



# BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

Nr 2/96/2016



**BIULETYN INFORMACYJNY  
OKRĘGOWEJ IZBY  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

**Wydawca:**

OIPiP w Białej Podlaskiej  
ul. Okopowa 3 pok. 218  
21-500 Biała Podlaska  
tel.: 83 41 47 628; tel/fax.: 83 343 60 83  
**e-mail: [oiqipbp@poczta.onet.pl](mailto:oiqipbp@poczta.onet.pl)**  
**www.oiqip-bp.pl**

**Biuro Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych czynne  
poniedziałek - piątek 8<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>**

**INFORMATOR OIPIP:**

W biurze OIPIP dyżury pełnią:

**Radca Prawny**

mgr Irena Hołubowicz  
czwartek w godz. 12<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>

**Okręgowy Rzecznik**

**Odpowiedzialności Zawodowej  
Pielęgniarek i Położnych**  
mgr Marzena Tomczak  
II i IV poniedziałek miesiąca,  
godz. 15<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu  
Pielęgniarek i Położnych**

mgr Agnieszka Czekiel  
I środa miesiąca w godz. 14<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>

**Nr konta OIPiP w Białej Podlaskiej:**

**BANK SPÓŁDZIELCZY  
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010**

**Rada Programowa Biuletynu**

dr n. med. Aneta Stanisławek  
mgr Barbara Cydejko  
mgr Dorota Fedoruk  
mgr Elżbieta Macech

**Redakcja Biuletynu:**

Elżbieta Celmer vel Domańska,  
Danuta Pawlik, Iwona Denicka,  
Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk,  
Ilona Bilko

**Druk:** Poligraf Joanna Goś Drelów

# Spis treści

Od redakcji.....	1
 Kalendarium OIPiP.....	2
 Uchwały ORPiP .....	3
 XXXI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych .....	5
 Informacje z NRPiP.....	10
 Informacje.....	26
 Dział prawny.....	28
 Kształcenie poddyplomowe.....	30
 Referaty.....	39
 Z żałobnej karty.....	43

## ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

**Koleżanki, koledzy pielęgniarki i położne, jeżeli chcecie złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje, zamieścić prace własne - NAPISZCIE - my wydrukujemy.**

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo skracania przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

OIPiP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.

## OD REDAKCJI

### *Szanowni Państwo,*

Współczesne pielęgniarstwo podlega ciągłemu umocnieniu i rozwojowi. Dokonują się zmiany złożonej działalności zawodowej, pielęgniarstwo rozwija się w zakresie nauki, wiedzy, sztuki i etyki.

Pielęgniarstwo współczesne jest bardzo złożoną działalnością na rzecz ciągłego zwiększania jakości i efektywności praktyki pielęgniarstwa oraz kształtowania jej systemów w zmieniających się kierunkach opieki nad zdrowiem. Działalność pielęgniarstwa odgrywa znaczącą rolę we wprowadzaniu nowego systemu służenia zdrowiu człowieka, wprowadzaniu i podejmowaniu w nim coraz to nowych zadań i w rozwiązywaniu różnych problemów, wreszcie w uczestniczeniu i wywieraniu wpływu na podejmowanie decyzji w polityce zdrowotnej. Złożona działalność pielęgniarstwa jest podejmowana na rzecz rozwoju edukacji pielęgniarstwa, osiągania przez nie coraz większych kompetencji i profesjonalizacji pielęgniarstwa.

Współczesne pielęgniarstwo jest sztuką, ponieważ pożądanym standardem praktyki pielęgniarstwa wymaga wysokich kompetencji umysłowych i złożonych sprawności pielęgniarstwa. W zakresie kompetencji pielęgniarstwa znajdują się zarówno proste czynności higieniczne, ale również precyzyjne procedury unormowane sprawdzonymi i akceptowanymi zasadami postępowania pielęgniarstwa. Są one dostosowane do społecznych oczekiwań, rozwiązań organizacyjnych, możliwości, doświadczeń, a także wymogów ekonomicznych. Należy tu również wskazać wymogi kulturowe, a przede wszystkim przepisy regulujące wykonywanie praktyki zawodowej w oparciu o aktualną wiedzę medyczną pielęgniarstwa i wiarygodne doniesienia naukowe. Wizja współczesnego pielęgniarstwa, pielęgniarstwa i sylwetki zawodowej pielęgniarstwa ulega znacznym zmianom. Trudno określić to przeobrażenie, gdyż idee pielęgniarstwa są zawsze te same: uniwersalne, nieprzemijające i ponadczasowe.

Wypełnianie wielu profesjonalnych zadań wymaga od pielęgniarstwa wszechstronnego, interdyscyplinarnego przygotowania zawodowego, umiejętności komunikowania się z pacjentem, kultury, taktu, wrażliwości, empatii a przede wszystkim autentycznej życzliwości do drugiego człowieka.

Kształcenie współczesnej pielęgniarstwa jest niezwykle trudne i odpowiedzialne. Ale czy należy z niego zrezygnować? Czy jedynym rozwiązaniem problemów ma być powrót do uprzedniego systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa w formie szkół branżowych I i II stopnia?

W ostatnich trzech latach studia ukończyło 21,5 tys. osób (*dane przekazane przez Ministerstwo Edukacji i Szkolnictwa Wyższego*), a o prawo wykonywania zawodu wystąpiło niespełna 9 tys. z nich.

Może zamiast tworzyć nową formę edukacji w zawodzie pielęgniarstwa, niezgodną z wytycznymi UE, skupmy się na tym, w jaki sposób przyciągnąć i zatrzymać w zawodzie osoby, które już mogą podjąć pracę?

*Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP  
w Białej Podlaskiej*

*Sama istota zawodu pielęgniarstwa wymaga, aby na pierwszym miejscu postawić dobroć.*

*Dobroć jest przymiotem, który uszczęśliwia otoczenie i osobę, która*

*Pielęgniarka powinna być osobą <sup>ta osoba posiada [ ]</sup> prawą, tj. wyraźnie rozróżniać to, co jest moralnie dobre i bez kompromisów wybierać zawsze dobro. Z prawości płynie sumienność i obowiązkowość. [...]*

*Dobry stosunek do chorych powinien przybierać cechę indywidualnego ich traktowania. Każdy człowiek jest małym światem sam dla siebie, ma własne potrzeby, upodobania i przyzwyczajenia pochodzące z wychowania, wykształcenia i jego środowiska [ ]*

*Przy indywidualnym traktowaniu, nie może pielęgniarka wyróżniać jednych chorych kosztem innych. Jest tylko jeden rodzaj chorych, których należy wyróżnić i którym należy poświęcić więcej pracy i czasu, są to ciężko chorzy. Zatem stosunek pielęgniarki do chorego powinien być stosunkiem człowieka dobrego, delikatnego, rozumnego i rzetelnego. [...]*

*A jaki powinien być stosunek pielęgniarki do lekarza? Pielęgniarka nie powinna obsługiwać i wyręczać lekarza, ale z nim współpracować. Tam, gdzie praca pielęgniarki zazębia się z pracą lekarza, pielęgniarka podlega lekarzowi [...]*

*Ale jest również duży zakres samodzielnej pracy pielęgniarstwa, gdzie główną ambicją pielęgniarki powinno być doskonalenie metod pracy, ich pogłębianie i poszerzanie. [...]*

*W stosunku między lekarzem a pielęgniarką obowiązuje wzajemna lojalność. Ze strony pielęgniarki lojalność ta polega na wypełnianiu zleceń lekarskich z całą sumiennością.*

*Teresa Kulczyńska,  
Etyka zawodowa pielęgniarstwa  
„Pielęgniarka Polska” 1957*

*Etyka zawodowa pielęgniarstwa  
„Pielęgniarka Polska” 1957*



## KALENDARIUM OIPiP



31.03.2016r.	XXXI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
06.04.2016r.	Zebranie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
12-14.04.2016r.	Szkolenie Przewodniczących, Sekretarzy i Skarbników ORPiP uczestniczyły Elżbieta Celmer vel Domańska, Danuta Pawlik i Wacława Grażyna Papińska
15.04.2016r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki
16.04.2016r.	Szkolenie Akademia Położnej organizowane przy współpracy z OIPiP w Białej Podlaskiej
19.04.2016r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia
20.04.2016r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP
26.04.2016r.	Konkurs na z-cę Dyrektora ds. Medycznych SPZOZ w Międzyrzecu Podlaskim
17.05.2016r.	Uroczystość otwarcia Oddziału Rehabilitacji SPZOZ w Międzyrzecu Podlaskim uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP
20.05.2016r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia
23.05.2016r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP
31.05.2016r.	Zebranie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
01.06.2016r.	Spotkanie edukacyjne – „Pierwsza pomoc dla noworodków i niemowląt”. „Pozycje wertykalne w porodzie” organizowane przez firmę Pelargos we współpracy z OIPiP w Białej Podlaskiej.
11.06.2016r.	Uroczysta Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej
14.06.2016r.	Zebranie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
22-23.06.2016r.	Posiedzenie NRPiP
22.06.2016r.	Konferencja „Postępowanie z raną przewlekłą” organizowane przez firmę EVERETH we współpracy z OIPiP w Białej Podlaskiej.
24.06.2016r.	Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w Chełmie
27.06.2016r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia
29.06.2016r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
31.06.2016r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu dwóch pielęgniarek i położnej w SP ZOZ w Parczewie.
06.07.2016r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki
03.08.2016r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarek
31.09.2016r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP
13-15.09.2016r.	Posiedzenie NRPiP uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej Elżbieta Celmer vel Domańska
27.09.2016r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej
01.10.2016r.	Szkolenie z cyklu Uniwersytet Zdrowia Kobiety „Rola położnej i pielęgniarki w opiece nad mamą i dzieckiem "Dobre praktyki w położnictwie".
21.10.2016r.	Warsztaty dla pielęgniarek i położnych na temat skutecznej komunikacji z rodzicami z zakresu szczepień ochronnych
25.10.2016r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej



## UCHWAŁY PREZYDIUM I OKRĘGOWEJ RADY

1.	Uchwała Nr 40/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 marca 2016r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego		dyplomowe pielęgniarek i położnych
2.	Uchwała Nr 41/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 marca 2016r. w sprawie regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego	11.	61. Uchwała Nr 16/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 kwietnia 2016r. w sprawie sfinansowania zakupu kwiatów na uroczyste rozdanie dyplomów w PSW im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
3.	Uchwała Nr 42/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 marca 2016r. w sprawie sfinansowania kosztów konferencji z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej oraz jubileuszu samorządu pielęgniarek i położnych	12.	Uchwała Nr 17/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 maja 2016r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
4.	Uchwała Nr 43/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 marca 2016r. w sprawie zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	13.	Uchwała Nr 18/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 maja 2016r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
5.	Uchwała Nr 44/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 marca 2016r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	14.	Uchwała Nr 19/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 maja 2016r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
6.	Uchwała Nr 45/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 marca 2016r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego	15.	Uchwała Nr 20/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 maja 2016r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
7.	Uchwała Nr 46/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 marca 2016r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego	16.	Uchwała Nr 47/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 czerwca 2016r w sprawie refundacji kosztów kształcenia
8.	Uchwała Nr 13/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 kwietnia 2016r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	17.	Uchwała Nr 48/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 czerwca 2016r w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
9.	59. Uchwała Nr 14/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 kwietnia 2016r. w sprawie wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Neonatologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej	18.	Uchwała Nr 49/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 czerwca 2016r w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
10.	Uchwała Nr 15/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 kwietnia 2016r. w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie po-	19.	Uchwała Nr 50/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 czerwca 2016r w sprawie przyznania zapomogi losowej
		20.	Uchwała Nr 51/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 czerwca 2016r w sprawie wystąpienia do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z wnioskami o nadanie odznaczeń samorządu pielęgniarek i położnych
		21.	Uchwała Nr 52/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 czerwca 2016r w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

**BIULETYN INFORMACYJNY NR 2/96/2016**

22.	Uchwała Nr 21/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 lipca 2016r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia		września 2016 r. w sprawie dofinansowania kosztów konferencji
23.	Uchwała Nr 22/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 lipca 2016r. w sprawie przyznania zapomogi losowej	32.	Uchwała nr 56/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2016 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
24.	Uchwała Nr 23/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 29 lipca 2016r. w sprawie delegowania na szkolenie członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	33.	Uchwała Nr 57/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2016 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych [Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego „NOSTRUM” Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek]
25.	Uchwała Nr 24/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 31 sierpnia 2016 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	34.	Uchwała Nr 58/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2016 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych [Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego „NOSTRUM” Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek]
26.	Uchwała Nr 25/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 31 sierpnia 2016 r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do pracy w komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej	35.	Uchwała Nr 59/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2016 r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego
27.	Uchwała Nr 26/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 31 sierpnia 2016 r. w sprawie wystąpienia do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z wnioskami o nadanie odznaczeń samorządu pielęgniarek i położnych	36.	Uchwała Nr 28/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 25 października 2016 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
28.	Uchwała Nr 27/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 31 sierpnia 2016 r. w sprawie ustalenia rocznego planu kontroli poszczególnych rodzajów kształcenia podyplomowego na rok 2016 prowadzonych przez organizatorów kształcenia wpisanych do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	37.	Uchwała Nr 29/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 25 października 2016 r. w sprawie wpisu zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
29.	Uchwała Nr 53/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2016 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia		
30.	Uchwała Nr 54/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2016 r. w sprawie sfinansowania kosztów konferencji psychiatrycznej		
31.	Uchwała Nr 55/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27		

Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej podjęto:

1. Uchwały dotycząca stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek – 21
2. Uchwały dotycząca wpisu do rejestru pielęgniarek – 2
3. Uchwały dotycząca skreślenia z rejestru pielęgniarek - 8
4. Uchwały dotycząca skreślenia z rejestru położnych – 1

*Danuta Pawlik*  
Sekretarz ORPiP

# XXXI OKRĘGOWY ZJAZD PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

31 marca 2016r.



## Wykaz uchwał XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 31 marca 2016r.

Uchwała Nr 1 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej za okres grudzień 2015r. – marzec 2016r.

Uchwała Nr 2 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej za okres listopad 2015r. – marzec 2016r.

Uchwała Nr 3 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej za okres grudzień 2015r. – marzec 2016r.

Uchwała Nr 4 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Białej Podlaskiej za okres grudzień 2015r. – marzec 2016r.

Uchwała Nr 5 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania budżetowego za rok 2015





**Uchwała Nr 6 w sprawie w sprawie uchwalenia planu budżetowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2016 i provizorium budżetowego na I kwartał 2017r.**

**Uchwała Nr 7 w sprawie zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej**



## **Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej za okres: grudzień 2015r. – marzec 2016r.**

*„Nie żyjemy już w czasach, w których możemy poprzestać na obserwacji wydarzeń, ale wszyscy możemy być ich uczestnikami”.*  
Forleo

Dnia 25 listopada 2015r. odbył się XXX Okręgowy Sprawozdawczo – Wyborczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, podczas którego m.in. wybrano osoby funkcyjne organów Izby.

Podczas pierwszego posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej wybrano Prezydium ORPiP. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej ukonstytuowała się w następujący sposób:

**przewodnicząca:**

Elżbieta Celmer vel Domańska,

**wiceprzewodniczące:**

Małgorzata Chwedoruk

Anna Migasiuk

**skarbnik:** Grażyna Papińska

**sekretarz:** Danuta Pawlik

**członkowie:**

Barbara Doroszuk

Dorota Golec  
Jolanta Gregor  
Anna Kaliszuk  
Agnieszka Kamińska  
Jolanta Ladko  
Beata Polak  
Anna Rodak  
Tadeusz Zdunek

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, w okresie sprawozdawczym, realizowała swoje zadania zgodnie z zapisami ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Od grudnia 2015r. odbyły się 3 posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, w trakcie których podjęto 46 uchwał do marca. W okresie sprawozdawczym odbyły się 2 posiedzenia Prezydium ORPiP - podjęto 11 uchwał. Zgodnie z regulaminem, w każdym z

posiedzeń uczestniczyła wymagana liczba członków, w związku z czym podjęte uchwały są prawomocne.

Na posiedzenia Okręgowej Rady zapraszane były: Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Joanna Głowacka, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – Marzena Tomczak, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych – Agnieszka Czekieli, a także delegaci na krajowy zjazd pielęgniarek i położnych - Janina Dziedzic-Płanda i Anna Ślifirczyk.

We wskazanym okresie sprawozdawczym realizowano zadania wynikające z ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 174, poz.1038 ze zm.) oraz z planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej:



### 1. Prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych.

W ramach zadań przejętych od administracji państwowej samorząd m.in. prowadzi rejestr pielęgniarek i rejestr położnych. Na podstawie uchwał ORPiP i Prezydium w okresie sprawozdawczym dokonano wpisów do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych w tym:

- 26 w ramach stwierdzenia prawa wykonywania zawodu (24 pielęgniarki, 2 położne), w tym 4 wymiany prawa wykonywania zawodu;
- 5 w związku z wpisem na listę członków OIPiP w Białej Podlaskiej (4 pielęgniarki, 1 położna),
- skreślono z rejestru 3 pielęgniarki,
- 1 dotycząca powrotu do czynnego wykonywania zawodu położnej.

Na dzień 15 marca 2016 roku liczba pielęgniarek i położnych wynosi 2 279 osób, w tym: pielęgniarki - 1 923, pielęgniarze - 76, położne - 280.

Kontynuowana jest aktualizacja danych dotyczących pielęgniarek i położnych OIPiP w Białej Podlaskiej. Do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych wprowadzane są systematyczne aktualne dane dotyczące miejsca zatrudnienia członków Izby oraz podwyższania kwalifikacji w ramach kształcenia podyplomowego.

### 2. Stwierdzanie kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym wydano 1 zaświadczenie do pracy w krajach Unii Europejskiej.

### 3. Reprezentowanie i ochrona zawodów pielęgniarki i położnej.

Na bieżąco udzielaliśmy informacji i porad związanych z wykonywaniem zawodu, kontraktowaniem świadczeń, kształceniem podyplomowym itp.

Realizowaliśmy nowe zadania nałożone na samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych mocą Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz 1628). Obowiązkiem, który realizujemy jest opiniowanie propozycji podziału środków finansowych przeznaczonych na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych przedstawionej przez świadczeniodawcę, w sytuacji gdy u

danego świadczeniodawcy nie działają związki zawodowe.

### 4. Prowadzenie działalności edukacyjnej.

W okresie sprawozdawczym zorganizowano i przeprowadzono następujące szkolenia:

- „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych” w SP ZOZ w Międzyrzeczu Podl.;
- Szkolenie we współpracy OIPiP w Białej Podlaskiej i firmy Pelargos nt: „Emocje rodziców a karmienie piersią”, „Masaż Shantala jako technika wspierająca naturalny rozwój motoryczny i psychofizyczny od pierwszych dni życia”.
- Szkolenie organizowane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej oraz firmy Pofam Poznań i B Braun pt: „Leczenie ran” i „Zaopatrzenie stomijne”.

### 5. Uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich UE zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na obszarze RP oraz uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych – cudzoziemców.

W okresie sprawozdawczym nie dokonano tego typu uznawania kwalifikacji.

### 6. Prowadzenie działalności edukacyjno – informacyjnej dla pielęgniarek i położnych, obywateli państw członkowskich UE, zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na obszarze RP.

Udzielano informacji dla pielęgniarek i położnych, obywateli państw członkowskich UE dotyczących warunków, jakie należy spełniać oraz sposobu realizacji formalności w celu podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki, położnej na terenie Polski.

### 7. Upowszechnianie zasad etyki zawodowej.

Do zadań samorządu należy upowszechnianie zasad etyki zawodowej wśród pielęgniarek i położnych. Starając się sprostać temu zadaniu podejmujemy działania z tym związanymi m.in. rozpowszechniamy materiały związane z etyką i deontologią zawodową, propagujemy zasady etyki zawodowej na spotkaniach z pielęgniarkami i położnymi.

### 8. Kierowanie pielęgniarek i położnych na przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wy-

### konywaniu zawodu pielęgniarki/położnej oraz wydawanie zaświadczenia potwierdzającego ukończenie przeszkolenia.

Kolejnym z zadań Izby jest kierowanie pielęgniarek i położnych na przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat. Zadanie to wykonujemy we współpracy z podmiotami leczniczymi, na terenie których są one realizowane.

W okresie sprawozdawczym skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu 7 członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej - do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego - 4 pielęgniarki, do SP ZOZ w Parczewie - 2 pielęgniarki i 1 położną.

### 9. Prowadzenie rejestru podmiotów prowadzących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym współpracowaliśmy z podmiotami realizującymi kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych oraz z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. W tym czasie do rejestru kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych dokonano 9 wpisów form kształcenia, w tym:

- 6 wpisów różnych form kształcenia podyplomowego, prowadzonych przez Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego NOSTRUM w Białej Podlaskiej,
- 1 wpis kursu specjalistycznego prowadzonego przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych „Edukacja” z Elku,
- 2 wpisy kursów specjalistycznych prowadzonych przez Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju, Promocji i Doskonalenia Zawodowego z Łomży.

### 10. Organizacja i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym udzielana była pomoc finansowa członkom OIPiP w Białej Podlaskiej w formie zapomóg losowych. Łącznie na cele pomocowe w okresie sprawozdawczym wydano 4 000,00 zł. udzielając 5 zapomóg losowych.

### 11. Refundacja kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Na refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego różnych form kształcenia podyplomowego wydano 28 978,00 zł dla 88 osób.

Działalność finansowo księgową i gospodarczą ORPiP w Białej Podlaskiej kontrolowana była przez Okręgową Komisję Rewizyjną OIPIP w Białej Podlaskiej.

Sprawozdanie niniejsze stanowi odzwierciedlenie realizacji części

planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Jest to początek VII kadencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, początek realizacji naszych zamierzeń.

Zachęcam do współpracy na rzecz samorządu w VII kadencji, proszę również o wszelkie sugestie służące właściwej realizacji zadań samorządu, szczególnie dlatego, że rok 2016

jest rokiem jubileuszowym samorządu zawodowego.

Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych została uchwalona 19 kwietnia 1991 roku i weszła w życie po podpisaniu przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Wałęsę. Oto jej pierwsze słowa: „*Tworzy się samorząd pielęgniarek i położnych dla reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów*”.

*Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP  
w Białej Podlaskiej*

## SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ ZA OKRES OD 10 GRUDNIA 2015r. DO 10 MARCA 2016r.

Okręgowa Komisja Rewizyjna ukonstytuowała się 10 grudnia 2015r., ustaliła funkcje i przyjęła plan pracy.

1. Joanna Głowacka – przewodnicząca
2. Tomasz Kałuszyński – wiceprzewodniczący
3. Małgorzata Maciuk – sekretarz
4. Anna Jakubiuk – członek

Komisja działa w oparciu o następujące akty prawne :

- Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011r. (Dz.U. Nr 174, poz.1038)

- Ustawa o rachunkowości z dnia 20.10.1994r. (Dz.U. Nr 121, poz.991 z późniejszymi zmianami)

- Uchwała Nr 6 XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 marca 2012r. w sprawie regulaminów organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, załącznik Nr 2.

W okresie objętym przedmiotowym sprawozdaniem Okręgowa Komisja Rewizyjna odbyła 3 posiedzenia. Zgodnie z przyjętym planem pracy i wymogiem nałożonym ustawą komisja przeprowadziła 1 kompleksową kontrolę i 2 kontrole kasy.

Kontrola obejmowała następujące obszary działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej:

### **I. Dział Księgowości i Skarbnika**

1. Dokumentowanie operacji finansowo –księgowych.

Dokumenty kasowe i bankowe prowadzone są prawidłowo i na bieżąco.

2. Ewidencja druków ścisłego zarachowania -prowadzona jest prawidłowo.
3. Delegacje - oświadczenia wypisywane, potwierdzane i ewidencjonowane są prawidłowo.
4. Raporty kasowe – sporządzane co miesiąc, prowadzone są zgodnie z instrukcją. Gotówka i dokumenty kasowe przechowywane są w kasie pancernej, zabezpieczone prawidłowo.
5. Rozliczanie zaliczek –nie udzielano.
6. Wpłaty składek do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Komisja stwierdziła wzrost wpływu składek członkowskich w porównaniu z analogicznym okresem roku ubiegłego. Zostały uzupełnione składki od podmiotów, które dotychczas zalegały z obowiązkiem odprowadzenia składek członkowskich na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych. Mimo monitów nadal nie wszyscy pracodawcy przedstawiają imienny wykaz zatrudnianych pielęgniarek i położnych i wysokość potrącanych składek.

### **II. Działalność merytoryczna**

Zgodnie z ustawą kontrola komisji rewizyjnej w zakresie działalności merytorycznej ogranicza się do rozliczenia czasu pracy osób pełniących funkcje z wyboru oraz pracowników zgodnie z przyjętymi uchwałami finansowymi i gospodarczymi Okręgowego Zjazdu, Okręgowej Rady i jej Prezydium. Listy obecności prowadzone są prawidłowo, podpisane przez osoby upoważnione do nadzoru. Urlopy wypoczynkowe pracowników za 2015r. wykorzystane są częściowo.

Przedstawiciel OKR uczestniczył w posiedzeniach Okręgowej Rady z głosem doradczym.

Przewodnicząca OKR  
Joanna Głowacka



**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI  
OKRĘGOWEGO SĄDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ  
ZA OKRES GRUDZIEŃ 2015-MARZEC 2016**

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w składzie:

1. **Agnieszka Czekiel** – przewodnicząca
2. **Anna Ślifirczyk** – wiceprzewodnicząca
3. **Barbara Gromysz** – wiceprzewodnicząca
4. **Anna Olisiejuk** – sekretarz
5. **Krystyna Bunia** – członek
6. **Barbara Jakoniuk** – członek
7. **Małgorzata Laudy** – członek
8. **Danuta Matwiejczuk** – członek



W okresie sprawozdawczym odbyło się jedno posiedzenie organizacyjne Sądu. Nie prowadzono postępowań wyjaśniających i rozpraw. Dyżury Sądu odbywają się w pierwszą środę miesiąca w godzinach 14.00-15.00 w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Dokumenty Okręgowego Sądu są prawidłowo zabezpieczone w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

mgr Agnieszka Czekiel  
Przewodnicząca OSPiP  
w Białej Podlaskiej

**SPRAWOZDANIE OKRĘGOWEGO RZECZNIKA  
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ  
ZA OKRES OD LISTOPADA 2015 DO MARCA 2016**

**Zespół Okręgowego Rzecznika w składzie:**

1. **Marzena Tomczak** – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
2. **Małgorzata Czarnacka** – Z-ca ORzOZ
3. **Iwona Marciniuk** - Z-ca ORzOZ
4. **Teresa Samoszuk** - Z-ca ORzOZ
5. **Barbara Soćko** - Z-ca ORzOZ

W ciągu okresu sprawozdawczego Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej nie prowadził postępowań.

Działalność organu to przede wszystkim prewencja wykroczeń zawodowych. W tym celu odbyły się następujące spotkania z pielęgniarkami i położnymi:

1. 07.03.2016r. w Białej Podlaskiej szkolenie nt „**Kodeks etyki zawodowej w pracy pielęgniarki i położnej**”, przeprowadziła ORzOZ w Białej Podlaskiej Marzena Tomczak, w którym uczestniczyło 80 osób.
2. 11.03.2016r. w Białej Podlaskiej szkolenie nt „**Kodeks etyki zawodowej w pracy pielęgniarki i położnej**”, przeprowadziła ORzOZ w Białej Podlaskiej Marzena Tomczak, w którym uczestniczyło 90 osób.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Marzena Tomczak oraz jego Z-ca Barbara Soćko uczestniczyły w szkoleniu organizowanym przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej pt. „**Podstawy procedowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w świetle aktualnie obowiązującego stanu prawnego**” w dniu 11 stycznia 2016 roku. w Warszawie.

W okresie sprawozdawczym odbyły się 2 posiedzenia Organu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności w Białej Podlaskiej w dniu 14 grudnia 2015r. i 25 stycznia 2016r., w którym uczestniczyła Janina Dziedzic-Płanda Z-ca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

**Informuję, iż :**

1. **Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz jego zastępcy przyjmują interesantów dwa razy miesiącu: w drugi i czwarty poniedziałek miesiąca w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej ul. Okopowa 3, pokój 218 tel.(83)343 60 83, (83)41 47 628.**

2. Obsługę kancelaryjną Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zapewnia biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

3. Dokumenty regulujące pracę Rzecznika są odpowiednio zabezpieczone.

mgr Marzena Tomczak  
ORzOZ w Białej Podlaskiej





## INFORMACJE Z NRPiP



**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z wielkim niepokojem przyjmuje brak jakiegokolwiek aktywności Ministra Zdrowia w kontekście przedstawionych w marcu i kwietniu br. zastrzeżeń, które Rada zgłosiła po zapoznaniu się z dokumentem „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań „systemowych”. Niepokój środowiska Pielęgniarek i Położnych budzi także informacja, że z ustawy o działalności POZ wyłączone zostaną świadczenia wykonywane przez pielęgniarki szkolne.**

W dniu 28.06.br. zebrał się Zespół ds. podstawowej opieki zdrowotnej przy NRPiP. Celem spotkania była analiza ZARZĄDZENIA Nr 50/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wypracowanie strategii - standardu opieki pielęgniarki szkolnej.

Jak poinformowała dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ Beata Cholewka, podczas III posiedzenia NRPiP, które odbyło się dnia 23.06.br., z ustawy tej wyłączone zostaną pielęgniarki szkolne. Ich kompetencje i zakres działań ma regulować odrębna ustawa.

Tymczasem 30 czerwca 2016 roku upływa termin konsultacji społecznych dotyczących propozycji Ministerstwa Zdrowia. Dokument ten stanowi podstawę do opracowania nowej ustawy o funkcjonowaniu POZ. Przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zespole pracującym nad tym dokumentem złożył odrębne stanowisko, w którym zawarł zastrzeżenia NRPiP.

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża zgody na:**

- 1. zapis umożliwiający tworzenie zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej. NRPiP uważa, że zaproponowane w projekcie rozwiązania pozbawią pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej, a w konsekwencji samodzielności gospodarczej przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe;**
- 2. wprowadzenie do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy, a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;**
- 3. wspólnego finansowania świadczeń w zakresie lekarza, pielęgniarki i położnej. NRPiP stoi na stanowisku, że osobne finansowanie jest bardziej transparentne.**

Jednocześnie NRPiP zwraca uwagę, że "Analiza" nie zakłada umiejscowienia w systemie pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki i pielęgniarki szkolnej. NRPiP postuluje powrót do przywrócenia do systemu podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarki praktyki.

Prawidłowo zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna stanowi fundament całego systemu, dlatego tak ważne jest przyjęcie rozwiązań zapewniających jej sprawne funkcjonowanie. Określenie roli i miejsca pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki, pielęgniarki szkolnej oraz położnej środowiskowej ma tu kluczowe znaczenie, dlatego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się rzeczywistego dialogu i spełnienia obietnic, jakie w tym zakresie złożył kilka miesięcy wcześniej Minister Zdrowia.

Prezes NRPiP  
Zofia Małas

## **APEL NACZELNEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO PREZESA RADY MINISTRÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ Z DNIA 6 CZERWCA 2016 r.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o jak najszybsze podjęcie przez Rząd RP działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Pani Premier! Niejednokrotnie deklarowała Pani, że poprawa sytuacji polskich pielęgniarek i położnych będzie priorytetem Rządu RP i dawała wyraz swojemu oburzeniu, że Pani poprzednicy dopuścili się w tej kwestii tak wielkich zaniedbań.

Sytuacja jest dramatyczna, a dalsze zwlekanie gwałtownie ją pogarsza. Już teraz mamy jeden z najniższych w Europie wskaźników pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców. Jeśli nic się nie zmieni, niebawem spadnie on poniżej 4 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców, gdy średnia europejska jest dwukrotnie wyższa. Co roku znacząca część z ok. 5 tys. absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych nie podejmuje pracy w swoim zawodzie lub podejmuje ją w innym kraju. Mamy doskonały system kształcenia, o nasze absolwentki zabiegają szpitale w

całej Europie, oferując im godne wynagrodzenie za pracę w bezpiecznych warunkach. Dlaczego Polskę stać na kształcenie kadr, a nie stać na zatrzymanie ich w kraju? Czy gdyby polski przemysł eksportował swoje wysokiej jakości produkty za darmo, rząd także by utrzymywał, że to sprawa dyrektorów fabryk?

Polskie pielęgniarki i położne chcą pracować w kraju, tu opiekować się pacjentami, tu podnosić swoje kwalifikacje i tu zakładać rodziny oraz wychowywać dzieci. Mają do tego prawo, jednak sytuacja ekonomiczna niejednokrotnie zmusza je wyjazdu z Polski. Te, które mimo wszystko zostają, pracują coraz ciężiej. I coraz głośniej mówią, że w obecnej sytuacji zagrożone jest nie tylko ich zdrowie (są przemęczone pracą po 300 godzin miesięcznie, często w więcej niż jednym miejscu) i byt ekonomiczny (średnia płaca brutto pielęgniarki wg GUS to 3.400 zł), ale także bezpieczeństwo pacjentów, którymi opiekuje się za mało pielęgniarek.

Dłuższe zwlekanie z podjęciem niezbędnych decyzji grozi odejściem od łóżek pacjentów większości pielęgniarek i położnych. Nie z powodu strajków, ale przede wszystkim demografii - na emerytury przejdzie niebawem jedna trzecia zatrudnionych, pozostałe zmienią zawód lub wyjadą, bo nie podążają nadmiarowi obowiązków. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje daleko idącą pomoc we wskazywaniu rozwiązań zabezpieczających społeczeństwo polskie w świadczenia pielęgniarskie i położnicze.

***Pani Premier! Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje, że świadoma tych zagrożeń zwoła Pani w trybie pilnym posiedzenie Rady Ministrów RP, na którym zostaną podjęte decyzje, które zatrzymają w zawodzie pielęgniarki i położne pracujące w Polsce oraz skłonią do powrotu pracujące poza jej granicami.***

Wiceprezes NRPiP  
Sebastian Irzykowski

Prezes NRPiP  
Zofia Małas



Minister Zdrowia

MZ.PPA.0762.3.2016/BW  
Warszawa, 6 lipca 2016r.Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
ul. Pory 78 lok. 10  
02-757 Warszawa

W odpowiedzi na Pani Apel z dnia 6 czerwca 2016 r. skierowany do Pani Beaty Szydło - Prezesa Rady Ministrów w sprawie podjęcia działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej - pismo z dnia 6 czerwca 2016 r, znak: NIPiP-NRPiP-DS.015.188.2016.MK, otrzymane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów przy piśmie z dnia 8 czerwca 2016 r, znak; SPRM.222.3.94.2016.JP, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do poprawy wynagrodzenia pielęgniarek i położnych informuję, że Ministerstwo Zdrowia doceniając rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, podejmuje szczególnie intensywne, wielokierunkowe działania, aby spowodować zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych, a także poprawić status materialny pielęgniarek i położnych, stosownie do finansowych możliwości budżetu państwa i płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego też w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarkom i położnym, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 i 1628) zapewniające dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. Zakończono I etap realizacji przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którym wzrostem wyna-

godzeń objęto od 1 września 2015 r. pielęgniarki i położne wykonujące zawód i bezpośrednio realizujące świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, bez względu na formę zatrudnienia.

Od 1 stycznia 2016 r. realizowany jest II etap, w ramach którego wzrostem wynagrodzeń są obejmowane pielęgniarki i położne realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, a od 1 września 2016 r. nastąpi wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, finansowane na podstawie stawek ryczałtowych, stosownie do wielkości obszaru zabezpieczenia. Realizacja przepisów ww. rozporządzenia przez podmioty lecznicze, na terenie całego kraju, podlega stałemu monitoringowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach przedmiotowego rozporządzenia zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r.

Obecnie, zgodnie z ww. rozporządzeniem, pielęgniarki i położne otrzymują dodatkowe środki finansowe w wysokości 400 zł, na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia

31 sierpnia 2016 r. Kwota ta stanowi kwotę „brutto brutto”, tzn. wliczone są w niej - dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, wraz ze składnikami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, tj. wynagrodzenie wraz z pochodnymi.

Jak wspomniano powyżej przedmiotowe rozporządzenie zapewnia dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o:

1) 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę 400 zł wskazaną powyżej;

2) 1200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;

3) 1600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2.

Ponadto informuję, że aktualnie w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, będącego zespołem branżowym przy Radzie Dialogu Społecznego, prowadzone są prace nad rozwiązaniem systemowym normującym kwestię wynagrodzeń w ochronie zdrowia. W dniu 4 kwietnia br. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło partnerom społecznym wstępną propozycję projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która ma stanowić materiał wyjściowy dla opracowywanego rozwiązania docelowego. W toku dys-

kusji nad tą propozycją zarówno strona związkowa, jak i strona pracodawców podkreślały konieczność wskazania źródeł finansowania wszelkich rozwiązań dotyczących kwestii płacowych. Z inicjatywy członków Zespołu dodatkowo powołany został podzespół roboczy do spraw projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, które odbyło się w dniu 21 czerwca br. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił wstępny projekt ustawy regulującej minimalne wynagrodzenia zasadnicze pracowników medycznych podmiotów leczniczych. Podstawowym założeniem projektowanego rozwiązania jest ustanowienie dla pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wysokości minimalnych wynagrodzeń zasadniczych stanowiących krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz współczynnika pracy określonego dla każdej z grup zawodowych. Strona pracodawców oraz NSZZ „Solidarność” i OPZZ uznali za zasadne prowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia dalszych prac nad projektem przedmiotowej regulacji. Partnerzy społeczni wnioskowali o prowadzenie prac legislacyjnych bez zbędnej zwłoki. Forum Związków Zawodowych wstrzymało się od głosu i zapowiedziało zgłoszenie swojego stanowiska co do trybu prowadzenia prac nad tym projektem w terminie późniejszym.

Mając powyższe na uwadze pragnę jednak zapewnić, że realizacja podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych będzie kontynuowana na dotychczasowych zasadach.

W odniesieniu do poprawy wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce, informuję, że jednym z istotnych problemów

ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1000 mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem, który wynosi 5,4. Mając na uwadze powyższy wskaźnik, resort zdrowia zaplanował w perspektywie finansowej 2014-2020 w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego realizację działań, których celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwania demograficznych.

W procesie programowania wsparcia ze środków Unii Europejskiej, w tym w szczególności w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju brały pod uwagę sytuację kadry pielęgniarskiej i położniczej w Polsce. Punktem wyjścia dla planowanej interwencji EFS w latach 2014-2020, dotyczącej wsparcia kadr systemu ochrony zdrowia, były wystąpienie w niedługiej perspektywie czasu znacznego deficytu wśród kadr pielęgniarek i położnych oraz zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Mając na uwadze wagę wyzwania w kontekście kadry medycznej w Polsce, w tym w szczególności dotyczących pielęgniarek i położnych oraz biorąc pod uwagę zakres interwencji możliwej do sfinansowania z EFS, podjęto decyzję o skoncentrowaniu działań dedykowanych rozwojowi kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Na te działania wyodrębniono specjalną oś priorytetową Wsparcie dla obszaru zdrowia, w której na kształcenie kadr medycznych zostanie przeznaczony ok. 221 mln euro.

Interwencja zaplanowana w PO WER będzie oddziaływała na kształcenie przeddyplomowe pielę-

gniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości kształcenia praktycznego poprzez tworzenie Centrów Symulacji Medycznej, a jej głównym celem jest zwiększenie liczby absolwentów studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Zaplanowano, że docelowa wartość wskaźnika w 2023r.- dodatkowa liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskają uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wyniesie 10 625 osób.

W listopadzie 2015 r. Minister Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich ogłosił konkurs pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków”.

Przedmiotem konkursu jest realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Projekty składane w odpowiedzi na przedmiotowy konkurs zakładają przygotowanie programu rozwojowego, który przyczyni się do wzrostu o min. 25% liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwa i/lub położnictwa u Projektodawcy w stosunku do średniej liczby absolwentów tych kierunków (poziom licencjata pielęgniarstwa i/lub położnictwa) z ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu. Projekty realizowane będą w formie partnerstwa uczelni z podmiotami leczniczymi lub związkami pracodawców branży ochrony zdrowia, które zgodnie z założeniem konkursu mają zapewnić zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) dla minimum 15% absolwentów przez okres co najmniej 12 miesięcy od chwili zakończenia udziału w projekcie. Jednocześnie zatrudnienie nowych pielęgniarek i położnych (absolwentów uczelni, z którą została podpisana umowa partnerska) nie może spowodować

zmniejszenia wskaźnika zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym w odniesieniu do danych z ostatnich trzech lat. Wnioskodawcą mogą być szkoły wyższe publiczne bądź niepubliczne, kształcące na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo, których jednostki spełniają w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu warunki, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo na poziomie licencjata - zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym.

Alokacja na konkurs wynosi: 90 mln PLN. Nabór wniosków trwał do 5 lutego 2016 r. W odpowiedzi na przedmiotowy konkurs złożono 21 wniosków. W wyniku oceny formalno

- merytorycznej 11 wniosków zostało ocenionych pozytywnie i zgodnie z procedurą konkursową, wnioski zostały skierowane do negocjacji, które zakończyły się 3 czerwca br. Do dofinansowania zostały wybrane projekty, które bezwarunkowo uzyskały 60 punktów oraz co najmniej 60% punktów w poszczególnych kategoriach oceny spełniania kryteriów merytorycznych. Lista rankingowa 11 wybranych uczelni w ramach przedmiotowego konkursu znajduje się na stronie [www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl)

Dodatkowo w ramach PO WER Ministerstwo Zdrowia od października 2015 r. rozpoczęło realizację projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich”, komplementarnego do projektu ukierunkowanego na zwiększenie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Celem projektu jest poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających wzrost liczby pielęgniarek i położnych zatrudnianych w polskim systemie ochrony

zdrowia. W ramach projektu zaplanowano m.in. takie działania jak:

- wprowadzenie rozwiązań systemowych, przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc i poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych,

- prowadzenie nadzoru nad wdrażaniem standardów kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków, wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne,

- prowadzenie bieżącej analizy standardów kształcenia pielęgniarek i położnych pod kątem konieczności wprowadzenia zmian wynikających m.in. z aktualnych trendów demograficznych, epidemiologicznych i wejścia w życie nowych technologii,

- prowadzenie corocznej oceny stosowania norm zatrudnienia, wskaźnika migracji pielęgniarek i położnych oraz wdrożenie pilotażu dot. standaryzacji opieki pielęgniarskiej w podmiotach leczniczych,

- diagnozowanie potrzeb kadrowych pracodawców pod kątem wymaganych kwalifikacji zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie,

- analizowanie rynku usług pielęgniarskich- ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich form zatrudnienia oraz migracji pielęgniarek i położnych,

- wypracowanie modelu współpracy pomiędzy uczelniami a podmiotami leczniczymi w celu upraktycznienia systemu kształcenia pielęgniarek i położnych,

- przeprowadzenie audytów na uczelniach w zakresie tworzenia Centrów Symulacji Medycznej dla pielęgniarek i położnych,

- wsparcie pielęgniarek i położnych (studentów, absolwentów) w zakresie procesu kształcenia na rzecz wykonywania zawodu w ramach utworzonej platformy internetowej pn. Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa.

Ponadto ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego wspierane będzie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju. Rozstrzygnięty został konkurs na Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, dofinansowanie otrzyma 27 projektów. Do konkursu zgłoszono 63 wnioski. Do dofinansowania zostały skierowane projekty, które przeszły pozytywnie ocenę formalno-merytoryczną wg kolejności na liście rankingowej i do wysokości dostępnej alokacji. W ostatnim czasie zwiększona została wysokość środków w konkursie. Dzięki temu możliwe było zakontraktowanie 27 najlepiej ocenionych projektów, tj. wszystkich, które uzyskały punkty premiujące i co najmniej 112,5 pkt. podczas oceny. Całkowita alokacja wynosi 68 776 682,53 zł. W dniu 23 maja br. Ministerstwo Zdrowia podpisało pierwsze umowy w ramach konkursu wspierającego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Zgodnie z założeniami, kwalifikacje podniesie ok. 30 000 przedstawicieli tych zawodów.

W ramach realizowanych projektów pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z następujących kursów:

- ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych,
- wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,
- pielęgniarstwo onkologiczne,
- wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,
- opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
- pielęgniarstwo psychiatryczne
- rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi
- wykonanie badania spirometrycznego,
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek.



Kształcenie będzie prowadzić 27 podmiotów z całego kraju. Dzięki temu dostęp do kursów będzie dogodny dla uczestników. Lista projektów wybranych do dofinansowania znajduje się na stronie [www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl).

Przewiduje się, że wdrożenie ww. mechanizmów dot. wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wpłynie na poprawę warunków pracy tych grup zawodowych oraz spowoduje, że pielę-

gniarki i położne pracujące w polskim systemie ochrony zdrowia nie będą rezygnowały z wykonywania zawodu, a absolwenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo chętniej, niż dotychczas będą podejmować zatrudnienie w zawodzie. Zakłada się także, że działania podjęte na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wpłyną również na zwiększone zainteresowanie młodzieży podejmowaniem nauki w tych zawodach, a pośred-

nio przyczynią się do wzrostu wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce. Jednocześnie powyższe działania mają także na celu zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zapobieganie zjawisku ewentualnej emigracji zarobkowej tych grup zawodowych do krajów UE w kolejnych latach.

Z poważaniem  
Z upoważnienia **MINISTRA**  
**ZDRTOWIA**

**PODSEKRETRZ STANU**  
Marek Tombarkiewicz

## HARMONOGRAM POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ROZDZIELENIA KOLEJNEJ RATY PODWY- ŻEK DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – ZA OKRES OD DNIA 1 WRZEŚNIA 2016 r. DO DNIA 31 SIERPNI 2017 r.

**Opublikowany 18 sierpnia 2016r.**

Kwestie związane ze zwiększeniem wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w okresie od dnia 1 września 2016 r. reguluje § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem”. Uregulowana w tym przepisie procedura postępowania jest analogiczna do procedury wdrożenia podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych od dnia 1 września 2015 r.

Z powołanych przepisów wynika następujący harmonogram postępowania w sprawie zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w 2016 r. (w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.):

### **1 sierpnia 2016 r.**

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitałowa stawka roczna (patrz niżej), mają obowiązek sporządzić według stanu na dzień **1 sierpnia 2016 r.** informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tych świadczeniodawców,

zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia **nie później, niż do 14 sierpnia 2016 r.**

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia, informację, o której mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać **do dnia 14 sierpnia 2016 r.** dyrektorom właściwym oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Informacje te przekazuje się za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

**nie później, niż do dnia 28 sierpnia 2016 r.**

Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia, na podstawie przekazanych informacji dyrektorzy właści-

wych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, **w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych informacji**, do przedstawienia świadczeniodawcom zmian umów o udzielanie określonych wyżej świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących:

- wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., pozwalających zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi<sup>[1]</sup> w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej o 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia od dnia 1 września 2015 r.);
- postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Powyższe nie dotyczy umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitałowa stawka roczna. W przypadku tych umów, zgodnie z § 4

ust. 6 rozporządzenia dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani z mocy prawa do uwzględnienia w wysokości kapitacyjnej stawki rocznej od dnia 1 września 2016 r. postanowień dotyczących wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób gwarantujący pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnym podstawowej opieki zdrowotnej średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 800,00 zł (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia od dnia 1 stycznia 2016 r.). Następnie dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia powinni przekazać świadczeniodawcom odpowiednie zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

**niezwłocznie**

Zgodnie z § 4 ust. 7 rozporządzenia do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 3-10 tego rozporządzenia regulujące kwestię uzupełnienia podwyżki dla pielęgniarek i położnych za okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Analogicznie, zgodnie z § 4 ust. 8 rozporządzenia, także do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4-9 i ust. 10 zdanie pierwsze tego rozporządzenia.

Zatem w świetle powyższego – zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia – świadczeniodawcy **niezwłocznie po otrzymaniu od dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zmian umów**

**o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej** mają obowiązek przekazać propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1. **nie później, niż w ciągu 21 dni**

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia świadczeniodawcy przekazują propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo
  - upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1
- w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków porozumienia w sprawie podziału tych środków albo uzyskania pozytywnej opinii przedstawiciela tego samorządu w sprawie sposobu ich podziału, **w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji.**

**niezwłocznie**

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia **niezwłocznie po zawarciu porozumienia albo uzyskaniu pozytywnej opinii**, o których mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowe-

go Funduszu Zdrowia podpisane zmienione umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kopią porozumienia albo kopią pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału tych środków.

W przypadku zaś niezawarcia porozumienia albo nieuzyskania pozytywnej opinii, o których mowa powyżej – zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia – świadczeniodawcy mają obowiązek dokonać **niezwłocznie** podziału tych środków. W takim przypadku świadczeniodawcy dokonują tego podziału wyłącznie w równej miesięcznej wysokości, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej. Jednocześnie, świadczeniodawcy mają obowiązek **niezwłocznie** przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia kopie dokumentów potwierdzających dokonanie tego podziału wraz z podpisanymi zmienionymi umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Niewykonanie przez świadczeniodawców któregośkolwiek ze wskazanych w niniejszej informacji obowiązków skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pamiętać należy również, że w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia w okresie 1 września 2016 r. – 31 sierpnia 2017 r. jednej z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w kolejnej umowie dotyczącej tego samego rodzaju świadczeń należy uwzględnić zmienione w opisanym powyżej sposób postanowienia dotyczące wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, w tym także środków uwzględnionych w nowej wysokości kapitacyjnej stawki rocznej.

Wiceprezes NRPiP  
(-) Mariola Łodzińska  
Sporządził Andrzej Ryłski  
prawnik NPiP

[1] Przez wynagrodzenie wraz z pochodnymi należy rozumieć miesięczne wynagrodzenie, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pielęgniarki albo położnej dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy (§ 2 ust. 2 rozporządzenia).

## OPINIA NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SPRAWIE PODZIAŁU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA WYNAGRODZENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Opublikowany 12 sierpnia 2016r.

### Opinia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie podziału środków finansowych na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami jakoby opinie izb pielęgniarskich nie były niezbędne do otrzymania środków finansowych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych, o których mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyjaśnia, co następuje.

Kwestie związane ze zwiększeniem od 1 września 2015 r. i w latach kolejnych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych ze środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia regulują rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwane dalej „rozporządzeniem”, oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwane dalej „rozporządzeniem zmieniającym”.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia zmieniającego w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, mają obowiązek przekazać w terminie do dnia 14 sierpnia 2016 r. do dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tych świadczeniodawców, za- wód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3

ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia.

Na podstawie przekazanych informacji dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych informacji, do przedstawienia świadczeniodawcom zmian umów o udzielanie określonych wyżej świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących:

1) wysokość dodatkowych środków na świadczeniach opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.;

2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Podobnie, zgodnie z § 4 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, do uwzględnienia w wysokości kapitacyjnej stawki rocznej od dnia 1 września 2016 r. postanowień dotyczących wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób gwarantujący pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnym podstawowej opieki zdrowotnej

średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w wysokości określonej w § 4 ust. 6 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego.

Jednocześnie § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego wyraźnie stanowi, że w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 3-10 rozporządzenia zmieniającego, a § 4 ust. 8 rozporządzenia zmieniającego – że w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4-9 i ust. 10 zdanie pierwsze.

Powyższe bezsprzecznie przesądza, że w obydwu przypadkach zastosowanie znajdują przepisy § 2 ust. 4-7 rozporządzenia zmieniającego.

Zgodnie zatem z powyższym, świadczeniodawcy niezwłocznie po otrzymaniu od dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zmian umów o świadczenie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają obowiązek przekazać propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

1) związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo

2) upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1 w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków porozumienia w sprawie podziału tych środków albo uzyskania pozytywnej opinii przedstawiciela tego samorządu w sprawie sposobu ich podziału, w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji. Niezwłocznie po zawarciu porozumienia albo uzyskaniu pozytywnej opinii, o których mowa powyżej, świadczeniodawcy

mają obowiązek przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia podpisane zmienione umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kopią porozumienia albo kopią pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału tych środków (§ 4 ust. 7 w związku z § 2 ust. 4 i 5 rozporządzenia zmieniającego i § 4 ust. 8 w związku z § 2 ust. 4 i 5 rozporządzenia zmieniającego).

Dopiero w przypadku niezawarcia porozumienia albo niezyskania pozytywnej opinii w terminie wspomnianych wyżej 21 dni świadczeniodawcy mogą dokonać niezwłocznie podziału tych środków, ale wyłącznie w równej miesięcznej wysokości w sposób określony w § 4 ust. 5 pkt 1 albo § 4 ust. 6 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej, przy czym mają obowiązek niezwłocznego przekazania kopii dokumentu potwierdzającego dokonanie tego podziału wraz z podpisanymi zmienionymi umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego

Funduszu Zdrowia (§ 4 ust. 7 w związku z § 2 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego i § 4 ust. 8 w związku z § 2 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że w świetle powołanych wyżej przepisów rozporządzenia zmieniającego przypadki i procedura opiniowania przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych sposobu podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w § 4 rozporządzenia zmieniającego, u konkretnych świadczeniodawców jest identyczna, jak przypadki i procedura, w których samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych opiniował sposób podziału tych środków finansowych u konkretnych świadczeniodawców, należnych na podstawie § 2 rozporządzenia oraz na podstawie § 2 rozporządzenia zmieniającego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa również, że zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego niewykonanie przez świadczeniodawców obowiązków wynikających z § 2 ust. 2-6

rozporządzenia zmieniającego w ramach procedury podziału środków finansowych, o których mowa w § 4 tego rozporządzenia, skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zasadne jest informowanie dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o wszelkich znanych przypadkach niewykonania przez świadczeniodawców opisanych wyżej obowiązków w zakresie występowania do przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych o zaopiniowanie propozycji sposobu podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w § 4 rozporządzenia zmieniającego.

Prezes NRPIP (-) Zofia Małas  
Sporządził:  
Andrzej Ryłski prawnik NIPiP

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

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

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

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

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

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

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

## Przy NRPIP powstaje zespół ekspertów koordynujący tworzenie rekomendacji w zakresie postępowania z pacjentami z NTM

**Jest wiele do zrobienia w obszarze poprawy jakości opieki nad pacjentem z nietrzymaniem moczu. Polskie pielęgniarki mają do dyspozycji pełen wachlarz środków pomocniczych, ale nie zawsze wiedzą, jak efektywnie z nich korzystać i jakie są między nimi różnice. Dlatego potrzebne jest wprowadzenie standardów postępowania oraz kompleksowa edukacja w tym zakresie. Takie są wnioski ze zorganizowanej w połowie września w ramach XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich sesji „Profilaktyka, diagnostyka, leczenie i higiena pacjenta z NTM”.**

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, zgodnie z Ustawą z 1 lipca 2011 r., nie tylko sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu ale także m.in. zajmuje się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, jako organ samorządu zawodowego, jest więc najważniejszym podmiotem do wytyczenia standardu praktyki pielęgnowania i opieki nad osobami z NTM.

- Co jest potrzebne pacjentowi z NTM? – zadała pytanie Elżbieta Szwałkiewicz, przewodnicząca Koalicji na Pomoc Niesamodzielnym, wieloletnia konsultantka kraju w dziedzinie pielęgniarstwa osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. – Żeby mógł właściwie funkcjonować, powinien: mieć dostęp do sprzętu, produktu i środków pielęgnujących, zostać odpowiednio wyedukowany w zakresie ich stosowania przez kompetentne osoby zlecające oraz mieć możliwość refundacji tych środków.

Wg Elżbiety Szwałkiewicz, osoba z NTM jest pacjentem szczególnym, ze względu na wymiar psychiczny schorzenia. Składają się na niego nieustanny strach przed przeciekaniem i

przykrym dla otoczenia zapachem, lęk o brak środków na właściwe zabezpieczenie skóry i bielizny osobistej przed zabrudzeniem, codzienne trudności z właściwym funkcjonowaniem a także świadomość zależności od opieki zewnętrznej, poczucie wstydu i utrata sfery intymnej. Tym większa jest więc rola pielęgniarki w dotarciu do takich pacjentów i zapewnieniu im właściwej opieki.

- Bardzo odbiegamy od tego co dzieje się w krajach ościennych, nawet tych biedniejszych – mówiła Elżbieta Szwałkiewicz – W zasadzie dysponujemy tym, co na świecie, tylko nie zawsze mamy wystarczającą wiedzę w tym zakresie. Wiele z nas, pielęgniarek nie rozróżnia produktów chłonnych stosując jedynie nazwę „pampers”!. Tymczasem żadna pielęgniarka nie powinna proponować dorosłemu człowiekowi „pampersa”, bo to go po prostu obraża!

Dlatego tak ważna jest edukacja pielęgniarek w tym zakresie. Mówiła o tym podczas swojego wystąpienia Anna Sadkowska, dyrektor ds. pielęgniarstwa Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Ochota.

- Sytuacja jest delikatna a problemów dużo. Pacjenci się wstydzą, my czasami też się wstydzimy o tym mówić, w gabinetach lekarskich nie ma na to czasu, dlatego cała odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarkach, w dobrej rozmowie. A żeby potrafić ją przeprowadzić, potrzebne są kursy specjalistyczne i przypominające.

Anna Sadkowska zwróciła uwagę, że są problemy z delegowaniem pielęgniarek na szkolenia. Zwróciła się więc z apelem do osób zarządzających placówkami, by umożliwić pielęgniarkom edukację, zwłaszcza, że mają zapisane w ustawie podnoszenie kwalifikacji. - Dobrze, żeby w każdej placówce był taki lider, osoba, do której pacjent uda się po poradę. Mo-

że powinna to być pielęgniarka epidemiologiczna? Myślę, że zaczniemy działać w tym kierunku, mamy wiele ośrodków, wystarczy napisać program i ruszać.

Do koncepcji stworzenia szkoleń w zakresie pomocy osobom z NTM odniosła się Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

- Chcemy stworzyć grupę ekspertów działających przy NRPIP. Mamy nadzieję, że to gremium wypracuje rekomendacje dotyczące jakości opieki nad pacjentem z NTM, w oparciu o które będzie można rozpocząć szkolenia. Minister Radziwiłł powiedział niedawno podczas spotkania z nami, że w aspekcie funkcjonowania służby zdrowia widzi ogromną rolę pielęgniarki w POZ. My również ją widzimy. Jesteśmy świetnie wykształcone, często i chętnie uczestniczymy w kursach i szkoleniach. Dlatego chętnie podniesiemy swoje kwalifikacje także w obszarze opieki nad pacjentem z nietrzymaniem moczu.

Wniosek z sesji dotyczącej roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z NTM jest jeszcze jeden – pielęgniarka może w zasadniczy sposób wpłynąć na życie chorego. Dzięki właściwemu doradztwu i odpowiedniemu doborowi produktów kompensujących utraconą sprawność zwieraczy, może nie tylko reagować na skutki choroby ale też dać szansę osobie niepełnosprawnej z NTM na poprawę jakości życia. Może zmienić diagnozę „niezdolny do samoobsługi” .... na „zdolny do samoobsługi ...”.

- Pielęgniarka jest jak cudotwórca – podsumowała Elżbieta Szwałkiewicz. - Może zrobić z pacjenta samodzielnego i niesamodzielnego, może zamienić los człowieka w normalność albo totalny horror.

Osoba do kontaktu:  
Mariola Łodzińska,  
wiceprezes NRPIP

**Stanowisko  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 18 października 2016 r.**

**w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek**

Wyrażamy stanowczy sprzeciw w związku z planowanym przez Ministra Zdrowia projektem zmian w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek polegającym na powrocie do koncepcji kształcenia z okresu powojennego, czyli przywróceniu modelu zawodu pielęgniarki jako pomocniczego, a nie samodzielnej profesji medycznej, funkcjonującej zgodnie ze standardami międzynarodowymi. Nie wyrażamy zgody na stosowanie przemocy politycznej w odniesieniu do jednej z kluczowych grup zawodowych w ochronie zdrowia, tj. ponad trzystutysięcznego środowiska pielęgniarek i położnych oraz zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów, jakie planowane zmiany mogą spowodować.

**Uzasadnienie:**

Organizacje pielęgniarskie, reprezentując całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa, wyraziły swoje zaniepokojenie i sprzeciw wobec zamierzeń rządu, które dotyczą zmiany systemu kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki. Stronie rządowej przedstawiono wspólne Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 lipca 2016 r., które zostało poparte podczas XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich w dniu 15 września 2016 r. w Warszawie przez pielęgniarskie towarzystwa specjalistyczne. Niestety, aktualne działania Ministra Zdrowia są sprzeczne z wskazanym Stanowiskiem.

2. Przedstawiony przez Ministra Zdrowia w piśmie z dnia 3 października 2016 r. sygn. PRL.022.1281.2016.AK projekt zmian w systemie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek, przekazany do Ministra Edukacji wraz z projektem zmian ustawowych, nie był przygotowywany w porozumieniu z głównymi adresatami tych zmian, czyli pielęgniarkami. Powstał przy pełnej wiedzy Ministra Zdrowia w zakresie braku zgody pielęgniarek na zmiany polegające na deprecjacji naszego zawodu. Działania Ministra Zdrowia są w naszej ocenie formą przemocy politycznej, a nie działaniem dla dobra pacjentów i pielęgniarek.

3. Nasze głębokie zaniepokojenie budzi również wykazany w przedłożonym przez Ministra Zdrowia projekcie brak rozumienia prawa europejskiego, odno-

szącego się do kształcenia pielęgniarek i uruchamianie działań, które stanowią jawne pogwałcenie obowiązujących Dyrektyw 2005/36/EC oraz 2013/55/EU, które dotyczą wzajemnego uznawania kwalifikacji.

4. Współczesne pielęgniarstwo to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i szczegółowo regulowanym systemie kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego, mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Tytuł zawodowy pielęgniarki jest prawnie chroniony i nie może być utożsamiany z grupą zawodową personelu przygotowanego do zadań pomocniczych w systemie ochrony zdrowia, czy opieki społecznej. Byłby to powrót do definicji zawodu z lat 50. i 70. ubiegłego wieku.

5. Wyniki badań naukowych jednoznacznie pokazują, że istnieje ścisły związek między poziomem wykształcenia pielęgniarek, a bezpieczeństwem pacjentów. Edukacja pielęgniarek na poziomie licencjackim, zgodna z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawa unijnego, koreluje z uzyskiwanymi efektami świadczeń medycznych – powoduje wzrost jakości opieki oraz spadek liczby zdarzeń niepożądanych, takich jak: zakażenia, odleżyny, rehospitalizacje, wydłużony pobyt pacjenta w szpitalu, upadki oraz zgony pacjentów. Każdy 10% wzrost zatrudnienia pielęgniarek z tytułem licencjata w oddziale szpitalnym powoduje obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych o 7% (Aiken et al., 2014, Wójcik-Wieczorek B., 2016). Wyższy poziom kształcenia oraz coraz szersze kompetencje pielęgniarek gwarantują bezpieczeństwo pacjenta, co powinno być kluczowym kryterium w planowanych zmianach, które dotyczą kadr medycznych.

6. Odnosząc się do potrzeby pilnego rozwiązania niedoboru personelu opiekuńczego i pielęgniarskiego w placówkach ochrony zdrowia, oczekujemy od Ministra Zdrowia zarówno strategii działań w zakresie wzmocnienia i promocji zawodu pielęgniarki w Polsce, jak i długofalowej strategii rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, a nie doraźnych działań prowadzących do eskalacji konfliktu w sektorze zdrowia i dalszego pogarszania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

7. W imieniu środowiska pielęgniarskiego żądamy niezwłocznej realizacji rekomendacji zawartych w do-

kumencie „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze. Rekomendacje i ich realizacja”, zaakceptowanym przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 2 września 2015 roku. Nie-

zbędne są konstruktywne, długofalowe działania rządu w zakresie poprawy zabezpieczenia dostępności do opieki pielęgniarskiej w naszym kraju.

Prezes ZG PTP



Grażyna Wójcik

Przewodnicząca OZZPiP



Lucyna Dargiewicz

Prezes NRPiP



Zofia Małas

## Stanowisko Nr 2 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 września 2016 roku

**w odniesieniu do treści Komunikatu w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami oraz wytycznych Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne**

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

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

W ocenie Prezydium NRPiP brak jest podstaw do formułowania oraz wyrażania sugestii dotyczących występowania naruszeń prawa w obszarze związanym z realizacją zleceń



Joanna Walewander

lekarskich w stopniu bezpośrednio zagrażającym pacjentom, pielęgniarkom, położnym które uzasadniałyby prowadzenie w tym obszarze masowych szkoleń adresowanych tylko do pielęgniarek i położnych. W praktyce udzielanych świadczeń zdrowotnych problem wystawienia pisemnego zlecenia leży po stronie lekarzy. To nie pielęgniarki i położne mają dbać o prawidłowe wydawanie zleceń lekarskich, ale sami lekarze jako profesjonaliści winni przywiązywać należyłą staranność do zachowania pisemnej formy zlecenia. Prezydium NRPiP dostrzegając potrzebę dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta oraz występowanie pojedynczych przypadków nieprawidłowości w obszarze udzielanych świadczeń zdrowotnych, widzi zasadność realizacji szkoleń obejmujących szereg istotnych aspektów komunikacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego, min. przekazywania niezbędnych w procesie terapeutycznym informacji dotyczących pacjenta, w tym również prawidłowości wydawania przez lekarzy zleceń oraz ich wykonywania przez pielęgniarki i położne. Jednak realizacja przez podmioty lecznicze wytycznych wskazanych w komunikacie, w sposób wybiórczy i dotyczący tylko niektórych grup zawodowych zaangażowanych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych tj. pielęgniarek i położnych jest w ocenie Prezydium NRPiP działaniem, którego rzeczywisty skutek będzie znacząco odbiegał od zakładanego efektu. Zdaniem Prezydium NRPiP szkolenia takie powinny obejmować przede wszystkim lekarzy, ewentualnie lekarzy oraz pielęgniarki i położne, w innym przypadku brak jest celowości ich przeprowadzania.



Zofia Małas



### 13 września w Warszawie odbyły się obchody XXV-lecia funkcjonowania najliczniejszego medycznego samorządu w Polsce - samorządu pielęgniarek i położnych.

Nie zabrakło wspomnień, serdecznych życzeń i pamiątkowych odznaczeń, ale także ważnych słów dotyczących przyszłości zawodu. Uroczystość uświetniło swoją obecnością wielu znamienitych gości. Nie zabrakło wspomnień, serdecznych życzeń i pamiątkowych odznaczeń, ale także ważnych słów dotyczących przyszłości zawodu. Uroczystość uświetniło swoją obecnością wielu znamienitych gości. Zofia Małas w swoim przemówieniu wspomniała o początkach samorządu, który nie powstałby, gdyby nie silne zaangażowanie wielu osób z różnych środowisk, niezrażonych piętrzącymi się przed nimi problemami i przeszkodami. Prezes NRPiP przypomniała również dokonania samorządu, m.in. ustalenie zasad etyki zawodowej czy wspieranie pielęgniarek w walce o poprawę warunków pracy. Jednocześnie wskazała, że po 25 latach funkcjonowania przed samorządem stoją nowe wyzwania i problemy, przede wszystkim niedobór pielęgniarek i położnych, a także rosnąca średnia ich wieku. Zofia Małas podkreśliła, że przywrócenie liceów pielęgniarskich nie rozwiąże tego problemu.



W związku z wejściem Polski do UE prawie 40 tys. pielęgniarek ukończyło studia pielęgniarskie. Samorząd nie zgodzi się na powrót do dawnego systemu kształcenia. Będziemy ostro bronić naszego wspólnego stanowiska, aby kształcenie pielęgniarek i położnych było takie, jakie jest w większości krajów Unii Europejskiej i rozwiniętych krajów świata – mówiła. W trakcie uroczystości został odczytany list od premier Beaty Szydło, która w ciepłych słowach zapewniła o swoim uznaniu dla pracy pielęgniarek i położnych. "Polacy wiedzą, że kiedy zajdzie potrzeba mogą liczyć na Warszawską troskliwą i profesjonalną opiekę. To z Państwem pacjenci mają najczęściej bezpośredni kontakt. Z całego serca dziękuję za poświęcenie, odwagę i profesjonalizm" – napisała pani premier. Swoje listy wysłali także Prezydent RP Andrzej Duda, marszałkowie Sejmu i Senatu.

Obchody swoją obecnością zaszczylił m.in. wiceminister rodziny, pracy i polityki społecznej Stanisław Szwed, który zapewnił, że jego resort jest otwarty na dalszą współpracę z samorządem pielęgniarskim. Wyraził nadzieję, że zawód pielęgniarki będzie doceniany również finansowo. XXV-lecie było doskonałą okazją do uhonorowania najbardziej zasłużonych dla zawodów pielęgniarek i położnych osób. Wręczone zostały okazjonalne, rocznicowe medale, a także statuetki „Cierpiącym przywrócić nadzieję”, czyli najwyższe wyróżnienie za wybitne osiągnięcia na rzecz pielęgniarek i położnych, przyznawane instytucjom lub osobom. Dodatkowe odznaczenia złote i srebrne „Zasłużony dla samorządu pielęgniarek i położnych” przyznano członkom samorządu za zasługi w działalności na rzecz samorządu oraz upowszechniania etyki zawodowej, wzorowe wykonywanie obowiązków na rzecz organów samorządu, współdziałanie na rzecz integrowania środowiska zawodowego oraz podejmowanie działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa i organizacji ochrony zdrowia.

<http://25lecie.nipip.pl/2016/09/24/obchody-centralne/>





MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ

Warszawa, 27 października 2016 r.  
DPPI-WPPiP. 400.12. 2016. JS

Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia

**Szanowny Panie Ministrze,**

odnosząc się do uwag, które wpłynęły do Ministerstwa Edukacji Narodowej, w sprawie projektów: ustawy — Prawo oświatowe oraz ustawy — Przepisy wprowadzające ustawę — Prawo oświatowe (pismo nr PRL.022.1281.2016.AK z 3 października 2016 r.), uprzejmie dziękuję za analizę ww. projektów i nadesłane uwagi, jednocześnie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Uprzejmie informuję, że uwagi zgłoszone do projektu ustawy wprowadzającej ustawę - Prawo oświatowe w zakresie zmian w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej związanych z wprowadzeniem szkoły pielęgniarstwa (trzyletniej branżowej szkoły II stopnia) oraz kształcenia pielęgniarek w trzyletniej branżowej szkole II stopnia nie mogą zostać uwzględnione w tym projekcie ustawy. Wprowadzenie do systemu oświaty szkoły pielęgniarstwa wymaga przeprowadzenia szczegółowej analizy.

W związku z powyższym, nie zostaną uwzględnione uwagi zgłoszone do projektu ustawy Prawo oświatowe dotyczące:

a) zmiany art. 18 ust. 1 pkt 2 lit. e polegającej na dodaniu trzyletniej branżowej szkoły II stopnia;

b) dodania w art. 47 ustępu 2a dotyczącego określenia, w drodze rozporządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, podstawy programowej oraz ramowego planu nauczania kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa;

dodania w art. 165 ustępów 5a-5b dotyczących wpisu do ewi-

dencji szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie pielęgniarstwa;

d) dodania w art. 173 ustępów 3a-3b dotyczących nadawania uprawnień szkoły publicznej szkole prowadzącej kształcenie w zawodzie pielęgniarstwa;

e) dodania w art. 176 ustępu 1a dotyczącego cofnięcia uprawnień szkoły publicznej szkole prowadzącej kształcenie w zawodzie pielęgniarstwa.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że uwzględniona została uwaga polegająca na dodaniu w art. 8 ustępu 10a dotyczącego możliwości zakładania i prowadzenia przez Ministra Zdrowia publicznej placówki doskonalenia nauczycieli przedmiotów zawodowych o zasięgu ogólnokrajowym w zakresie nauczania w zawodach, dla których zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego, o której mowa w art. 46 ust. 1, ministrem właściwym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Zgodnie z roboczymi uzgodnieniami, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego pismem NS-ZM.073.46.2016 z dnia 24.10.2016 r. przekazał wkład do Oceny Skutków Regulacji w zakresie wpływu tej zmiany na sektor finansów publicznych ze wskazaniem budżetu MZ jako źródła finansowania.

Ponadto uwzględniona została również propozycja zmiany art. 63 ust. 2, 7 i 8 projektu ustawy — Prawo oświatowe, zaproponowana w ww. piśmie polegająca na uwzględnieniu ministra właściwego do spraw zdrowia w określaniu wymagań, jakie będą stawiane osobom ubiegającym się o stanowisko dyrektora tej placówki.

Odnosząc się do uwagi zgłoszonej do art. 10 projektu ustawy — Prawo oświatowe, dotyczącej nałożenia na organ prowadzący szkołę publiczną i szkołę niepubliczną obowiązku zapewnienia warunków do realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych, tj. odpowiedzialności i finansowania utworzenia, wyposażenia i eksploatacji szkolnego gabinetu profilaktyki zdrowotnej, w tym gabinetu lekarza i lekarza dentystry, uprzejmie informuję, że uwaga nie może zostać przyjęta.

Projektowany zapis w art. 103 ust. 1 pkt 4 ustawy utrzymuje obecnie funkcjonujące gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, zorganizowane zgodnie z art. 67 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty znowelizowanej art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw.

W opinii Ministra Edukacji Narodowej gwarancja zabezpieczenia realizacji prawa ucznia do profilaktycznej opieki zdrowotnej wynika z określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wykazu świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem poziomu lub sposobu finansowania oraz warunków realizacji, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Realizacja powyższych zobowiązań opiera się na przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86), w którym zawarto wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji.

Należy także mieć na uwadze, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny podlegać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 739), że gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole działa w strukturze podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w opinii Ministra Edukacji Narodowej dopiero na podstawie powyższych przepisów zasadna staje się konieczność przygotowania przez szkołę gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, w zakresie pozostającym w kompetencji organu prowadzącego.

Szkoła nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, ale na podstawie nowelizacji przepisów od 1 września 2016r. zapewnia pomieszczenie do wykonywania świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania zakontraktowanej przez NFZ pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej, w tym pomieszczenia posiadające: podstawowe meble, umywalkę, dozowniki na mydło i środek dezynfekcyjny, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, a także meble, podłogi i łączenia podłóg, które umożliwiają ich mycie oraz dezynfekcję.

Obligatoryjne zobowiązanie organów prowadzących szkoły do tworzenia, wyposażenia i utrzymywania gabinetu pielęgniarstwa albo higienistki szkolnej jest nałożeniem na nie nowego zadania, które wiąże się z koniecznością ponoszenia określonych wydatków na jego realizację, zatem

zapis taki wymaga od ustawodawcy nie tylko przeprowadzenia rzetelnych analiz i wyliczeń, w tym także w obszarze wpływu na rodzinę, obywateli i gospodarstwa, ale i określenia źródeł finansowania.

W związku z powyższym, proponowany zapis powinien być z jednej strony uszczegółowiony o wskazanie elementów wyposażenia tych gabinetów, w szczególności medycznego oraz o wskazanie źródeł finansowania tych zadań.

Odnosząc się do zapewnienia uczniom opieki lekarza i lekarza dentystry – zgodnie z expose Pani Premier, w opinii Ministra Edukacji Narodowej ustalenia wymaga zarówno zakres świadczeń, jak i sposób realizacji przez właściwe podmioty. Pielęgniarka i higienistka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z warunkami określonymi w cz. III rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Liczba uczniów na etat przeliczeniowy pielęgniarki wynosi 880-110. W sytuacji, gdy liczba uczniów w szkole jest niższa niż wskazana, pielęgniarka obejmuje świadczeniami opieki zdrowotnej uczniów w więcej niż jednej szkole.

Odnosnie lekarza i lekarza dentystry – obecnie świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza dentystry spośród lekarzy dentystry, którzy zawarli umowę o dziełnie świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązujące przepisy nie określają standardów opieki nad uczniami.

Przy szacunkowym koszcie uruchomienia i wyposażenia jednego gabinetu lekarskiego i dentystrycznego na poziomie 200.000 zł. ( szacunek z 2008r. ), wdrożenie proponowanego rozwiązania tylko w szkołach publicznych skutkowałoby koniecznością wydatkowania środków w wysokości ponad 12 miliardów złotych.

Oszacowania wymaga zatem zakres i koszt związany z utworzeniem, wyposażeniem i utrzymaniem

tych gabinetów, przy czym koszt ten – według propozycji Ministra Zdrowia – miałby obciążyć publiczne i niepubliczne organy prowadzące szkoły. Jednocześnie brak jest danych na temat możliwości efektywnego wykorzystania gabinetów lekarskich i dentystrycznych w kontekście liczby lekarzy i lekarzy dentystry, którzy podjęliby prace w tych gabinetach. W przypadkach małych szkół gabinety te mogłyby być wykorzystywane w niewielkim stopniu.

Przykładowo, pielęgniarka lub higienistka szkolna obejmująca świadczeniem minimalną liczbę 880 uczniów w małych szkołach (liczących 70 uczniów) może przeznaczyć na jedną szkołę proporcjonalnie ponad 1/12 etatu. Zatem mogłaby być obecna w szkole raz na 2,5 tygodnia. Tymczasem wg stanu na wrzesień 2015r. liczba szkół dla dzieci i młodzieży wynosiła 27.190, w tym na wsi 12.980, natomiast tzw. szkół „małych” liczących 70 uczniów i mniej było odpowiednio 9.098, w tym 5.181 na wsi.

W powyższej sytuacji organizacyjnej oraz demograficznej zasadne jest pytanie o efektywność przeznaczania przez jednostkę samorządu terytorialnego prowadzącą szkoły środków na obligatoryjne tworzenie, wyposażenie i utrzymywanie gabinetów spełniających warunki do realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych, w tym gabinetów lekarza i lekarza dentystry uwzględniających lokalne potrzeby i możliwości w tym zakresie.

Wobec przedstawionych powyżej problemów i wątpliwości, w szczególności kwestii dotyczących braku określenia sutków finansowych, wskazania źródła finansowania proponowanego rozwiązania oraz braku analizy efektywności wykorzystania powstałych w każdej szkole gabinetów pielęgniarstwa lub higienistek szkolnych, lekarzy i dentystry – proponowany przepis jest w opinii Ministra Edukacji Narodowej przedwczesny.

Propozycja wprowadzenia do projektu ustawy – Prawo oświatowe

przepisu dotyczącego zobowiązania organów prowadzących szkoły do tworzenia, wyposażenia i utrzymania gabinetów, w tym gabinetów lekarza i lekarza dentystry wydaje się przedwczesna także w kontekście etapu prac koncepcyjnych prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia nad rozwiązaniami systemowymi w stomatologii dziecięcej.

Jednocześnie, wyrażamy nadzieję, że zapowiadana przez Ministra Zdrowia zmiana organizacyjna i finansowa, dotycząca optymalizacji systemu opieki zdrowotnej, która zostanie opracowana i wdrożona we współpracy międzyresortowej, obejmuje w sposób kompleksowy również warunki opieki zdrowotnej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania.

Jednocześnie, uprzejmie informuję, że uprzejmie informuję, że uwaga dotycząca art. 68 ust.1 zostanie uwzględniona.

Uwaga dotycząca art. 103 ust. 1 została uwzględniona w zakresie zastąpienia gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej

– nazwą gabinet profilaktyki zdrowotnej.

Odnosząc się do uwagi dotyczącej art. 137 ust. 1, uprzejmie informuję, że została ona uwzględniona. Propozycja zastąpienia orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza specjalistę, orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest zasadna.

Uwaga zgłoszona przez Ministerstwo Zdrowia dotycząca skreślenia przepisu art. 142 ust. 2, a w konsekwencji tej zmiany skreślenia w ust 3 zdania drugiego, dotyczących przedłożenia przez kandydatów do szkół artystycznych zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w danej publicznej szkole lub publicznej placówce artystycznej, wydanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie może zostać uwzględniona w proponowanym brzmieniu, w związku ze stanowiskiem Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego.

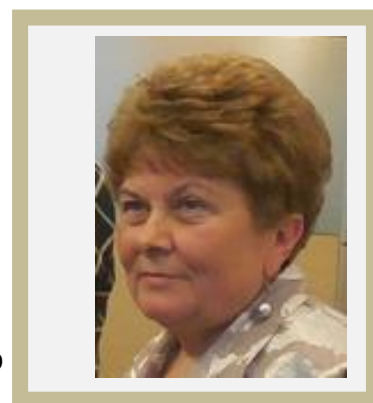
Zajęcia artystyczne prowadzone w szkołach artystycznych, w tym np.

szkołach baletowych czy szkole sztuki cyrkowej, wymagają posiadania przez uczniów nie tylko predyspozycji i uzdolnień w zakresie danej dziedziny sztuki, ale również odpowiednich warunków zdrowotnych, które muszą być zidentyfikowane przed rozpoczęciem nauki w szkole artystycznej. Wymagane zatem zaświadczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych – zdaniem MKiDN – jest niezbędnym elementem postępowania rekrutacyjnego do szkół artystycznych. Zważywszy, że resort kultury nie czuje się właściwym do oceny kompetencji lekarzy poszczególnych specjalności, konieczne wydaje się wskazanie przez Ministerstwo Zdrowia w przedmiotowym przepisie (art. 142 ust. 2 projektu ustawy Prawo oświatowe) lekarza, który zgodnie z posiadanymi kompetencjami może potwierdzić zaświadczeniem brak przeciwwskazań zdrowotnych kandydata do podjęcia kształcenia w danej publicznej szkole lub publicznej placówce artystycznej.

z poważaniem  
Anna Zalewska

## Pielęgniarce Eugenii Denickiej

**wieloletniej Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Dziecięcego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, Przewodniczącej Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia w Białej Podlaskiej w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego oraz współpracę z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych życzliwość, koleżeńskość i serdeczność oraz życzenia dobrego zdrowia, spełnienia swoich marzeń, radości i pomyślności w życiu osobistym.**



W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca



## INFORMACJE



WYSTAWA



### Pielęgniarki w habitach

Żeńskie zgromadzenia zakonne w posłudze chorym

22 kwietnia 2015 roku o godz. 12.00

MUZEUM KOLEKCJI IM. JANA PAWŁA II

Galeria Porczyńskich

Plac Bankowy 1, Warszawa



**W dniu 26 kwietnia 2016 r. w Oddziale Głównej Biblioteki Lekarskiej w Białej Podlaskiej odbyło się otwarcie wystawy „Pielęgniarki w habitach. Żeńskie zgromadzenia zakonne w posłudze chorym”.**

W uroczystości uczestniczyli członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej: Anna Migasiuk- wiceprzewodnicząca ORPiP, Marzena Tomczak – OrzOZ, Danuta Pawlik – sekretarz ORPiP.

Wystawa, która została przygotowana przez Główną Bibliotekę Lekarską, ukazuje historię wybranych żeńskich zgromadzeń zakonnych, zaangażowanych w niesienie pomocy chorym i potrzebującym.

Już od średniowiecza działalność zakonów była ściśle związana z rozwojem szpitalnictwa na terenie całej Europy. Postulat niesienia pomocy potrzebującym zawarto w wielu regułach zakonnych. Pielęgowanie cho-

rych stanowiło realizację ewangelicznego przykazania miłości bliźniego i bardzo długo pozostawało domeną zgromadzeń zakonnych. Zmiany przyniósł dopiero początek XX w., kiedy to zaczęły powstawać szkoły kształcące zawodowe pielęgniarki.

Do dnia dzisiejszego siostry zakonne angażują się w prowadzenie dzieł miłosierdzia – pracują jako pielęgniarki i chociażby w hospicjach, domach opieki oraz szpitalach. Wystawa Pielęgniarki w habitach, ukazuje historię wybranych zgromadzeń sióstr zakonnych zaangażowanych w niesienie pomocy chorym i potrzebującym. Przypomina także o ich bezcennym poświęceniu ludziom biednym i opuszczonym. W tych



wszystkich działaniach kierują się miłością i oddaniem bliźniemu.

Zamieszczone fotografie z lat 1940-1941 autor-

stwa Eugeniusza Lokajskiego dokumentują pracę zakonnic Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia w warszawskim Szpitalu Św. Ducha. Część materiałów dotycząca Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia została przekazana przez Dom Prowincjonalny Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo przy ul. Tamka 35 w Warszawie. Dokumenty i fotografie ukazujące Sercanki zostały udostępnione przez Archiwum Główne Służebnic Najśw. Serca Jezusowego. Część materiałów pochodzi z Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa oraz Archiwum Sióstr Pasjonistek w Warszawie. Podczas tworzenia wystawy skupiono się na roli, jaką Siostry odegrały w służbie zdrowia i szpitalnictwie. Prezentowane materiały dotyczą działalności takich zgromadzeń jak Szarytki, Elżbietanki, Franciszkanek, Sercanki oraz Pasjonistki. Osobne tablice poświęcono ewangelickim diakonisom. Starano się także ukazać bohaterstwo w niesieniu pomocy rannym w okresach wojennych, w tym w Powstaniu Warszawskim.

Danuta Pawlik  
Sekretarz ORPiP

## MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELEŃNIARKI I DZIEŃ POŁOŻNEJ

**8 maja** to dzień, w którym położne w Polsce obchodzą swoje święto – Dzień Położnej, w rocznicę urodzin wielkiej postaci polskiego położnictwa Stanisławy Leszczyńskiej, która uwięziona w niemieckim obozie koncentracyjnym Auschwitz II – Birkenau (jako więzień nr 41335), pełniła tam funkcję położnej.

**12 maja** obchodzony jest w Polsce Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki. Data 12 maja nie została wybrana przypadkowo. Tego dnia urodziła się Florence Nightingale (w 1860 roku przy szpitalu św. Tomasza w Londynie) uważana za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa, założycielka pierwszej szkoły pielęgniarstwa.

W tym roku święto obchodzone jest pod hasłem: **„Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian, kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia”**. Chodzi o zwrócenie uwagi na problemy zdrowotne ludności na świecie oraz na rolę pielęgniarek i położnych, jaką pełnią w zapewnieniu dostępu do opieki medycznej oraz profilaktyki.

Pielęgniarki i położne stanowią w Polsce jedną z najliczniejszych grup zawodowych, a praca jaką wykonują wymaga nie tylko wysokich kwalifikacji, ale także wyjątkowego poświęcenia i oddania. O sukcesie w zawodzie decyduje profesjonalizm, wrażliwość, umiejętność współodczuwania oraz zrozumienia człowieka w jego cierpieniu.

W bieżącym roku przypada jubileusz XXV-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Początki samorządu zawodowego wiązały się z zapałem, bezinteresownością i poświęcaniem swojego własnego czasu na obradach, gdzie wypracowywano stanowiska służące pielęgniarkom i położnym. To właśnie dzięki działalności samorządowej, artykułowaniu na zewnątrz swoich potrzeb, pielęgniarki i położne osiągnęły samodzielność zawodową oraz prawną, a także większą dbałość o normy wykonywania zawodu.

Do najważniejszych zadań samorządu należy:

- sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu
- ustalenie zasad etyki zawodowej
- ustalenie standardów zawodowych
- prowadzenie orzecznictwa zawodowego
- wydawanie prawa wykonywania zawodu

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentuje zawodowe, społeczne i gospodarcze interesy tych zawodów.

**Uroczyste obchody z okazji XXV-lecia samorządu oraz Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej odbyły się 11 czerwca 2016r. w Sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej z uroczystą kolacją w Pensjonacie Helena w Porosiukach. Zaproszeni goście złożyli pielęgniarkom i położnym gratulacje i życzenia oraz wręczyli jubileuszowe pamiątki na ręce Przewodniczącej ORPiP w Białej Podlaskiej Elżbiety Celmer vel Domańskiej. Przewodnicząca w swoim przemówieniu przedstawiła dotychczasowe osiągnięcia samorządu, kierunki rozwoju. Przedstawiła pielęgniarki i położne jako specjalistów, podkreśliła, że są to zawody zaufania publicznego, których przedstawiciele chronią najważniejsze dla człowieka wartości, jakimi są zdrowie i życie.**

Uroczystość była okazją do wspomnień, podsumowań, ale także planów na przyszłość. W trakcie jubileuszu wręczono pielęgniarkom i położnym odznaczenia samorządowe przyznane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Odznaczenia samorządowe wręczyła Pani Zofia Małas – Prezes NRPiP.





## DZIAŁ PRAWNY



# Pomyłka w podaniu leku

Jolanta Budzowska

Przedruk: Dziennik Polski 16.07.2016

Profesor Johannes Haushofer z Uniwersytetu w Princeton opublikował swoje CV porażek. Tłumaczy to tym, że upublicznianie wyłącznie zwycięstw tworzy złudzenie, że błędy i porażki się nie zdarzają, a przynajmniej nie ludziom sukcesu.

Czy upowszechnienie wiedzy o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach i analiza ich przyczyn **zapobiegłyby powtarzalności** niektórych tragicznych sytuacji?

Są takie wydarzenia, w które trudno uwierzyć nawet biegłym i prokuratorom, choć ci widzieli już w życiu chyba wszystko. Należą dramatyczne **pomyłki w podaniu leków**.

Niedawno na dwa lata więzienia w zawieszeniu na trzy została skazana znana łódzka anestezjolog. Sąd uznał ją winną nieumyślnego spowodowania śmierci trzymiesięcznego chłopca. Skazana zdaniem sądu podała mu w sposób niewłaściwy lek – **zamiast dożylnie, do rdzenia kręgowego**. Przed sądem jej obrońca argumentował, że lekarka została wprowadzona w błąd przez innego lekarza, że tak, a nie inaczej polecił jej podać lek hematolog.

W 2008 roku prawomocnie zakończył się proces cywilny w sprawie innego dziecka – w śląskiej klinice kilka lat wcześniej **zamiast środka przeciwbólowego** po operacji, dołędźwiowo podano mu 1, 5 l kroplówki żywieniowej. W tamtym procesie udało nam się niezbitcie udowodnić, że pielęgniarka, która zapytała lekar-

kę po przywiezieniu chłopca na salę pooperacyjną, gdzie ma podłączyć wlew, otrzymała beztrząsco rzuconą odpowiedź: „-Tam” – i lekarka pokazała palcem jedno w dwóch wyjść zlokalizowanych obok siebie. Z tym, że wybrała źle. Wskazała na cewnik prowadzący do kręgosłupa, zamiast na końcówkę centralnego wkłucia dożylnego, do którego podaje się płyny. Zabrakło refleksji, sprawdzenia, personel działał „na oko” tam, gdzie wymagana była szczególna ostrożność. Sąd przyznał małemu pacjentowi „rekordową” wówczas kwotę zadośćuczynienia 700 tys. zł... Tyle, że chłopiec w wieku czterech lat został sparaliżowany od pasa w dół, a czasu nic i nikt nie cofnie.

Teraz znów reprezentuję poszkodowanych przeciwko **tej samej klinice**. Tym razem roztargniona pielęgniarka, na oczach matki, leki, które miały być podane do sondy dożyłkowej, podała pięciomiesięcznej dziewczynce dożylnie. Dziecko zmarło.

Kolejne dziecko, w jednym z pomorskich szpitali, udało się na szczęście uratować. Po tym, jak dziewczynka chora na zapalenie płuc zagorączkowała, praktykant, uczeń szkoły pielęgniarskiej, podał jej syrop przeciwgorączkowy **dożylnie, zamiast doustnie**. Po chwili dziewczynka zaczęła tracić przytomność, wezwano lekarza. Walka o życie dziecka trwała ponad dwa tygodnie, do dziś nie wiadomo, jakie będą od-

ległe skutki niefrasobliwości personelu.

Wszystkie te sprawy łączy jedno. Szpitale w mniejszym lub większym stopniu zaprzeczały lub **zaprzeczają** temu, że odpowiadają za pomyłki swoich pracowników. Że w ogóle doszło do pomyłki.

Wiadomo. Lekarze i pielęgniarki nie są bogami, a ich roztargnienie, nieuwaga czy brak zawodowej czujności mają często nieodwracalne skutki. Śmierć pacjenta to także ich **osobista tragedia**. W takich sytuacjach jednak odwaga cywilna, przyznanie się do błędu i próba pomocy jest tym, co najcenniejsze dla zrozpaczonych rodziców.

Tak jak nie mającą swojej ceny byłaby próba przekucia takich sytuacji w coś dobrego na przyszłość: może dzięki szpitalnemu, omawianemu na konferencjach i szkoleniach „**CV tragicznych pomyłek**” ktoś inny w przyszłości nie powtórzyłby tego samego błędu? Czyjeś życie udałoby się uratować?

Nieoficjalnie dowiedzieliśmy się, że rodzice nieżyjącej Basi zostali już przesłuchani. Byli na oddziale, kiedy pomyłkowo podano ich córce lek. Widzieli całe zdarzenie i opowiedzieli o tym ze szczegółami prokuratorowi. Co ważne, ich zeznania oraz zabezpieczone materiały - m.in. ampułki z lekami - mogą być kluczowe w całym śledztwie, ponieważ środek, który podano dziewczynce, szybko rozkłada się w organizmie. Pielę-

gniarka, która miała podać dziecku chlorek potasu, na razie nie została przesłuchana. - Najprawdopodobniej nastąpi to po tym, jak prokuratura będzie znała przyczynę śmierci dziecka - mówi prok. Zbigniew Gabryś. Chodzi o to, że od poznania przyczyny zgonu dziewczynki zależy będzie, czy pielęgniarka będzie przesłuchiwana jako świadek czy podejrzana. Trzymiesięczna Basia trafiła na oddział obserwacyjno-zakaźny w Szpitalu im. Stefana Żeromskiego w Krakowie. Basia miała biegunkę, była pod obserwacją lekarzy. W piątek, 8 lipca, jedna z pielęgniarek omyłkowo podała jej chlorek potasu zamiast chlorku sodu. Wtedy właśnie doszło do zatrzymania akcji serca. Dziecko zmarło. Pielęgniarka pracowała w zawodzie dwa lata. Kobieta została zawieszona w obowiązkach pracy w szpitalu. Bałagan i pośpiech w pracy to prosta droga do tragicznych pomyłek. Rozmowa z radcą prawnym Jolantą Budzowską z Krakowa, ekspertką od spraw błędów medycznych. - W jaki sposób mogło dojść do tragedii w szpitalu Żeromskiego? - **Trudno jest zgadywać, ale potencjalnych przyczyn mogło być kilka. Po pierwsze pielęgniarka mogła podać lek, w jej mniemaniu zgodnie z zaleceniem lekarza. Być może lekarz niewyraźnie napisał nazwę leku, a pielęgniarska źle odczytała. Zlecenia pisane są odręcznie, bywa, że nieczytelnie. Po drugie, mogły być podobne etykiety leku. Mogły się też zmienić opakowania, a pracownica szpitala sięgnęła „na pamięć” po podobne do**

**tego, które zna. Bez znajomości okoliczności zdarzenia nie da się odtworzyć mechanizmu pomyłki.** - Jakie zjawiska szpitalne sprzyjają takim błędom? - Na pewno tolerowanie bałaganu i pośpiechu w pracy. Przykładem może być przymykanie oczu przez kierownictwo szpitala na to, że dokumentacja pielęgniarska prowadzona jest niedbale. Bywa, że zamiast na bieżąco, dokumenty wypełnia się hurtowo pod koniec dyżuru. Nie jest też żadną tajemnicą, że dzisiaj normy zatrudniania pielęgniarek na oddziałach są zaniżane. Wymagana liczba pracowników ustalana jest przez dyrekcję szpitala. Zdarza się, że jedna pielęgniarka ma pod opieką nawet 30 pacjentów. Ważna też jest kondycja osoby opiekującej się pacjentami. Może była po ciężkim dyżurze i nie powinna być tego dnia w pracy. Zmęczenie czy sytuacja osobista mają duży wpływ na koncentrację w pracy. - Spotkała się pani w pracy z podobnie tragicznymi pomyłkami? - W swojej praktyce spotkałam się z trzema podobnymi sprawami. Kilka lat temu w jednym ze śląskich szpitali do rdzenia kręgowego dziecka zamiast środka znieczulającego podano kroplówkę żywieniową. Doprowadziło to do paraliżu małego pacjenta. To była ewidentna pomyłka. - Jaka była reakcja szpitala na tę tragedię? - Po tej sprawie poprawiono organizację pracy w tym szpitalu. Wprowadzono kartę opisu pacjenta, a personel został dodatkowo przeszkolony. Niestety nie okazało się to skuteczne. W tym samym miejscu w ubiegłym roku doszło do kolejnej

tragicznej pomyłki. Pielęgniarka podała rozdrobniony lek dożylnie zamiast przez sondę do żołądka. Dziewczynka nie przeżyła. Ta sprawa ciągle toczy się przed sądem. W innym szpitalu praktykant podał dożylnie syrop. Dziecko długo było na granicy śmierci. - Co poradziłaby pani rodzicom zmarłej dziewczynki? - Powinni mieć kontakt z rodzicami dzieci, które były na oddziale, gdzie leczono ich córeczkę. Zeznania tych osób mogą być szczególnie cenne, zwłaszcza jeśli chodzi o informacje, jak personel szpitala podchodził do kwestii podawania leków. Świadcowie pracy pielęgniarek mogą dużo powiedzieć na temat przestrzegania standardów obowiązujących w szpitalu. Jeśli zachowanie pielęgniarki świadczy o tym, że lekceważenie podstawowych zasad było na porządku dziennym, to można przypuszczać, że i standard podawania leków był tylko na papierze. - Często dochodzi do takich błędów? - Pielęgniarki czasem mylą pacjentów, dawki i leki, ale w większości przypadków personel albo rodzina chorego w porę interweniuje i pomyłka szybko jest naprawiana bez szkody dla pacjenta. Przy pośpiechu i zbyt małej obsadzie pielęgniarek nietrudno o błąd. Lekarze i pielęgniarki nie są nieomylni, ale ich roztargnienie czy brak zawodowej czujności mają często nieodwracalne skutki. Śmierć pacjenta to także ich osobista tragedia. W takich sytuacjach odwaga cywilna, przyznanie się do błędu i próba pomocy jest tym, co najcenniejsze dla zrozpaczonych rodziców.

Rozmawiał Marcin Banasik  
marcin.banasik@dziennik.krakow.pl



**Pielęgniarkom Władysławie Bobruk , Elżbiecie Nowak**

**Położnej Edwardzie Byśko**

**pracownicom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej**

**oraz pielęgniarce Grażyna Mirowskiej pracownicy NZOZ w Wisznicach**

**W związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność oraz życzenia dobrego zdrowia, spełnienia swoich marzeń, radości i pomyślności w życiu osobistym.**

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP



## KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

### *Gratulacje*

*„Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali”.*

*Jan Paweł II*

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku  
z okazji uzyskania tytułu specjalisty Pani/Panu**



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego**

Elżbieta Macech

Diana Piszczyk

Barbara Sokołowska

Elżbieta Drażek



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego**

Anna Ślifirczyk



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego**

Janina Niewęgłowska

Paweł Wachulik

Bożena Zając



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego**

Joanna Sałyga

Agnieszka Przywuska

Anita Olszewska

Anna Trejda-Suszczyńska

Justyna Tokarska



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego**

Krystyna Filipek

Mirosława Staniszevska

**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa paliatywnego**

Cybulska Agnieszka

Laudy Małgorzata

Matwiejczuk Danuta

życzę wielu sukcesów, wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu,  
powodzenia w realizacji zamierzonych celów, pomyślności w życiu osobistym i zawodowym

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej



## Gratulacje z okazji uzyskania tytułu zawodowego magister pielęgniarstwa

Absolwenci z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, ukończyli w roku akademickim 2015/2016 studia II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo

Pan/Pani



**Grażyna Abramowicz**  
**Monika Bednarczyk**  
**Małgorzata Bielecka**  
**Elżbieta Czarnacka**  
**Agnieszka Czekiel**  
**Barbara Dawidziuk**  
**Krystyna Derkacz**  
**Dorota Domańska**  
**Ewa Dymowska**  
**Małgorzata Eichler-Michalak**  
**Monika Gromadzka**  
**Tamara Iwanicka**  
**Cezary Kapczuk**  
**Jolanta Karasiuk**  
**Anna Klajda**

**Marzena Kowalczuk**  
**Agnieszka Krawczuk-Paprocka**  
**Piotr Lański**  
**Iwona Lewandowska**  
**Bernadetta Marczuk**  
**Maria Miszczuk**  
**Halina Nowak**  
**Renata Oleszczuk**  
**Teresa Osowska**  
**Sylwia Panasiuk**  
**Dorota Peszuk**  
**Iwona Semeniuk**  
**Joanna Weremkowicz**  
**Edyta Włos**  
**Katarzyna Żiółkowska – Gurdziel**

Z okazji ukończenia studiów i obrony pracy magisterskiej w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z składam serdeczne gratulacje oraz życzenia wielu pięknych chwil, radości i dobra płynącego z sukcesów naukowych i zawodowych.



Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z przyjemnością przyjęła informację o tym, że

**Pani dr n. med. Justyna Paszkiewicz**

**uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych**

W imieniu Okręgowej Rady serdecznie gratuluję uzyskania tytułu doktora nauk medycznych.

Jestem przekonana, że wiedza i doświadczenie Pani znajdą zastosowanie praktyczne w rozwoju pielęgniarstwa.

Życzę dalszych sukcesów w pracy naukowej i realizacji zadań zawodowych oraz radości w życiu osobistym.



Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP  
w Białej Podlaskiej



## KOMUNIKAT

**w sprawie kursów specjalistycznych stanowiących warunki zakwalifikowania na specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz pielęgniarstwa ratunkowego dla pielęgniarek.**

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w załączeniu przedstawia opinie Konsultantów krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz pielęgniarstwa ratunkowego, w sprawie kursów specjalistycznych stanowiących warunki zakwalifikowania na specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz pielęgniarstwa ratunkowego dla pielęgniarek. Centrum przyjmuje ww. opinie jako obowiązujące na dzień dzisiejszy w zatwierdzonych programach kształcenia dla pielęgniarek, położnych i planuje wprowadzenie następujących zmian w zapisach założeń organizacyjno-programowych:

1. specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, cyt.: „Organizator powinien potwierdzić w dokumentacji przebiegu kształcenia, przed rozpoczęciem zajęć stażowych, że uczestnik szkolenia posiada zaświadczenie o ukończeniu:

- kursu specjalistycznego Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – warunek nie dotyczy pielęgniarek, które posiadają już tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub dyplom ratownika medycznego lub ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs Adven- sed Life Support (ALS).

- kursu specjalistycznego Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.”;

2. kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, cyt.: „Organizator powinien potwierdzić w dokumentacji przebiegu kształcenia, przed rozpoczęciem zajęć stażowych, że uczestnik szkolenia posiada zaświadczenie o ukończeniu:

- kursu specjalistycznego Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – warunek nie dotyczy pielęgniarek, które posiadają już tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub dyplom ratownika medycznego lub ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub kurs Adven- sed Life Support (ALS).

- kursu specjalistycznego Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.”;

3. specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, cyt.: „Organizator powinien potwierdzić w dokumentacji przebiegu kształcenia, przed rozpoczęciem zajęć stażowych, że uczestnik szkolenia posiada zaświadczenie o ukończeniu:

- kursu specjalistycznego Resuscytacja krążeniowo-oddechowa i kursu specjalistycznego Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka – warunek nie dotyczy pielęgniarek, które posiadają już tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub dyplom ratownika medycznego lub ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub kurs Adven- sed Life Support (ALS).

gniarstwa ratunkowego lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs Adven- sed Life Support (ALS).

- kursu specjalistycznego Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.”

4. kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, cyt.: „Organizator powinien potwierdzić w dokumentacji przebiegu kształcenia, przed rozpoczęciem zajęć stażowych, że uczestnik szkolenia posiada zaświadczenie o ukończeniu:

- kursu specjalistycznego Resuscytacja krążeniowo-oddechowa i kursu specjalistycznego Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka – warunek nie dotyczy pielęgniarek, które posiadają już tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub dyplom ratownika medycznego lub ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs Adven- sed Life Support (ALS).

Jednocześnie Centrum informuje, że jest w trakcie opracowywania i wprowadzania zmian do programów kształcenia i wymóg legitymowania się określonymi kursami specjalistycznymi nie będzie już rozpatrywany na etapie postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację lub kurs kwalifikacyjny. Wymogi te jednak pozostają, ale będą musiały zostać spełnione przez pielęgniarki i położne do momentu rozpoczęcia zajęć stażowych reali-

zowanych w ramach danej specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego, co znalazło odzwierciedlenie w proponowanych powyżej zapisach

(o czym była mowa w *Komunikacie z dnia 25 sierpnia 2016r. w sprawie kursów specjalistycznych stanowiących warunki zakwalifikowania na*

*specjalizację lub kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek, położnych).*

Maria Jolanta Królak  
Dyrektor  
Centrum Kształcenia  
Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

## Szkolenie dla pielęgniarek i położnych rodzinnych „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie”

W dniach 6-7 października 2016 roku, w Warszawie odbyło się szkolenie pielęgniarek i położnych rodzinnych nt. przeciwdziałania przemocy w rodzinie organizowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych.

### Procedura założenia „Niebieskiej Karty”

Procedurę związaną z „Niebieską Kartą” reguluje Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U. 2005 nr 180 poz. 1493) oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.

„Niebieska Karta” jest dokumentem w formie pisemnej, składa się z czterech formularzy, oznaczonych kolejno literami A, B, C oraz D, które zawierają szereg pytań otwartych i zamkniętych, zadawanych ofierze przemocy oraz jej sprawcy. Wzory formularzy „Niebieskiej Karty” możemy znaleźć w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.

Procedura „Niebieskiej Karty” zostaje wszczęta **poprzez uzupełnienie formularza „A”** przez jednego z przedstawi-

cieli zamkniętego katalogu podmiotów określonych w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie tj. :

- Policji;
- Pomocy społecznej;
- Oświaty;
- Ochrony zdrowia;
- Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

**Żaden inny podmiot nie jest uprawniony do wszczęcia procedury. Oznacza to, że nawet jeżeli inny podmiot (osoba) niż wymieniona powyżej powzięła podejrzenie o stosowaniu przemocy w rodzinie to nie jest ona uprawniona do założenia „Niebieskiej Karty”. Powinna ona powiadomić jeden z organów wymienionych wyżej tj.: pracowników Policji, Oświaty, Pomocy Społecznej, Ochrony Zdrowia czy Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.**

**Wszczęcie, prowadzenie i zakończenie procedury nie jest w żaden sposób uzależnione od zgody osoby doznającej przemocy.**

Podstawą wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” jest art. 9d ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, zgodnie z którym wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta” w przypadku

powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie.

W rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie przez członka rodziny rozumiemy osobę najbliższą w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny tj. małżonka, wstępnego, zstępnego, rodzeństwo, powinowatego w tej samej linii lub stopniu, osobę pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, osobę pozostająca we wspólnym pożyciu, a także inną osobę wspólnie zamieszkującą lub gospodarującą. Jest to bardzo szerokie rozumienie pojęcia członka rodziny. Wystarczającym warunkiem do zakwalifikowania dwóch osób jako członków rodziny jest wspólne zamieszkiwanie.

Zgłaszającym podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie może być każdy – inny członek rodziny, sąsiad, czy inna osoba będąca świadkiem takiego zdarzenia.

Wypełnienie formularza „A” powinno nastąpić w obecności osoby, co do której istnieje uzasadnione przekonanie, że została dotknięta przemocą w rodzinie.

Obowiązku tego nie ma jeżeli nawiązanie kontaktu z osobą dotkniętą przemocą w rodzinie jest niewykonalne, np.: osoba, która została dotknięta przemocą w rodzinie leży w śpiączce w szpitalu lub jest na silnych lekach psychotropowych, jest osobą niepełnosprawną umysłową. W takiej sytuacji można założyć „Niebieską Kartę” nawet w przypadku nieobecności osoby, co do której istnieje uzasadnione przekonanie, że została dotknięta przemocą w rodzinie. (§ 2 ust. 4 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”). **Niebieska Karta powinna być sporządzona w momencie interwencji, np.: wizyty funkcjonariuszy w domu osoby dotkniętej przemocą w rodzinie, kontaktu z pracownikiem ochrony zdrowia.** W przypadku agresywnego sprawcy policjanci mają możliwość zastosowania przymusu w postaci zatrzymania. Należy także pamiętać, że zgodnie art. 244 § 1 kpk, w przypadku stosowania przemocy przy użyciu broni, noża lub innego niebezpiecznego narzędzia policjant ma obowiązek zatrzymania sprawcy.

Najczęściej spotykane formy przemocy domowej, stanowiące przesłankę do założenia „Niebieskiej Karty” to m.in.

Stosowanie przemocy fizycznej, np.:

- bicie,
- kopanie,
- szarpanie,
- popychanie,
- policzkowanie,

Stosowanie przemocy psychicznej, np.:

- zastraszanie,
- grożenie,
- wyzwiska,
- przekleństwa,
- poniżanie,

- szydzenie,
  - wyśmiewanie,
  - wywoływanie poczucia winy,
  - kontrolowanie/zabranianie kontaktów z innymi osobami.
- Stosowanie przemocy seksualnej, np.:

- zmuszanie do niechcianych zachowań seksualnych,
- poniżające obmacywanie,
- obłąpywanie,
- zmuszanie do oglądania filmów pornograficznych.

Stosowanie przemocy ekonomicznej i inne zachowania takie jak:

- niszczenie rzeczy osobistych,
- demolowanie mieszkania,
- wynoszenie sprzętów domowych i sprzedawanie ich,
- nie dostarczanie środków finansowych na utrzymanie,
- zabieranie środków finansowych,
- zmuszanie do picia alkoholu,
- zmuszanie do zażywania narkotyków, środków odurzających.

Zaniedbania tj. naruszenie obowiązku opieki ze strony osób bliskich (najczęściej w stosunku do dzieci), ale i:

- pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności bądź wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb.

Już samo podejrzenie dokonania aktu przemocy daje powód pracownikom ochrony zdrowia do założenia „Niebieskiej karty”. Stanowi to działanie interwencyjne, którego zadaniem jest zatrzymanie przemocy. Wypełnioną Niebieską Kartę formularz A należy odesłać do Zespołu Interdyscyplinarnego, których siedzibą najczęściej są Ośrodki Pomocy Społecznej.

Wszczęcie procedury „Niebieska Karta” może być przesunięte w czasie ze względu na stan zdrowia, zagrożenie życia lub

zdrowia lub nieobecność osoby, co do której istnieje uzasadnione przekonanie, że została dotknięta przemocą w rodzinie. Osoba, co do której istnieje uzasadnione podejrzenie, że została dotknięta przemocą w rodzinie, otrzymuje od osoby wszczynającej procedurę (przedstawiciela jednego z wyżej wymienionych podmiotów) formularz „B” – zawierający pouczenie o podstawowych informacjach dotyczących przemocy oraz wskazanie miejsc, w których osoba dotknięta zjawiskiem przemocy domowej może zwrócić się o pomoc.

Kolejnymi czynnościami jest zaproszenie na posiedzenie zespołu/grupy osoby, co do której istnieje przypuszczenie że została dotknięta przemocą w rodzinie oraz wezwanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc domową.

W czasie spotkania z osobą, co do której istnieje przypuszczenie, że została dotknięta przemocą w rodzinie wypełnia się formularz „Niebieska Karta C” – plan pomocy rodzinie. Formularz ten zawiera przykładowe propozycje działań, takie jak: systematyczne wizyty Policji sprawdzające stan bezpieczeństwa osoby doznającej przemocy, skierowanie do udziału w grupach wsparcia dla osób współuzależnionych, skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, do placówki dla ofiar przemocy w rodzinie, w szczególności do specjalistycznego ośrodka wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Podczas spotkania z osobą doznającą przemocy możliwe jest podjęcie przez nią pewnych zobowiązań. **Ich niewykonanie nie rodzi żadnych konsekwencji, a w szczególności nie jest możliwa odmowa udzielenia wsparcia takiej osobie.**

W czasie spotkania z osobą, co do której istnieje przypuszczenie, że stosuje przemoc domową wypełnia się formularz „Niebieska Karta D”. Odmienne

niż w przypadku osoby doznającej przemoc możliwe jest podjęcie określonych działań w przypadku niewywiązywania się przez niego z zobowiązań. Bierna

postawa sprawcy przemy spowoduje zawiadomienie o stosowaniu przemy prokuratury/Policji oraz Sądu Rodzinnego.

Materiał opracowały pielęgniarki:  
Renata Oleszczuk  
Elżbieta Celmer vel Domańska

## Warsztaty dla Położnych i Pielęgniarek " Rola Położnej i Pielęgniarki w opiece nad mamą i dzieckiem " " Dobre praktyki w położnictwie "

Uniwersytet Zdrowia Kobiety wspólnie z fundacją Dobre Ręce Polskich Położnych zorganizował w dniu 1 października 2016 r. w Białej Podlaskiej warsztaty edukacyjne dla Położnych i Pielęgniarek z cyklu „Uniwersytet Zdrowia”.

Tematem cyklu warsztatów była „Rola położnej i pielęgniarki w opiece nad mamą i dzieckiem. Dobre praktyki w położnictwie”.

Szkolenie obejmowało następujące zagadnienia:

- Aspekty prawne dotyczące wypisywania recept przez położną/pielęgniarkę, wypełniania dokumentacji medycznej. Prawo pacjentki.
- Problemy ze skórą u niemowląt i dzieci – jak sobie z nimi radzić?
- Suplementacja i właściwe odżywianie kobiet w ciąży i w czasie laktacji.
- Badania laboratoryjne - co warto wiedzieć?
- Dobre praktyki położnicze.
- Mentoring w medycynie.
- Banki mleka kobiecego w Europie.



W dniu 21 października 2016r. w Białej Podlaskiej odbyło się szkolenie „*Skuteczna komunikacja, czyli jak rozmawiać z rodzicami małych pacjentów o szczepieniach pediatrycznych*” zorganizowane we współpracy z GSK Commercial Sp. z o.o.

Szkolenie przeprowadzone przez psychologa miało charakter interaktywny. Podczas warsztatów poruszone zostały następujące zagadnienia: Jak zapewnić odpowiednie warunki do rozmowy? Jak aktywnie słuchać i odczytywać emocje rodziców małych pacjentów? Jak zadbać o skuteczny przekaz rozmowy?



## Fakty i mity o szczepionkach

*„Kłamstwo jest już w połowie drogi wokół świata,  
gdy prawda zakłada dopiero buty”*

*Mark Twain.*

Najbardziej powszechną i najskuteczniejszą formą działań profilaktycznych w zwalczaniu chorób zakaźnych są szczepienia ochronne. Uzyskanie odporności indywidualnej na zakażenie przez wzrost poziomu określonych przeciwciał jest podstawowym celem szczepień ochronnych. Ponadto, nie tylko obniżenie liczby zachorowań na chorobę zakaźną, ale także ograniczenie jej następstw jest dodatkowym efektem szczepień, czego przykładem jest znaczny spadek liczby zachorowań na wiele chorób zakaźnych np. podostre stwardniające zapalenie mózgu, a po 10 latach systematycznego szczepienia także na odrę. Według danych WHO (World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia) i UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund, Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci) z 2011r., stosowanie szczepień rocznie zapobiegło 2 - 3 milionom zgonów z powodu następujących chorób: tężec, błonica, krztusiec oraz odra.

Szczepienia ochronne w Polsce realizowane są w oparciu o Program Szczepień Ochronnych- PSO, zwany potocznie kalendarzem szczepień, na który składają się szczepienia obowiązkowe - bezpłatne oraz zalecane- odpłatne . Mimo wielu zalet stosowania szczepionek, w ciągu ostatnich kilku lat, znacznie wzrósł odsetek rodziców, którzy rezygnują ze szczepień ochronnych. Spowodowane jest to m. in. mitem występowania autyzmu u dzieci na skutek szczepień, pojawieniem się trendu ekomam, które oprócz niestosowania pampersów, leczenia ziołami i niekorzystania z opieki medycznej lekarza pediatry są przeciwne szczepieniom swoich dzieci.

Niebagatelną rolę odgrywa, więc edukacja zdrowotna, której głównym celem jest podnoszenie poziomu wiedzy Polaków z zakresu szczepień ochronnych. Powyższa edukacja ma za zadanie dostarczać prawdziwych danych na temat stosowania szczepień, wskazań, przeciwwskazań oraz potencjalnych zagrożeń związanych z ich wykorzystywaniem.

Szczepienia ochronne stanowią jedno z największych osiągnięć współczesnej medycyny, są pięknym świadectwem pracy wielu pokoleń badaczy oraz świadectwem potęgi ludzkiej wyobraźni .

Współczesny człowiek nie jest w stanie wyobrazić sobie sytuacji, w której sławna grypa „hiszpanka” pustoszyła wsie oraz miasta powodując śmierć 20 milionów ludzi, a zaraza dżumy zabiła blisko połowę

ludności Europy. Ówczesny świat charakteryzował się wówczas portretem ludzi zeszpeconych trądem i ospą, kalek wyniszczonych cholera czy tyfusem.

W 2012 r. przeprowadzono analizę nowych informacji i treści o wydzwiku antyszczepionkowym, pojawiających się w Internecie. Wśród plotek dominowały zagadnienia związane z: „toksycznością” szczepionek, brakiem potrzeby szczepienia, działaniami niepożądanymi, zaburzeniami rozwoju (np. autyzm), teoriami spiskowymi i wglądami religijnymi.

**Szczepionki zawierają wiele niebezpiecznych substancji, np. rtęć- MIT.** W skład szczepionki wchodzi antygeny (bakteryjne, wirusowe), jak również substancje pomocnicze chroniące szczepionkę przed zanieczyszczeniem oraz wzmacniające jej skuteczność. Prawdą jest, iż niektóre szczepionki zawierają związek rtęci- tiomersal, który ma za zadanie tylko konserwować szczepionkę. Powyższa substancja nie jest niebezpieczna dla człowieka, gromadzi się w organizmie, nie przedostaje się do krwi, zaś po 4 - 9 dniach wydalana jest z wnętrza organizmu. Potwierdzeniem powyższej tezy są badania przeprowadzone przez lekarzy z wielu krajów świata, którzy przez długie lata przebadali tysiące dzieci i nie stwierdzili, że tiomersal jest substancją niebezpieczną dla człowieka. Całość badań epidemiologicznych przemawia za odrzuceniem hipotezy o związku przyczynowym pomiędzy szczepionkami zawierającymi tiomersal, a zachorowaniem na autyzm.

**Szczepienie - najlepsza ochrona przed chorobą - PRAWDA.** Ryzyko wystąpienia powikłań po przechorowaniu na infekcję np. wirusową (odra) jest większe niż po szczepieniu na tę chorobę. Gdy dziecko zachoruje na odrę, ryzyko wystąpienia powikłania zapalenia ucha wynosi 70%, zaś po szczepieniu ryzyko to spada prawie do 0%. Zapalenie płuc może pojawić się u co dziesiątego dziecka, zaś po szczepionce przeciw odrze ryzyko to wynosi 0%. Zapalenie mózgu w przypadku pojawienia się odry waha się w granicach jeden na tysiąc, zaś po szczepionce jeden na milion.

**Szczepionki powodują alergię - MIT.** Sama szczepionka nie powoduje uczulenia, ale przy jej produkcji stosowane są antybiotyki oraz białko, dlatego też ich śladowe ilości mogą przyczyniać się do wystąpienia reakcji alergicznej u osób, które uczulone są na powyższe składniki .

**Zbyt duża liczba szczepionek „przeciąża” układ immunologiczny - MIT.** Współczesne szczepionki zawierają mniejszą liczbę antygenów, których zadaniem jest wytworzenie odporności przeciw chorobie. Szczepionki skojarzone, to nie tylko mniejsza liczba wkłuć, to także podanie mniejszej liczby konserwantów i substancji dodatkowych do organizmu, a opracowane są tak, aby nie być obciążeniem dla układu odpornościowego. Podane we właściwym momencie nie obciążają go.

**Szczepionki chronią przed jedną chorobą, ale przyczyniają się do rozwoju innych chorób - MIT.**

Szczepionki zawierają odpowiednio „spreparowane” drobnoustroje czy też określone ich cząsteczki, dzięki którym uzyskuje się odporność na chorobę przeciwko której szczepimy, a co za tym idzie, szczepionka nie wywołuje choroby. Podwyższona temperatura ciała, złe samopoczucie nie są niepożądanymi odczynami poszczepiennymi.

**Choroba niemożność zaszczepienia - PRAWDA, ALE...** Antybiotykoterapia czy też rekonwalescencja nie stanowią przeszkody do zaszczepienia, lecz ostateczna decyzja co do szczepienia należy do lekarza. Istnieją sytuacje, w których pacjentów nie szczepimy, takim stanem są choroby lub terapie wywołujące stan anergii w układzie odpornościowym, np. choroby po przeszczepach organów otrzymujący leczenie supresyjne.

**Szczepionki uodparniają na całe życie - MIT.** Okres uodpornienia na chorobę zakaźną zależy od rodzaju szczepionki. Niektóre z nich dają odporność na 2 lata, zaś inne uodparniają nawet na okres np. 10 lat.

**Nie trzeba się szczepić na choroby, z którymi już „wygraliśmy” - MIT.**

Tylko masowe szczepienia chronią nas przed chorobą zakaźną. Zaprzestanie szczepień na Ukrainie przeciwko błonicy, spowodowało wybuch epidemii tej choroby. Również w Europie, mimo upływu tylu lat, zagrożenie chorobami zakaźnymi, typu gruźlica, nadal istnieje. Pojawiają się nowe jednostki chorobowe, np. gorączki krwotoczne, ale powróciły i te, które - jak mogłoby się wydawać - minęły bezpowrotnie, np. krztusiec, odra czy też błonica.

**Szczepionki wywołują autyzm - MIT.** Brytyjski lekarz Andrew Wakefield, na podstawie przeprowadzonych badań w 1998 r. stwierdził, iż szczepionka

przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR) wywołuje autyzm. Odkrył również, iż powyższa szczepionka przyczynia się do rozwoju choroby Crohna (choroby jelit), w wyniku której wirusy z przewodu pokarmowego przedostają się do mózgu i powodują autyzm. Generalna Brytyjska Komisja Medyczna ustaliła, że badania przeprowadzone przez Wakefielda są nieprawdziwe, zostały przeprowadzone w sposób nierzetelny, za co lekarz Wakefield osobiście przeprosił.

Należy pamiętać, że szczepienia ochronne są największym dobrodziejstwem ludzkości. Liczba osób umierających na choroby zakaźne, jest zdecydowanie mniejsza, niż ilość zmarłych na wielkie epidemie, o których rozmiarze współcześnie już nikt nie mówi. Nie wyrażenie zgody na zaszczepienie może doprowadzić w konsekwencji, do epidemii chorób, które obecnie uważa się za pokonane. Masowe szczepienia wydają się wobec tego najbardziej rozsądnym rozwiązaniem.

Współczesne szczepionki są zalecane wszystkim dzieciom, dlatego przed zarejestrowaniem i wprowadzeniem do użycia przechodzą szczegółowe i wiarygodne badania bezpieczeństwa. Czuwają nad tym poszczególne instytucje: SANEPID- Państwowy Zakład Higieny i pion sanitarno-epidemiologiczny oraz Narodowy Instytut Leków, a także EMEA- Europejska Agencja ds. Rejestracji Produktów Leczniczych oraz WHO - Światowa Organizacja Zdrowia. Ponadto, przed dopuszczeniem do używania szczepionki, szczegółowej analizie podlega dokumentacja, dodatkowo bada się jakość każdej nowej serii szczepionek dopuszczonych do sprzedaży.

Celem podniesienia poziomu wiedzy w sposób wiarygodny, bezstronny i profesjonalny jest przeprowadzanie akcji edukacyjnych wśród społeczeństwa. Dzięki współpracy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego- Państwowego Zakładu Higieny z Polskim Towarzystwem Wakcynologii powstał w 2007 roku portal ([www.szczepienia.info](http://www.szczepienia.info)), który prezentuje aktualne, rzetelne informacje na temat szczepień ochronnych i szczepionek, stanowi on wiarygodne źródło informacji dla rodziców i wszystkich zainteresowanych tematem szczepień ochronnych. Portal zawiera informacje przygotowane przez ekspertów i osoby o uznanym autorytecie medycznym, które przygotowują wiarygodne informacje poparte dowodami naukowymi, odpowiadają na pytania czytelników, rodziców i służą specjalistyczną wiedzą odnośnie szczepień ochronnych.

## Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

**Z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów "Zdrowie z natury – rośliny lecznicze"**



**Dzika róża** (łac. *Rosa canina* L.) to jedna z najbardziej znanych roślin leczniczych. Surowiec zielarski w przypadku tej rośliny stanowią tylko jej kwiaty i dojrzałe owoce. W lecznictwie wykorzystuje się ją od bardzo wielu wieków. Ma zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne zastosowanie. Z jej płatków kwiatowych oraz owoców robi się też pyszne powidła i dżemy, które m.in. stanowią jedno z najślodszych nadzień do pączków. Warto dowiedzieć się więcej o właściwościach i zaletach dzikiej róży.

Dzika róża w Polsce gatunkiem pospolitym. Jej krzewy rosną w ogrodach, parkach, ale też rozsiewają się dziko w pobliżu lasów, przy drodze czy na łąkach. Zdrowotne właściwości posiadają zarówno kwiaty, jak i owoce dzikiej róży. Zawarte w owocach flawonoidy obniżają poziom złego cholesterolu we krwi, rozszerzają naczynia krwionośne i przeciwdziałają stanom zapalnym. Są one też bardzo dobrym źródłem łatwo przyswajalnej witaminy C – w owocach dzikiej róży znajduje się jej więcej niż na przykład w czarnej porzeczce. Witamina C wspomaga produkcję kolagenu, który uszczelnia naczynia krwionośne, podnosi odporność organizmu, a także opóźnia procesy starzenia. Owoce dzikiej róży to też skarbnica innych witamin: A i E, które mają zbawienny wpływ na cerę, witamin z grupy B, poprawiającej krzepliwość krwi witaminy K czy kwasu foliowego.

Obecnie, zewnętrznie stosuje się kompresy z naparu kwiatowego, które są pomocne np. w zapaleniu gruczołów mlecznych. Zewnętrznie stosowany miód różany doskonale działa natomiast na spękającą i zaczerwienioną skórę oraz wypryski, a także na opryszczkę wargową i pleśniawki.

Stosowane wewnętrznie, wszystkie surowce dzikiej róży działają przede wszystkim przeciwtłeniąco, wzmacniająco i witaminizująco. Są więc stosowane w chorobach zakaźnych, zaburzeniach krążenia i przemiany materii, a także w stanach alergicznych. Dzięki polifenolom, dzika róża działa też rozkurczowo, moczopędnie i napotnie. Flawonoidy, antocyjany, pektyny i kwasy organiczne wpływają natomiast dobroczynnie na zwiększenie wchłaniania, potęgowanie działania i ochronę przed rozkładem zawartej w surowcu witaminy C. Róża dzika ma ponadto działanie przeciwbakteryjne, przeciwzapalne, ściągające, przeciwbiegunkowe i hemostatyczne. Warto również wspomnieć, że zawarta w jej owocach i kwiatach witamina C, jest trzy do pięciu razy skuteczniejsza w działaniu, w porównaniu z syntetyczną wit. C.

Dzięki właściwościom antyseptycznym, owoce dzikiej róży doskonale nadają się również do pielęgnacji skóry tłustej i trądzikowej. Odwar z owoców może być wykorzystywany także, jako płukanka do ust w zapaleniu dziąseł, oraz jako płyn do przemywania przy opryszczce i półpaścu. Roślina ta wzmacnia również układ odpornościowy (zwłaszcza po przeżytym silnym stresie) i wpływa na ogólne polepszenie samopoczucia. Dzika róża wspomaga też leczenie zaburzeń snu, pobudza przemianę materii i oczyszcza organizm. Same tylko kwiaty dzikiej róży, są wewnętrznie stosowane w przypadku stanów zapalnych śluzówki, jamy ustnej i gardła, a także w biegunkach (najlepiej jednak, gdy są w mieszankach ziołowych), rozstroju żołądka i jelit oraz w stanach gorączkowych.

Dzika róża powinna stanowić ważny składnik diety dzieci, ze względu na wysoką zawartość witaminy C, naturalnie wzmacniają-

cej odporność na infekcje i przeziębienia. Może być z powodzeniem stosowana już u dzieci po trzecim miesiącu życia. Wyciąg z dzikiej róży jest ponadto polecany kobietom w czasie ciąży i karmienia piersią, a także w stanach ogólnego osłabienia organizmu, zmęczenia i trwałego stresu.

Płatki różane należy zbierać z kwiatów całkiem rozwiniętych, w słoneczne przedpołudnia i przed godziną 10:00. Później zawarty w nich olejek zaczyna się ulatniać i cały surowiec traci niestety swoje cenne właściwości lecznicze. W lecznictwie używa się potem świeże płatki różane, lub suszy je w cieniu, rozkładając luźną i cienką warstwą w przewiewnym miejscu. Wysuszone już płatki trzyma się natomiast w szczelnym pojemniku, stawianym w ciemnym miejscu, jednak nie dłużej, jak jeden rok. Potem ziele traci swoje wartości lecznicze.

**Herbatka z płatków dzikiej róży (napar).** Dwie łyżki wonnych płatków róż zalewamy 200 ml wrzątku, zaparzamy 10 minut pod przykryciem i odcedzamy. Pijemy 3 razy dziennie po posiłku po szklance tego naparu, niesłodzonego lub posłodzonego miodem. Działa uspokajająco, wzmacnia układ odpornościowy i pobudza przemianę materii. Napar z płatków róży możemy też wykorzystywać do stosowania zewnętrznego. Płuczemy nim kilka razy dziennie jamę ustną i gardło. Można też stosować zimne kompresy na opuchnięte oczy lub drobne oparzenia.

**Herbatka z owoców róży (odwar).** Dwie lub trzy łyżki suchych owoców róży zalewamy 250 ml zimnej wody i pozostawiamy na noc. Następnego dnia taki nastaw zagotowujemy, po czym odcedzamy. Uzyskany odwar słodzimy miodem i pijamy jeszcze gorący. Należy go pić przez kilka tygodni trzy razy dziennie po jednej szklance, w celu wzmocnienia układu odpornościowego.

**Miód różany.** Do litrowego słoja wysypujemy płatki róży i zalewamy miodem, w następujących proporcjach: warstwa płatków na warstwę miodu, przy czym powinno być co najmniej 5 tak przekładanych warstw. Następnie zamykamy sój i odstawiamy go na 14 dni. Po tym czasie zawartość przecedzamy przez gazę i zlewamy do mniejszych słoiczek. Spożywamy po łyżeczce miodu 2-3 razy dziennie, przy przeziębieniach i grypie. Można też rozcieńczać go wodą mineralną niegazowaną. Taki napój doskonale gasi pragnienie i działa uspakajająco.

**Ocet różany.** Zalewamy litrem gorącego octu 150 g świeżych płatków różanych, następnie całość przykrywamy i odstawiamy na 2-3 godziny. Po tym czasie uzyskany macerat przecedzamy i zlewamy do butelki z zakraplaczem. Takiego octu możemy używać do sałatek. Po rozcieńczeniu (jedna łyżka na szklankę ciepłej wody), można go też stosować do płukania bólowego gardła.

**Dżem z owoców dzikiej róży**

500g umytych owoców dzikiej róży zalać wodą. Płyn pozostawić na 12 godzin, po czym zagotować. Gdy owoce zmiękną, przetrzeć je przez sito, dodać cukier (według uznania) oraz sok z cytryny i gotować jeszcze przez 10 – 15 minut. Po tym czasie wrzącą masę przelać do wysterylizowanych słoików, zakręcić, pasteryzować i odstawić do wystygnięcia do góry dnem.





## Referaty

dr n. med. Anna Ślifirczyk

lic. Julia Sacewicz

Katedra Zdrowia

Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

# Rola kultury i zjawisk kulturowych w procesach porozumiewania się

*(...) każdy naród mówi w taki sposób, w jaki myśli i myśli w taki sposób, w jaki mówi.*

*Jerzy Szacki*

Kultura (z łac. colere, 'uprawa, dbać, pielęgnować') to termin, który jest powszechnie stosowany w naukach humanistycznych.

Według wielu antropologów etymologia tego terminu wywodzi się od słowa cultus oznaczającego cześć (nabożeństwo, kultywować, pielęgnować). Pierwotnie poprzez to pojęcie odnoszono się do hołdu składanego bóstwom roli i urodzaju- Persefonie i Demeter. Dopiero później zaczęło oznaczać uprawę roli, a następnie nabrało znaczenia metaforycznego odnoszącego się do „uprawy umysłu” [7].

Nie łatwo jest zdefiniować kulturę. Określenie tego terminu jest przedmiotem wieloletnich starań badaczy, wynikiem których jest niezliczona ilość definicji kultury oraz oznaczeń zawierających różne jej aspekty [1]. Przegląd literatury naukowej dokonany przez Kroebera i Kluckhohna w 1952 roku ujawnił istnienie ponad pięciuset różnych definicji kultury [2]. Najczęściej termin ten jest stosowany w znaczeniu antropologicznym i po raz pierwszy został użyty przez Tylora, który zdefiniował kulturę jako: „kompleks, który zawiera poznanie, wiarę, sztukę, moralność, prawa, obyczaje i inne umiejętności, które człowiek zdobył jako członek społeczeństwa” [1].

Zmiany demograficzne, względnie niskie koszty transportu, rozwijająca się technologia oraz integracja gospodarcza sprawiły, że ludzie pochodzący z różnych środowisk wywierają na siebie dużo większy wpływ niż kiedykolwiek wcześniej. Wymiana wiadomości między członkami różnych kultur, w której istotną rolę odgrywało, to, percepcja i symbole systemowe

kultury określane są jako porozumiewanie się międzykulturowe [2].

Nie zawsze gdy dochodzi do spotkania się dwóch kultur można mówić o porozumiewaniu się międzykulturowym. Przykład może stanowić grupa małych dzieci, pochodzących z różnych kultur, które bawią się wspólnie na placu zabaw. Dzieci nie zdają sobie sprawy z tego, że ich rodzice pochodzą z różnych krajów a nawet z tego, że ich skóra ma inny kolor. Dopiero gdyby wyłonił się problem odmiennych norm: żywienia, zabawy lub dyscypliny, dzieci zaczęłyby dostrzegać, że się różnią [2].

Kontakty międzykulturowe niewątpliwie wpływają na urozmaicenie kontaktów między ludźmi czyniąc je ciekawymi. Pomimo, że porozumiewający się mają świadomość różnic, mogą postrzegać ludzi innej kultury jako dziwnych lub nieuczciwych. Wpływ na to ma odmienny sposób przekazywania informacji wewnątrz kultury. Często prowadzi to do nieporozumień i konfliktów. Znajomość tej problematyki może pomóc w przewidywaniu zachowań innych osób podczas interakcji [5, 8].

W 1959 roku, antropolog Edward Hall dokonał klasyfikacji dwóch odrębnych kultur: kultury wysokokontekstowej i kultury niskokontekstowej [4,6].

Kultura wysokokontekstowa dominuje w krajach azjatyckich, arabskich, w Ameryce Łacińskiej i Afryce. Przedstawiciele tej kultury starają się nie wprawiać w zakłopotanie swoich rozmówców, mówiąc wprost co mają na myśli. Ich wypowiedzi są przepełnione różnymi subtelnymi, niewerbal-

nymi sygnałami, których odczytywania uczą się na podstawie ogólnych zasad, które w danym społeczeństwie rządzą kontaktami międzyludzkimi [6]. Europejczycy i Amerykanie błędnie odczytują takie zachowanie jako „owijanie w bawełnę”, podczas gdy ma ono na celu nie urażenie rozmówcy.

Częsta nieznamość języka połączona z pochodzeniem z kultury wysokokontekstowej, w której bardzo dużą uwagę przywiązuje się do bycia miłym dla osób znajdujących się wyżej w hierarchii społecznej (a taką osobą w kontekście sytuacji szpitalnej jest pielęgniarka w stosunku do pacjenta) prowadzi do innych trudności. Osoba pochodząca z Azji często będzie starała się udzielić odpowiedzi takich, jakich w ich mniemaniu oczekuje pielęgniarka. Odczuwając ból, mogą stwierdzić, że czują się bardzo dobrze. Na pytanie czy rozumie zalecenia często odpowiedzą twierdząco (choć nie jest to prawdą), bo tak nakazuje im ich kultura [10].

W swojej pracy „International Dimensions of Organizational Behavior” Nancy J. Adler opisała również przypadek japońskiego biznesmena, który chciał odmówić kontrahentom z Norwegii szczególnej sprzedaży. Chcąc być miłym stwierdził, że „to może być kłopotliwe”. Był pewny, że wysłał Norwegom komunikat o tym, że nie jest zainteresowany tym przedsięwzięciem. Norwedzy zrozumieli jednak tą odpowiedź inaczej i usiłowali dowiedzieć się jakich starań może dołożyć ich firma, aby problem został rozwiązany [3].

Kultura niskokontekstowa jest kulturą charakterystyczną dla mieszkańców Ameryki Północnej, Europy, Australii, Nowej Zelandii. W kulturze tej

istotną rolę odgrywa słowo. Wszystkie informacje, które przedstawiciel tej kultury będzie chciał przekazać swojemu rozmówcy, będą zawierały się w jego słowach. Używany język jest dosadny, pełen opisów, precyzyjny - polega na dosłownym wyrażaniu się.

Osoby zakorzenione w kulturze wysokokontekstowej spostrzegają rozmówców reprezentujących styl niskokontekstowy jako osoby gadatliwe i mało subtelne.

W niektórych kulturach, ukształtowanych głównie w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii i Wielkiej Brytanii; nazywanych kulturami indywidualistycznymi, najwyższymi cenionym jest dobro jednostki. Ludzie cenią sobie współzawodnictwo i samodzielność, wykazują się dużą niezależnością od związków rodzinnych, silnie akcentowane są relacje koleżeńskie [2].

Inny model zachowań prezentują członkowie kultury kolektywistycznej, w której ludzie są lojalni wobec własnej grupy, np. rodziny. Każdy członek troszczy się o dobro swoich bliskich, o ich bezpieczeństwo. Wysoko cenione wartości to: obowiązek, podporządkowanie, tradycja, bezpieczeństwo, status i hierarchia. Niekiedy ochrona tych wartości przyjmuje niepożądany wymiar. Dzieje się tak zwłaszcza w tzw. kulturach honoru, do których będą należeli Czecheni. Fakt, iż kobieta została zgwałcona może być przez nią ukrywany, ponieważ cała rodzina została okryta hańbą. Mężczyźni, którzy powinni chronić kobiety dopuścili do tego wydarzenia [9,10].

Kultura dostarcza m.in. planu słuchającego

do określania wartości, przekonań i praktyk odnoszących się do zdrowia i choroby. Świadomość istotnej roli kultury w utrzymaniu zdrowia i powstawaniu chorób (somatycznych

i psychicznych) pozwala opracować skuteczne metody prewencyjne. Różnice kulturowe dotyczą:

- definiowania „zdrowia”,
- sposobu spostrzegania problemów,
- zdrowotnych oraz preferowanych strategii radzenia sobie z tymi problemami,
- wpływu przekonań i praktyk kulturowych na przebieg leczenia oraz kształtowania definicji i interpretacji problemu, formułowanego zarówno przez terapeutę, jak i przez

pacjenta, a przyczyny zaburzeń leżą wewnątrz jednostki.

Kultura zachodnia skupia się wokół poglądów dotyczących zdrowia i pozostających pod silnym wpływem modelu nazywanego biomedycznym modelem zdrowia i choroby. Biomedyczny model choroby wpływa na podejście psychologów do zachorowań anormalnych i psychopatologii. Biomedyczny model choroby wpływa także na podejście psychologów do zachorowań anormalnych i psychopatologii. Tradycyjne ujęcia psychologiczne upatrują przyczyn zaburzeń zachorowań wewnątrz jednostki. Takie zaburzenia mogą być następstwem niezaspokojenia (braku gratyfikacji) lub nadmiernej gratyfikacji podstawowych, instynktownych procesów (jak sugerował Freud w swej teorii psychoanalitycznej) bądź wyuczonych reakcji (jak postulują zwolennicy teorii warunkowania klasycznego i sprawczego).

Według mieszkańców Chin i starożytnej Grecji zdrowie to nie tylko brak choroby (stanów negatywnych), ale również występowanie stanów pozytywnych. W wielu kulturach azjatyckich za integralny element zdrowia uważa się zachowanie równowagi między różnymi rolami społecznymi pełnionymi przez daną osobę. Natomiast chińska koncepcja zdrowia (oparta na religii i filozofii chińskiej) skupia się na pojęciach yin i yang, odnoszących się odpowiednio do negatywnej i pozytywnej energii. Chińczycy wierzą, że ludzkie ciało jest zbudowane z pierwiastków yin i yang. Równowaga między nimi zapewnia jednostce zdrowie, a jej brak – zbyt dużo yin lub yang – prowadzi do złego stanu zdrowia. Kiedy jednostka traci te harmonie i podejmuje niebezpieczne zachowania, na przykład „obraża duchy przodków lub wzbudza gniew żyjących świętych mężów, zakłóca spokój świata zwierząt i roślin, nadużywa święconych obrzędów religijnych, pozwala sobie na silne, niekontrolowane emocje albo narusza zasady i tabu społeczne”, wówczas zapada na zdrowiu.

Koncepcje zdrowia mogą się różnić nie tylko między kulturami, ale także wewnątrz takich pluralistycznych kultur, jak Stany Zjednoczone czy Kanada. Takie ujęcie diametralnie się różni od modelu biomedycznego, w którym przyczyn chorób upatruje się w wirusach i bakteriach. Różnice kulturowe

dotyczące definicji zdrowia mogą być źródłem problemów związanych z diagnozowaniem i leczeniem chorób. Kultura dominująca również przejmuje i przyswaja sobie poglądy dotyczące zdrowia, z jakimi przybyły różne grupy imigrantów.

Czynniki społeczno-kulturowe wywierają silny wpływ na to, jak spostrzegany jest kształt własnego ciała oraz sylwetki innych ludzi, a sposób spostrzegania oddziałuje na związek między kulturą a zdrowiem. Np. otyłość, anoreksja. Kultury różnią się pod względem poglądów dotyczących ludzkiego ciała. Te odmienne koncepcje wpływają na podejście przedstawicieli różnych kultur do zdrowia i choroby oraz do leczenia, a nawet na to, na jakie rodzaje chorób zapadają. Kulturowe wartości, postawy, przekonania i opinie dotyczące zamożności, dostatku piękna, atrakcyjności, władzy oraz innych atrybutów wydają się odgrywać ważną rolę w kształtowaniu postawy wobec jedzenia, szczupłej sylwetki i otyłości. Postawy te wywierają bezpośredni wpływ na takie zachowania związane ze zdrowiem, jak jedzenie, dieta czy ćwiczenia fizyczne. W różnych krajach i kulturach ukształtowały się odmienne podejścia do opieki zdrowotnej.

Na system opieki zdrowotnej danego kraju wpływają m. in.

- stopień rozwoju społeczno-gospodarczego,
- postęp techniczny i dostępność nowych technologii,
- wpływ krajów sąsiednich i partnerskich.
- Bariery w świadczeniu opieki warunkowanej kulturowo wynikają najczęściej z:
- Oparcia relacji na stereotypach,
- Braku wzajemnego zaufania,
- Podejrzliwości,
- Negatywnych oczekiwań,
- Obawy przed dyskryminacją,
- Złych wcześniejszych doświadczeń,
- Lęku,
- Braku wiedzy
- Niedostatecznej znajomości języka,
- Zaburzonej komunikacji (szumów komunikacyjnych)

Bariery kulturowe można przezwyciężyć przez terapeutyczną komunikację.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Kominarec I., Kominarecova E., Lewicki Cz., Komunikacyjne wymiary wielokulturowości, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły

- Techniczno- Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza, Jarosław 2013, 47-66.
2. Adler R. B. (red.), Kultura a porozumiewanie się [W:] Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2007, 410-419.
  3. Adler N. J., Communicating across Cultural Barriers [W:] International Dimensions of Organizational Behavior, PWS-KENT Publishing Company, Boston 1991, 63-91.
  4. Falkheimer J., Heide M., Multicultural Crisis Communication: Towards a Social Constructionist Perspective [W:] Journal of Contin-
  - gencies and Crisis Management, nr 4, Blackwell Publishing, Hoboken 2006, 180-189.
  5. Skelton J., Kai J., Cross-cultural communication in medicine: questions for educators [W:] Medical education, nr 35, Blackwell Publishing, Hoboken 2001, 257-261.
  6. Zaharna R. S., Understanding Cultural Preferences of Arab Communication Patterns [W:] Public Relations Review, nr 21(3), JAI Press, 1995, 241-255.
  7. Czaja J., Kulturowe czynniki bezpieczeństwa, Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2008, 19-30.
  8. Baney J., Komunikacja interpersonalna, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, 53-55.
  9. Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziara-Kornatowska K., Problemy wielokulturowości w medycynie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 104-107.
  10. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B., Pielęgniarstwo Transkulturowe, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 27-31.

mgr piel. Karol Laskowski

## Słoneczna opalenizna

Wpływ słońca na zdrowie człowieka zależy od tego, w jaki sposób z niego korzysta. Promienie słoneczne mają pozytywne działanie, podnoszą poziom endorfin poprawiając nasze samopoczucie. Słońce jest także konieczne do wytwarzania przez organizm ludzki prowitaminy D 3. W zależności od rodzaju fototypu skóry wystarczy latem od 15 do 30 minut ekspozycji słonecznej dziennie, aby odpowiednia dawka potrzebna do syntezy witaminy D3 została dostarczona do organizmu. W okresie zimowym w naszej strefie klimatycznej mamy słońca za mało. Nie możemy jednak podczas lata zmagazynować prowitaminy D3, jej braki warto uzupełniać korzystając np. z mleka i jego przetworów, tłustych ryb.

Według Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie dzienne zapotrzebowanie na witaminę D wynosi u dzieci 10 µg (czyli mikrogram równy jednej milionowej grama), u młodzieży 7, 5 µg. Norma u osób dorosłych - 5 µg. Witaminie D3 zawdzięczamy proste i mocne kości. Zapobiega ona krzywicy i osteoporozie a także odgrywa ważną rolę we wchłanianiu wapnia i fosforu z przewodu pokarmowego.

Zbyt duże stężenie witaminy D działa na organizm człowieka bardzo toksycznie. Naturalnym sposobem obrony organizmu przed jej nadwyżką jest zmiana koloru skóry tzw. opalenizna. Opaleniznę powodują promienie UVB działające na powierzchni skóry i penetrujące naskórek. Bezpośrednio do naszej skóry dociera 20 razy więcej promieni UVA niż UVB. UVA nie są zatrzymywane przez chmury ani szyby, działają od wschodu do zachodu słońca, przez cały rok. Przenikają też głębiej niż UVB i docierają nie tylko do naskórka, ale również do skóry właściwej.

Promienie UVB zastosowane w nadmiernej ilości mogą doprowadzić do oparzeń słonecznych. Promienie UVA są jeszcze bardziej destrukcyjne, gdyż przenikają do głębszych warstw skóry właściwej, uszkadzając białka strukturalne, co prowadzi do degradacji włókien kolagenowych i degeneracji włókien sprężystych. Skóra pod ich wpływem staje się gruba, mało sprężysta z dużą ilością przebarwień, zmarszczek i prześwitujących naczyń krwionośnych. UVA łączy się głównie ze starzeniem się skóry i rozwojem fotodermatoz.

Promienie UV mają także działanie mutagenne, tzn. uszkadzają materiał genetyczny komórek naskórka i mogą prowadzić do powstania raka skóry - najgroźniejszego nowotworu jakim jest czerniak.

Na nowotwory złośliwe skóry zapadają głównie ludzie rasy białej, szczególnie o jasnej karnacji. Główną przyczyną jest zbyt silne nasłonecznienie związane z promieniowaniem UV. W przypadku czerniaka nie jest to tylko kwestia przewlekłej ekspozycji na słońce. Osoba, która przez całe życie dużo opalała się może zachorować po wielu latach. Coraz częściej chorują ludzie młodzi, zwłaszcza kobiety, które częściej niż mężczyźni korzystają z solariumów. Negatywny wpływ tzw. sztucznego słońca na nasze zdrowie potwierdzono naukowo.

### Czerniak (melanoma)

Czerniak jest nowotworem złośliwym melanocytów - stąd jego nazwa i zabarwienie.



Statystyka dotycząca czerniaka - Czerniak jest 9 najczęściej występującym nowotworem w Europie.

- 1 na 100 mieszkańców Europy zachoruje na czerniak w jakimś momencie swojego życia.

- W Polsce co roku odnotowuje się około 50 000 przypadków nowych zachorowań na nowotwory złośliwe skóry, w tym ponad 3000 stanowią zachorowania na czerniaki.

- Czerniak stanowi tylko 6 proc. wszystkich nowotworów skóry, mimo to przyczynia się do śmierci aż 80 proc. pacjentów z nowotworami skóry.

- W ciągu ostatnich 20 lat zachorowalność na czerniaka wzrosła aż o 300%.

- Liczba zachorowań na czerniaka w Polsce podwaja się co 10 lat.

- Wczesne wykrycie czerniaka, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana, pozwala na niemal 100 proc. wyleczenie ponad 80 proc. chorych.

Czynnikami endogennymi są rasa biała, typ celtycki - jasna skóra, niebieskie oczy, włosy jasne lub rude. Skłonność skóry do oparzeń słonecznych. Duża liczba (> 100) łagodnych znamion skórnych. Szczególnie atypowe zmiany barwnikowe o średnicy > 7 mm mogą ulegać przemianie w czerniaka. Członkowie rodzin chorych na czerniaka mają 2, 5-krotnie większe ryzyko wystąpienia tej choroby.

Najczęściej czerniak występuje w skórze, ale może wystąpić w siatkówce oka lub błonach śluzowych. W rozpoznaniu mikroskopowym bardzo ważne jest określenie głębokości naciekania warstw skóry, rozległość zmiany, występowanie owrzodzenia i ewentualnych guzków satelitarnych.

Zwykle czerniak ma wygląd asymetrycznej plamy barwnikowej o średnicy większej niż 1 cm. Barwa zmiany może

być niejednolita - różne odcienie brązu, czerni i miejsca odbarwione. Powierzchnia guzka jest nierówna, niekiedy owrzodziła, krwawiąca.

Czerniak charakteryzuje się agresywnym wzrostem oraz możliwością tworzenia wczesnych i licznych przerzutów, które są bardzo trudne w leczeniu farmakologicznym. Czerniak przerzutowy jest najbardziej śmiertelną formą choroby, występującą gdy nowotwór rozprzestrzenia się poza powierzchnię skóry do innych organów, takich jak węzły chłonne, płuca, mózg i inne obszary organizmu.

Czerniak jest jednym z najłatwiejszych do zdiagnozowania nowotworów, ponieważ rozwija się na powierzchni skóry, najczęściej na odsłoniętych częściach ciała. Może powstawać na skórze wcześniej niezmienionej lub w zakresie istniejących już znamion. Regularne i dokładne obserwowanie swojej skóry pozwala na wczesne wykrycie nowotworu. Wszystkie znamiona, narośla, pieprzyki, które budzą niepokój i wydają się podejrzanym, powinny zostać zbadane przez lekarza dermatologa lub chirurga-onkologa i w razie jakichkolwiek wątpliwości wycięte. Objawy takie jak swędzenie, krwawienie i pęknięcie znamienia również jest sygnałem alarmowym i wymaga natychmiastowej konsultacji lekarskiej.

Czerniak, który początkowo pojawia się na powierzchni skóry, z czasem wrasta w jej głąb i wychodzi poza obręb skóry właściwej do naczyń krwionośnych na ponad 1 mm. Następnie za ich pośrednictwem, w bardzo krótkim czasie (nawet do 3 miesięcy) dociera do całego organizmu. Usunięcie czerniaka miejscowego, kiedy choroba nie jest jeszcze zaawansowana pozwala na wyleczenie aż 97 proc. chorych.

#### **Niezmiernie ważna jest profilaktyka zdrowotna.**

W okresie lata na rynku pojawia się mnóstwo produktów z filtrami przeciwsłonecznymi w postaci kremów; pianek lub balsamów. Kupując kosmetyk zwracamy uwagę na wskaźniki SPF i PPD. Ten pierwszy mówi o poziomie skuteczności obrony przed oparzeniami słonecznymi powodowanymi przez promienie UVB. Ten drugi jest wskaźnikiem skuteczności ochrony przed UVA. Dobór filtra jest prosty - im jaśniejsza skóra, tym wyższy SPF. Osoby z bardzo jasną skórą, blond włosami i niebieskimi oczami powinny używać

filtrów z SPF 30+ (chronią skórę przed 97 proc. promieni UVB) lub nawet filtrów z SPF 50+.

Należy przeliczyć stosunek SPF do PPD (niekiedy taka gotowa informacja znajduje się już na opakowaniu). Według norm europejskich wskaźnik ten powinien być równy lub mniejszy niż 3. Taka wielkość wskaźnika gwarantuje, że silna ochrona przed UVB wiąże się również ze wzmocnioną ochroną przed UVA. Generalnie im niższy jest ten wskaźnik, tym ochrona przed UVA jest większa (np. filtr o SPF 30 i PPD 17; stosunek wynosi ok. 1,8).

Podana na opakowaniu kremu przeciwsłonecznego liczba (SPF) mówi, ile razy dłużej można przebywać na słońcu w porównaniu do dozwolonego czasu przebywania na słońcu ze skórą bez ochrony. Dla poszczególnych osób czas nasłonecznienia jest różny - zależy od karnacji i indywidualnych skłonności. Przyjmuje się, że przeciętna długość to 20 min. To znaczy, że przebywając w tym czasie na słońcu bez ochrony, nie powinniśmy nabawić się żadnych niekorzystnych zmian na skórze. Zastosowany krem z faktorem np. 12, pozwoli zwiększyć ten czas bez szkody dla skóry do 240 min.

Ochrona skóry przed niekorzystnym wpływem promieniowania UV nie kończy się na wyborze dobrego kremu. Równie istotny jest sposób jego nakładania na ciało. Należy zaaplikować go co najmniej 20 minut przed opaleniem, nie oszczędzając na jego ilości. W celu zapewnienia odpowiedniej ochrony skóry powinno się jednorazowo zużyć około 30 ml substancji. Grubszą warstwą kremu warto pokryć pieprzyki i znamiona.

Minimalny odstęp czasu pomiędzy nałożeniem kremu a wyjściem na słońce wynosi pół godziny. Poza używaniem kosmetyków z filtrami nie można zapomnieć o ochronie oczu. Okulary przeciwsłoneczne dobrze jest kupić w salonie optycznym, gdyż wówczas istnieje pewność, że posiadają odpowiednie filtry.

Podczas opalania należy pamiętać o ochronie głowy, której przegrzanie może doprowadzić do udaru słonecznego. Lekka czapeczka, kapelusz słomkowy z rondem lub chustka są obowiązkowe, zwłaszcza, że promienie słoneczne działają przez chmury.

#### **Zasady bezpiecznego opalania się** **1. Używanie nieprzeterminowanych kosmetyków**

Skuteczną ochroną przed promieniowaniem UV są kosmetyki z filtrem UV. Przeterminowane nie nadają się do użytku. Pod wpływem czynników zewnętrznych utraciły już swoje ochronne właściwości. Każdego roku powinniśmy zaopatrzyć się w nowe kremy z filtrem.

#### **2. Dobór kremu z filtrem do typu skóry**

Wybierając krem należy pamiętać, że każdy z nas ma inny typ skóry. Dla dzieci przeznaczone są kremy z SPF 50, najlepiej wodoodporne. Osoby o jasnej karnacji również powinny smarować się kremem z faktorem SPF 50. Te osoby, które opalają się na brązowo i rzadko przypominają rumianego raka, mogą zacząć od SPF 30 lub 40, a później zejść na niższy stopień ochrony (np. SPF 20).

#### **3. Odpowiednia aplikacja kremu na ciało**

Musimy to zrobić wcześniej, jakieś 20-30 minut przed ekspozycją na słońce, bo tyle czasu trwa aktywacja ochronnych składników. Jeżeli używamy kremu wodoodpornego, po wyjściu z wody musimy się smarować. Należy za każdym razem nanosić go na skórę, a jeśli się nie kąpiemy, to czynność trzeba powtarzać co 2 godziny. Osoby chowające się w cieniu potrzebują także odpowiedniej ochrony. Promieniowanie UV odbija się od różnych powierzchni, np. wody i piasku, docierają także do cieniulubnych miejsc.

#### **4. Opalenie się w bezpiecznych godzinach**

Niebezpieczne godziny do ekspozycji na słońce to czas pomiędzy godziną 11.00 a 15.00. Wówczas promieniowanie jest najbardziej szkodliwe.

#### **5. Ochrona głowy**

Przed promieniowaniem najlepiej chronią kapelusze zakrywające uszy, kark i twarz, wykonane z jasnych materiałów. Kapelusze słomiane, które są luźno plecione, nadają najbardziej na popołudniowy spacer. Czapki z daszkiem nie zasłaniają karku i uszu, więc też nie są najlepszym rozwiązaniem chroniącym przed promieniami UV.

#### **6. Składniki fotouczulające**

Oparzenia słoneczne może powodować to, co jemy i pijemy. Część składników ma właściwości fotouczulające. Należą do nich niektóre leki antydepresyjne, antykoncepcyjne i przeciw cukrzykowe. Poza tym rośliny, takie jak dziurawiec, melisa czy nawet seler. Przed opaleniem można dostarczyć

swojemu organizmowi beta-karoten (obecny w marchwi, pomidorach, brzoskwiniach, papryce, szpinaku, brokułach, sałacie) – niszczy wolne rodniki, czyli zapobiega uszkodzeniom skóry oraz poprawia jej odporność na promieniowanie. Witaminy E i C także poprawią stan skóry przed ekspozycją na słońce.

#### 7. Picie wody

W upalne dni organizm człowieka, potrzebuje więcej niż zwykle wody. Odwodnienie nie tylko utrudnia regenerację skóry, ale też zwiększa ryzyko udaru słonecznego. W związku z tym, że się pocimy, tracimy wyjątkowo dużo płynów. Powinniśmy dostarczyć organizmowi nawet 4 litry wody dziennie.

#### 8. Wizyta u dermatologa

Po obejrzeniu znamion i pieprzyków na skórze lekarz określi, które wymagają całkowitego zakrycia przed promieniowaniem. Jeśli znamiona wyglądają mocno podejrzanie, dermatolog może polecić usunięcie ich przez chirurga.



## Z żałobnej karty

**Agnieszka Borówka (1953 – 2016)**



*"Żał że się za mało kochało, że się myślało o sobie  
Choćby się łzy wyplakalo, to teraz wszystko za mało..."*

*ks. J Twardowski*

*"W daleką podróż zabrał Cię Bóg,  
Jedną nadzieję Nam dając,  
Że kiedyś przekroczą, też Niebios próg,  
Ci, którzy tutaj w bólu zostali..."*

Z głębokim żalem i smutkiem informujemy, że dnia 27.08.2016r. w wieku 62 lat odeszła z tego świata nasza koleżanka Agnieszka Borówka.

Agnieszka była osobą bardzo ciepłą, sympatyczną i zawsze uśmiechniętą. Życzliwa do pacjentów, koleżanek i wszystkich, których знаła. Była kompetentną, profesjonalną i pracowitą pielęgniarką, na którą zawsze można było liczyć. Od dwóch lat była na emeryturze. Zmarła po ciężkiej chorobie.

**Agnieszko spoczywaj w spokoju, już bez bólu i cierpienia.  
Do zobaczenia po lepszej stronie życia.**

**Koleżanki z NZOZ Przychodnia Rejonowa Nr 2  
w Białej Podlaskiej**

<p><i>Zamknęły się oczy, spoczęły ręce, Przystało bić kochane serce...</i></p> <p><b>Pielęgniarki Iwone Wójtowicz</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TATY</b> Składają Stacji Pogotowia Ratunkowego w Parczewie</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarzowi Stanisławowi Wójtowicz</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TEŚCIA</b> Składają Stacji Pogotowia Ratunkowego w Parczewie</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarki Jolancie Bożyk</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci MAMY</b> Składają pracownicy Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiatrycznie Chorych w Suchowoli</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarzowi Adamowi Kłos</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TEŚCIA</b> Składają koleżanki i koledzy z Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarki Agnieszce Gomułka</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci MAMY</b> Składają koleżanki i koledzy z Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarki Beacie Gołoś</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TATY</b> Składają koleżanki i koledzy ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarki Beacie Gołoś</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TATY</b> Składają Zarząd Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarki Małgorzacie Rozwadowskiej</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TATY</b> Składają Zarząd Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Położnej Marzenie Gajko-Chudycz</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TATY</b> Składają koleżanki z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego SP ZOZ w Parczewie</p>
<p><i>„Można odejść na zawsze By stale być blisko”</i></p> <p><i>W dniu 26 marca 2016r. przeżywszy 63 lata odeszła od nas na wieczny dyżur – położna Krystyna Muchła. Najszczerze kondolencje rodzinie Krystyny składają koleżanki z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.</i></p>		<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p><b>Pielęgniarki Annie Kochańskiej</b> Szczerze wyrazy współczucia <b>Z powodu śmierci TATY</b> Składają współpracownicy z Bloku Operacyjnego WSzS w Białej Podlaskiej</p>

