

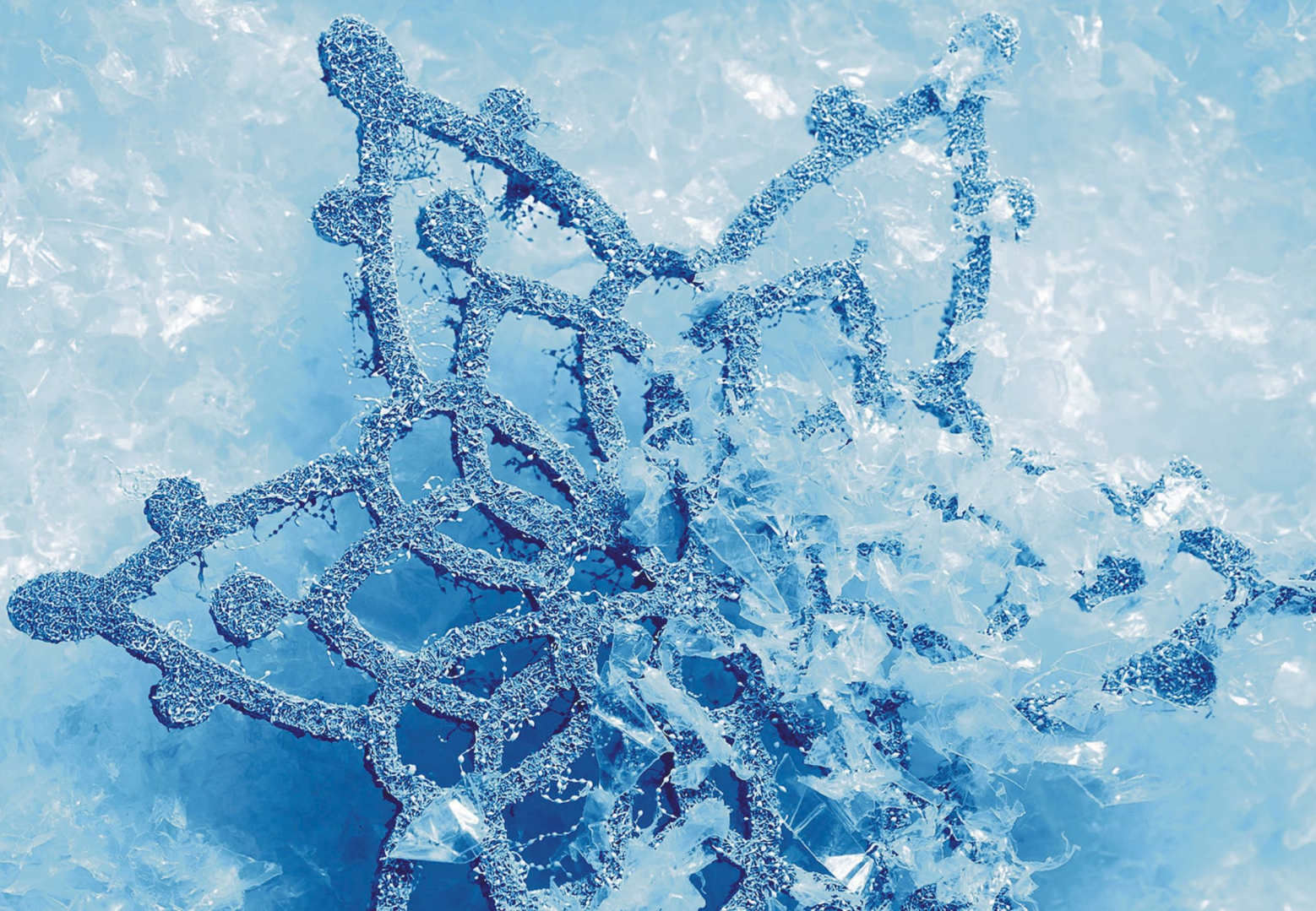


Nr 99 (VII) LISTOPAD - GRUDZIEŃ 2015

ISSN 1509-4189

BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W RZESZOWIE



W Y D A W C A:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3
tel. (17) 77 88 483, fax (17) 77 88 484
www.oipip.rzeszow.pl

DRUK:

Drukarnia „Hetman” w Rzeszowie

BIURO OIPIP W RZESZOWIE:

Przewodnicząca:

przewodnicząca@oipip.rzeszow.pl

Sekretariat:

biuro@oipip.rzeszow.pl

Dział Prawa Wykonywania Zawodu:

pwz@oipip.rzeszow.pl

Dział merytoryczny:

merytoryczny@oipip.rzeszow.pl

sekretarz@oipip.rzeszow.pl

Księgowość:

ksiegowosc@oipip.rzeszow.pl

skladki@oipip.rzeszow.pl

skarbnik@oipip.rzeszow.pl

Nr konta (SKŁADKI)

Bank Zachodni WBK S.A.

4 Oddział w Rzeszowie

03 1500 1100 1211 0005 5678 0000

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie:

- dyżury w każdą 2 i 4 ŚRODĘ miesiąca
w godzinach 14.00 - 16.00

e-mail: rzecznik@oipip.rzeszow.pl

PORAD PRAWNYCH dla członków samorządu

udziela radca prawny Paulina Wójcik - Król
w każdą środę od 12.00 - 16.00
nr telefonu (17) 77 88 483

SZANOWNI PAŃSTWO,

Zachęcamy do przedstawiania nam tekstów poruszających problemy naszego środowiska, bądź też prezentujących ciekawe informacje dotyczące praktyki pielęgniarek i położnych. Decyzja o publikacji będzie decyzją kolegią Zespołu, odpowiadającego za merytoryczny poziom Biuletynu.

Zastrzegamy sobie prawo skracania i opracowywania przesłanych tekstów.

Nie odpowiadamy za treść ogłoszeń i ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.

Prosimy teksty dostarczać w formie elektronicznej.

Nakład: 1.800 egzemplarzy

W NUMERZE

Głosem Przewodniczącej	- 3
Kalendarium	- 4
VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie	- 5
Aktualności	- 10
Nagrody dla Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie	- 12
Warto wiedzieć	- 13
Opinia prawna w przedmiocie wystawiania recept przez pielęgniarki	- 17
Wyjaśnienia dotyczące podwyżek dla pielęgniarek i położnych ...	- 18
Opinie prawne, konsultantów	- 19
Ocena jakości życia	- 21
Komunikacja interpersonalna	- 23
Relacje pielęgniarek z innymi grupami zawodowymi pracującymi na oddziale rehabilitacji z pododdziałem wczesnej rehabilitacji neurologicznej w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie	- 27
Pożegnania	- 31
Oferta INTER POLSKA	- 32





Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękuję za zaufanie, którym obdarzyliście mnie dokonując wyboru na Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Pragnę reprezentować całe nasze środowisko zawodowe z godnością i zaangażowaniem w ważne dla nas sprawy. Wśród wielu potrzeb, które obecnie dostrzegamy za jedno z najważniejszych uważam wsparcie pielęgniarek i położnych od strony prawnej, psychologicznej i medialnej. Liczę na merytoryczną współpracę i dialog. Wierzę, że możemy wiele osiągnąć łącząc siły w celu naszego wspólnego dobra i rozwoju zawodowego.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia życzę Państwu zdrowia, radości i spokoju, wiary w lepsze jutro, a w nadchodzącym roku realizacji zamierzeń i spełniania marzeń.

*Anita Drązek
Przewodnicząca ORPiP w Rzeszowie*



LISTOPAD

10.11.2015 - Posiedzenie Komisji Socjalnej.

10.11.2015 - Posiedzenie Prezydium ORPiP. Na posiedzeniu podjęto 40 uchwał m. in.: w.s prawa wykonywania zawodu; w.s przyznania zapomóg; w.s dofinansowania do kursów, studiów, specjalizacji; w.s wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego; w.s odmowy przyznania dofinansowania.

17 - 18.11.2015 - Odyt się VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Hotelu "Zimowit" w Rzeszowie.

26.11.2015 - Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie zaprasza pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne na certyfikowane

WARSZTATY METODYCZNE

Nowe narkotyki i dopalacze.

Rozpoznawanie zachowań.

Podstawy pomocy przedmedycznej

- wskazówki metodyczne dla profilaktyki

11 lutego 2016 r., godz. 9.00 - 13.00

Hotel Twierdza, ul. Podkarpacka 10B

W programie m.in.:

- Charakterystyka kluczowych narkotyków i dopalaczy w regionie zagrożenia dla zdrowia psychicznego i somatycznego.
- Zaburzenia OUN jako skutek działania narkotyków i dopalaczy - ryzyka związane z używaniem substancji psychoaktywnych.
- Kluczowe czynniki ryzyka i czynniki ochronne.
- Rozpoznawanie zachowań narkotykowych - zasady postępowania i bezpieczeństwa.
- Podstawy pomocy przedmedycznej dla osób znajdujących się pod wpływem narkotyków.
- Wskazówki do profilaktyki i prewencji.

Program autorski przygotowany przez

Centrum Profilaktyki Społecznej

Prowadzący zajęcia: Mariusz Jędrzejko

Leszek Roszczenko, Maciej Szczodrowski

OPŁATY:

- pielęgniarki - 10 zł
- higienistki szkolne - 20 zł

płatne na konto: Bank Pekao S.A.
82 1240 4751 1111 0000 5509 6478

Zgłoszenia - od 20 stycznia 2016 r.

telefonicznie do biura OIPIP w Rzeszowie
tel. (17) 77 88 483, e-mail: biuro@oipip.rzeszow.pl

GRUDZIEŃ

08.12.2015 - Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

10.12.2015 - Przewodnicząca Anita Drażek wzięła udział w Międzynarodowym Seminarium poświęconym rozwiązywaniu problemów osób starszych, chorych na zespoły otępienne, w tym na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunów poprzez działania edukacyjne z zakresów rozpoznawania zespołów otępiennych, opieki i rehabilitacji osób chorych i starszych, które odbyło się na Uniwersytecie Rzeszowskim.

11.12.2015 - Posiedzenie Komisji Socjalnej.

Minister Zdrowia odebrał symboliczną petycję pielęgniarek

Wicepremier Piotr Gliński, minister zdrowia Konstanty Radziwiłł oraz Elżbieta Witek - rzecznik prasowy rządu uczestniczyli 16 grudnia br. w spotkaniu z prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyną Rogalą-Pawelczyk w Kancelarii Premiera.

Podczas spotkania prezes NRPiP przekazała w imieniu środowiska pielęgniarek symboliczną petycję (w formie recepty) zawierającą apel do rządu i parlamentarzystów o podjęcie natychmiastowych działań w celu opracowania i wdrożenia programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne. Petycję podpisało ponad pół miliona obywateli.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł zapewnił, że dostrzega problem, czego wyrazem są już rozpoczęte rozmowy z pielęgniarkami i zapewnił, że trwają prace nad systemowym rozwiązaniem dotyczącym wynagrodzeń w ochronie zdrowia, uprządkowaniem kwestii zatrudnienia i ścieżką rozwoju zawodowego pielęgniarek.

Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk podkreśliła, że złożenie petycji w kancelarii premiera nie jest wyrazem zarzutów wobec nowego rządu.

W ramach dialogu podejmowanego przez ministra zdrowia ze środowiskami medycznymi 21 grudnia w Ministerstwie Zdrowia odbędzie się kolejne spotkanie z pielęgniarkami.

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie 17 - 18 listopad 2015 r.

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd został zaplanowany na 17-18 listopada 2015 r. w Hotelu Zimowit w Rzeszowie. W Zjeździe uczestniczyło 170 delegatów co stanowi 92%. Na wstępie ustępująca Pani Przewodnicząca Izabela Kowalska przywitała zaproszonych gości między innymi Panią Teresę Gwizdak - Dyrektorkę Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim, Janusza Solarza - Dyrektora Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie, Zbigniewa Widomskiego - Dyrektora SPZOZ MSW w Rzeszowie, Magdalenę Szczepaniak - przedstawiciela Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie, a także wszystkich delegatów na VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Zaproszeni goście złożyli na ręce Pani Izabeli Kowalskiej podziękowania za współpracę. Po oficjalnych wystąpieniach zaproszonych gości Przewodnicząca Izabela Kowalska rozpoczęła obrady i wybór Prezydium Zjazdu.

Do Prezydium Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego zostały wybrane większością głosów Panie: Izabela Kowalska - przewodnicząca, Elżbieta Sułyk - wiceprzewodnicząca, Dorota Liput i Anna Kunysz - sekretarze Zjazdu. Po ukonstytuowaniu się Prezydium przystąpiono do wyboru osób do **Komisji Mandatowej do której wybrano:** Natalię Głogowską - Przewodniczącą, Zofia Kocój, Anna Kwarciany, Maria Szpunar - członkowie.

Do Komisji Uchwał i Wniosków wybrano: Jadwigę Brożniak - Przewodniczącą, Marta Pieczonka, Halina Dymacz, Małgorzata Litwin, Agnieszka Bajrasz, Maria Madeja - członkowie.

Do Komisji Wyborczej wybrano: Dominikę Pasierb - Przewodniczącą, Alicja Malinowska, Wiesława Mokrzycka, Anna Janiga, Irena Bieniek - członkowie.

Do Komisji Skrutacyjnej wybrano: Dorotę Podolec - Przewodniczącą, Alina Gołojuch, Joanna Bieniasz, Karolina Cempura, Dorota Sopylak, Elżbieta Nowak, Teresa Lubera, Elżbieta Tomczyk - członkowie.

Po podjęciu uchwał w/s przyjęcia sprawozdań kadencyjnych organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie za lata 2011-2015 Okręgowy Zjazd przyjął na wniosek Komisji Rewizyjnej uchwałę w/s udzielenia absolutorium ustępującej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

Następnie podjęto uchwałę w/s ustalenia liczby członków organów OIPIP w Rzeszowie na lata 2015-2019. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych składa się z Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz 24 członków - w tym 20 pielęgniarek i 4 położnych.

Okręgowa Komisja Rewizyjna składa się z Przewodniczącej i 4 członków.

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych składa się z Przewodniczącej i 7 członków w tym 5 pielęgniarek i 2 położnych.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej składa się z Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i 6 Zastępców Okręgowego Rzecznika w tym 4 pielęgniarek i 2 położnych.

W kolejnej części obrad Zjazdu przystąpiono do wyboru Przewodniczącej/Przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Kandydatami na Przewodniczącą/Przewodniczącego ORPiP w Rzeszowie VII kadencji zostali: Anita Drażek, Halina Kalandyk, Teresa Kuziara, Zbigniew Machnio, Barbara Świetlik. Do drugiej tury wyborów przeszły Panie Anita Drażek, Halina Kalandyk.

Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie została Pani Anita Drażek.



Przewodniczącą Komisji Rewizyjnej VII Kadencji w Rzeszowie została Pani Marzena Szczęch.

Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie została Pani Jolanta Wała.

Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych na VII kadencji została wybrana Pani Renata Trzyna.

Do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji w Rzeszowie zostały wybrane następujące osoby: pielęgniarki - Adamczyk Alicja, Biał Teresa, Bródka Lucyna, Dec-Pindłowska Anetta, Dziadosz Grażyna, Florek Renata, Grab Jolanta, Harpula Kinga, Janiga Anna, Liput Dorota, Łój Maria, Madeja Maria, Mazur Halina, Paduch Beata, Ryba Beata, Sowa Małgorzata, Świerad Alicja, Świetlik Barbara, Trznadel Agnieszka, Zborowska Maria; położne - Bernacka Edyta, Halibard Barbara, Kopec Lidia, Kosiek Maria.

Członkami Komisji Rewizyjnej w Rzeszowie na VII kadencji zostały wybrane następujące osoby: Bąk Małgorzata, Kochowska Marzanna, Kozak Aneta, Stopińska Irena.

Członkami Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie VII kadencji zostały: pielęgniarki - Dul Jolanta, Brożniak Jadwiga, Caban Krystyna, Gajda Dorota, Mazur-Wiśniewska Krystyna; położne - Kwarciany Anna, Perłowska Irena.

Zastępcami Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie VII kadencji zostały: Bieniek Beata, Dul Albina, Hołody Barbara, Krupczak Bernadeta, Półtorak-Fus Joanna, Pieczonka Marta.

Wybrano również delegatów na Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Delegatami zostały następujące osoby: Anita Drażek, Irena Bieniek, Grażyna Aksamit, Bożena Augustyn, Anetta Dec-Pindłowska, Barbara Świetlik, Teresa Kuziara, Dorota Janus, Joanna Przybek-Mita, Izabela Kowalska, Joanna Półtorak-Fus.



Po zakończonych wyborach Przewodnicząca VII Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego, który odbywał się w dniach 17-18 listopada 2015 r. w Hotelu Zimowit w Rzeszowie ogłosiła jako zakończony, wszystkim podziękowała za wytrwałość w obradach, komisjom - szczególnie komisji wyborczej i skrutacyjnej serdecznie podziękowała za ciężką pracę a wszystkim wybra-

nym delegatom życzyła sukcesów zawodowych i satysfakcji na rzecz pracy w samorządzie.

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych głosował w sprawie niżej przedstawionych wniosków:

Wniosek Nr 9 w/s podjęcia zdecydowanych działań celem podniesienia płac zasadniczych pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Domach Pomocy Społecznej.

Wniosek Nr 10 w/s podjęcia zdecydowanych działań mających na celu sposobu naliczania płac i wymiaru czasu pracy za dodatki nocne i świąteczne zgodnie z ustawą o działalności leczniczej dla pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Domach Pomocy Społecznej.

Wniosek Nr 17 w/s zorganizowanie spotkania z mecenasem w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących Rozporządzenia MZ z dnia 08 września i 14 października 2015 r.

Wniosek Nr 19 w/s wzrostu stawki za osobodzień w opiece długoterminowej domowej.

Wniosek Nr 20 w/s w sprawie przyjęcia planu finansowego dotyczącego realizacji świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Wniosek Nr 21 w/s zapłaty za świadczenia zrealizowane ponad limit w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Wniosek Nr 22 w/s włączenia opieki geriatrycznej do pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Wniosek Nr 23 w/s przyznania dodatkowych środków finansowych na realizację przez pielęgniarki i położne zaleceń MZ w sprawie wypisywania recept.

Wniosek Nr 24 w/s utworzenia programu kursu kwalifikacyjnego opieki długoterminowej dla położnych.

Wniosek Nr 25 w/s obniżenia składki na OIPIP z 1% na 0,5%.

Wniosek Nr 26 w/s Regulaminu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

Wniosek Nr 27 w/s obniżenia składki na OIPIP dla prowadzących indywidualną praktykę pielęgniarską i położniczą.

Wniosek Nr 28 w/s zmiany w kształceniu adeptów zawodu pielęgniarki i położnej.



Wniosek Nr 9
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 17 listopada 2015 r.

**w sprawie podjęcia zdecydowanych działań
celem podniesienia płac zasadniczych
pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących
w Domach Pomocy Społecznej**

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do NRPiP w Warszawie oraz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Zarządu Regionu Podkarpackiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych o podjęcie zdecydowanych działań celem podniesienia płac zasadniczych pielęgniarek i pielęgniarzy.

Uzasadnienie:

Pielęgniarki pracujące w DPS-ach od kilku lat pozbawione są podwyżek, nie obejmuje je obecne Rozporządzenie MZ w stosunku do pielęgniarek i położnych z dnia 08 września czy 14 października 2015 r. ze względu, że są pracownikami pomocy społecznej.

Wniosek Nr 10
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 17 listopada 2015 r.

**w sprawie podjęcia zdecydowanych działań
mających na celu sposobu naliczania płac
i wymiaru czasu pracy za dodatki nocne
i świąteczne zgodnie z ustawą o działalności
lecniczej dla pielęgniarek i pielęgniarzy
pracujących w Domach Pomocy Społecznej**

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do NRPiP w Warszawie oraz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Zarządu Regionu Podkarpackiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych o podjęcie zdecydowanych działań mających na celu uregulowanie sposobu naliczania płac i wymiaru czasu pracy za dodatki nocne i świąteczne dla pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Domach Pomocy Społecznej.

Uzasadnienie:

Pielęgniarki pracujące w DPS-ach należą do personelu medycznego i wykonują czynności medyczne a tym samym podlegają pod ustawę o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.

Wniosek Nr 17
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 17 listopada 2015 r.

**w sprawie podjęcia działań mających na celu
zorganizowania spotkania informacyjnego
z prawnikiem dotyczącego rozporządzenia MZ
z dnia 14 października 2015 r. zmieniające
rozporządzenie w sprawach ogólnych warunków
umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do ORPiP w Rzeszowie oraz Zarządu Regionu Podkarpackiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych o podjęcie działań mających na celu zorganizowania spotkania informacyjnego z prawnikiem dotyczącego rozporządzenia MZ z dnia 14 października 2015 r.

Uzasadnienie:

Pielęgniarki i położne proszą o jasną interpretację aktów prawnych celem przedstawienia ich w rozmowach z pracodawcą.

Wniosek Nr 19
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

**w sprawie wzrostu stawki za osobodzień
w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej**

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do Ministra Zdrowia, Komisji Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zwiększenie stawki za osobodzień dla pielęgniarki pracującej w opiece długoterminowej domowej.

Uzasadnienie:

Uważamy, że aby zabezpieczyć opiekę pielęgniarstwą dla pacjentów wymagających realizacji świadczeń na wysokim poziomie wobec pacjentów, którzy wymagają całodziennej, wzmożonej opieki równoznaczne jest ze stale rosnącymi kosztami prowadzenia tejże opieki zarówno przez pracodawców jak i pracowników. Dotychczasowa stawka za osobodzień będzie powodować eliminację z rynku usług zdrowotnych podmiotów realizujących ww. świadczenia a tym samym spowoduje to ograniczenie dostępności do tych świadczeń.

Wniosek Nr 20
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie przyjęcia planu finansowego dotyczącego realizacji świadczeń pielęgniacyjno-opiekuńczych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuję do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i NFZ w Rzeszowie w sprawie przyjęcia planu finansowego dotyczącego realizacji świadczeń pielęgniacyjno-opiekuńczych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Uzasadnienie:

Uważamy, że plan finansowy dotyczący realizacji świadczeń pielęgniacyjno-opiekuńczych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej powinien być zwiększony o kwotę podwyżek dla pielęgniarek zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08 września i 14 października 2015 r. w sprawach ogólnych warunków umów o udzielaniu świadczeń. Plan finansowy został skonstruowany na podstawie realizacji świadczeń w/w tak aby na 2016 r. urealnić kontrakty w stosunku do realizacji świadczeń w 2015 r. po I półroczu.

Wniosek Nr 21
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie wypłaty za świadczenia ponad limit w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuję do Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie w sprawie wypłaty za świadczenia ponad limit w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Uzasadnienie:

Wnioskujemy, aby zostały zrealizowane zapłaty za świadczenia zrealizowane ponad limit w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej. Każdy świadczeniodawca z własnych środków finansowych płaci pracownikom jak również realizuje opiekę nad chorymi, którzy na realizację w/w świadczeń nie mogą oczekiwać, gdyż zagraża to życiu i niweczy dotychczasowe wysiłki w okresie leczenia i pielęgnowania co skutkuje radykalnym pogorszeniem stanu zdrowia tych pacjentów.

Wniosek Nr 22
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie włączenia opieki geriatrycznej do pielęgniarskiej opieki długoterminowej

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuję do Ministra Zdrowia, Komisji Zdrowia w sprawie włączenia opieki geriatrycznej do pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Uzasadnienie:

Uważamy, że opieka długoterminowa obejmuje w 85% chorych po 65 roku życia i posiada w tej kwestii bardzo dobrze przygotowaną kadrę pielęgniarską do realizowania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.

Wniosek Nr 23
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie przyznania dodatkowych środków finansowych na realizację przez pielęgniarki i położne zaleceń MZ w sprawie wypisywania recept

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuję do Ministra Zdrowia, Komisji Zdrowia w sprawie przyznania dodatkowych środków finansowych na realizację przez pielęgniarki i położne zaleceń MZ w sprawie wypisywania recept.

Uzasadnienie:

Uważamy, że wprowadzenie w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej od 1 stycznia 2016 r. dodatkowych kompetencji dotyczących wypisywania recept na określone leki, wyroby medyczne a także skierowania na badania laboratoryjne przez pielęgniarki i położne rości nowe zadania jak również zdobycie dodatkowych kompetencji.

Wniosek Nr 24
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie utworzenia programu kursu kwalifikacyjnego opieki długoterminowej dla położnych

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do Departamentu Pielęgniarek i Położnych przy Ministerstwie Zdrowia w sprawie utworzenia programu kursu kwalifikacyjnego opieki długoterminowej dla położnych.

Uzasadnienie:

Opieka sprawowana nad kobietą przez położną nie dotyczy tylko kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu ale również opieką obejmowane są kobiety w każdym okresie ich życia.

Wniosek Nr 25
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie obniżenia składki na OIPIP

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Warszawie o obniżenie składki na OIPIP z 1% na 0,5%.

Uzasadnienie:

Składka 1% na Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych jest zbyt wysoka w stosunku do zarobków pielęgniarek i położnych.

Wniosek Nr 26
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie Regulaminu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie o podjęcie uchwały w zakresie zmiany ustalania regulaminów funkcjonowania Izby, regulaminów dofinansowania do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, regulaminu zapomóg i pomocy OIPIP.

Uzasadnienie:

Decyzje dotyczące w/w regulaminów powinny być podejmowane na Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, ponieważ jest to najwyższy organ Izby, który ma prawo podejmować tak istotne dla samorządu decyzje.

Wniosek Nr 27
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie obniżenia składki na OIPIP
dla prowadzących indywidualną
praktykę pielęgniarską i położniczą

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Warszawie o obniżenie składki na OIPIP dla prowadzących indywidualną praktykę pielęgniarską i położniczą.

Uzasadnienie:

Pielęgniarki i położne prowadzące indywidualną praktykę odprowadzają składkę miesięczną w kwocie 41,40 zł i systematycznie co roku składka ta jest podwyższana i nie adekwatna do zarobków. Nie ma też możliwości wyboru formy odprowadzania składki w przypadku pracy na etacie i prowadzenia indywidualnej praktyki. Pielęgniarki i położne wnoszą o obniżenie składki co najmniej do połowy sumy obecnej.

Wniosek Nr 28
VII Sprawozdawczo-Wyborczego
Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
z dnia 18 listopada 2015 r.

w sprawie zmiany w kształceniu
adeptów zawodu pielęgniarki i położnej

VII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wnioskuje do Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego i Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w sprawie zmiany w kształceniu adeptów zawodu pielęgniarki i położnej.

Uzasadnienie:

Zmiany, o które ubiegamy się mają dotyczyć kształcenia przyszłych adeptów zawodu pielęgniarki i położnej. W kształceniu powinni brać udział nauczyciele akademicy pracujący w oddziałach klinicznych. W wydziałach tylko dydaktycznych /teoretyków teoretycznych/ powoduje u przyszłych adeptów zawodu pielęgniarek i położnych stan oderwania od praktycznego realizowania zawodu.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0021.192.2015.WW

Warszawa, dnia 24 listopada 2015 r.

**Pani/Pan
Przewodnicząca/y
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowni Państwo

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpłynęły pisma dotyczące odmowy stosowania postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1400) względem pielęgniarek i położnych bezpośrednio uczestniczących w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przez „podwykonawców” świadczeniodawców posiadających umowy na ich realizację z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przedstawia opinię prawną w przedmiotowej sprawie.

2 pismach

Prezes NRPiP

G. Rogala-Pawelczyk
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

załącznik:
- opinia prawna

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

OPINIA PRAWNA dla Prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie DOTYCZĄCA stosowania postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) względem pielęgniarek i położnych bezpośrednio uczestniczących w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przez „podwykonawców” świadczeniodawców posiadających umowy na ich realizację z Narodowym Funduszem Zdrowia.

SPORZĄDZONA PRZEZ: r. pr. Piotra Siłkiewicza

Warszawa, 2 listopada 2015 r.

WNIOSEK:

Pielęgniarki i położne posiadające np. umowę o pracę u „podwykonawcy” określonego świadczeniodawcy, realizujące bezpośrednio świadczenia opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ zawartej przez tego świadczeniodawcę również powinny być objęte postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400).

UZASADNIENIE:

Stan faktyczny:

Przedmiot zapytania dotyczy objęcia przewidzianym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) wzrostem wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, uczestniczących w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w oparciu o stosunek prawny łączące je nie bezpośrednio z tym świadczeniodawcą lecz jego podwykonawcą.

Ocena prawna:

W pierwszym rzędzie wypada przywołać regułę wyrażoną w §2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) zgodnie z którą w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazuje do dyrektora właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, informację, według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. Zm.) i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te świadczenia.

Z przywołanej normy prawnej nie wynika, aby pielęgniarki i położne musiały posiadać jakąkolwiek umowę bezpośrednio z tym konkretnym świadczeniodawcą. Warunkiem jest natomiast wykonywanie u tego świad-

czniodawcy zawodu w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej także realizowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zasadne będzie zatem stanowisko zgodnie, z którym pielęgniarki i położne posiadające np. umowę o pracę u „podwykonawcy” określonego świadczeniodawcy, realizujące bezpośrednio świadczenia opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ zawartej przez tego świadczeniodawcę również powinny być objęte postanowieniami przywołanego rozporządzenia.

Powyższe stanowisko potwierdza także brzmienie art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), stosownie z którym to świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Ponadto umowa zawierana przez świadczeniodawców z NFZ w myśl reguły wyrażonej w art. 136 ust. 1 pkt 3 przywołanej wyżej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinna zawierać wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach.

Z powyższego jednoznacznie wynika zatem, że świadczeniodawcy mogą realizować umowy w oparciu o podwykonawców, jednakże ustawodawca nałożył na nich w tym zakresie pewne obowiązki informacyjne względem NFZ. Objęcie zakresem rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie pielęgniarki i położne, które bezpośrednio łączy umowa ze świadczeniodawcą byłoby nieuzasadnionym ograniczeniem. Mając na względzie zasadę racjonalnego działania polskiego prawodawcy jak również posługując się literalną wykładnią przepisów omawianego rozporządzenia trzeba wyrazić przekonania, że winno ono znaleźć zastosowanie względem tych pielęgniarek i położnych, które u danego świadczeniodawcy uczestniczą w realizacji świadczeń w ramach umowy, którą zawarł on z NFZ.

Konkludując należy stwierdzić, że brak jest podstaw do zawężającej interpretacji norm sformułowanych w cytowanym rozporządzeniu i ograniczaniu jego stosowania wobec pielęgniarek i położnych, które posiadają wprawdzie bezpośrednią umowę z tzw. „podwykonawcą” świadczeniodawcy, lecz w rzeczywistości to u niego i na jego rzecz realizują określone w umowie świadczenia zdrowotne.

NAGRODY DLA OŚRODKA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Sp. Z O. O. W RZESZOWIE

Zarząd i pracownicy Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o. o. w Rzeszowie z przyjemnością informują, iż dnia 9 października 2015 r., podczas uroczystej gali Euro-Partner Podkarpackie Filary Gospodarki w Domu Kultury „Kosmos” w Dębicy, Ośrodek otrzymał odznakę honorową „Za zasługi dla rozwoju gospodarki Rzeczypospolitej Polskiej” oraz Certyfikat „Euro-Partner Podkarpackie Filary Gospodarki”. Nagrody z rąk Wicewojewody Podkarpackiego Grażyny Borek, przyjęła Prezes Zarządu Joanna Przybek-Miła w towarzystwie Wiceprezes Zarządu Renaty Kilar oraz Wiceprezes Doroty Kokoszki.

Zaszczytne odznaczenie przyznawane przez Ministra Gospodarki nadawane jest osobą fizycznym, prawnym i jednostkom organizacyjnym, w uznaniu ich zasług poniesionych na rzecz rozwoju gospodarki Rzeczypospolitej Polskiej poprzez osiągnięcia w pracy zawodowej, działalności badawczo-rozwojowej, organizatorskiej lub promocyjnej.



Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie znalazł się wśród najlepszych podkarpackich przedsiębiorstw działających na rzecz rozwoju gospodarczego regionu, które tworzą nowe miejsca pracy, aktywnie pozyskują środki z funduszy unijnych, wdrażają nowe technolo-

gie i efektywne metody zarządzania. To zaszczytne wyróżnienie to dla nas wielka nobilitacja i potwierdzenie najwyższych standardów i rzetelności w działaniu firmy.

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie pragnie również poinformować, iż wzięliśmy udział w XIV edycji konkursu „Podkarpacka Nagroda Gospodarcza”, którego uroczysta gala odbyła się dnia 24 października 2015 roku w Instytucie Muzyki Uniwersytetu Rzeszowskiego. Jak informuje kapituła konkursu *celem jest wyłonienie grupy najlepszych i najaktywniejszych gospodarczo firm naszego regionu, które dzięki osiąganym wynikom w prowadzonej działalności są lub mogą stać się wzorem dla innych. Już samo uczestnictwo w konkursie to nobilitacja dla każdego z uczestników poprzez znalezienie się w gronie najdynamiczniejszych i najlepiej rozwijających się przedsiębiorstw Podkarpacia.*

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie otrzymał wyróżnienie w kategorii firm małych. Dyplom odebrała Prezes Zarządu Joanna Przybek-Miła oraz Wiceprezes Zarządu Dorota Kokoszka. Jest to pierwsze takie wyróżnienie dla naszej firmy.



Korzystając z okazji pragniemy podziękować wszystkim za ciężką pracę i wysiłek oraz zaangażowanie w funkcjonowanie i rozwój Ośrodka.

Życzymy Państwu i sobie wielu dalszych sukcesów.

Zarząd i pracownicy OKPIIP w Rzeszowie

V MIĘDZYNARODOWY KONGRES OPEP SZKOŁA MATEK I OJCÓW - RAZEM ŁATWIEJ

Danuta Botiuk, Renata Kloc, Urszula Pieczonka

W dniach 1-3 grudnia 2015 r. w Hotelu Rezydencja Nosalowy Dwór w Zakopanem odbył się IV Międzynarodowy Kongres Ogólnopolskiego Programu Edukacji Poporodowej „Położna i Pielęgniarka edukatorem Szkoły Matek i Ojców - Razem Łatwiej”. W bogatym programie Kongresu znalazły się konferencje o różnorodnej tematyce: neonatologicznej, położniczej i ginekologicznej.

Spotkanie otworzyli: Przewodnicząca Rady Naukowej prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska i Prezes Tomasz Grzegorzewski.

Jedną z konferencji był wykład „Macierzyństwo a rak” dr n. med. Barbary Kozakiewicz - specjalisty onkologa - radioterapeuty - ginekologa - położnika. Onkolodzy za nowotwór współistniejący z ciążą uznają ten, który rozpoznany jest w trakcie ciąży lub gdy choroba nowotworowa pojawiła się do roku po ukończeniu ciąży.

Częstość występowania nowotworów złośliwych u kobiet ciężarnych jest stosunkowo niewielka i wynosi 0,02-0,1% ciąż. W Polsce nowotwór rozpoznawany jest u 1 na 1000 kobiet ciężarnych.



Z uwagi na obecną tendencję do opóźniania przez kobiety decyzji o macierzyństwie oraz narastanie zachorowań na nowotwory złośliwe wynikające z wieku, należy wnioskować, że częstość występowania nowotworów złośliwych u kobiet w okresie trwania ciąży będzie narastać.

U przeszło połowy chorych w ciąży rozpoznawany jest rak piersi, drugim co do częstości występowania są nowotwory hematologiczne - ok. 30%. Powszech-

nym był dotąd pogląd, że ciąża negatywnie wpływa na wyniki wyleczenia z nowotworu złośliwego. Aktualnie brak jest dowodów naukowych wskazujących, że usunięcie ciąży wpływa pozytywnie na wynik leczenia matki, to znaczy polepsza jego wyleczenie. Brak jest onkologicznych standardów postępowania z kobietami ciężarnymi, z uwagi na brak możliwości przeprowadzania badań klinicznych w tej grupie chorych. Onkolodzy korzystają z różnych metod leczenia: chirurgicznego, radioterapii, hormonoterapii i chemioterapii. Wszystkie te metody mogą spowodować uszkodzenie dziecka w łonie matki. Płód narażony jest na szkodliwe działanie czynników, mających na celu wyleczenie matki, a co za tym idzie, różnie na nie reaguje.



Rozwój nauki z zakresu biologii molekularnej, chemii, embriologii, fizyki, może dziś jednak sprawić, że wyleczenie matki i urodzenie zdrowego dziecka jest możliwe.

Teratogenne (tzn. uszkadzające) działanie na płód zależy od wielu czynników np.:

- od czasu trwania ciąży, w którym zastosowano leczenie,
 - od dawki radioterapii,
 - od leczonej okolicy ciała,
 - od rodzaju użytych leków i sposobu ich podania itd.
- Chemioterapia, powszechnie stosowana w walce z nowotworami złośliwymi, w początkowym okresie ciąży (w pierwszych dniach ciąży), może nie wywołać nawet najmniejszego negatywnego skutku w ciebie dziecka albo spowodować natychmiastową jego śmierć. Ten fenomen "wszystko albo nic" dokonuje się dzięki możliwościom naprawczym jakie posiada płód - macierzystym komórkom tzw. pluripotencjalnym. Komórki te mają zdolność szybkiej naprawy negatywnych skutków działania, jakie mogą wywołać leki przyjmowane przez matkę. Oprócz wyżej opisanego feno-

menu, do zminimalizowania negatywnych skutków chemioterapii mogą przyczynić się fizjologiczne zmiany zachodzące w organizmie ciężarnej kobiety, takie jak:

- zwiększona objętość osocza i filtracja leków w nerkach,
- spowolniony pasaż jelitowy,
- przyspieszone procesy utleniania w wątrobie,
- utworzona przez płyn owodniowy trzecia przestrzeń płynowa.



Ponadto wiedząc, że łożysko przepuszcza leki tylko te o małej cząsteczce, natomiast te o większej nie mają dostępu do płodu, dobierając odpowiedni lek możliwe jest bezpieczne leczenie matki bez szkody dla zdrowia dziecka. Postępowanie takie wymaga żmudnej pracy całego zespołu terapeutycznego. Dobranie odpowiedniego leku i odpowiedniej techniki napromieniania, możliwe dzięki używanym obecnie aparatom terapeutycznym, umożliwiają coraz skuteczniejszą ochronę życia płodu.

Coraz większa liczba urodzonych zdrowych dzieci, z cięż powikłanych chorobą nowotworową matek, zachęca do zmiany dotychczasowego postępowania oraz daje szansę i nadzieję na szczęśliwe macierzyństwo, kobietom mierzącym się z tym problemem.

Szanowni Państwo,

Zapraszamy do składania swoich kandydatur do pracy w Komisjach i Zespołach problemowych działających przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych VII kadencji.

Przy Okręgowej Radzie działają:

- Komisja ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- Komisja socjalna,
- Komisja ds. etyki,
- Komisja historyczna,
- Zespół ds. pielęgniarek klinicznych i operacyjnych,
- Zespół ds. pielęgniarek rodzinnych,
- Zespół ds. położnych klinicznych,
- Zespół ds. położnych rodzinnych,
- Zespół ds. pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania,
- Zespół ds. pielęgniarek epidemiologicznych,
- Zespół ds. pielęgniarek psychiatrycznych,
- Zespół ds. opieki długoterminowej.

Zgłoszenia proszę przesyłać:

listownie:

35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3

lub e-mailem na adres:

biuro@oipip.rzeszow.pl

do 10 stycznia 2016 r.

W zgłoszeniu proszę podać:

rodzaj zespołu/komisji, imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy, e-mail.



PODZIĘKOWANIE dla Pani Renaty Wolskiej

Serdeczne podziękowania za ponadroczną, troskliwą opiekę nad naszym ciężko chorym Tatą - Bolesławem Czechem i wspieranie nas w trudnych chwilach.

Pani pomoc Pani Renato, była dla nas nieoceniona.

Emilia Sadecka

Interdyscyplinarna Konferencja Środowisk Medycznych „PATIENT-ORIENTED MEDICAL CARE”

Ewa Drożdż, Maria Wodzień

“Połączenie sił to początek, pozostanie razem to postęp, wspólna praca to sukces”

Henry Ford

W dniach 19-21 listopada 2015 r. w Zegrzu odbyła się I Interdyscyplinarna Konferencja Środowisk Medycznych „Patient-Oriented Medical Care” zorganizowana przez Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie. Patronat honorowy nad obradami objęła Małżonka Prezydenta RP Agata Kornhauser-Duda.

Tematem przewodnim konferencji było działanie i współdziałanie zespołów interdyscyplinarnych w różnych dziedzinach medycyny. „Celem konferencji była nie tylko edukacja, ale również budowanie relacji pomiędzy grupami zawodowymi pracowników medycznych, których głównym zadaniem jest poprawa jakości życia i rokowania chorych” - powiedział gen. bryg. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielera, Dyrektor WIM.

Konferencja składała się z kilku części: sesji plenarnych, warsztatowych i wystaw plakatowych. Na wydarzeniu spotkali się dyrektorzy szpitali, lekarze specjaliści - kardiolodzy, kardiochirurdzy, gastrologi, anesteziolodzy, pracownicy laboratoriów diagnostycznych a także pielęgniarki i ratownicy medyczni.

Tworzenie profesjonalnie przygotowanych, znających swoje zadania zespołów specjalistów z różnych dziedzin, oznacza pomoc medyczną niesioną szybciej, sprawniej i skuteczniej. Właśnie na tym polega działanie i rola zespołu interdyscyplinarnego. Niestety, nie w każdej placówce medycznej takie zespoły istnieją. Organizatorzy konferencji przekonywali uczestników, że dobra współpraca zespołów, pozytywna atmosfera pracy, wsparcie, właściwa komunikacja, wzajemne zaufanie i poszanowanie różnych ról w procesie leczenia, jest najlepszą drogą do poprawy stanu zdrowia podopiecznych.

Właśnie dlatego, w Zegrzu, lekarze i pielęgniarki rozmawiali o tym w jaki sposób zbudować zespół interdyscyplinarny oraz jak skutecznie zorganizować jego pracę w szpitalu. W tym kontekście poruszony został m.in. temat współpracy lekarza i pielęgniarki oraz zespołów ratownictwa medycznego ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym. Na konferencji poruszone również były ważne zagadnienia z obszaru kardiologii, gastrologii, pulmonologii, neurologii, ratownictwa medycz-

nego oraz badań diagnostycznych. Z uczestnikami rozmawiano m.in. o metodach leczenia pacjenta w stanach zagrożeniach życia.

Omówiono zasady leczenia obrzęku płuc, niewydolności krążeniowo-oddechowej, zawału serca, zaburzeń rytmu serca oraz krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Zaprezentowano także nowoczesne metody leczenia pacjenta. Lekarze i pielęgniarki poznali m.in. metodę leczenia sepsy (PRISMA) oraz niewydolności krążeniowo-oddechowej (ECMO). Omówiono również zasady leczenia nerkozastępczego. Ponadto, pokazano jak leczyć pacjenta z mnogimi obrażeniami ciała, zgodnie z tzw. Control Damage Surgery.

Podczas Konferencji, eksperci Wojskowego Instytutu Medycznego zaprezentowali m.in. zastosowanie nowoczesnych narzędzi teleinformatycznych wspomagających sprawne działanie systemu opieki zdrowotnej od stanów nagłych do opieki poszpitalnej. „Upowszechnienie możliwości przesłania przez telefon cyfrowych zapisów badania EKG - rejestrowanych w domu chorego, w karetce pogotowia lub w SOR-rze - bezpośrednio do pracowni hemodynamicznej, pozwala na istotne skrócenie czasu, w którym chory trafi w ręce hemodynamiczistów. Jednoznaczna interpretacja badania dokonana przez kardiologów inwazyjnych leży u podstaw sukcesu terapeutycznego” - dodaje dr W. Wąsek.

Gościem specjalnym był prof. dr hab. n. med. Paweł Januszewicz - dyrektor Instytutu Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Rzeszowskiego, który przedstawił stan i rozwój telemedycyny w Polsce. Pierwszą polską siecią komórkową na rynku, która zaoferowała swoim klientom dostęp do usług medycznych jest Plus. Operator współpracuje z firmą Falc Medycyna. Dzięki aplikacji Ja+ Zdrowie możliwe jest połączenie z Wirtualną Przychodnią.

W ten sposób można porozmawiać z lekarzem, pielęgniarką, położną, zasięgnąć porady, skonsultować wyniki badań. Nie trzeba wychodzić z domu. Wystarczy posiadać mobilne urządzenie i dostęp do Internetu. Można wybrać połączenie wideo, czat, porozmawiać przez internet lub telefon.

Uczestnicy Konferencji mieli możliwość wzięcia udziału w warsztatach prowadzonych przez ekspertów Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, m.in. na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych

i nowoczesnych metod nieinwazyjnej oceny układu krążenia. Konferencji towarzyszyła wystawa z liczną reprezentacją producentów preparatów farmaceutycznych, najnowszych technologii stosowanych we współczesnej kardiologii oraz wydawnictw medycznych. Każdej sesji towarzyszyło duże zainteresowanie i znakomita atmosfera, ożywione dyskusje przenosiły się w przerwach z sal obrad do kularów.

Spotkanie towarzyskie, które odbyło się po obradach, w pierwszym dniu konferencji było okazją do nawiązania kontaktów towarzyskich, a także sprzyjało wymianie doświadczeń medycznych poszczególnych grup zawodowych.

Serdecznie dziękujemy prelegentom za profesjonalne wystąpienia. Organizatorowi - Wojskowemu Instytutowi Medycznemu za przygotowanie wspaniałej konferencji zarówno pod względem merytorycznym jak i technicznym. Szczególne podziękowanie za „interdyscyplinarność” spotkania. Mamy nadzieję, że będziemy mogli gościć u Państwa na kolejnych, organizowanych przez Was szkoleniach.

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

SZANOWNI PAŃSTWO,

Od października 2014 r. uzyskali Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny. Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca.

**Więcej informacji na naszej stronie
www.oipip.rzeszow.pl**

KOMUNIKAT w sprawie wymogów kwalifikacyjnych dotyczących przystąpienia do kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept

W związku z licznymi pytaniami, kierowanymi do Ministerstwa Zdrowia w sprawie wymogów kwalifikacyjnych dotyczących przystąpienia do kursu specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept, przekazuję następujące wyjaśnienia:

Zgodnie z programem kształcenia kursu specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept do części I może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), tj.:

- pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa dotyczy również osób, które ukończyły studia jednolite);

- pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Natomiast do części II może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 2 powyższej ustawy tj.:

- pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia, na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo;

- pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Warunki przystąpienia pielęgniarki albo położnej do kursu specjalistycznego w zakresie Ordynowania leków i wypisywania recept część I i II nie muszą być spełnione łącznie. To oznacza, że pielęgniarka albo położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nie musi posiadać dyplomu ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Ponadto, zgodnie z art. 72 ust. 2 ww. ustawy, do kursu specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

1. posiadają prawo wykonywania zawodu;
2. zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

OPINIA PRAWNA W PRZEDMIOCIE WYSTAWIANIA RECEPT PRZEZ PIELEŃNIARKI

I. WSTĘP: Do kancelarii zwrócono się z wnioskiem o wyjaśnienie wątpliwości prawnych związanych z wystawianiem recept przez pielęgniarki. Przedmiotem opinii będzie udzielenie odpowiedzi na następujące pytania: Czy lekarz może, w świetle przepisów prawa zmusić pielęgniarkę - absolwentkę liceum medycznego do pisania recept, poprzez wpisanie na druku recepty danych pacjenta, zaordynowanych leków, w przypadku w którym lekarz jedynie receptę podpisuje. Kto w takim przypadku odpowiada za ewentualne błędy?

II. PODSTAWA PRAWNA:

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) dalej jako ustawa o zawodach.

2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 ze zm.) dalej jako kodeks pracy,

3. Rozporządzenie z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2014 r. poz. 319 ze zm) dalej jako rozporządzenie o receptach.

III. ROZWAŻANIA: Od 11 września 2014 r. obowiązuje ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw rozszerzająca dotychczasowe uprawnienia pielęgniarek i położnych m. in. w zakresie samodzielnego ordynowania niektórych leków, w tym wystawiania na nie recept.

Zgodnie z nowymi przepisami z dniem 1 stycznia 2016 r. pielęgniarki i położne w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych mają prawo:

1) jeżeli posiadają dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa:

- ordynować produkty lecznicze zawierające określoną substancję czynną (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

- ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać zlecenia na nie albo recepty;

2) jeżeli posiadają dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i ukończony kurs specjalistyczny w tym zakresie:

- wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia.

Spełnienie tych warunków daje pielęgniarce lub położnej prawo do wystawiania recept, jeżeli pielęgniarka tych wymagań nie spełnia nie może być zmuszana do wystawiania tych dokumentów, nawet w zakresie wpisywania tylko danych pacjenta i leków. Zgodnie bowiem z przepisami rozporządzenia ws recept lekarskich, przez osobę wystawiającą receptę należy rozumieć lekarza, lekarza dentyście, felczera lub starszego felczera, uprawnionego do wystawiania recept na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodzie felczera (§1 ust. 2 pkt 4). W katalogu tym mieszczą się jedynie lekarz, lekarz dentysta, starszy felczer i felczer prowadzący leczenie. W katalogu tym nie ma pielęgniarek. Z powyższych względów należy stwierdzić, że w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki nie mieści się wypisywanie recept, czy nawet uzupełnianie samych formularzy recept. Wypisywanie recept lekarskich nie stanowi realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, ani dokumentowania wykonywanych ww. zleceń lekarskich. Odmowa wykonania polecenia, które nie należy do katalogu obowiązków pielęgniarki czy położnej, nie może rodzić dla niej negatywnych skutków w zakresie warunków płacy i pracy. Zgodnie bowiem z art. 100 §1 kodeksu pracy pracownik jest obowiązany stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę. Rozporządzenie o receptach lekarskich określa obowiązki lekarzy wystawiających recepty oraz obowiązki aptek, które je realizują. Przepisy te mają za zadanie chronić pacjenta przed ewentualnymi błędami, a ochrona ta jest dwuetapowa, pierwszy etap dotyczy momentu wypisania leku przez osobę o odpowiednich kwalifikacjach - lekarza, a drugi na kontroli wystawionego dokumentu przez farmaceutę. Ponieważ przepisy te dotyczą lekarzy odpowiedzialność za błędy będzie spoczywała na lekarzu.

IV. PODSUMOWANIE: Biorąc pod uwagę powyższe rozważania wskazać należy, że pielęgniarka czy położna nie ma prawa do wypisywania recept lekarskich, nawet z ograniczeniem do wpisania danych osobowych czy leków, jest to w całości obowiązek lekarza. Polecenia wydawane w tym zakresie pielęgniarce są sprzeczne z prawem, a za ewentualne błędy odpowiedzialność ponosić będzie lekarz. Pielęgniarka czy położna legitymująca się odpowiednim poziomem wykształcenia, będzie mogła od 1 stycznia 2016 r., w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna, wystawiać recepty.

RADCA PRAWNY

Arkadiusz Zuzmak

W odpowiedzi na pytanie dotyczące podwyżek dla pielęgniarek i położnych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, wyjaśniam:

W porozumieniu z dnia 23 września 2015 r. zawartym pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, strony przewidziały wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania poprzez wzrost stawki kapitacyjnej. Zgodnie z §1 ust. 5 wskazanego powyżej porozumienia: „U świadczeniobiorców, bez względu na formę organizacyjno-prawną, posiadających umowy o udzielenie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna świadczenia będą objęte zwiększonym finansowaniem poprzez wzrost stawki kapitacyjnej dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w sposób zapewniający średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu tych pielęgniarek i położnych w wysokości:

- 400,00 zł od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.;
- 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 1;
- 1200,00 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. w tym kwota, o której mowa w pkt 2;
- 1600,00 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. w tym kwota, o której mowa w pkt 3.

Realizując zobowiązania wynikające ze wskazanego powyżej porozumienia Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628), wprowadził do obowiązującego porządku prawnego reguły, zgodnie z którymi od 1 stycznia 2016 r. pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położne podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania zostaną objęte wzrostem wynagrodzeń. Zgodnie bowiem z §3 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. :

1. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany do uwzględnienia w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, obowiązujących od dnia 1 stycznia 2016 r. postanowień dotyczących:

1) wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. uwzględnionych w wysokości kapitacyjnej stawki rocznej;

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

2. Środki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przeznacza w taki sposób, aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł dla:

- 1) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielającej świadczeń w środowisku nauczania i wychowania;
- 3) położnej podstawowej opieki zdrowotnej. (...)

6. W latach 2016-2019 dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany, w przypadku umowy 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 każdego roku 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:

- 1) 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym o kwotę 400 złotych, o której mowa w §3 ust. 2;
- 2) 1200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym o kwotę, o której mowa w pkt 1;
- 3) 1600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym o kwotę, o której mowa w pkt 2.

Zgodnie z powołanymi powyżej przepisami pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej zatrudnione w podmiotach, które mają podpisane kontrakty z NFZ otrzymają podwyżki wynagrodzeń stopniowo, począwszy od 1 stycznia 2016 roku.

Opinia w sprawie rozliczania urlopów wypoczynkowych pielęgniarkom pracującym w równoważnym systemie pracy na 12 godzin

Pracownikowi przysługuje prawo do corocznego, nieprzerwanego, płatnego urlopu wypoczynkowego (art. 154 §1 k.p.). Urlopu udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, w wymiarze godzinowym, odpowiadającym dobowemu wymiarowi czasu pracy pracownika w danym dniu. Zgodnie z powyższym jeden dzień urlopu równy jest 8 godzinom pracy. Powyższe uregulowanie stosuje się odpowiednio do pracownika, dla którego dobową normą czasu pracy, wynikająca z odrębnych przepisów, jest niższa niż osiem godzin (art. 154 §1-3 k.p.).

Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników, mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę. Czas pracy pracowników nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Z powyższego wynika, że przeciętnie tygodniowo pielęgniarka nie może pracować więcej niż 37 godzin i 55 minut. W związku z tym pielęgniarka, która pracuje na dyżurach po 12 godzin może pracować jedynie tyle by nie przekroczyć tygodniowej normy. Rozkład czasu pracy powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy (art. 94 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej). Pielęgniarka ma ustalany harmonogram pracy z wyprzedzeniem. Urlop wypoczynkowy jest również rozpisany z wyprzedzeniem. Osoba, która rozpisuje pielęgniarkom urlopy ma obowiązek na czas urlopu rozpisać pielęgniarce dni pracy jedynie po 7 godzin 35 minut. Nie można wtedy przydzielać pielęgniarce dyżurów. Rozpisany dyżur i tak ktoś musi przejąć, ponieważ pacjenci muszą mieć zapewnione stałe wykonywanie świadczeń.

W związku z powyższym przy planowanych urlopach nie rozpisuje się pielęgniarce dyżurów a jedynie ustawowo przewidziany czas pracy w wymiarze 7

godzin 35 minut dziennie. Jeden dzień urlopu jest więc liczony jako 7 godzin 35 minut.

Przykład: jeśli pielęgniarka, chce wziąć dwa tygodnie urlopu w pierwszej połowie lipca, to musi to zgłosić odpowiednio wcześniej, aby osoba, która rozpisuje harmonogram pracy pielęgniarki, mogła wpisać jej na czas urlopu, pracę jedynie w podstawowym czasie pracy, czyli po 7h i 35 min dziennie.

Nieco inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku urlopów nieplanowanych. Wówczas może się zdarzyć, że pielęgniarka ma rozpisany dyżur ale tego dnia bierze wolne. Z puli urlopowej odprowadzane jest wówczas 12 godzin (za dzień z dyżurem). Należy przypomnieć, że jeśli pielęgniarka pracuje na dyżurach to jej tygodniowa norma wyczerpie się w mniejszej ilości dni niż gdyby pracowała jedynie w podstawowym czasie. Przykład: pielęgniarka A pracuje jedynie w czasie podstawowym a więc po 7 godzin i 35 minut. Jej tygodniowa norma wyczerpie się więc w ciągu pięciu dni. Natomiast pielęgniarka B, która pracuje na dyżurach po 12 godzin wyczerpie swoją normę w ciągu 3 dni w tygodniu. Pielęgniarka A jeśli w tygodniu chciałaby mieć trzy dni wolne musi wziąć trzy dni urlopu (3 dni po 7h i 35 min). Pielęgniarka B, jeśli chciałaby mieć trzy dni wolne w tygodniu wystarczy że weźmie jeden dzień urlopu (1 dzień po 12 h).

Wbrew pozorom system jaki obecnie funkcjonuje przy rozpisaniu urlopów dla pielęgniarek pracujących na dyżurach, nie jest krzywdzący dla tych pracujących po 12 godzin.

Źródło: www.nipip.pl

WAŻNE PRZYPOMINAMY

**o obowiązku zgłaszania
do biura OIPIP w Rzeszowie
KONTYNUACJI
obowiązkowego ubezpieczenia OC
dla osób
wykonujących indywidualną/grupową
praktykę pielęgniarki/położnej**

Opinia w sprawie podawania penicyliny prokainowej przez pielęgniarki poz w warunkach ambulatoryjnych.

Na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Lekarz decyduje o procesie leczenia i ordynowaniu leków różnymi drogami wypisując w tym celu pisemne zlecenie lekarskie, którego treść powinna zawierać nazwę zleconego leku, dawkowanie, drogę podania, czasookres i częstotliwość wykonania oraz dane świadczeniobiorcy.

Penicylina prokainowa jest lekiem dopuszczonym do obrotu w Polsce i zarejestrowanym do stosowania w lecznictwie otwartym na Rp czyli wypisywana może być na receptę przez lekarza również w opiece ambulatoryjnej. Penicylina prokainowa jak każdy inny lek zarejestrowany w Polsce może dawać niepożądane skutki uboczne. Producent leku zastrzega jedynie nie podawanie leku dzieciom do 4 roku życia. Zaleca również wykonanie próby uczuleniowej przed podaniem pierwszy raz leku. Wykonanie próby uczuleniowej zleca również lekarz. Za podejmowane leczenie i ordynowanie leków odpowiedzialność ponosi lekarz. Brak zatem podstaw aby przy prawidłowo wystawionym zleceniu lekarskim, wykonaniu uprzednim próby uczuleniowej, zebraniu wywiadu od świadczeniobiorcy i zapoznaniu się pielęgniarki z ulotką informacyjną produktu leczniczego odmówić wykonania zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka jednak może odmówić podania leku zleconego przez lekarza zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej podając przyczynę na piśmie.

KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
Beata Ostrzycka
SP ZOZ MSW Warmińsko-Mazurskie Centrum Onkologii
10-228 Olsztyn, Al. Wojska Polskiego 37, e-mail:bostrzycka@wp.pl

Od jakiego momentu liczy się przerwę w wykonywaniu zawodu? Czy od momentu pójścia na urlop macierzyński, czy od chwili przejścia na urlop wychowawczy, czy też od momentu rozwiązania umowy o pracę.

Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) pielęgniarka lub położna, która nie wykonuje zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonanie, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą radę pielęgniarek i położnych. Niniejsza ustawa nie określa jakie okresy stanowią przerwę w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu 4 grudnia 2013 r. przyjęła uchwałę nr 135/VI/2013 w sprawie przyjęcia ramowego 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.

Jak wynika z zapisów przyjętej uchwały za okres niewykonywania zawodu pielęgniarki/położnej uznaje się przebywanie na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym.

W związku z zapytaniem, okres od jakiego należy liczyć przerwę w wykonywaniu zawodu, jest to moment od którego pielęgniarka/położna przeszła na urlop wychowawczy.

źródło: www.nipip.pl

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA

Genowefa Sondej

Definiowanie i interpretowanie pojęcia jakości życia jest różne w różnych dziedzinach nauki i uzależnione od profesji osoby dokonującej opisu. Najczęściej obejmuje określenie wartości życia ludzkiego w różnych jego aspektach. Trudność w stworzeniu jednolitej i spójnej definicji wynika z faktu, że każdy człowiek inaczej postrzega swoją jakość życia i dla każdego inne wartości są najważniejsze. Hierarchia tych wartości może ulec zmianie wraz z upływem czasu czy zmianą miejsca i okoliczności. Niezależnie od różnorodności powstałych definicji jakości życia, większość badaczy jest zgodna, że jest to pojęcie wielowymiarowe, dynamiczne oraz może być oceniane w dwóch sferach: obiektywnej i subiektywnej.

Jakość życia w naukach medycznych.

Dynamiczny rozwój techniki i nowych dziedzin medycyny, komputerowe metody obrazowania i analiz oraz leki nowej generacji przyczyniają się do leczenia wielu przewlekłych, a jeszcze do niedawna nieuleczalnych i śmiertelnych chorób. Zwiększona skuteczność diagnozowania i leczenia doprowadziły do przedłużenia życia ludzkiego, a zarazem wzrostu liczby ludzi z chorobami przewlekłymi i starszych. Walka o przedłużenie i utrzymanie uratowanego życia, bez względu na jego jakość, nie może być jednak podstawowym celem opieki medycznej. Postęp medycyny ratujący i przedłużający życie nie może sprowadzać się do skazania chorego na wieloletnią vegetację. W związku z tym dla medycyny pojawia się nowe wyzwanie, które ma na celu nie tylko ratowanie i przedłużanie życia swoim pacjentom, ale także poprawę jego jakości. Wyzwaniem dla opieki medycznej jest doprowadzenie uratowanego życia do tego aby było ono na tyle na ile jest to możliwe akceptowane, a nawet szczęśliwe.

Jedną z przyczyn podjęcia rozważań nad jakością życia w medycynie była przyjęta w 1948 roku przez Światową Organizację Zdrowia definicja zdrowia, zgodnie z którą zdrowie, to nie tylko brak choroby czy kalektwa, ale pełny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan. Uznawanym pionierem badań nad jakością życia w medycynie jest między innymi Karnofsky. Zwrócił on uwagę na potrzebę uwzględniania sytuacji, poddawanych leczeniu pacjentów z chorobą nowotworową, a nie tylko na konieczność wydłużenia im życia. Skala pomiaru stworzona przez Karnofsky'ego bada wyłącznie sprawność fizyczną, pomijając obszar psychologiczny i społeczny życia chorego.

Badania nad jakością życia rozwinęły się na gruncie nauk medycznych w latach 70 XX wieku i koncentrują się głównie wokół takich zjawisk, jak zdrowie i choroba. W naukach medycznych funkcjonuje pojęcie jakości

życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL - Health Related Quality of Life). Zostało ono wprowadzone na początku lat 90 XX wieku i łączy się z nazwiskami takich badaczy jak Schipper, Patrick, Guayaff, Spillker. Definicja jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia mówi, że jest to funkcjonalny efekt choroby i leczenia w subiektywnym odczuciu pacjenta. Definicja HRQOL uwzględnia stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne jako cztery podstawowe aspekty funkcjonowania pacjenta. Można przyjąć, że na ocenę jakości życia składa się sposób odczuwania przez człowieka swojego stanu zdrowia i reagowania na niego oraz elementy niemedyce, między innymi takie jak praca, rodzina, kontakty społeczne.



Zainteresowanie problematyką jakości życia doprowadziło do powołania przez Światową Organizację Zdrowia międzynarodowej grupy roboczej w celu przeprowadzenia badań na ten temat. Opracowana w 1994 roku przez WHO definicja podaje, że jakość życia oznacza indywidualne spostrzeganie przez człowieka swojej pozycji w życiu z uwzględnieniem kultury i systemów wartości w jakich żyje w odniesieniu do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań. W zakres oceny jakości życia WHO zalicza: stan fizyczny, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, środowisko, wymiar duchowy. Niezależnie od zróżnicowania w definiowaniu HRQOL naukowcy są zgodni, że pomiary są zazwyczaj wykonywane z dwóch powodów. Pierwszy powód to ocena psychospołecznego funkcjonowania oraz zidentyfikowania celów, zadań, potrzeb pacjentów w różnych stadiach chorobowych. Drugi najczęstszy powód to porównanie oddziaływania zróżnicowanych metod terapii na dobry stan chorych i ich zadowolenie z leczenia.

Z definicji zdrowia WHO wynika że choroba to nie

tylko zaburzenie fizycznego funkcjonowania organizmu człowieka, ale także zaburzenia sfery psychicznej, społecznej i duchowej. Aktualne rozumienie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia ma charakter holistyczny, skupia się bowiem nie tylko na leczeniu choroby w ujęciu biologicznym ale obejmuje całościową egzystencję człowieka.

Holistyczne podejście do problemów zdrowia i określanie stanu zdrowia w oparciu o subiektywną ocenę chorego ma istotne znaczenie dla ogółu jego sytuacji życiowej. Nowoczesne standardy postępowania ukierunkowane są na zindywidualizowanie opieki medycznej nad pacjentem, działania medyczne zmierzają do tego, aby jak najlepiej przywrócić go do aktywności fizycznej, psychicznej i społecznej. W planowaniu działań terapeutycznych należy uwzględniać współdziałanie chorego. W związku z tym pracownicy ochrony zdrowia powinni oceniać stan zdrowia wielowymiarowo uwzględniając także ocenę z perspektywy pacjenta. Należy pamiętać, że obserwacje i oceny dokonywane przez personel medyczny nie muszą być zgodne z opinią pacjenta. Podmiotowe traktowanie chorego oraz włączanie go w proces współdecydowania o wyborze modelu terapii powoduje zwiększenie jego zaangażowania w procesie leczenia i motywuje do prowadzenia właściwej i skutecznej samokontroli. W medycynie ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia może stanowić ważne uzupełnienie w ocenianiu efektów terapii. Niejednokrotnie bowiem określony sposób leczenia pacjentów z podobnymi problemami chorobowymi przynosi różne, indywidualne wyniki. Oceniając różne wymiary jakości życia, można rozpoznać ograniczenia związane z chorobą oraz wykorzystać dane do modyfikacji sposobu terapii.

Współcześnie coraz częściej ocenia się subiektywne, odczuwane przez chorych zmiany, po przeprowadzonym leczeniu tak zachowawczym jak i zabiegowym. W wyniku zastosowania odpowiedniego postępowania terapeutycznego zazwyczaj następuje obserwowalna poprawa jakości życia pacjentów w poszczególnych sferach życia.

Badania jakości życia w medycynie pozwalają na wychwycenie działań niepożądanych w farmakoterapii. Niepożądane działanie leku, powikłania czy ograniczenia wynikające z jego zastosowania mogą pogarszać jakość życia. Przyjmowanie niektórych leków pogarsza sprawność psychomotoryczną, co jest przeciwwskazaniem do prowadzenia pojazdów czy wykonywania zawodu. Zastosowanie leku, który nie powodowałby ograniczeń, a zarazem był równie skuteczny, jest bardziej pożądane z punktu widzenia jakości życia.

Ocena jakości życia w pielęgniarstwie środowiskowym.

W pielęgniarstwie środowiskowym ocena jakości życia stanowi źródło informacji na temat sytuacji życio-

wej i zdrowotnej pacjentów. Badania jakości życia mogą obejmować indywidualną ocenę, wypowiedź pacjenta lub skupić się na określeniu ogólnej sytuacji podopiecznych. Wyniki takich badań mają znaczenie zarówno poznawcze, jak i praktyczne. Mogą być pomocne i wykorzystywane w planowaniu profesjonalnej opieki, monitorowaniu problemów socjomedycznych oraz kontroli efektów leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji. Przyczyniają się także do modyfikacji działań terapeutycznych i edukacyjnych. Subiektywna ocena zdrowia dokonana przez pacjenta stanowi uzupełnienie obiektywnie przeprowadzonych przez pielęgniarkę badań i pomiarów.



Osoby które uczestniczą w leczeniu chorych powinny oceniać nie tylko ich stan somatyczny, ale także uwarunkowania stanu zdrowia: psychiczne, bytowe, środowiskowe. W praktyce pielęgniarstwie należy uwzględnić wszystkie czynniki wpływające na podniesienie jakości życia pacjenta. Ważnym elementem pozyskiwania danych o pacjencie są wizyty domowe realizowane przez pielęgniarki środowiskowe. Podczas takiej wizyty pielęgniarka może rozejrzeć się i zapoznać z uwarunkowaniami środowiskowymi stanu zdrowia podopiecznych. Może także zaobserwować relacje jakie zachodzą między członkami rodziny, czy też ocenić warunki bytowe i tak zwane szkodliwości zdrowia. Karta dobrze przeprowadzonego wywiadu środowiskowego wypełniona przez pielęgniarkę, dostarcza wiedzy na temat warunków mieszkaniowych, stanu higieniczno-sanitarnego, sytuacji ekonomicznej, struktury rodziny, występowania czynników zagrożenia zdrowia, przebytych chorób. W oparciu o analizę subiektywnych i obiektywnych parametrów jakości życia oraz dobre rozpoznanie środowiskowe można podjąć działania opiekuńcze, edukację z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia a także próby eliminacji zjawisk patologicznych, które mogą pojawiać się w rodzinie. Ocena jakości życia dostarcza pielęgniarce informacji na temat obszarów życia pacjentów, które postrzegają najgorzej. Działania jej powinny koncentrować się na zmniejsza-

niu negatywnych czynników i podniesieniu komfortu życia. Jednym z celów w codziennej pracy pielęgniarki środowiskowej jest uzyskanie poprawy ogólnej sprawności osób przewlekle chorych, a tym samym podniesienie odczucia jakości życia.

Dokonywanie oceny i analizy sprawności czynnościowej, aktualnie odczuwanych deficytów w zakresie zaspokajania potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych pacjentów przewlekle chorych jest bardzo ważnym elementem w planowaniu i realizowaniu opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarka, skupiając się na problemach zdrowotnych, które wpływają na codzienne funkcjonowanie pacjentów dąży, do ich rozwiązania. Wspólne, wraz z pacjentem i jego rodziną, rozwiązywanie problemów przyczynia się do przywrócenia

i utrzymania samodzielności i niezależności chorych, co jest bardzo ważnym aspektem oceny jakości ich życia. Jakość życia wiąże się z poczuciem własnej wartości. Choroba zwłaszcza przewlekła, ma znaczący wpływ na tę ocenę. Dla ludzi niepełnosprawnych, z dysfunkcją poszczególnych układów czy narządów, szczególne znaczenie w niskiej ocenie ma poczucie własnej bezużyteczności. Przywrócenie pacjenta do pełnienia funkcji w życiu rodzinnym, społecznym bądź prowadzenia życia na miarę możliwości wynikających z ogólnego stanu zdrowia pozwala na uzyskanie satysfakcji z życia. Ocena jakości życia służy dobru pacjenta, może przyczyniać się do lepszego zrozumienia zjawisk towarzyszących różnym zaburzeniom a tym samym efektywnemu niesieniu pomocy.

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA

Monika Konior

Kontakty interpersonalne i więzi społeczne to bardzo ważny obszar naszego życia. Każdy z nas przeżywa mnóstwo doświadczeń zarówno pozytywnych jak i negatywnych w relacjach z innymi. Ludzie poszukują i potrzebują kontaktu z drugim człowiekiem. Świadomie bądź nieświadomie podejmują różne działania, aby go doświadczyć. Dzieje się tak, ponieważ potrzeba kontaktu z innymi, jest jedną z fundamentalnych społecznych potrzeb każdego człowieka.

Pojęcie „komunikowanie” pochodzi z języka łacińskiego *communicare, communico* (połączyć, uczynić wspólnym, naradzać się, udzielić komuś wiadomości) i rzeczownika *communio* (poczucie wspólności, łączność). Sam termin *communication*, pojawił się w XIV wieku i oznaczał „utrzymanie z kimś stosunków, wejście we wspólnotę. Do XVI wieku pojęcie to funkcjonowało w znaczeniu „uczestnictwo, komunია, dzielenie się”. Dopiero w wieku XVI nadano mu znaczenie „przekaz, transmisja”. Komunikacja międzyludzka to termin, który zawiera w sobie zarówno mówienie, jak i słuchanie i jeszcze o wiele więcej. Obecnie używa się go w znaczeniu: przekazywanie myśli, porozumiewanie się, udzielanie wiadomości.

Komunikacja to proces, w którym ludzie wymieniają znaczenia między sobą i przy tym posługują się powszechnym zestawem symboli. W nauce o komunikowaniu istnieje olbrzymia liczba definicji pojęcia „komunikowanie”. Carles Cooley, określił komunikowanie jako mechanizm, dzięki któremu zależności międzyludzkie istnieją i rozwijają się, a wytworzone przez ludzki umysł symbole są przekazywane w przestrzeni i przechowywane w czasie. To właśnie on wprowadził do literatury pojęcie „komunikowanie się” i zauważył, że obejmuje

ono również wyraz twarzy, gest, postawę, tonację głosu, druk, słowa, pismo itp. John Dewey, uważał, że społeczeństwo funkcjonuje nie tylko dzięki przekazywaniu informacji i komunikowaniu się, ale także, że jego istnienie polega na procesach komunikowania i przekazu. Na uwagę zasługuje teoria Melvina Defleur’a, który określił komunikowanie jako akt, który jest środkiem, przez który jest sprawowana kontrola społeczna, a także są wyrażone normy grupowe oraz osiągnięta koordynacja wysiłków. Garth Jowett i Victoria O'Donnell mówią o komunikowaniu jako o sytuacji, kiedy jednostka A mówi do jednostki B o X rzeczach. Jeszcze inne definicje mówią, że komunikowanie jest: transmisją informacji, emocji, idei, reakcją organizmu na bodziec, tworzeniem wspólnych opinii, pojęć, wierzeń, a także wywołaniem odpowiedzi za pomocą werbalnych symboli. Opierając się na nauce, można stworzyć jedną uniwersalną definicję: Komunikowanie jest procesem porozumiewania się grup, jednostek lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się ideami, wiedzą i informacjami. Proces ten odbywa się na różnorodnych poziomach, przy użyciu różnych środków i wywołuje określone skutki.

Komunikowanie się obejmuje kilka niezbędnych komponentów, które są ze sobą ściśle powiązane i decydują o charakterze komunikatu. Do zaistnienia procesu komunikacji potrzebne jest wystąpienie 7 podstawowych elementów:

- źródło - nadawcy komunikatu,
- kodowanie - przekształcenia w symboliczną postać,
- komunikat - zakodowana wiadomość,
- kanał - środek przekazu (komunikacja wizualna, ustna, pisemna),

- dekodowanie - przetłumaczenie komunikatu na zrozumiałą formę,
- odbiorca - adresat komunikatu,
- sprzężenie zwrotne - informacja zwrotna, że przekaz został zrozumiany.

Źródłem w procesie komunikowania się są ludzie. Jedni są nadawcami, inni zaś odbiorcami - ich role zmieniają się w trakcie danego procesu. Nadawca informacji powinien umieć emitować sygnał tak, aby oddziaływać na odbiorcę. Natomiast odbiorca ma nie tylko odbierać sygnały, ale również poinformować o swoich reakcjach na nie. Takie zachowania są warunkiem skutecznego komunikowania się. Każda osoba jako źródło, stanowi mieszankę umiejętności, wiedzy i doświadczeń. To właśnie one wpływają, w różnej mierze, na skuteczność komunikowania się.

Kontekst to okoliczności w jakich odbywa się proces komunikowania. Aspekt fizyczny określa otoczenie, czyli światło, temperaturę, miejsce i czas przebiegu procesu. Aspekt psychologiczny kontekstu odnosi się do sposobu, w jaki postrzegają się nawzajem uczestnicy procesu np. formalność lub bezpośredniość sytuacji, życzliwość lub jej brak oraz jak to wszystko wpływa na znaczenia kreowane w tym procesie. Aspekt historyczny odnosi się do sytuacji komunikacyjnej, w której uczestnicy odwołują się od innych, zaistniałych w przeszłości wydarzeń. Aspekt kulturowy dotyczy wiedzy szerokiej grupy ludzi, łączy w sobie wartości, wierzenia, zachowania i symbole, uznawane przez to grono ludzi.

Komunikat to informacja, wiadomość, przekazywana treść, stanowiąca istotę komunikowania się. Można wyróżnić informacje prywatne (wysłane do osoby bliskiej), służbowe i publiczne (wysłane do większej liczby osób w sposób bezpośredni i równoczesny).

Kanał jest sposobem, drogą przekazywania informacji od nadawcy do odbiorcy. Podstawowymi kanałami porozumiewania się są: pisemny, werbalny (słowny) oraz niewerbalny („mowa ciała”). W komunikacji po-

średniej środkiem transportu jest słuch i wzrok, natomiast w komunikacji bezpośredniej używany jest: zapach, smak, słuch, wzrok oraz dotyk.

Szumy to zakłócenia w wysyłaniu lub odbieraniu informacji. W przekazywaniu informacji mogą przeszkadzać szumy typu fizjologicznego (zatłoczony bądź zadymiony pokój pracowników utrudniający koncentrację), fizycznego (wysokie natężenie hałasu), czy typu psychologicznego, które dotyczą samego nadawcy (defensywność, wrogość, strach czy zaabsorbowanie pracą).

Ostatnim z elementów procesu komunikowania się jest sprzężenie zwrotne czyli reakcja odbiorcy na wiadomości po ich odcodowaniu. Informacja zwrotna, która potwierdza odbiór informacji może mieć różne postacie: negatywną, pozytywną, tangencjalną i braku reakcji zwrotnej. Forma pozytywna ma miejsce, gdy odbiorca rozumie, dostrzega i zgadza się z treścią wiadomości, natomiast negatywna - kiedy odbiorca rozumie, dostrzega, ale nie zgadza się z treścią otrzymanej wiadomości. W tym momencie proces komunikowania może ustać bądź zostać nieporozumieniem. Informacja zwrotna tangencjalna cechuje się tym, że odbiorca nie respektuje tej treści, którą przekazał mu nadawca. Również w tym przypadku dalsza komunikacja może się nie udać, być przerwana, bądź dalej trwać i dążyć w niewłaściwym kierunku, co wynika z nietrafnego odbioru wiadomości.

Komunikowaniu można przypisać kilka zasadniczych cech:

- jest swoistym procesem społecznym, ponieważ odnosi się co najmniej do dwóch jednostek i przebiega w środowisku społecznym;
- jest to kreatywny proces, który polega na budowaniu nowych pojęć oraz na przyswajaniu wiedzy o otaczającym świecie;
- jest to proces ciągły, albowiem trwa od momentu narodzin człowieka aż do jego śmierci;



- komunikowanie zachodzi w uzgodnionym kontekście społecznym, determinowanym przez liczbę i charakter uczestników procesu. Może być to kontekst grupowy, interpersonalny, publiczny, instytucjonalny, masowy lub międzykulturowy;
- komunikowanie ma charakter dynamiczny, ponieważ polega na odbiorze, rozumieniu i interpretowaniu informacji;
- jest to proces symboliczny, posługujący się znakami i symbolami. Aby mogło dojść do porozumienia się uczestników niezbędne jest operowanie tymi samymi symbolami i znakami;
- komunikowanie jest celowe i świadome, ponieważ każdym uczestnikiem procesu kierują określone motywy;
- jest to proces interakcyjny, czyli między jego uczestnikami „rodzą się” określone stosunki, które mogą mieć charakter partnerski (symetryczne komunikowanie) lub opierać się na stosunku podporządkowania i dominacji (komunikowanie komplementarne lub niesymetryczne);
- komunikowanie jest procesem złożonym, czyli wielofazowym i wieloelementowym, może mieć charakter jednostronny lub dwustronny, werbalny bądź niewerbalny, pośredni, bezpośredni lub medialny;
- komunikowanie jest nieuniknione - „nikt nie może się nie komunikować”, czyli ludzie zawsze i wszędzie będą się ze sobą kontaktować bez względu na ich zamiary;
- w przeciwieństwie do procesów chemicznych czy fizycznych, komunikowanie jest nieodwracalne, nie da się go powtórzyć, cofnąć czy zmienić jego biegu.

Umiejętność komunikowania się jest nam potrzebna zarówno w życiu prywatnym jak i zawodowym. Z biegiem lat wyodrębniono trzy sposoby komunikowania się, tj.: komunikowanie interpersonalne - bezpośrednie, komunikowanie interpersonalne - medialne oraz komunikowanie pośrednie - masowe.

Komunikowanie interpersonalne to proces przekazywania i odbierania wiadomości, informacji pomiędzy co najmniej dwoma osobami, wywołujący określone skutki i rodzaje sprzężeń zwrotnych. W przypadku tego sposobu komunikowania się niezbędna jest obecność uczestników procesu, dzięki czemu określa się je jako komunikowanie „twarzą w twarz”. Ma ono charakter dwustronny, gdy uczestnicy procesu prowadzą dialog wymieniając się rolami nadawcy i odbiorcy. Komunikowanie medialne jest formą komunikowania interpersonalnego, w którym uczestnicy zostali pozbawieni kontaktu fizycznego. Komunikowanie medialne odbywa się przez Internet, pocztę elektroniczną. Jego postaciami są wideokonferencje, spotkania on-line. Komunikowanie masowe to proces emisji komunikatów od określonego nadawcy do użytkowników środków masowego przekazu za pośrednictwem mass mediów. Nadawcą jest osoba od której oczekuje się profesiona-

lizmu, natomiast odbiorcą jest bardzo szeroka, anonimowa grupa ludzi, m.in. czytelnicy prasy, widzowie telewizyjni, słuchacze radiowi. Proces komunikowania masowego przebiega w kontekście politycznym i społecznym. Pośrednikiem zaś w tym komunikowaniu są środki masowego przekazu (radio, telewizja, kino). Efektywność procesu komunikowania się, bez względu na sposób i poziom porozumiewania, zależy od trzech form: komunikacji werbalnej (słownej), komunikacji pisanej, oraz komunikacji niewerbalnej (bezsłownej). Z reguły obie te formy występują jednocześnie, uzupełniając się przy tym. Komunikacja międzyludzka to nieustannie zachodzący proces. Skutkiem każdej sytuacji jest przekazywanie i odbieranie wiadomości, komunikatów.

Komunikacja słowna stanowi najczęściej stosowany sposób przekazywania znaczenia między ludźmi. Do popularnych form komunikacji ustnej można zaliczyć przemówienia, rozmowy grupowe lub indywidualne, nieformalne sieci plotek i pogłosek. Do głównych zalet tego rodzaju komunikacji należą łatwość i szybkość uzyskania sprzężenia zwrotnego. Wadą zaś tej formy jest podatność na zniekształcenia, która rośnie przy większej liczbie osób, jakie biorą udział w ich przekazywaniu. Wiąże się to bezpośrednio z różnicami w interpretacji wiadomości. Komunikat na wejściu często odbiega od wiadomości wyjściowej.

Do komunikatów pisemnych można zaliczyć takie formy jak list, notatki, zawiadomienia, telefaksy, e-maile, i wszystkie inne sposoby przekazywania słów czy symboli na piśmie. Komunikaty pisemne mają tę przewagę nad ustnymi, że są materialne, sprawdzalne i mogą być przechowywane przez długi okres czasu. Cechy te nabierają znaczenia przy złożonych i obszernych komunikatach. Możliwość ponownego przypomnienia treści rozbudowanego komunikatu w niezmienionej formie jest w wielu sytuacjach niezwykle przydatne. Wymaga to jednak więcej czasu, przez co forma ta jest mniej przydatna, gdy chcemy szybko przekazać komunikat. Komunikaty pisemne nie mają wbudowanego mechanizmu sprzężenia zwrotnego, stąd często nie mamy pewności, że wiadomość dotarła do odbiorcy oraz, że została właściwie zinterpretowana. Komunikacji werbalnej zwykle towarzyszy forma niewerbalna, na którą składa się:

- gestykulacja, tj. ruchy głowy, korpusu ciała, rąk, dłoni, palców, nóg, stóp;
- wyraz twarzy (mimika) - możliwości przekazywania zarówno stanów psychicznych, jak i obiektywnych wiadomości;
- wygląd fizyczny - sposób ubierania się, czesania, malowania, prezentacji wizualnej zarówno kobiet jak i mężczyzn;
- kontakt fizyczny i dotyk - od łagodnego głaskania do brutalnego uderzenia;

DOSKONALENIE ZAWODOWE

- dźwięki paralingwistyczne - takie, jak westchnienia, płacz, sapanie, gwizdanie, pomrukiwanie, jęki, śmiech;
- kanał wokalny, barwa głosu, szybkość i rytm mówienia, intonacja, akcentowanie, wysokość głosu;
- spojrzenia - kontakt wzrokowy;
- dystans fizyczny między rozmówcami - odległość między nimi w trakcie rozmowy jest ważną informacją m.in. o wzajemnych postawach, poziomie intymności sympatii itd.;
- pozycja ciała - napięcie, rozluźnienie, otwartość bądź zamknięcie;
- organizacja środowiska w skali osobistej (architektura wewnątrz) i w skali publicznej (komunikowanie przez architekturę i urbanistykę), oraz meble, obrazy, zdjęcia jako komunikaty.



Najczęściej przyjmuje się, że komunikacja niewerbalna oparta jest na „nieostrych” znakach, o mniej wyraźnie wyodrębnionych jednostkach niż komunikacja

werbalna. Procesy komunikowania dzielą się na trzy typy ze względu na cel jaki towarzyszy uczestnikom procesu. Wyróżniamy komunikowanie informacyjne, perswazyjne i terapeutyczne. Podstawą komunikowania informacyjnego jest kreowanie wzajemnego zrozumienia i porozumienia pomiędzy uczestnikami procesu, dzielenie się swoją wiedzą, instruktaż i wyjaśnienie, zakładając, że nadawca nie chce wpływać na zachowania i postawy odbiorcy. Ten typ komunikowania ma spełniać funkcję wyłącznie informacyjną, tzn., że wykorzystana w nim wiedza, opinie, dane, fakty, są zaprezentowane w sposób obiektywny, rzeczowy i neutralny. Przedmiotem zaś komunikowania perswazyjnego nie jest obiektywna informacja, ale ustalenie prawdy. Operuje ono przede wszystkim perswazją. Głównym celem komunikacji perswazyjnej jest wpłynięcie na drugą osobę po to, aby zmienić jej zachowanie i reakcje, ukształtować nowe postawy lub zmieniać już istniejące i spowodować do akcji lub działania. Jest to proces celowy, w którym nadawca ma określone intencje.

Proces komunikacji interpersonalnej obejmuje procesy słuchania i mówienia następujące kolejno po sobie. Strony zajmują w poszczególnych fazach rozmowy pozycje zarówno słuchacza, jak i mówcy. Kluczem jest zrozumienie, że można słuchać, ale nie słyszeć. Warto podkreślić, że rola słuchacza nie ogranicza się do biernego słuchania. Jest on aktywnym współtwórcą sytuacji komunikacyjnej i powinien dołożyć starań, aby była ona możliwie najbardziej efektywna.

PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj.: zmiany nazwiska; zmiany adresu zamieszkania; zmiany miejsca pracy; ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu; informacje o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu; informacji o przejściu na rentę, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Rzeszowie.

AKTUALIZACJI DANYCH MOŻEMY DOKONAĆ: OSOBIŚCIE - w dziale prawa wykonywania zawodu - pok. 18 lub PISEMNIEM na adres biura: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów.

INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O DOFINANSOWANIE

Wnioski o dofinansowanie będą rozpatrzone tylko wtedy kiedy dane zawarte we wniosku o dofinansowanie będą zgodne z danymi w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. W innym przypadku wnioski nie będą rozpatrywane.

**AKTUALIZACJA DANYCH W CENTRALNYM REJESTRZE
JEST WARUNKIEM ROZPATRZENIA WNIOSKU**

PROSIMY AKTUALIZOWAĆ SWOJE DANE W REJESTRZE

RELACJE PIEŁĘGNIAREK Z INNYMI GRUPAMI ZAWODOWYMI PRACUJĄCYMI NA ODDZIALE REHABILITACJI Z PODODDZIAŁEM WCZESNEJ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W SZPITALU WOJEWÓDZKIM NR 2 W RZESZOWIE

Barbara Krzemińska

Relacje interpersonalne są bardzo ważnym elementem współpracy. W pracy zespołowej niezmiernie istotne jest by członkowie wchodzący w skład danej grupy potrafili się porozumieć oraz dążyć do wspólnego celu. W przypadku pracy zespołu terapeutycznego wspólnym celem jest dobro pacjenta. Ważne jest by członkowie zespołu szanowali siebie i wykonywaną pracę. Od relacji panujących na oddziale zależy zdrowie pacjentów. W celu pomocy w ich ulepszaniu należy poznać ich podstawy. Celem tej pracy było poznanie relacji panujących pomiędzy pielęgniarkami a resztą zespołu terapeutycznego pracującego na oddziale rehabilitacji. Badania do pracy zostały przeprowadzone na oddziale rehabilitacji z pododdziałem wczesnej rehabilitacji neurologicznej w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie im. Św. Jadwigi Królowej. Udział w badaniach wzięło 50 osób wchodzących w skład zespołu terapeutycznego wyżej wymienionego oddziału. Zgodnie z zasadą holistycznego podejścia do pacjenta powstał zespół terapeutyczny, którego zadaniem jest podejście do pacjenta kompleksowo. Działa ona on wielopłaszczyznowo, skupiając się na wszystkich aspektach życia pacjenta.

Jest to grupa ludzi, reprezentująca różne dziedziny medycyny. Pod nazwą zespołu terapeutycznego kryje się grono specjalistów, którzy przy współpracy dążą do wyleczenia lub poprawienia zdrowia pacjenta. Skład zespołu terapeutycznego różni się od siebie zależnie od rodzaju oddziału szpitalnego lub charakteru placówki leczniczej. Skupiając się na oddziale rehabilitacji w skład jego zespołu terapeutycznego wchodzi: lekarze, rehabilitanci, pielęgniarki, logopedzi, psycholog, pracownik socjalny, ratownicy medyczni oraz masażyści. Wszyscy współpracują ze sobą oraz mają wspólny cel jakim jest dobro pacjenta.

Relacje istniejące pomiędzy poszczególnymi grupami zespołu medycznego mają znaczny wpływ na wynik leczenia pacjentów. Na przestrzeni lat relacje panujące pomiędzy pielęgniarkami a resztą zespołu terapeutycznego (tj. lekarze, fizjoterapeuci oraz wielu innych, których praca składa się na proces leczenia) ulegały zmianie. W mojej pracy chciałam zaprezentować jakie relacje między członkami zespołu terapeutycznego panują obecnie.

Głównym celem pracy jest poznanie relacji panu-

jących pomiędzy pielęgniarkami a resztą zespołu terapeutycznego oddziału rehabilitacji z pododdziałem wczesnej rehabilitacji neurologicznej w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie. Głównym problemem badawczym pracy była ocena zmian relacji pielęgniarek z zespołem terapeutycznym na przestrzeni ostatnich lat.

W rozwiązaniu głównego problemu badawczego pomogą postawione szczegółowe pytania:

1. Czy na przestrzeni lat zmieniła się pozycja zawodu pielęgniarki względem innych członków zespołu terapeutycznego?
2. Czy wykształcenie i podnoszenie kwalifikacji przez pielęgniarki ma wpływ na jakość świadczonych usług oraz na relacje z zespołem terapeutycznym?
3. Czy wypalenie zawodowe pielęgniarek ma wpływ na rodzaj relacji między nimi a pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego?

Hipoteza główna tej pracy brzmi następująco: Relacje zaistniałe pomiędzy pielęgniarkami a zespołem terapeutycznym na przestrzeni lat nie uległy zmianie. Na podstawie wyżej wymienionych problemów badawczych stawiam następujące hipotezy badawcze:

1. Na przestrzeni lat pozycja zawodu pielęgniarki względem innych członków zespołu terapeutycznego nie uległa zmianie.
2. Według członków zespołu terapeutycznego podnoszenie kwalifikacji oraz wykształcenia przez pielęgniarki nie wpływa na poziom świadczonych przez nie usług oraz na relacje z zespołem terapeutycznym.
3. Wypalenie zawodowe pielęgniarek wpływa na relacje między nimi a zespołem terapeutycznym.

Udział w badaniach wzięli członkowie zespołu terapeutycznego pracujący na oddziale Rehabilitacji z Pododdziałem Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. W badaniu wzięło udział 50 osób, z czego dominującą grupą była grupa kobiet, w liczbie 39, co stanowi 78%, mężczyźni w liczbie 11 co stanowi 22% badanych osób. W badaniach wzięło udział 50 osób pracujących na oddziale. W badaniu udział wzięli: lekarze (10 osób), fizjoterapeuci (16 osób), pielęgniarki (17 osób), logopeda (1 osoba), ratownik medyczny (1 osoba), masażyści (3 osoby), psycholog (1 osoba), pracownik socjalny (1 osoba). Zdecydowaną większość ankietowanych

stanowią kobiety - 78%. Większość respondentów, aż 64%, są to osoby z wykształceniem wyższym magisterskim, pozostali to osoby z wykształceniem licencjackim 20% oraz po liceum medycznym bądź studium medycznym 16% badanych. Ankietowani pozycję zawodową pielęgniarek w środowisku zawodów medycznych ocenili, jako średnią - 64% badanych - oraz jako wysoką - 30% badanych. Zaledwie po 2% ankietowanych uważa pozycję zawodową pielęgniarki, jako: bardzo wysoką i niską. W badaniach przeprowadzonych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w roku 2010 wyniki przedstawiały się niemal jednakowo. Warto zaznaczyć, że z grupy lekarzy 8 na 10 przebadanych określiło pozycję zawodu pielęgniarki, jako wysoką. Poproszono także, aby badani określili na jakiej pozycji względem wykonywanego przez nich zawodu klasyfikuje się zawód pielęgniarki, na to pytanie odpowiadali wszyscy ankietowani za wyjątkiem pielęgniarek. Około 70% odpowiedziało, że jest na tym samym poziomie (80% lekarzy zaznaczyło taką odpowiedź, gdzie wyniki te wyraźnie odbiegają od wyników CKPiP z roku 2010, gdzie lekarze zaznaczyli odpowiedź wskazującą na dominowanie nad pielęgniarką), 18% udzieliło odpowiedzi wskazującej na wyższą pozycję, a 12% na niższą - w tej grupie znaleźli się fizjoterapeuci.



Poproszono także o określenie czy w przeciągu ostatnich 10 lat, zdaniem badanego, pozycja zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych uległa zmianie. Analizując wyniki można zauważyć następująco, że 50% badanych zauważa wzrost pozycji zawodu pielęgniarki, największą część stanowią lekarze (100% przebadanych lekarzy) i fizjoterapeuci (70% przebadanych fizjoterapeutów), 34% respondentów uważa natomiast, że pozycja pielęgniarki nie zmieniła się na przełomie minionych 10 lat. Taką odpowiedź zaznaczyły głównie ankietowane pielęgniarki (80%) oraz pozostałe zawody wchodzące w skład zespołu terapeutycznego z oddziału rehabilitacji. 10% ankietowanych nie miało zdania na ten temat, a zaledwie 6%

uważało, że pozycja w przeciągu 10 lat zmalała (zaznaczyli fizjoterapeuci). Ponownie dane potwierdziły wyniki przeprowadzone przez CKPiP sprzed 10 lat. Badanych zapytano także czy ważnym czynnikiem jest stałe podnoszenie przez pielęgniarki kwalifikacji zawodowych. 84% odpowiedziało, że jest to bardzo ważne, 10% odpowiedziało, że nie jest i nie ma wpływu na wykonywaną pracę, zaskakujące jest, że spośród 5 osób, które odpowiedziały w ten sposób 4 były to właśnie pielęgniarki. Wyniki te potwierdziły przeprowadzone badania dla CBOS w roku 2009, gdzie ankietowani również odpowiedzieli, że podnoszenie kwalifikacji ma duży wpływ na podnoszenie prestiżu oraz jakości świadczonych usług. W badaniach poruszono także temat jakości wykonywanych przez pielęgniarki usług poruszono temat ilości pielęgniarek na dyżurze. Tutaj 100% badanych odpowiedziało, że ilość pielęgniarek na dyżurze ma wpływ na jakość świadczonych usług. Respondenci na pytanie odnośnie ilości pielęgniarek na dyżurze na oddziale rehabilitacji odpowiedzieli: 50% uważa, że liczba pielęgniarek nie jest wystarczająca, 40% twierdzi, że zależy to od pory dnia i tygodnia, 10% natomiast twierdzi, że jest wystarczająca - odpowiedzieli tak fizjoterapeuci. Ponadto zapytano ankietowanych o wiek pielęgniarek, z jakimi najbardziej chcą współpracować. 42% wszystkich ankietowanych odpowiedziało, że jest to bez znaczenia, pozostałe odpowiedzi różniły się między sobą zaledwie kilkoma procentami. Jednak zauważalne jest, że pielęgniarki preferują współpracę z personelem do 5 lat stażu pracy - odpowiedziało tak około 70% ankietowanych pielęgniarek. Co zaskakujące w odpowiedzi na pytanie dotyczące wpływu stażu pracy pielęgniarki na jakość wzajemnych relacji pomiędzy grupami zawodowymi aż 60% odpowiedziało, że ma on wpływ na relacje, 32%, że raczej nie ma to wpływu na jakość wzajemnych relacji, a tylko 4% zdecydowanie zaprzeczyło.

Kolejnym ważnym tematem poruszonym podczas przeprowadzonych badań była poprawa wizerunku pielęgniarki poprzez zwiększenie samodzielności i kompetencji pielęgniarek. Według badań dla CKPiP wpływa w 60% na poprawę wizerunku pielęgniarki. Ankietowani zaś potwierdzili te wyniki, aż 82% jest przekonana, że większa samodzielność i kompetencje zdecydowanie poprawiają wizerunek pielęgniarki, przy czym tylko 8% uważa, że nie i tą grupę stanowią przebadani fizjoterapeuci. 10% nie ma zdania na ten temat. Wynik przeprowadzonego badania na temat czynników, które wpływają na relacje pielęgniarek z innymi członkami zespołu terapeutycznego podaje, że bardzo duży wpływ na jakość relacji ma umiejętność współpracy w zespole - odpowiedziało tak aż 66% ankietowanych oraz uczciwość i rzetelność zawodowa 38%, odpowiadali tak przedstawiciele wszystkich grup biorących

udział w badaniu, niezależnie od stażu pracy. Badani także uważają, że pielęgniarki potrafią ze sobą współpracować - 70% respondentów odpowiedziało w ten sposób, niezależnie od wieku i stażu pracy. W badaniu poproszono także o określenie relacji pomiędzy pielęgniarką a resztą zespołu terapeutycznego. Większość badanych zaznaczała odpowiedzi w przedziale pomiędzy 3 a 5, co oznacza kolejno dostateczne, dobre oraz bardzo dobre relacje. Obserwuje się jedynie wzrost odpowiedzi 2 (złe relacje) - 24% ankietowanych - dla relacji pomiędzy pielęgniarką a fizjoterapeutą, odpowiedzi tak fizjoterapeuci w wieku poniżej 30 lat oraz w przedziale od 30 do 40 lat. Ankietowani nie uważają też by częsta rotacja personelu pielęgniarskiego pomogłaby poprawić panujące relacje między zespołem terapeutycznym - 60% wszystkich głosów. Jednak zdecydowana większość 86% odpowiedziała, że wypalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego wpływa na relacje z resztą zespołu terapeutycznego. Natomiast, jeśli ankietowani mieli by wybrać czynniki najbardziej utrudniające relacje z pielęgniarkami najczęściej wybierali na odpowiedzi, które wskazywały by na brak chęci do współpracy 60% ankietowanych - wybierali zwłaszcza fizjoterapeuci i lekarze, zbyt mała liczba personelu pielęgniarskiego na dyżurze - 56% ankietowanych (wybierały pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz lekarze) i negatywne nastawienie do pracy - 50% ankietowanych, także wybierali najczęściej lekarze i fizjoterapeuci.

Respondenci poproszeni o wskazanie najważniejszego elementu wspólnej pracy w 50% wybrali wzajemny szacunek do wykonywanej pracy oraz właśnie umiejętność współpracy - 32% ankietowanych. Ostatnie pytanie ankiety dotyczyło zarobków oraz ich adekwatności do wykonywanej pracy. W wynikach badań przeprowadzonych dla CKPPIP gdzie ankietowani oceniali wysokość zarobków pielęgniarek, przedstawiono bardzo niską ocenę dla wysokości zarobków. W badaniu zespołu terapeutycznego oddziału rehabilitacji wynika, że aż 84% zdecydowanie uważa, że zarobki pielęgniarek nie są adekwatne do wykonywanej pracy, 10% twierdzi, że są, a 6% nie ma zdania na ten temat.

Wnioski pracy:

1. Pozycja zawodu pielęgniarki na przestrzeni ostatnich lat uległa zmianie. Jest ona wyższa i lepiej postrzegana przez ludzi.
2. Podnoszenie przez pielęgniarki kwalifikacji jest bardzo ważne, natomiast poziom wykształcenia nieznacznie wpływa na rodzaj relacji między pielęgniarkami a resztą zespołu terapeutycznego.
3. Wypalenie zawodowe pielęgniarek wpływa na rodzaj relacji między pielęgniarkami a zespołem terapeutycznym.

PLAN DYŻURÓW Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

STYCZEŃ	13.01.2016	<i>Beata Bieniek</i>
	27.01.2016	<i>Albina Dul</i>
LUTY	10.02.2016	<i>Barbara Hołody</i>
	24.02.2016	<i>Bernarda Krupczak</i>
MARZEC	09.03.2016	<i>Marta Pieczonka</i>
	23.03.2016	<i>Joanna Póttorak-Fus</i>
KWIECIEŃ	13.04.2016	<i>Renata Trzyna</i>
	27.04.2016	<i>Beata Bieniek</i>
MAJ	11.05.2016	<i>Albina Dul</i>
	25.05.2016	<i>Barbara Hołody</i>
CZERWIEC	08.06.2016	<i>Marta Pieczonka</i>
	22.06.2016	<i>Bernarda Krupczak</i>
LIPIEC	13.07.2016	<i>Joanna Póttorak-Fus</i>
	27.07.2016	<i>Renata Trzyna</i>
SIERPIEŃ	10.08.2016	<i>Beata Bieniek</i>
	24.08.2016	<i>Albina Dul</i>
WRZESIEŃ	14.09.2016	<i>Barbara Hołody</i>
	28.09.2016	<i>Bernarda Krupczak</i>
PAŹDZIERNIK	12.10.2016	<i>Marta Pieczonka</i>
	26.10.2016	<i>Joanna Póttorak-Fus</i>
LISTOPAD	09.11.2016	<i>Renata Trzyna</i>
	23.11.2016	<i>Beata Bieniek</i>
GRUDZIEŃ	14.12.2016	<i>Albina Dul</i>
	28.12.2016	<i>Barbara Hołody</i>

Zapraszamy członków samorządu do przesyłania artykułów do publikacji w Biuletynie. Pisząc, macie Państwo możliwość dzielenia się z innymi swoją wiedzą i doświadczeniem. Prosimy o nadsyłanie drogą elektroniczną tekstów prezentujących wskazówki i wiedzę użyteczną dla pielęgniarek i położnych. Jeśli w tekście będą zdjęcia prosimy je dołączyć w formacie JPG z załączoną zgodą osób przedstawionych na zdjęciach na ich publikację.

Artykuły prosimy przysyłać na adres: biuro@oipip.rzeszow.pl z dopiskiem w tytule - BIULETYN. Prosimy o pisemną zgodę na publikację w Biuletynie.

Sedecznie zapraszamy do współpracy



W A Ż N E - PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU

Informujemy, iż w związku z nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039) - nowelizacją ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw. (Dz. U. 2015 poz. 1640) wprowadzone zostały zmiany:

Art.1.

W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

Po art. 36 dodaje się art. 36a w brzmieniu:

„Art. 36a. Osoby, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej i nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, a spełniają wymagania określone w art. 28 pkt 24 albo art. 31 pkt 24, uzyskują, na swój wniosek, stwierdzenie prawa wykonywania zawodu.”

*Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego
w dniach 4-6 kwietnia 2016 r.*

w Strzelinku k/ Słupska

organizuje VII Konferencję Naukowo-Szkoleniową

BEZPIECZNIE DO CELU ...

EWAKUACJA I TRANSPORT W RATOWNICTWIE

Zapraszamy do uczestnictwa w konferencji w charakterze prelegentów

więcej informacji - www.ptpr.org.pl

POŻEGNANIA

Pani
MAŁGORZACIE ZYGIERT

pielęgniarki
Kliniki Reumatologii
Klinicznego
Szpitala Wojewódzkiego Nr 2
w Rzeszowie
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu tragicznej śmierci
SYNA MICHAŁA

składają
Dyrekcja
oraz personel pielęgniarski
Klinicznego
Szpitala Wojewódzkiego Nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej
w Rzeszowie

Wyrazy szczerego współczucia

naszej Koleżance
MARYSI GOLENIA
z powodu śmierci TEŚCIA

składają
Pielęgniarki i Położne
z ZOZ Ropczyce

Wyrazy szczerego współczucia
dla Koleżanki
ELŻBIETY SOLIŃSKIEJ
z powodu śmierci BRATA

składają
współpracownicy z Klinicznego
Oddziału Ginekologii i Położnictwa
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie

Wyrazy głębokiego współczucia
dla Z-cy Dyrektora
ds. Pielęgniarstwa
ANNY
MIERZWA-GEORGIEV
z powodu śmierci OJCA

składają
Pielęgniarki SPZOZ MSW
w Rzeszowie

"Bliscy, których kochamy
na zawsze pozostaną w naszych sercach"

Naszej Koleżance
ANNIE KUMOR
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia
z powodu śmierci MĘŻA

składają Koleżanki
z Oddziału
Położniczo-Ginekologicznego
Szpitala Powiatowego w Strzyżowie

Naszej Koleżance
MARCIE MACIEJSKIEJ
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci TATY

składają
Koleżanki z Oddziału Noworodków
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie

"Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie odbierze,
zawsze będą z nami"

Naszej Koleżance
HELENCE MATUSZ
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy
w tych trudnych chwilach
z powodu śmierci MĘŻA

składają Koleżanki
OAIT w Strzyżowie

"Ci, których kochamy nie umierają nigdy,
bo miłość to nieśmiertelność"

Wyrazy głębokiego współczucia
dla Naszej Koleżanki
MAŁGORZATY ZYGIERT
z powodu tragicznej śmierci SYNA

składają
Koleżanki z Kliniki Reumatologii
Klinicznego
Szpitala Wojewódzkiego Nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej
w Rzeszowie

Wyrazy żalu i współczucia
Koleżance
ZOFII WIERZBICKIEJ
z powodu śmierci TATY

składają
Koleżanki i Koledzy
Bloku Operacyjnego Ogólnego
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie

Naszej Koleżance
MARII CZEPIEL
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci TATY

składają Pielęgniarki
z Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc
Szpitala Powiatowego w Mielcu

Łącząc się w żalobie i smutku
po śmierci MAMY
wyrazy głębokiego żalu i współczucia

Naszej Koleżance
MARII STĘPIEŃ

składają
pracownicy
Bloku Operacyjnego
Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Onkologicznej
i Otorinolaryngologicznej
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego w Nr 1 w Rzeszowie

Twój świat ziemski dobiegł już końca...
Przed Tobą droga lśniąca
Odeszłaś od nas,
zgasłaś jak płomyk świecy
Odeszłaś za szybko...

Z głębokim smutkiem i żalem
żegnamy
PIEŁĘGNIARKE
DANUTĘ BURY

Długoletnią pracownicę
ZOZ nr 2 w Rzeszowie.
Na zawsze pozostaniesz
w naszych sercach.

Wyrazy współczucia Rodzinie
składają Dyrekcja,
Pielęgniarki i Położne
ZOZ Nr 2 w Rzeszowie

SPECJALNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ

**TYLKO DLA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ
IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W RZESZOWIE**

40% zniżka na ubezpieczenie lokalu
mieszkalnego lub domu jednorodzinnego

do 25% zniżki na obowiązkowe ubezpieczenie
odpowiedzialności cywilnej podmiotu
wykonującego działalność leczniczą

zadzwoń:
info:

533 555 838

www.programdlapielegniarek.wordpress.com

35% zniżka na ubezpieczenie

- następstw nieszczęśliwych wypadków
- lub ubezpieczenie mienia praktyki
zawodowej
- lub ubezpieczenia turystyczne

66 PLN za specjalny pakiet ubezpieczeń
dla pielęgniarek i położnych
skierowanych na szkolenie (od 3 do 6 miesięcy)
w związku ze wznowieniem pracy
po przerwie dłuższej niż 5 lat.

inter
UBEZPIECZENIA

Program dostępny tylko w
Przedstawicielstwie TU INTER Polska S.A. w Rzeszowie
ul. Rymanowska 3 - 2 piętro p. 21
nr tel.: 533 555 838
www.programdlapielegniarek.wordpress.com