła od nas niespodziewanie, pełna radości i dobroci, pracowita, niosąca pomoc potrzebującym nasza koleżanka

**Ś p**

**Krystyna Nowak**

Żegnamy cię Krysiu

Pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci.

Pielęgniarki Centrum Medycznego HCP w Poznaniu

GRUPA ZAWODOWA PIELĘGNIAREK STARZEJE SIĘ W SZYBKIM TEMPIE. DZIŚ ŚREDNIA WIEKU WYNOŚI 45 LAT. NAJWIĘCEJ PIELĘGNIAREK JEST JUŻ W OKRESIE PRZEDEMERYTALNYM.

## ZAWÓD NA WYMARCIU



**NISKI PRESTIŻ I ZAROBKI, CIĘŻKA PRACA BEZ UZNANIA SPRAWIAJĄ, ŻE CORAZ WIĘCEJ WYKSZTAŁCONYCH MŁODYCH PIELĘGNIAREK PORZUCA ZAWÓD. SYTUACJA ZACZYNA BYĆ NIEBEZPIECZNIE TRUDNA, BO BRAKUJE CHĘTNYCH DO TEJ PRACY**

Rola pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia wymaga pilnego przedefiniowania. Zawód ten cieszy się niską popularnością w Polsce nie tylko z powodu zarobków, choć oczywiście są one stawiane obecnie na pierwszym miejscu. Młode osoby już w czasie nauki zawodu przekonują się często, że zamiast wykorzystywać zdobywaną wiedzę medyczną, mają pełnić rolę najniższego szczebla personelu pomocniczego, a przecież w części zadań pielęgniarki i pielęgniarze zastąpiłoby z powodzeniem lekarzy. Na razie jednak brak na to kompleksowego pomysłu. Wiele można byłoby załatwić na poziomie samych szpitali i przychodni, ale tu zmian brak lub idą one bardzo opornie. Dlaczego?

### MAŁO NAS, MAŁO NAS...

W Polsce mamy bardzo niski jak na Unię wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców. W przypad-

ku lekarzy sytuacja wygląda jeszcze gorzej. To, że osobiście muszą podpisywać wszystkie recepty, nawet na środki opatrunkowe, zlecać nawet najprostsze badania wykonywane cyklicznie lub np. na izbie przyjęć, wydaje się marnotrawstwem ich wiedzy i czasu. Choć oczywiście sami lekarze często tego monopolu bronią. W czasie ciąży zastanawiałam się np., dlaczego w każdym przypadku KTG oglądać musi lekarz (pacjentki czekają z tego powodu godzinami). Przecież pielęgniarka, osoba wykształcona, która robi to badanie przez kilka czy kilkanaście lat, jest w stanie bez trudu odsiać wyniki prawidłowe od budzących wątpliwości. Ostatnio, będąc z dzieckiem kilka razy na szpitalnym dyżurze, patrzyłam, jak mali pacjenci czekają po 2, 5-3, 5 godziny na wizytę u lekarza, który zleca badanie RTG, a potem z wykonanym badaniem znów siedzą kolejną godzinę pod gabinetem. Tu

także, jako laikowi, od razu przyszło mi do głowy pytanie: czy pielęgniarki, ewentualnie z pomocą lekarza stażysty, nie mogą dokonywać preselekcji części osób od razu kierować na badanie? Idąc dalej – wykształcenie pielęgniarek marnuje się, gdy zamiast opiekować się pacjentem, biegają z kaczką czy zmieniają pościele w szpitalu. Myślę, że u osób ambitnych budzi to frustrację, przyspiesza wypalenie, przeradza się w wyuczoną bezradność. Oczywiście są chlubne wyjątki, osoby, które wywalczyły sobie odpowiednie miejsce w szpitalnej hierarchii, ale co do reguły sytuacja pielęgniarek nie wygląda różowo.

Efekt niedocenia ich pracy przez o lekarzy, władze szpitala, a nieraz i pacjentów jest to, że więcej pielęgniarek odchodzi z zawodu, niż go podejmuje. Ale paradoksalnie pielęgniarstwa uczy się jeszcze dość dużo osób. W ostatnich trzech latach szkoły pielęgniarские miały rocznie po 6-7 tys. absolwentów. Ale tylko co trzeci odbiera zaświadczenie niezbędne do wykonywania zawodu.

Czemu więc podejmują trudy nauki, która do najprostszych nie należy, by potem nie korzystać z tej wiedzy? Trudno o badania na ten temat. W publicznej debacie zwykle padają argumenty niskich zarobków, ale przed rozpoczęciem studiów młode osoby z pewnością już o tym wiedziały. Jednym z ważnych powodów może być rozmiłanie się oczekiwań z realiami późniejszej pracy – zakresem obowiązków, prestiżem, atmosferą pracy. W czasie praktyk mają już przedsmak tego, co czeka je w zawodzie.

– Aby pielęgniarki, pielęgniarze i położne byli widocznymi w systemie ochrony zdrowia, aby w pełni mogli wykorzystywać wiedzę zdobytą w trakcie kształcenia specjalizacyjnego, za które płaci Ministerstwo Zdrowia, należy wymusić na MZ takie zmiany, by nasza grupa była uwzględniona przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych. Podobnie jak grupa zawodowa lekarzy – mówi Iwona Borchulska, do niedawna przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

– Wprowadzenie Rozporządzenia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia, według zasad opinionowanych przez OZZPiP, zapewniłoby opiekę nad pacjentami zgodnie z obowiązującymi standardami – dodaje. Na temat inicjatywy związku pisaliśmy niedawno w Medexpresie. Związkowcy, jak Izba od lat sygnalizują narastanie zjawiska wypalenia zawodowego, co w konsekwencji prowadzi do marnotrawienia talentu, a także zapалу pielęgniarki położonej do pracy.

Wiele do powiedzenia mają też zarządzający szpitalami. To od nich zależy atmosfera pracy, wynagrodzenie oraz zakres obowiązków pielęgniarek. Problemem może być jednak m.in. duże rozwarstwienie w zakresie umiejętności doświadczenia.

### POKOLENIOWA ZMIANA

Średnia wieku pielęgniarek wynosi 45,6 lat, a położnych 44,5 i szybko się podnosi. Pielęgniarek w wieku od 50 do 60 lat jest 76,5 tys., a najmłodszych, mających do 30 lat, jest tylko 16,7 tys. Młode pielęgniarki wyjeżdżające za granicę jako jedną z przyczyn wspominają fakt, że w szpitalu natykają się na grupę osób w wieku ich matek. Nie mają o czym z nimi prywatnie rozmawiać, są na doczepkę współpracującej od lat grupy. Aby sytuacja faktycznie się zmieniła, najstarsze pokolenia pielęgniarek ucnzone w innym systemie, przyzwyczajone przez lata do funkcji pomocniczych i służebnych relacji z lekarzami, muszą prawdopodobnie przejść na emeryturę. Kłopot w tym, że ich następczyni nie widać.

– Pokolenie młodszych pielęgniarek i pielęgniarzy musi mieć warunki do wykorzystywania swojej wiedzy. Teraz osoby te przychodzą do szpitali wyedukowane, z ambicjami, ale po paru latach spychania do najprostszych prac wiedza zdobyta w czasie studiów, „pójdzie w las” – zwraca uwagę Adam Kozierkiewicz, ekspert zarządzania w ochronie zdrowia. Jego zdaniem proste zadania powinny przejmować opiekunowie medycznych i asystenci pielęgniarek i salowe. Osobom po studiach pielęgniarskich powinno zaś się przekazywać stopniowo niektóre zadania lekarzy.

– Nie da się tego zrobić szybko.

Wiedza i doświadczenie pielęgniarek bardzo się różnią. Danie od razu szerokich kompetencji młodszemu pokoleniu, które ma świeże podejście do relacji w szpitalu oraz często wyższy poziom edukacji, od razu wzbudziłoby protesty osób od lat pracujących w zawodzie – podkreśla Kozierkiewicz.

Takie przekierowanie ról mogłoby ułatwić budowanie ścieżek zawodowych oraz polepszyć wynagrodzenia.

### CO NAS CZEKA

– Jeśli nie powstaną mechanizmy zachęcające młodych ludzi do wyboru zawodu pielęgniarki położnej, to za kilka lat na fachową opiekę z ich strony będzie mogła liczyć mniej niż połowa potrzebujących – przekonuje Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Według Izby w 2035 r. liczba pielęgniarek spadnie poniżej 200 tys. Ich podopiecznych, w związku ze starzeniem się społeczeństwa, przybędzie.

Jakie są motywy wyjazdów pielęgniarek? Podczas rozmów kwalifikacyjnych kandydaci często zwraca-

datki przechodzą często intensywne szkolenia. Adecco organizowało dla personelu medycznego kursy języka norweskiego, flamandzkiego oraz niemieckiego. Za granicą pielęgniarki mają też z reguły więcej czasu dla każdego z pacjentów. Są cenione, mają pole do awansu. – Biorą udział w spotkaniach interdyscyplinarnych z lekarzami, dzieli się opinią odnośnie postępowania leczenia, stanu choro- cunkiem – mówi Agata Gołąb. Istotną jest też możliwość pracy w placówkach o wysokim standardzie oraz korzystanie z urządzeń specjalistycznych. Łuki po pielęgniarkach i pielęgniarach, którzy wyjeżdżają, nie wypełnią emigranci, np. Ukrainki. Pensje są u nas znacznie niższe niż np. w Niemczech, a w Polsce lepiej zarobić można na sprzątanii niż pielęgnowaniu chorych. Dlatego decyduje polityczne na poziomie rządu, parlamentu oraz organizacyjne w szpitalach czy przychodniach, muszą zapaść – im szybciej, tym lepiej. Na zmianach z pewnością zyskają pacjenci. Nad podniesieniem rangi zawodu muszą popracować też same

## WYKSZTAŁCENIE PIELĘGNIAREK MARNUJE SIĘ, GDY ZAMIAST OPIEKOWAĆ SIĘ PACJENTEM, BIEGAJĄ Z KACZKĄ LUB ZMIENIAJĄ POŚCIEL. U AMBITNYCH BUDZI TO WIELKĄ FRUSTRACJĘ

ją uwagę, że w Polsce w zawodzie pielęgniarki pracują na dwóch etatach, ponieważ jest to konieczne do utrzymania rodziny, ale przez to nie mają czasu dla siebie i bliskich. Szukają dobrze płatnej pracy na jednym etacie – mówi Agata Gołąb, koordynator projektów dla klientów medycznych w agencji Adecco. Poziom wynagrodzeń pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce najczęściej nie przekracza 3 tys. zł brutto miesięcznie. Za granicą dostają wielokrotność tej kwoty. Dodatkowo wybierają państwa, gdzie ich rodziny mogą liczyć na szeroką pomoc społeczną, dzięki czemu różnice kosztów życia nie są przytłaczające. W Niemczech czy Belgii pielęgniarki operacyjne i specjalistyczne na starcie dostają przynajmniej 8 tys. zł brutto. W Norwegii, np. w domu opieki, powyżej 12 tys. zł. Kwalifikacje pielęgniarek z Polski są tam wysoko cenione, kłopotem jest znajomość języków, ale przed wyjazdem kandy-

pielęgniarki. Pacjenci doceniają ich pracę i wiedząc o niskich zarobkach, przytykają nieraz oko na to, że pielęgniarki z jednej strony żalą się na brak czasu dla chorych, z drugiej nierzadko bez skrępowania zajmują się w godzinach pracy np. stawianiem pasjansa na komputerze.

PRZEDRUK:



lipiec/sierpień 2013

AUTORKA ARTYKUŁU:  
OLA KUROWSKA

Od 2006 roku dziennikarka redakcji Służby Zdrowia. Przez lata pracowała w dziennikach, m.in. w Gazecie Giełdy, Parkiet, Dzienniku Gazecie Prawnej, Rzeczpospolitej, Życiu Warszawy oraz Życiu. Absolwentka Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych UW.

# Poznaję cukrzycę typu 1

**Opracowała Sabina Przewoźniak**  
**Pielęgniarka Oddziałowa w Klinice Diabetologii i Otyłości**  
**Wieków Rozwojowego Szpitala Klinicznego Im. K. Jonschera**  
**w Poznaniu**

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną charakteryzującą się podwyższonym stężeniem cukru we krwi. Przyczyny hiperglikemii (przecukrzenia) mogą być różne, dlatego też wyróżniamy kilka typów cukrzycy:

- Cukrzyca typu 2
- Cukrzyca ciężarnych
- Cukrzyca noworodkowa
- Cukrzyca Mody
- Cukrzyca typu 1.

Naszym obszarem zainteresowania jest cukrzyca typu 1, która najczęściej występuje u dzieci, młodzieży, młodych dorosłych, ale również może ujawnić się w każdym wieku. W cukrzycy typu 1 przyczyną hiperglikemii jest początkowo niedobór a potem całkowity brak insuliny.

Spowodowane jest to uszkodzeniem komórek  $\beta$  trzustki, które produkują ten hormon. Defekt ten jest niestety nieodwracalny, co w konsekwencji oznacza, że choroba ta jest nieuleczalna. Przyczyny powodujące zachorowanie na cukrzycę nie są do końca wyjaśnione, dlatego też nie można przewidzieć, które dzieci są na nią narażone. Najbardziej odpowiedzialne za powstanie cukrzycy typu 1 są:

- Czynniki immunologiczne - cukrzycę typu 1 zaliczamy do chorób z autoagresji, czyli chorób gdzie własny układ immunologiczny (odpornościowy) niszczy własne komórki trzustki
- Czynniki środowiskowe ( infekcje wirusowe, żywienie, teoria higieny, akceleracji)

Cukrzyca może wystąpić nagle, w rodzinie, w której nikt na nią nie choruje. Choroba ta należy do najczęściej występujących chorób przewlekłych u dzieci i obserwuje się stały wzrost zachorowań zwłaszcza w grupie najmłodszych dzieci.

Rozpoznanie cukrzycy odmienia życie dziecka i jego rodziny. Przystawienie się na nowy tryb życia nie jest łatwe i wymaga czasu. Leczenie cukrzycy może wydawać się trudne i przytłaczające, dlatego też kluczem do zrozumienia tego zagadnienia jest przyswojenie wiedzy na temat choroby i zrozumienie zasad pozwalających na utrzymanie docelowych wartości glikemii. Zasadniczym sposobem leczenia cukrzycy typu 1 jest podawanie insuliny w iniekcjach podskórnych – hormonu, którego orga-

nizm już nie wytwarza. Insulina odgrywa ważną rolę w organizmie człowieka. Jest hormonem, który:

- Transportuje glukozę do wnętrza komórek – w procesie spalania glukozy powstaje energia, która jest niezbędna do życia
- Ułatwia magazynowanie glukozy w wątrobie
- Reguluje gospodarkę białkowo - tłuszczową
- Jest hormonem niezbędnym do prawidłowego rozwoju fizycznego dziecka i jego dojrzewania.

U dzieci chorych na cukrzycę dąży się do jak najlepszego leczenia, pozwalającego naśladować fizjologię. Najnowocześniejszy sposób podawania insuliny to metoda funkcjonalnej insulinoterapii. Ta forma może być prowadzona w oparciu o podawanie insuliny wstrzykiwaczami zwanymi penami lub za pomocą osobistej pompy insulinowej, jako ciągły podskórny wlew insuliny. Funkcjonalna insulinoterapia to elastyczny schemat podawania insuliny. Opiera się ona na dostarczeniu tak zwanej dawki podstawowej – bazy, która zabezpiecza stałe zapotrzebowanie na insulinę oraz podawaniu kilka razy dziennie insuliny w bolusie posiłkowym, która ma metabolizować zjadane węglowodany, białka i tłuszcze. W przypadku złego oszacowania insuliny posiłkowej podaje się insulinę w bolusie korekcyjnym, aby obniżyć cukier we krwi. Wymaga to dużego zaangażowania w proces leczenia, zrozumienia istoty choroby oraz poznania własnego organizmu. Jest to sposób, który pozwala na życie, takie jak zdrowi rówieśnicy, pozwala wrócić do codziennych zajęć, spożywania posiłków o dowolnych godzinach, w różnych ilościach i o odpowiednio dobranych składnikach - zgodnie z zasadami zdrowego odżywiania, uprawiania sportu o zmiennym nasileniu. Metoda ta poprawia komfort życia i pozwala utrzymać równowagę metaboliczną. Choroba ta nie stoi na przeszkodzie żeby dziecko chodziło do przedszkola a w szkole również może brać udział we wszystkich zajęciach.

Bez względu na sposób podawania insuliny pacjent chory na cukrzycę typu 1 musi regularnie wykonywać pomiary cukru we krwi. Cukrzyca nie da się wyleczyć, ale jest wiele

sposobów żeby ją skutecznie kontrolować. Samokontrola w cukrzycy wymaga dużo dyscypliny w codziennym życiu, ale zapewnia bezpieczeństwo choremu i jego rodzinie. Jest to zespół zachowań, dzięki którym można kontrolować stan swojego zdrowia oraz skuteczność leczenia. Samokontrola polega na:

- wielokrotnym w ciągu doby pomiarem cukru we krwi – przed każdym posiłkiem i podaniem insuliny, często dwie godziny po posiłku, przed snem, często w godzinach nocnych lub wcześniej rano, przed wysiłkiem fizycznym lub w czasie jego trwania.
- odpowiednim podawaniu insuliny i modyfikacji dawek
- prawidłowym przygotowaniu posiłków z uwzględnieniem ilości wymienników węglowodanowych (WW) i wymienników białkowo-tłuszczowych (WBT)
- dopasowaniu podawanych posiłków do czasu i siły działania insuliny oraz do aktualnego poziomu cukru we krwi
- prawidłowym przygotowaniu się do wysiłku
- prawidłowym interpretacjom uzyskanych wyników
- systematycznym pogłębianiu wiedzy

Dzieciom chorym na cukrzycę w samoopiece pomagają rodzice lub opiekunowie. Dotyczy to najczęściej komponowania odpowiednich posiłków, doboru dawki insuliny, monitorowaniu poziomu cukru we krwi oraz poziomu cukru i acetonu w moczu. Nie można podawać insuliny, czy aktywnie spędzać czasu bez oceny poziomu cukru we krwi. Wszystkie te badania pacjent wykonuje samodzielnie w warunkach domowych a wyniki i obserwacje zapisuje w dzienniczku samokontroli. Pozwoli to zrozumieć jak insulina, dieta i wysiłek fizyczny wpływają na stężenie glukozy we krwi

Wartości cukru we krwi zbliżone do normy są dowodem efektywności i sukcesu w kontroli cukrzycy

Cukrzyca typu 1 należy do chorób gdzie mogą wystąpić duże wahania glikemii czyli wartości niebezpieczne, które będą wymagały interwencji. Glikemia często ulega zmianie a to może prowadzić do ostrych powikłań, do których należą:

- Hipoglikemia – niedocukrzenie jest największym zagrożeniem wynikającym z nieprawidłowego leczenia i postępowania w cukrzycy. Powstaje w efekcie spadku poziomu cukru we krwi poniżej 60mg/dl. Stan ten może bezpośrednio wpłynąć na pracę układu

nerwowego, który nieustannie czerpie glukozę z krwi.

Najczęstsze przyczyny to:

- podanie zbyt dużej dawki insuliny
- za mało spożytych węglowodanów
- pominięcie posiłku
- wysiłek fizyczny bez odpowiedniego przygotowania.

Objawy mogą wystąpić nagle:

- osłabienie
- niepokój
- drżenie rąk
- uczucie głodu
- błądzenie i nadmierne pocenie się
- brak koncentracji
- zaburzenia zachowania

Postępowanie - oznaczenie poziomu glikemii i jak najszybsze spożycie cukrów prostych w ilości 15- 20g węglowodanów, najlepiej w postaci płynnej. Konieczne jest sprawdzenie poziomu cukru we krwi ponownie po 15-20 min. W przypadku wystąpienia ciężkiej hipoglikemii i braku możliwości podania doustnie cukrów prostych należy natychmiast podać domięśniowo glukagon i wezwać pogotowie. Często niedocukrzenia i długotrwała cukrzyca upośledzają reakcję organizmu na symptomy niedocukrzenia i niedocukrzenie przestaje być wyczuwalne co zwiększa ryzyko ciężkich epizodów hipoglikemii.

· **Hiperglikemia** - Przecukrzenie powstaje przy niedostatecznym leczeniu cukrzycy. Poziom cukru wzrasta powyżej 180mg/dl stan ten może występować przejściowo i przewlekłe. Często wynika on z:

- niedoboru insuliny
- zaniedbania samokontroli
- błędów dietetycznych
- małej aktywności fizycznej
- dodatkowej choroby (gorączka, infekcje wirusowe).

Typowe objawy to:

- uczucie zmęczenia
- pragnienie
- częste oddawanie moczu (również moczenie nocne)
- bóle brzucha, głowy, nudności, wymioty.

Postępowanie - Należy kontrolować poziom cukru we krwi, zbadać mocz na obecność acetonu i rozważyć podanie dawki korekcyjnej insuliny. Przy przedłużającej się hiperglikemii skontaktować się z lekarzem diabetologiem. Ciężkie przypadki hiperglikemii są przyczyną kwasicy ketonowej i braku wyrównania metabolicznego. Jest to bardzo poważny stan często zagrażający życiu, który wymaga hospitalizacji. Przewlekłe towarzysząca hiperglikemia prowadzi do powstawania groźnych późnych powikłań.

Wyjaśnienie istoty choroby i zrozumienie zasad postępowania pozwoli przezwyciężyć strach, jaki niesie ze sobą cukrzyca. Nabycie umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach pozwoli chorym na cukrzycę typu 1 cieszyć się życiem, uprawiać ulubione sporty, podróżować

## Pielęgniarka Patronką Ośrodka Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów



od lewej: Syn Aliny Pieńkowskiej - Sebastian, Marszałek Senatu Bogdan Borusewicz, dr Dariusz Godlewski - Dyrektor OPEN

7 czerwca 2013 roku odbyła się uroczystość nadania imienia Aliny Pieńkowskiej Ośrodkowi Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów (OPEN) w Poznaniu. Gościem honorowym był Marszałek Senatu Bogdan Borusewicz - prywatnie drugi mąż Aliny Pieńkowskiej.

**Alina Pieńkowska** - pielęgniarka, działaczka opozycyjna, bohaterka czasów pierwszej „Solidarności”, uczestniczka strajku w Stoczni Gdańskiej i przewodnicząca Krajowej Sekcji Służby Zdrowia „S”. W latach 1991 - 1993 Senator RP. Zmarła w 2002 roku.

W czasie uroczystości tablicę pamiątkową odsłonił: Marszałek Senatu Bogdan Borusewicz, dyrektor OPEN dr Dariusz Godlewski oraz syn Aliny Pieńkowskiej - Sebastian.

Napis na szklanej tablicy z metalowym portretem głosi: „ W uznaniu dla jej odwagi i determinacji w walce o poprawę warunków w służbie zdrowia i poświęcenia dla pacjentów, których dobro stawiała zawsze na pierwszym miejscu.”

Pan Marszałek Senatu ze wzruszeniem mówił, że „ Alina poświęcała się dla innych do tego stopnia, że nie miała czasu, aby zrobić sobie badania profilaktyczne. Chorobę onkologiczną zdiagnozowano zbyt późno”. Wspominał, że gdy przyszła do domu po kolejnych badaniach, zaliła się, że traktują ją jakby przyszła wyłudzić zwolnienie.

Wśród zaproszonych gości było wielu przyjaciół Aliny Pieńkowskiej, którzy wspominali ją jako kobietę drobną i kruchą, ale odważną, silną, która wiedziała czego chce.

Przy okazji odsłonięcia tablicy promowano książkę dziennikarki i reportażystki Barbary Szczepuły - „Alina Pieńkowska. Miłość w cieniu polityki”. Autorka w kilku słowach opisała w jakich okolicznościach powstała książka oraz przedstawiła kilka wątków z opisanego przez siebie biografii.

„Dla pacjenta lekarz czy pielęgniarka zawsze są czymś więcej niż tylko specjalistami od technicznego rozwiązywania problemu zdrowotnego. Każdy chory oczekuje od nich nadziei. To nigdy nie będzie czyste rzemiosło” - słowa Aliny Pieńkowskiej są teraz mottem działania ośrodka.

Opracowała:  
Marzena Skalska-Spychała

## „Pomagamy w zdrowiu i w chorobie – wszystko dla dziecka”

W dniach 18-20 kwietnia 2013 roku w Ślesinie k/Konina, odbył się VII Ogólnopolski Zjazd Położniczo – Neonatologiczno - Pediatryczny dla położników, neonatologów, pediatrów, położnych, położnych rodzinnych, pielęgniarek neonatologicznych i pediatrycznych, zatytułowany „Pomagamy w zdrowiu i w chorobie – wszystko dla dziecka”.

Organizatorami zjazdu było Polskie Centrum Edukacji. Patronat honorowy objęła Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu. Zjazd składał się z kilku sesji oraz warsztatów poruszających następujące zagadnienia:

- Rozpoznawanie i leczenie wad płodu. Wykład dr n. med. Marcin Rajewski – Klinika Rozrodczości, UM w Poznaniu

Postęp w diagnostyce prenatalnej pod koniec XX wieku, doprowadził do rozwoju nowej dziedziny nauki – fetologii. Jej celem jest rozpoznawanie wad płodu w czasie ciąży i ich wewnątrzmaciczna korekcja. Idea terapii wewnątrzmacicznej doprowadziła do postrzegania płodu jako pacjenta. Za pomocą najnowocześniejszej aparatury medycznej, jest obecnie możliwe przeprowadzenie udanej operacji w coraz większej grupie patologii noworodka. Najczęściej operowane wady płodu to: wrodzona przepuklina przeponowa, zaburzenia w odpływie moczu, wady cewy nerwowej, wady serca, taśmy owodniowe. Należy jednak pamiętać, że zabiegi wewnątrzmaciczne niosą ze sobą ryzyko zarówno dla ciężarnej jak i płodu. Najczęstsze to przedwczesna czynność skurczowa, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, przedwczesne oddzielenie łożyska, zakażenie, krwawienie, uszkodzenie płodu, niedotlenienie płodu.

- Resuscytacja noworodka i małego dziecka. Aktualne zasady – wytyczne 2010 i praktyka 2012. Wykład prof. Andrzej Piotrowski. Kierownik Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii, II Katedra Pediatrii UM w Łodzi.

Zanim przystąpimy do resuscytacji noworodka prawidłowym jest przyjęcie odpowiednią strategię postępowania z noworodkiem – należy odpowiedzieć na trzy pytania: czy noworodek jest donoszony? czy oddycha samodzielnie? czy ma prawidłowe napięcie mięśni? Pytania dodatkowe to: obecność smółki, czynność serca, saturacja. Wobec tego nasze działania powinny rozpocząć się od: oceny dziecka, osuszenia, odessania tylko wtedy jest przeszkoda ponieważ zbyt agresywne może powodować bradykardię i opóźnić podjęcie oddechu, udrożnienia

górných dróg oddechowych i wentylacji przy pomocy worka i maski, przechodząc do intubacji dotchawiczej, a przy braku czynności serca stosując uciski klatki piersiowej. Etap końcowy to podanie leków. Kiedy nie podejmować resuscytacji? Gdy wiek płodowy, masa ciała lub wady wrodzone będą skutkować śmiercią lub ciężkim kalectwem. Zaprzeszanie resuscytacji następuje po 10 minutach gdy brak jest akcji serca pomimo prawidłowych zabiegów resuscytacyjnych.

- Położna rodzinna posiadająca kontrakt z NFZ w zakresie POZ. Wykład mgr Izabela Ćwiertnia – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwo Rodzinne.

Na podstawie obowiązujących aktów prawnych, praktyki położnej rodzinnej, przedstawiono jej zadania i kompetencje w ramach indywidualnej praktyki położniczej, grupowej praktyki położnych w różnych formach spółek (cywilnej, partnerskiej, jawnej) oraz zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenie u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ. Położna POZ zobowiązana jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu pielęgnacyjnej opieki położniczo – ginekologiczno – neonatologicznej w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy oraz w gabinecie położnej poz. Na jedną położną przypada nie więcej niż 6.600 osób, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia.

- Dokumentacja Medyczna w zawodzie pielęgniarki i położnej i inne zagadnienia prawne. Wykład dr n. prawnych Anna Augustynowicz Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej ma znaczenie kliniczne, ekonomiczne, kontrolne, naukowe i sądowo-medyczne. Dokumentacja jest dowodem w sprawach zawiązanych z odpowiedzialnością za niepowodzenie w leczeniu. W przypadku skarg na niesprawiedliwość w leczeniu mamy do czynienia z diametralnie różnym przedstawieniem przebiegu zdarzenia. W sytuacjach, gdy jedna ze stron mija się z prawdą, olbrzymie znaczenia ma dokumentacja medyczna, pozwalająca na uprawdopodobnienie jednej z przedstawionych wersji. Dokumentacja medyczna to „niemy świadek” badania lekarskiego. Z punktu widzenia pacjenta „ewentualne nie dające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej mogą także stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta a także utrudniać prowadzenie dalszego leczenia.



- **Poród i co dalej?** Neurofizjologiczne podstawy rozwoju dziecka w czasie porodu. Wykład mgr Bożena Kierył, pedagog, terapeutka rozwoju psychomotorycznego.

Sposób w jaki przychodzimy na świat i przebieg porodu ma ogromny wpływ na rozwój i jakość życia. Są to osobnicze cechy psychofizyczne, które są efektem stopniowego dojrzewania a w końcu dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego. Dla dziecka poród to misterium, któremu ono oddaje się w całości, z wielką uwagą i w wielkim skupieniu.

W czasie przechodzenia przez kanał rodny instynktownie wykonuje bardzo precyzyjne czynności odruchowe, następujące po sobie w ściśle określonej kolejności – wszystko to po to aby organizm dziecka przygotował się do wewnątrzustrojowych zmian i nowych funkcji, które umożliwią samodzielne życie pozałonowe. Stąd pomimo, że każde dziecko przechodzi te same etapy, te same fazy i w tej samej kolejności, to każde, w zależności od neurorozwojowej dojrzałości, może robić to w różnym tempie, we własnym rytmie. Poród to pierwsza w życiu sytuacja, w której człowiek musi wykonać określone, bardzo konkretne zadanie i jeszcze współpracować ze skurczami. Pierwszy raz doświadcza sam siebie w działaniu. Wtedy tworzą się neuronalne wzorce rozwoju woli i motywacji. To początek rozwoju emocjonalnego.

- **Jak rozmawiać z rodzicami dziecka chorego lub umierającego, postępowanie z pacjentką po stracie, procedury postępowania ze szczątkami.** Wykład Stowarzyszenie „Strata dziecka”.

Zgodnie z obowiązującym prawem w Polsce rodzice mają prawo pochować dziecko obojętnie na jakim etapie ciąży doszło do jej zakończe-

nia. Mówią o tym ustawa z dnia 29 września 1986 r. Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. Nr 36, poz 180 z póź. zm.), jeżeli urodzenie dziecka nastąpiło w zakładzie opieki zdrowotnej, zakład obowiązany jest do zgłoszenia urodzenia. Jeżeli dziecko urodziło się martwe, zgłoszenie takiego zdarzenia powinno nastąpić w ciągu 3 dni. W takim przypadku sporządza się akt urodzenia z adnotacją w rubryce „uwagi”, że dziecko urodziło się martwe; aktu zgonu nie sporządza się. Za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. (Rozporządzenie ministra zdrowia z 21.12.2006r.). W przypadku narodzin martwego dziecka kobiecie przysługuje 8 tygodni urlopu. W pracy należy przedstawić skrócony odpis aktu urodzenia dziecka.

Konferencja ta miała charakter ogólnopolski. Zgromadziła grono wybitnych wykładców oraz licznych uczestników spośród położnych, pielęgniarek neonatologicznych, pediatrów, fizjoterapeutów i psychologów. Każdy z omawianych tematów był niezwykle interesujący. Każda sesja kończyła się ożywioną dyskusją, wymianą poglądów i doświadczeń osób, które na co dzień pracują zarówno w środowisku jak i w oddziałach porodowych położniczych i neonatologicznych.

*Małgorzata Pięt*

*Streszczeń dokonano*

*na podstawie materiałów konferencyjnych.*

## ZAPROSZENIE NA KONFERENCJĘ

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu zaprasza na konferencję pt. „**Współczesne pielęgniarstwo wobec niepełnosprawności - powrót do pełni życia**”

### Część II „**Jesień życia jako wyzwanie w procesie terapeutycznym**”

która odbędzie się w dniu 18.10.2013r. (godz. 9.30-14.30)

w sali wykładowej Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 62

Opłata konferencyjna:

- dla członków OIPiP w Poznaniu - 30 zł (bez możliwości refundacji)
- dla pozostałych uczestników - 70 zł.

Wpłaty należy dokonać na konto OIPiP: BZWBK III Oddział Poznań nr 50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

**Zgłoszenia wraz z potwierdzeniem opłaty przyjmujemy do 10.10.2013r.**

(karta zgłoszenia na stronie internetowej OIPiP w Poznaniu [www.oipip-poznan.pl](http://www.oipip-poznan.pl), link: Konferencje)

Zapraszamy

#### TEMATY KONFERENCJI:

1. **Choroby wieku podeszłego - problemy diagnostyczno-kliniczne.**
2. **Problemy psychiczne i psychologiczne człowieka w zaawansowanym wieku.**
3. **Rehabilitacja ruchowa osób starszych.**
4. **Człowiek w podeszłym wieku jako podmiot czy przeszkoda w terapii.**
5. **Pomoc socjalna i prawna.**
6. **Aktywność seniorów w życiu codziennym.**

## WYDARZENIA OD 25.05. – 10.07.2013r.



**26.05.13r.** – Festyn Zdrowotny z okazji Dnia Dziecka organizowany przez Wydział Zdrowia Urzędu Miasta, na którym OIPIP reprezentowały – Iwona Pawlicka i Jolanta Plens-Gałaska.

**28.05.13r.** – Przewodnicząca ORPIP - T. Kruczkowska uczestniczyła w Forum dla Zdrowia w Centrum Kongresowym UM.

**3.06.13r.** – Przewodnicząca ORPIP w Poznaniu odwiedziła Ośrodek Rehabilitacyjny w Kiekrzu i spotkała się z dziećmi oraz kadrą pielęgniarską placówki z okazji Międzynarodowego Dnia Dziecka.

**4.06.13r.** – T. Kruczkowska spotkała się z kadrą kierowniczą Szpitala HCP w Poznaniu

– Przewodnicząca uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej WOW NFZ, na którym zatwierdzono sprawozdanie finansowe za rok 2012.

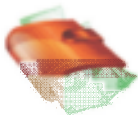


– Posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.

**5.06.13r.** – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady PIP, na którym podjęto 28 uchwał / dostępne na stronie internetowej OIPIP w Poznaniu/.

**7.06.13r.** – Egzamin na zakończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, w którym uczestniczyło 29 pielęgniarek oraz 3 pielęgniarzy.

– Wiceprzewodnicząca M. Skalska - Spychała uczestniczyła w uroczystości nadania imienia pielęgniarki Aliny Pieńkowskiej Ośrodkowi Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu /relacja wewnątrz numeru/



**10.06.13r.** - Posiedzenie Komisji Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, na którym przyznano refundację na ogólną kwotę 77 883 złotych dla 127 pielęgniarek i położnych.

**11.06.13r.** - Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania połączone ze szkoleniem nt. „cukrzyca typu 1” zorganizowanym we współpracy z Akademią Abbott.



**12.06.13r.** - Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Centralnych Sterylizatorni.

**12.06.13r.** – Przewodnicząca T. Kruczkowska uczestniczyła w Gali Finałowej kampanii „Drugie Życie – transplantacja – masz dar uzdrawiania” - w Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu.



**13.06.13r.** – Spotkanie Zespołu Położnych Środowiskowych- Rodzinnych.

**17.06.13r.** – T. Kruczkowska uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Prawa i Legislacji przy NRPIP.

– Posiedzenie Komisji Socjalnej. Zapomogi przyznano 12 pielęgniarkom i położnym na ogólną kwotę 10 500 złotych.



**18-19.06.13r.** – Przewodnicząca T. Kruczkowska i Wiceprzewodniczący T. Kaczmarek uczestniczyli w posiedzeniu NRPIP.

**18.06.13r.** – Spotkanie Zespołu ds. Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych. Z wnioskiem o wykreślenie poprzedniego wpisu / zgodnie z rozporządzeniem z dnia 29.09.2011r./ wystąpiło 12 pielęgniarek i 4 położne, 1 wniosek dotyczył wykreślenia grupowej praktyki pielęgniarek.



**19.06.13r.** – Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po przerwie w wykonywaniu zawodu. Zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu otrzymała 1 pielęgniarka.

– Sekretarz ORPIP J. Plens-Gałaska uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej ZOZ w Grodzisku Wlkp.



**20.06.13r.** – W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie organizowane przez firmę Pelargos nt. „Rany i odparzenia- pielęgnacja i leczenie (małe dziecko)” oraz „Kolka u niemowląt”, w którym uczestniczyło 30 pielęgniarek i położnych.



**20.06.13r.** – T. Kruczkowska uczestniczyła w Walnym Zgromadzeniu Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, które miało miejsce w Centrum Kongresowym Hotelu IOR w Poznaniu.

**25.06.13r.** - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto 49 uchwał/dostępne na stronie internetowej OIPIP/.

– Posiedzenie Komisji ds. Polityki Szpitalnej, która wytypowała przedstawicieli ORPIP do uczestnictwa w 5 postępowaniach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie.



– Posiedzenie Komisji Etyki.

**9.07.13r.** – Przewodnicząca T. Kruczkowska uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej WOW NFZ w Poznaniu.

**10.07.13r.** – Posiedzenie Prezydium ORPIP, na którym podjęto 20 uchwał /dostępne na stronie internetowej OIPIP/.

Opracowała J. Plens - Gałaska

## Redakcja Biuletynu

Zespół Redakcyjny: Tomasz Kaczmarek, Teresa Kruczkowska, Jolanta Plens-Gałaska, Wiesław Morek, Teresa Wiśniewska Korekta: Jolanta Plens-Gałaska  
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 16 sierpnia 2013r. Wirtualne wydanie Biuletynu: www.oipig-poznan.pl

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

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek Położnych w Poznaniu składam serdeczne gratulacje nowo wybranej Pielęgniarkom Oddziałowym

Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu  
**Paniom**

- **Anicie Szymańskiej**
- **Katarzynie Sołtysiak**

Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku  
**Paniom**

- **Grażynie Majchrzak**
- **Mirosławie Laufer**

Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” SP ZOZ-u w Gnieźnie  
**Paniom**

- **Annie Szarwark**
- **Dorocie Kaczmarek**
- **Marii Kaczmarek**
- **Lidii Winkler**
- **Irenie Kwapiszewskiej**
- **Marii Wojciechowicz**
- **Grażynie Dzięcielak**
- **Beacie Fabrowskiej**

Jednocześnie życzę  
wszelkiej pomyślności  
w pracy zawodowej  
i życiu osobistym.

Przewodnicząca ORPiP  
w Poznaniu  
Teresa Kruczkowska



## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KOMISJI DS. REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO Z DNIA 10 CZERWCA 2013 R.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
  - a) 8 wniosków dotyczących studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na kwotę 14 400 zł (słownie: czternaście tysięcy czterysta złotych),
  - b) 1 wniosek dotyczący studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na kwotę 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych),
  - c) 63 wnioski dotyczące specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na ogólną kwotę 41 205 zł (słownie: czterdzieści jeden tysięcy dwieście pięć złotych),
  - d) 12 wniosków dotyczących kursów kwalifikacyjnych, na ogólną kwotę 10 800 zł (słownie: dziesięć tysięcy osiemset złotych),
  - e) 23 wnioski dotyczące kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 4 045 zł (słownie: cztery tysiące czterdzieści pięć złotych),
  - f) 20 wniosków dotyczących konferencji, seminariów, zjazdów, na ogólną kwotę 6 433 zł (słownie: sześć tysięcy czterysta trzydzieści trzy złote).
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 127 wniosków na ogólną kwotę 77 883 zł (słownie: siedemdziesiąt siedem tysięcy osiemset osiemdziesiąt trzy złote).
3. Komisja rozpatrzyła negatywnie 2 wnioski z przyczyn regulaminowych.

Przewodnicząca Komisji:  
Iwona Pawilcka

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

## 4 tygodnie pracy i 10 dni wolnego

Poszukujemy fachowego personelu pielęgniarskiego do pracy w domach seniora w regionie Jeziora Bodeńskiego w Austrii.

- Wymagania**
- dyplom pielęgniarski
  - dobra znajomość języka niemieckiego
  - austriackie uznanie zawodu / nostryfikacja
- Nasza oferta**
- Wynagrodzenie 1.600 – 1.900 € netto przy zatrudnieniu na pełnym etacie (w zależności od stażu pracy)
  - Wynagrodzenie 1.290 – 1.540 € netto przy ¾ etatu, tzn. za 75% czasu zatrudnienia (4 tygodnie pracy, 10 dni wolnego)
  - Dotatek za godziny nocne, dodatek za niedziele
  - 14 wypłat w roku (wypłata świąteczna w grudniu, wypłata urlopową w lipcu)
  - Pomoc w wynajęciu mieszkania
  - Przy słabej znajomości języka niemieckiego oferujemy możliwość zatrudnienia w pierwszych miesiącach jako pomoc pielęgniarska: 1.500 – 1.650 € przy pełnym etacie (100% zatrudnienia) 1.220 – 1.330 € przy ¾ etatu (75% zatrudnienia)
  - Organizacja kursu języka niemieckiego
  - Żadnych kosztów agencji przy pośrednictwie pracy!

Spotkanie 27.09 2013 r. Wojewódzki Urząd Pracy ul. Kosciuszki 37 godz. 9.00.  
Osoby zainteresowane prosimy o przybycie tego dnia.

Bertsch Personalservice GmbH  
Moosmahlstr. 7, 6850 Dornbirn, Austria  
office@bertsch-personal.at  
www.bertsch-personal.at

Informacja w języku polskim:  
Lucy Toda Telefon: 0043 681 10135790  
Mail: luctod@hotmail.com



Personalservice



# Pielęgniarki Szpitala w Grodzisku Wielkopolskim w obiektywie



Budynek Szpitala w Grodzisku wkp., ul. Mossego 3



Oddział Internistyczno-Kardiologiczny  
Pielęgniarka Marzena Godek



Oddział Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii - Pielęgniarka  
Koordynująca Magdalena Woźniczak



Oddział Noworodkowy  
- Pielęgniarka Koordynująca  
Halina Kotowska



Oddział Internistyczno-Kardiologiczny  
Pielęgniarki: Marzena Janowska  
i Marzena Godek



Oddział Ginekologiczno-Położniczy,  
Położna Koordynująca  
Jolanta Frąckowiak



Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem  
Gastroenterologicznym  
Pielęgniarka Alina Kmiećkowiak



Poradnia Chirurgiczna - Pielęgniarka  
Agata Mianowska



Oddział Chirurgiczny  
z Pododdziałem Gastroenterologicznym  
Pielęgniarka Justyna Skubel