

# BIULETYN

## KOMITET REDAKCYJNY

Przewodnicząca:  
Maria Pałeczka

Sekretarz:  
Małgorzata Hrycak

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych  
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

**tel. 74 842-33-25**

ADRES REDAKCJI:  
58-300 Wałbrzych, ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)

e-mail: [oiipwch@webmedia.pl](mailto:oiipwch@webmedia.pl)

---

---

DRUKARNIA "BT"  
58-300 Wałbrzych, ul. Przebieg 5a  
tel. 74 842-20-55  
e-mail: [btdrukarnia@gmail.com](mailto:btdrukarnia@gmail.com)

## **SPIS TREŚCI**

WAŻNE.....	5-13
INFORMACJE.....	14-16
Z MINISTERSTWA ZDROWIA.....	17-20
SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI.....	21-38
POD PARAGRAFEM .....	39-45
PIELĘGNIARKA POŁOŻNA PYTA.....	46-47
SZKOLENIA .....	48-50

## **Szanowne Koleżanki i Koledzy**

Przygotowanie materiałów do kolejnego numeru Biuletynu Informacyjnego uświadomiło mi po raz kolejny - zresztą, jak bardzo szybko mija czas. Tak niedawno czekaliśmy na wakacje, wymarzone urlopy, dzisiaj pozostały już tylko wspomnienia.

Szczerze zachęcam do przeczytania treści umieszczonych w tym numerze.

Szpeciallynie zachęcam do artykułu z cyklu - Pod paragrafem. Mam nadzieję, że wciąż istniejące problemy dotyczące różnych form zatrudnienia, o czym świadczą liczne telefony od Państwa i pytania w tej sprawie, po przeczytaniu tego artykułu zostaną przybliżone, bardziej czytelne i zrozumiałe.

Przypominam o obowiązku – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej i zmianą zapisów w obowiązującej ustawie, że wprowadzony został art. 217 ust.3, który nakłada obowiązek dokonania zmian wpisów w rejestrze indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych do dnia 31 grudnia br. Wnioski złożone w tym terminie są wolne od opłat. Bardzo proszę o dokonywanie wpisów, proszę nie odkładać na koniec roku. Pracownik biura prowadzący rejestr nie będzie mógł dokonywać wpisów więcej, niż to możliwe w czasie godzin pracy. Apeluję zatem do Koleżanek i Kolegów – nie odkładajcie tak ważnych dla wykonywania zawodu spraw. Jednocześnie przypominam - po 31 grudnia wszelkie zmiany wpisów w rejestrze będą dokonywane za wniesieniem opłaty.

Przed nami kolejne miesiące wyętej pracy. Cieszę się, że sala konferencyjna w siedzibie izby będzie wykorzystana na cele szkoleniowe. Już od połowy września w weekendy, przez okres dwóch lat będą odbywały się zajęcia teoretyczne dla Pań Pielęgniarek, które są uczestniczkami szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie neonatologii, organizowanym przez Agencję Usług Oświatowych "Omnibus" w Kłodzku. Przygotowując się do remontu dołożyłam wszelkich starań, aby pomieszczenia izby służyły Wam, aby wykorzystywać je w pełni do celów szkoleniowych.

Nawiązując do informacji w poprzednim numerze biuletynu- o możliwości powtórzenia szkolenia przeprowadzonego w czerwcu, w siedzibie izby przez firmę Pofam-Poznań, potwierdzam tę informację, zmienia się wstępnie termin- nie wrzesień lecz październik.

Pozostając w temacie szkoleń - mam przyjemność poinformować, że Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego działająca przy ORPIP w Wałbrzychu przygotowuje- wstępnie, w listopadzie konferencję, z której będzie mogła skorzystać większa ilość pielęgniarek i położnych.

Takie są plany - jestem przekonana, że uda się je zrealizować, o czym z wielką przyjemnością będę informować.

Bardzo proszę o współpracę, o propozycje tematów szkoleń, o współtworzenie biuletynu, który będzie spełniał Wasze oczekiwania.

Przewodnicząca ORPiP  
(-) Maria Pałeczka



# WAŻNE

## POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45,  
tel./fax. 034 360-54-91  
e-mail: ptpopih@wp.pl

L.dz. 7/2012

Częstochowa, 10.08.2012

Szanowny Pan  
Grzegorz Sztolcman  
Poseł na Sejm  
ul. Targowa 1  
42-200 Częstochowa

Szanowny Panie Pośle,

Zwracam się z uprzejmą prośbą o poparcie stanowiska **zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej** oraz **Zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej** dotyczącego **ujęcia w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24.07.2012 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne w § 1.1 Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.**

Obowiązujące aktualnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych w § 1.1 przewiduje prowadzenie kształcenia pielęgniarek na poziomie specjalizacji **w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.** Obecnie tytuł specjalisty w tej dziedzinie pielęgniarstwa posiadają 342 pielęgniarki, co w znacznym stopniu nie zabezpiecza aktualnych potrzeb zdrowotnych ludności.

Aktualnie rocznie w Polsce odnotowuje się 160 000 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, z czego umiera 90 000. Z powodu innych przyczyn umiera około 300 000 osób. Większość z tych chorych wymaga całościowej specjalistycznej opieki paliatywnej, sprawowanej

**POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSTWA  
OPIEKI PALIATYWNEJ**

42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45,  
tel./fax. 034 360-54-91  
e-mail: ptpopih@wp.pl

L.dz. 7/2012

Częstochowa, 10.08.2012

Szanowny Pan  
Grzegorz Sztolcman  
Poseł na Sejm  
ul. Targowa 1  
42-200 Częstochowa

Szanowny Panie Pośle,

Zwracam się z uprzejmą prośbą o poparcie stanowiska **zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej** oraz **Zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej** dotyczącego **ujęcia w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24.07.2012 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne w § 1.1 Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.**

Obowiązujące aktualnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych w § 1.1 przewiduje prowadzenie kształcenia pielęgniarek na poziomie specjalizacji **w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.** Obecnie tytuł specjalisty w tej dziedzinie pielęgniarstwa posiadają 342 pielęgniarki, co w znacznym stopniu nie zabezpiecza aktualnych potrzeb zdrowotnych ludności.

Aktualnie rocznie w Polsce odnotowuje się 160 000 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, z czego umiera 90 000. Z powodu innych przyczyn umiera około 300 000 osób. Większość z tych chorych wymaga całościowej specjalistycznej opieki paliatywnej, sprawowanej przez wysokowykwalifikowany personel. Szybki wzrost nowych zachorowań i liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, oraz wytyczne WHO, wskazują na konieczność dalszego rozwoju opieki paliatywnej, która powinna być dostępna dla każdego chorego z nieuleczalną postępującą chorobą (nie tylko z chorobą nowotworową).

Według ostatnich danych Polska w "Atlas of Palliative Care in Europe" łączącego raporty oraz dane porównawcze na temat stanu opieki paliatywnej z krajów Europy zajmuje wysokie piąte miejsce, po Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji i Holandii.

Funkcjonujący model opieki paliatywnej w polskim systemie ochrony zdrowia obejmuje opieką pacjentów w schyłkowym okresie życia zarówno chorujących na schorzenia onkologiczne jak i następstwa chorób zapalnych i układowe zaniki pierwotne ośrodkowego układu nerwowego, choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV), kardiomiopatie, niewydolność oddechową i owrzodzenia odleżynowe.

**Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, jako odrębna i dynamicznie rozwijająca się dziedzina praktyczna i naukowa stanowi istotny element specjalistycznej i profesjonalnej opieki nad pacjentami w zaawansowanej fazie choroby u kresu życia.**

Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej będąc istotnym członkiem w interdyscyplinarnym zespole opieki paliatywnej pełni specyficzne funkcje zawodowe, mające na celu łagodzenie dolegliwości pacjentów w sferze fizycznej, psychicznej, socjalnej i duchowej oraz poprawę jakości życia chorych u kresu życia. W celu realizacji zadań wynikających z opieki pielęgniarstwa opieki paliatywnej musi posiadać umiejętność integracji wiedzy z różnych dyscyplin medycyny i pielęgniarstwa (m.in. onkologii, chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii, geriatry, chirurgii) z zagadnieniami filozoficznymi, psychospołecznymi, etycznymi oraz duchowymi. Wspieranie rodziny chorego w momencie odejścia i opieka w żałobie stanowią nieodłączny element roli zawodowej pielęgniarki w opiece paliatywnej.

Opieka paliatywna realizowana w hospicjach i zakładach opieki paliatywnej gwarantuje świadczenia pacjentom z postępującymi schorzeniami niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu. Powinna być realizowana przez lekarzy i pielęgniarki specjalistów z zakresu medycyny i opieki paliatywnej. Taki model funkcjonuje w polskim systemie ochrony zdrowia od 1999 roku, kiedy to dzięki zrozumieniu Ministerstwa Zdrowia została wprowadzona specjalizacja, jako jedna z nielicznych w Europie. Wytyczne europejskie zalecają specjalistyczne kształcenie członków zespołów opieki paliatywnej, w tym pielęgniarek. Obecnie pielęgniarki celem realizacji fachowej opieki nad pacjentami w opiece paliatywnej podejmują się uczestnictwa w kształceniu specjalizacyjnym, ponosząc samodzielnie pełny koszt specjalizacji.

*Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej*, jako krótka forma kształcenia pielęgniarki, nie jest równoważny z ukończeniem specjalizacji i nie może jej zastąpić. Ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej daje ogólną wiedzę z zakresu podstaw opieki paliatywnej,

która można zastosować w podmiotach leczniczych innych niż ośrodki opieki paliatywnej np. szpitalach.

Pielęgniarki ze specjalizacją w dziedzinie opieki paliatywnej odgrywają bardzo ważną rolę w prawidłowym działaniu ośrodków opieki paliatywnej w Polsce. Uczestniczą w koordynowaniu pracy poradni opieki paliatywnej, hospicjów domowych, dziennych oddziałów opieki paliatywnej, są pielęgniarkami oddziałowymi w oddziałach stacjonarnych. Zajmują się również szeroko rozumianą edukacją zarówno społeczeństwa na temat istoty pomocy chorym i umierającym, jak i szkoleniami z zakresu opieki paliatywnej kadr medycznych oraz wolontariuszy. Pielęgniarki opieki paliatywnej zabezpieczają całodobową opieką pacjentów w warunkach domowej opieki oraz w stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej. Całodobową opiekę powinna zabezpieczać minimum jedna pielęgniarka specjalistka podczas dyżuru. Pielęgniarka specjalista może również realizować świadczenia w Szpitalnych Zespołach Wspierających (takie zespoły istnieją nielicznie w Polsce, ale powinny powstać w szpitalach). **Prowadzenie kształcenia na poziomie odrębnej, samodzielnej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej gwarantuje możliwość dalszego prowadzenia opieki nad pacjentami w schyłkowym okresie życia w Polsce na poziomie gwarantowanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.**

Analizując programy innych specjalizacji opieka paliatywna jest jedyną specjalizacją, która przygotowuje pielęgniarki do opieki nad człowiekiem umierającym. W programie kształcenia obejmuje specyficzne dla opieki paliatywnej zagadnienia dotyczące wielowymiarowości cierpienia, leczenia bólu i innych objawów somatycznych ze strony różnych układów, stanów nagłych, aspekty współistnienia innych chorób, jakości życia chorych i ich rodzin, problemy etyczne, umiejętności komunikacji, problemy seksualne, socjalne, psychiczne, duchowe, opiekę komplementarną, organizację, edukację i badania naukowe w opiece paliatywnej. Ukończenie przez pielęgniarkę tej specjalizacji daje możliwości odpowiedniego wykorzystania uzyskanych kwalifikacji pielęgniarki do wykonywania świadczeń zdrowotnych dla szerokiej grupy pacjentów u kresu życia.

Włączenie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, jako moduł pielęgniarstwa onkologicznego i pielęgniarstwa opieki długoterminowej spowoduje ograniczenie liczby godzin, a tym samym zawężenie zakresu tematycznego programu dotyczącego specjalistycznej opieki paliatywnej.

Ponadto, nie poprawi to dostępności do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i nie wpłynie na likwidowanie tzw. „białych plam” gdzie

---



## **OPOWIEDŹ NA ZAPYTANIE**

w sprawie rozliczenia czasu pracy poświęconego na raporty pielęgniarskie

W odpowiedzi na pismo w sprawie zasadności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej bezpośrednio po zakończonym dyżurze pielęgniarskim oraz rozliczenia poświęconej na ww. raporty czasu pracy wyjaśniam, co następuje:

Istnieje konieczność przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej. Zgodnie z opinią dr hab. n. med., prof. nadzw. Anny Ksykiewicz-Dorota „Kw zespołe terapeutycznym (pielęgniarskim, położnych) jest integralną częścią pielęgowania! trudno sobie wyobrazić, żeby pielęgniarki (położne/lekarze) nie informowały się o danym stanie rzeczy, w tym nie przekazywali sobie ustnie istotnych informacji o pacjencie (-tach). Dotyczy to w całej rozciągłości raportów pielęgniarskich (położnych). Informacje ustne (oprócz pisemnych) zapobiegają sytuacjom, kiedy istotne informacje o chorym „znikają” w czasie zmiany dyżurów; zwracają uwagę na fakty ważne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, zapobiegają sytuacjom, kiedy pracownik musi od razu przystąpić do pracy (zdarzenia nagłe) i nie zdąży się zapoznać z dokumentacją pisemną. Wreszcie raport ustny ma walor doskonalący dla pracownika. Nowo przyjętym pracownikom pozwala się zorientować, co do hierarchizacji problemów, odróżniania faktów istotnych od mniej ważnych. Dla mających dłuższy staż pracy jest istotnym wskazaniem, co do rodzaju działań, jakie powinni podjąć w pierwszym rzędzie w trakcie objęcia dyżuru.”

Podobne stanowisko prezentuje dr hab. Maria Danuta Głowacka wskazując, iż „przekazywanie raportów pielęgniarskich wyłącznie w formie pisemnej jest niewystarczające. Ze względu na dobro pacjenta oraz obowiązek rzetelnego, starannego wykonywania zawodu, konieczne jest składanie również ustnych raportów uzupełniających, nieuwzględnionych wprost w przepisach prawa.”(...) „W praktyce wyłącznie pisemny opis zdarzeń, ich okoliczności i podjętych działań względem danego pacjenta podczas przebiegu dyżuru, choć z formalnego punktu widzenia jest możliwy, to nie daje gwarancji rzetelnego i pełnego przekazania informacji o pacjencie następnej zmianie. Często ów opis zdarzeń i podjętych działań, w zakresie w jakim nakazuje rozporządzenie jest niewystarczający i wymaga uzupełnienia o dodatkowe uwagi i spostrzeżenia pielęgniarki kończącej dyżur. Formą najbardziej skuteczną takiego uzupełnienia jest przekaz ustny, który pozwala dopowiedzieć, czy też rozwiać ewentualne wątpliwości

pojawiające się w trakcie zapoznawania się następną zmianą pielęgniarek z raportem pielęgniarskim.”

Podczas kształcenia zawodowego pielęgniarki i położne nabywają wiedzę i umiejętności m.in. w zakresie przekazywania raportów pielęgniarskich nie tylko w formie pisemnej, ale także ustnej. Taki sposób przekazywania stanowiska pracy ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentowi poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o jego stanie zdrowia.

Sposób „przekazywania zmiany” kierownik podmiotu leczniczego winien określić w organizacyjnym, który określa m.in. organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym (art. 24 ust.1 pkt.7 ustawy z dnia kwietnia 2011 r. działalności leczniczej).

Przekazywanie raportów („przekazywanie zmiany”) przez pielęgniarki i położne niewątpliwie jest świadczeniem pracy, a czas na nie poświęcony jest czasem pracy. Harmonogram pracy winien być sporządzony tak, aby nie naruszać przepisów prawa o czasie pracy zawartych w art. 93 ustawy z dnia kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i Kodeksie Pracy.

Z wyrazami szacunku  
Sekretarz NRPIP  
(-) Joanna Walewander

Do wiadomości:  
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

**KRAJOWY KONSULTANT  
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO**

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455, fax 533-77-01  
e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego w sprawie: sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatricznych z dnia 04.06.2012 r.

Na podstawie: art. 9 ust.1 i art. 10 ust 1 pkt. 6 Ustawy z dnia 6.11.2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 252, poz. 1697), przedstawiam poniżej opinię w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatricznych.

1. Pielęgniarki realizujące świadczenia zdrowotne w oddziałach i szpitalach pediatricznych mają obowiązek dokumentowania świadczeń w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, dokumentacji zbiorczej wewnętrznej oraz dodatkowo mogą prowadzić dokumentację indywidualną zewnętrzną.
2. Wszystkie świadczenia zdrowotne wynikające z opieki bezpośredniej nad pacjentem powinny być dokumentowane w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. W ramach opieki bezpośredniej pielęgniarki:
  - dokonują oceny stanu fizycznego, psychicznego i społecznego na podstawie analizy badania przedmiotowego i podmiotowego oraz analizy dokumentacji (uwzględniając m.in. dane dotyczące porodu, dotychczasowego rozwoju dziecka, nawyków, reakcji na hospitalizację i.t.p.);
  - określają diagnozy pielęgniarskie lub problemy pielęgnacyjne;
  - ustalają plan opieki oraz realizują świadczenia zgodnie z planem;
  - realizują zlecenia lekarskie wg karty zleceń, w których dokumentują ich wykonanie;
  - monitorują parametry wg potrzeb i dokumentują w kartach obserwacji;
  - dokonują oceny stanu pacjenta pod koniec każdego dyżuru, analizują i oceniają osiągnięte efekty pielęgnowania.Dokumentowania powyższych zadań, należy dokonywać w historii choroby i dokumentach dodatkowych tj. karty indywidualnej opieki

pielęgniarskiej, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia (jeśli było realizowane znieczulenie).

W księdze raportów pielęgniarskich, o której mowa w § 31 Rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, pielęgniarki powinny dokumentować:

- kolejność wpisów oznaczając ich numerację
- datę sporządzenia raportu oraz identyfikację pielęgniarki dokonującej wpisu
- informacje statystyczne tj. liczba pacjentów przyjętych, wypisanych, hospitalizowanych, zmarłych;
- informacje dotyczące zdarzeń i ich okoliczności związanych z działalnością oddziału ( § 31 ust.3 Rozporządzenia określa jako „treść raportu”), czyli np. ewentualne zdarzenia niepożądane, losowe z udziałem pacjentów czy też powikłania wynikające z hospitalizacji wymagane w szpitalu do rejestracji np. liczba pacjentów gorączkujących (wówczas należy imię i nazwisko pacjenta), zdarzenia związane z tzw. opieką pośrednią np. użyczenia lub uszkodzenia aparatury medycznej, użyczenia leku na potrzeby innego oddziału itp.

Księga raportów pielęgniarskich nie powinna zawierać informacji dotyczących opieki bezpośredniej nad pacjentem, gdyż znajdują się one w dokumentacji indywidualnej pacjenta, a czas poświęcony przez pielęgniarkę na dokumentowanie świadczeń nie powinien być dublowany. Ze względu na różne okresy przechowywania dokumentacji indywidualnej i dokumentacji zbiorczej w archiwum szpitalnym, należy dołożyć wszelkich starań, aby indywidualna dokumentacja medyczna zawierała opis wszystkich zdarzeń zdrowotnych i interwencji medycznych, które miały miejsce w czasie pobytu pacjenta w szpitalu.

3. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, o której mowa w § 32 w/cytowanego Rozporządzenia powinna znajdować się w gabinetach zabiegowych, w których wykonywane są zabiegi na rzecz pacjentów z innych oddziałów lub ambulatoryjnych np. gabinet endoskopowy, gabinet opatrunkowy, sale zabiegowe i.t.p. Zlecenia lekarskie dotyczące pacjentów hospitalizowanych w oddziałach nie powinny być przepisywane z kart zleceń do ksiąg zabiegowych ze względu na ryzyko pomyłki i niepotrzebnie marnotrawiony czas, a realizowane w oparciu o odpowiednio dostosowane druki kart zleceń, które będą załącznikiem do historii choroby i będą stanowiły indywidualną dokumentację wewnętrzną.
4. Nieodzownym elementem dokumentowania świadczeń jest autoryzacja czyli data wykonania świadczenia i oznaczenie osoby

- udzielającej świadczeń. Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 w/w Rozporządzenia dla oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych stosuje się nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacja, nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i podpis w przypadku dokumentacji papierowej lub bez podpisu wygenerowane pozostałe dane osoby przy użyciu loginu i hasła w przypadku dokumentacji elektronicznej.
5. Nadzór nad jakością prowadzonej przez pielęgniarki i położnej dokumentacji w oddziale, jej przechowywania i kompletowania sprawować powinna bezpośrednio pielęgniarka oddziałowa, która powinna własnym podpisem poświadczyc fakt sprawdzenia dokumentacji, przed jej zakończeniem.
  6. Do z-cy dyrektora ds. pielęgniarstwa / naczelną pielęgniarkę / przełożonej pielęgniarek podmiotu leczniczego, należy określenie kryteriów pielęgniarskiej oceny stanu bio-psycho-społecznego dziecka oraz określenie mechanizmów monitorowania jakości dokumentacji.
  7. W związku z coraz powszechniejszą praktyką generowania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, kierowniczka kadra pielęgniarska w szpitalach i oddziałach pediatrycznych powinna zadbać o tworzenie katalogów diagnoz pielęgniarskich i interwencji oraz o wprowadzanie dostępnych klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej.
  8. Traci moc Opinia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatrycznych z dnia 22 marca 2010r.

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek  
Konsultant Krajowy w Dziedzinie  
Pielęgniarstwa Pediatrycznego



# INFORMACJE

---

---

Szanowni Państwo,

19 kwietnia 2012 roku odbył się pierwszy Ogólnopolski Kongres Ekspozycji Zawodowej „Dbając o Zdrowie – narażają zdrowie”, którego organizatorem było Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Spotkanie ekspertów z lekarzami, pielęgniarkami i przedstawicielami instytucji związanymi ze służbą zdrowia miało na celu określenie kierunku działań implementacji Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 roku dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki medycznej.

Polska jest zobowiązana do 11 maja 2013 roku wprowadzić Dyrektywę 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 roku. Dokument uznaje, że codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zgodnie z jej wytycznymi, konieczne jest też przyjęcie zintegrowanego podjęcia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, określenia metod zapobiegania, jak również do monitorowania epizodów ekspozycyjnych.

Rada Ekspertów Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej podpisała „Deklarację poparcia Dyrektywy 2010/32/UE” i zobowiązała się dołożyć wszelkich starań, aby w miarę możliwości przyspieszyć i usprawnić proces implementacji nowych przepisów.

W imieniu Pani Doroty Kilańskiej z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przesyłam dokument „Deklaracji poparcia Dyrektywy 2012/32/UE” oraz list zawierający najważniejsze tezy, które były szeroko omawiane podczas Kongresu.

W przypadku pytań pozostaję do dyspozycji

Katarzyna Obłóza  
account manager assistant  
Corporate&Business Communications Unit  
PR Department  
email: katarzyna.obloza@multipr.pl

---

## DEKLARACJA POPARCIA DYREKTYWY 2010/32/UE

Praca w placówkach służby zdrowia naraża na ryzyko zakażeń wskutek zakłuć ostrym sprzętem medycznym. Ponad 30 patogenów, m.in. wirusy zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV, może być przenoszonych poprzez krew lub inne płyny ustrojowe. Wszystkie procedury medyczne mogą być źródłem ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny. W Polsce brakuje ujednoliconego modelu postępowania poekspozycyjnego. Obecnie istniejące przepisy nie w pełni zabezpieczają personel medyczny przed zakażeniem zawodowym. Pracownicy opieki zdrowotnej i ich rodziny mogą cierpieć przez wiele miesięcy w oczekiwaniu na informację, czy ulegli potencjalnie śmiertelnemu zakażeniu. Dodatkowo, wielu z nich musi w tym czasie przyjmować leki, które nie są obojętne dla organizmu. Problem ten dotyczy całego systemu opieki zdrowotnej. Zakażenia zawodowe patogenami krwiopochodnymi mogą bowiem przyczynić się do utraty pracowników, których niedobór jest już obecnie odczuwalny. Rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji prawnych minimalizujących ryzyko ekspozycji wśród pracowników służby zdrowia.

**Dyrektywa 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. uznaje, że codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zgodnie z jej wytycznymi, konieczne jest też przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, określenia metod zapobiegania (szkoleń, informacji, zwiększania świadomości), jak również do monitorowania epizodów ekspozycyjnych. Tylko dzięki tak kompleksowym działaniom możliwe jest osiągnięcie pożądanego efektu.**

Oczekiwane regulacje prawne wynikające z implementacji Dyrektywy powinny objąć poniższe grupy docelowe:

- pracowników zatrudnionych przez pracodawcę w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem każdej formy zatrudnienia w sytuacji świadczenia przez nich usług,
- stażystów i praktykantów zaangażowanych w świadczenie usług w sektorze opieki zdrowotnej,
- osoby zatrudnione w sektorze opieki zdrowotnej za pośrednictwem agencji pracy czasowej,
- podwykonawców tj. osoby zatrudnione na podstawie umownego stosunku pracy (kontraktu) w sektorze opieki zdrowotnej.

Implementacja Dyrektywy pomoże wyznaczyć minimalny standard dla wyrobów zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem

(zgodnie z definicją zawartą w dokumencie „Profilaktyka Zranień Ostrymi Narzędziami w Sektorze Szpitali i Opieki Zdrowotnej, Wytyczne w Zakresie Wdrożenia Umowy Ramowej UE, Dyrektywy Rady i Powiązanych Przepisów Krajowych” European Biosafety Network) oraz szczegółowo określić procedury poekspozycyjne. Jednocześnie przyczyni się ona do eliminacji stosowania zagrażającego zranieniem ostrego sprzętu medycznego i zastąpienia go bezpiecznymi wyrobami medycznymi. Oczekujemy również ustanowienia skutecznych kar finansowych dla pracodawców za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa pracy w poniższych obszarach:

- określenia i wprowadzenia procedur dotyczących eliminacji i usuwania ostrych narzędzi medycznych ze środowiska pracy,
- wyeliminowania ze środowiska pracy ostrych narzędzi medycznych i stosowania – tam gdzie to możliwe – dostępnych na rynku wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem,
- przeprowadzania cyklicznych szkoleń przez specjalistów z zakresu zakażeń krwiopochodnych, nie rzadziej niż raz na 24 miesiące, lub szkoleń wewnątrzdziałowych,
- zapewnienia pracownikom narażonym na ekspozycję dostępnych szczepień ochronnych zakończonych oznaczeniem poziomu przeciwciał anty-HBs 1-2 miesiące po szczepieniu,
- zapewnienia pracownikom możliwości przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego natychmiast po zdarzeniu,
- wprowadzenia obowiązkowego rejestru ekspozycji zawodowych (kontakt skóry z materiałem zakaźnym, zachłapanie, zakłucie, zranienie itp.),
- zapewnienia przez ustawodawcę środków finansowych na realizację zaleceń zawartych w Dyrektywie.

Z uwagi na możliwe późniejsze konsekwencje każda ekspozycja na krew lub inny potencjalnie zakaźny płyn ustrojowy winna być traktowana jak wypadek przy pracy i w ten sposób zgłaszana. Istnieje pilna potrzeba stworzenia ogólnopolskiego, ujednoliconego systemu rejestru ekspozycji zawodowych.

**Mając na uwadze powyższe informacje, pragniemy wyrazić nasze zrozumienie problemu oraz poparcie dla implementacji Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w obszarze wskazanym przez Parlament Europejski. Zobowiązujemy się jednocześnie dołożyć wszelkich starań, aby w miarę możliwości przyspieszyć i usprawnić proces implementacji.**





# Z MINISTERSTWA ZDROWIA

---

**MINISTERSTWO ZDROWIA**  
**Departament Pielęgniarek**  
**i Położnych**

MZ-PP-072-8008-4/JJ/12

Warszawa. .2012.08.22

Okręgowe Rady Pielęgniarek  
i Położnych  
wg rozdzielnika

Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, iż do Ministerstwa Zdrowia wpływają informacje dotyczące sytuacji, w których pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przed lekarskiej zobowiązane są przez dyrektora szkoły do uiszczania opłat za korzystanie z tego gabinetu.

Zgodnie z art. 67 ust 1 pkt. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256 póź. 2572 z późn. zm.), do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniowi możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Zatem wykonywanie remontów obiektów szkolnych oraz zadań inwestycyjnych w tym zakresie, wyposażenie i zapewnienie funkcjonowania pomieszczeń do wykonywania zadań statutowych w szkołach publicznych jest obowiązkiem organów prowadzących te szkoły, którymi najczęściej są jednostki samorządu terytorialnego na szczeblu gminy oraz powiatu. Tym samym nie jest to zadanie świadczeniodawców realizujących świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania.

Mając na uwadze powyższe, Departament Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji dotyczących liczby pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, które są obciążane finansowo za możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Z poważaniem  
z-ca dyrektora  
Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
Jolanta Skolimowska

**MINISTERSTWO ZDROWIA**  
**Podsekretarz Stanu**  
**Cezary Rzemek**

MZ-DS-079-2290-627/PJ/12

Pani  
Grażyna Rogala - Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes.

W nawiązaniu do spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 23 maja br. oraz spotkania z udziałem Pana Premiera Donalda Tuska w dniu 28 marca br. w załączeniu uprzejmie przekazuję wnioskowane w trakcie tych debat stanowisko Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej:

- w odniesieniu do propozycji Związku wprowadzenia do *projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw* zapisów umożliwiających obniżenie wieku emerytalnego dla pielęgniarek zatrudnionych w systemie pracy zmianowej i wykonujących pracę zmianową w porze nocnej o 1 miesiąc za każde 3 miesiące przepracowane w takiej organizacji pracy;
- oraz w odniesieniu do propozycji dokonania weryfikacji kryteriów, w oparciu o które kształtowany jest wykaz rodzajów prac w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze, których wykonywanie uprawnia do emerytury pomostowej.

Z poważaniem  
Cezary Rzemek

Warszawa, 15 czerwiec 2012 r.

**MINISTER  
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

DUS-505-37-JM/12

Pan  
Cezary Rzemek  
Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze.

W nawiązaniu do pisma z dnia 30 maja 2012 r., znak: MZ-DS-079-2290-603/PJ/12, dotyczącego wprowadzenia do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 237, póź. 1656, z późn. zm.) zapisów umożliwiających obniżenie wieku emerytalnego dla pielęgniarek oraz propozycji dokonania weryfikacji kryteriów, w oparciu o które kształtowany jest wykaz prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, uprzejmie przedstawiam, co następuje.

Zawarte w systemie emerytur pomostowych zarówno definicje pracy w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, jak i treść wykazów prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, są efektem szczegółowej dyskusji, jaka toczyła się nad projektem ustawy o emeryturach pomostowych w zespołach problemowych Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych oraz w trakcie prac parlamentarnych z udziałem wybitnych ekspertów z zakresu medycyny i ochrony pracy.

W ramach tych prac wykorzystano wiele opinii i analiz znanych ośrodków naukowo - badawczych. Ostatecznie powstały, stanowiące załączniki do ustawy o emeryturach pomostowych, wykazy prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, które zarówno z punktu widzenia potrzeb zainteresowanych jak i możliwości systemu finansowego państwa są, moim zdaniem, optymalne. Uważam, że opracowany przez wybitnych specjalistów medycyny i ochrony pracy wykaz prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest w świetle aktualnego stanu wiedzy kompletny i nie wymaga zmian, jak również uzupełnienia.

Ustawa o emeryturach pomostowych była trzykrotnie badana (w tym w zakresie zgodności z Konstytucją definicji zawartych w jej art. 3 ust. 1-3 i kompletności załączników nr 1 i 2) przez Trybunał Konstytucyjny, który orzeczeniami z dnia 16 marca 2010 r. Sygn. akt K 17/09, 25 listopada 2010 r. Sygn. akt K 27/09 oraz 3 marca 2011 r. Sygn. akt K 23/09 orzekł o zgodności tej ustawy z Konstytucją RP.

W tej sytuacji jakiegokolwiek zmiany w systemie emerytur pomostowych, w kierunku rozszerzenia uprawnień do tych emerytur byłyby

nieuzasadnione.

Rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszych świadczeń emerytalnych nie byłoby także uzasadnione ze względów demograficznych jak i ekonomicznych. Od kilku lat w Polsce występuje ubytek rzeczywisty ludności. Wskutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa.

Zmiany te wynikają z zachodzących równolegle dwóch procesów: załamania przyrostu naturalnego społeczeństwa, któremu towarzyszy przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym.

Obecnie systematycznie maleje liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym. Od roku 1990 r. liczba ta zmalała o ok. 4,1 mln. Do 2035 r. prognozuje się jej dalszy spadek o ponad 1,6 mln. Równocześnie stale rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym. W chwili obecnej jest to blisko 6,3 mln osób, jednakże w następnych latach nastąpi jej znaczny przyrost, jak się przewiduje, o ponad 3,3 mln osób do 2035 r.

Liczba osób w wieku produkcyjnym - a więc tych, które mogą sfinansować świadczenia emerytalne - na przestrzeni ostatnich kilku lat ustabilizowała się na poziomie ok. 24,5 mln osób. Ta sytuacja ulegnie jednak pogorszeniu. Dla przykładu, w roku 2020 osób w wieku produkcyjnym będzie ok. 22,5 mln, a w 2035 r. nastąpi dalszy spadek ich liczby do ok. 20,7 mln osób.

W konsekwencji wzrośnie relacja liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (czyli tzw. wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym). O ile w chwili obecnej na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 26 osób w wieku poprodukcyjnym to w 2020 będzie to już 37 osób, natomiast w 2035 - 46. Równocześnie pragnę podkreślić, że ujednoczenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat, w związku z przyjętą przez Sejm w dniu 11 maja 2012 r. ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, nie naruszy uprawnień do emerytury pomostowej.

Na podstawie przepisów tej ustawy pielęgniarki i położne mogą ubiegać się o prawo do emerytury pomostowej już w wieku 55 lat, jeżeli wykonują pracę określoną w pkt 18, 22, 23 i 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych i spełniają pozostałe kryteria ustawowe, od których zależy ustalenie prawa do emerytury pomostowej.

Z poważaniem:  
MINISTER  
z up. PODSEKRETARZ STANU  
Marek Bucior



# SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

---

---

## **„Nowoczesne metody leczenia odleżyn”**

W dniu 2 czerwca 2012 roku we Wrocławiu w Centrum Konferencyjnym przy ul. Szybowcowej 23, w godzinach od 9:00- 15:00, odbyła się konferencja dotycząca „Nowoczesnych metod leczenia odleżyn”.

Była to druga konferencja odleżynowa, za którą uczestnicy otrzymali 7 punktów. Program szkolenia opracowany i uczestnicy otrzymali 7 punktów edukacyjnych.

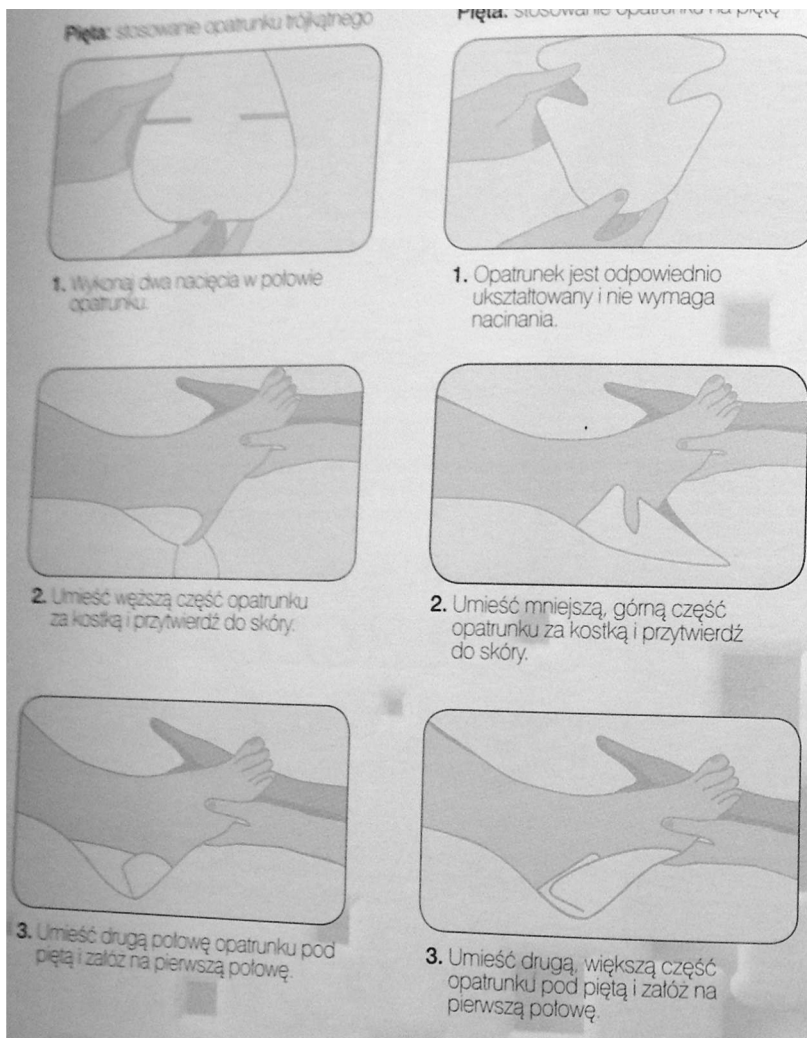
Program szkolenia opracowany i zrealizowany został przez Zespół Specjalistów. Po otwarciu konferencji wykłady przeprowadzili:

\* dr n. med. Marzena Bartosiewicz – Biofilm – jako ryzyko infekcji w ranie. Skala ryzyka oceny infekcji a miejscowa antyseptyka i ogólnoustrojowa antybiotykoterapia.

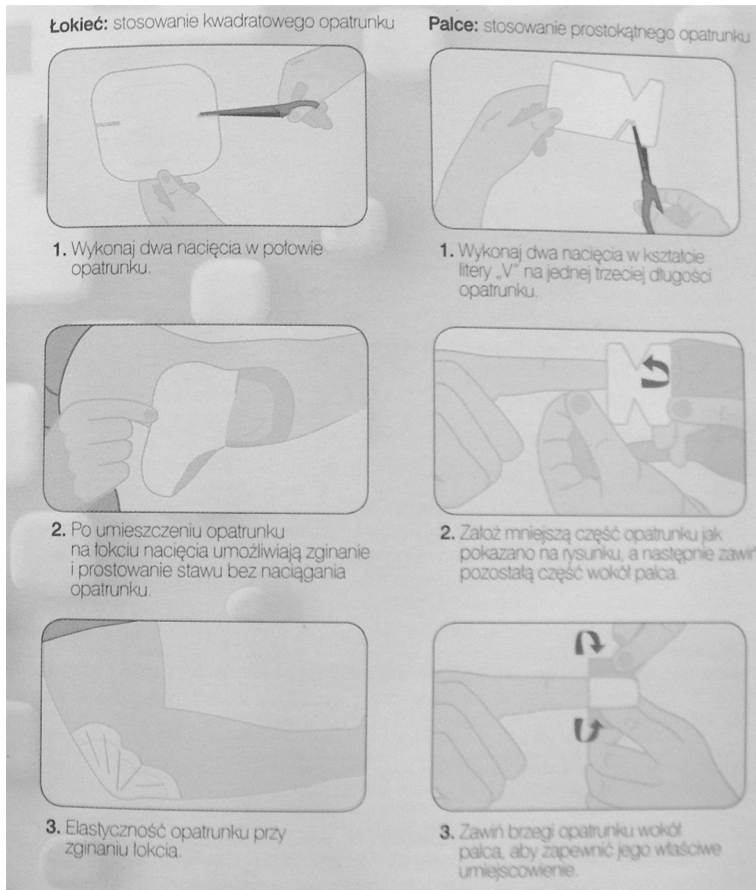
- mgr Jarosław Niewęglowski – Znaczenie fizjoterapii w profilaktyce odleżynowa.
- mgr Lidia Krzyżanowska – Nowoczesne metody leczenia odleżyn.
- lek. med. Zbigniew Szczepanowski – Biochirurgia w leczeniu odleżyn i ran przewlekłych.
- lek. med. Marcin Tusiński – Leczenie odleżyn z wykorzystaniem NPWT.
- mgr Ewa Woytoń

Warsztaty : Zastosowanie opatrunków aktywnych.

Na konferencji prowadzone były wykłady, prezentacje filmowe, dyskusje oraz odbyła się prezentacja produktów medycznych.



Z wielu przedstawionych prezentacji pokarzemy jedną metodę opatrywania trudno dostępnych miejsc, które możemy zobaczyć w katalogu opatrunków specjalistycznych Firmy ConvaTec.



Opatrunki tej firmy mają wiele zastosowań, są dostępne na rynku od wielu lat. Osoby zajmujące się leczeniem ran mają doświadczenie w ich zastosowaniu, są bardzo dobre – dające komfort w leczeniu. Aby się przekonać należy stosować opatrunki zgodnie z zaleceniem producenta wówczas przynoszą oczekiwany efekt.

W opisywanym katalogu znajduje się wiele opatrunków specjalistycznych (jest on dostępny w OIPIP), które mają szerokie spektrum działania, np. AQUACEL to miękki nietkany opatrunek w formie kompresów lub taśm. Opatrunek skutecznie izoluje bakterie wywołujące zakażenia.

Dzięki właściwościom żelującym nie przywiera do rany. Pochłania duże ilości wysięku i utrzymuje w ranie optymalny poziom wilgoci. Wyjątkowa formuła gwarantująca wchłanianie wertykalne (pionowo nad

raną), minimalne przesiąkanie poziome minimalizujące ryzyko występowania maceracji lub podrażnień skóry wokół rany.

To jest jeden z wielu opatrunków, które są pokazane w tym katalogu. Zachęcamy do zapoznania się z tym katalogiem.

Chcemy jeszcze pokazać jak dobierać opatrunki w leczeniu przewlekłych ran zakażonych.

**RANY ZAKAŻONE**

Opatrunki o działaniu przeciwdrobnoustrojowym.

Opatrunki posiadające zdolność sekwestracji wysięku wraz z drobnoustrojami.

Opatrunki absorbujące zapach:

hydrofobowe | piankowe | zawierające srebro |  
hydrofobowe | z węglem aktywowanym |  
żele oczyszczające



Szewczyk M. T., Javiera A. Zalecenie 7. Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgnacyjnej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. Termedia. Poznań, 2007/3; 112-113.

**JAKI WYBRAĆ OPATRUNEK?**  
Opcje terapeutyczne  
(intensywny, ropny wysięk, martwica rozplywna)

**ŁOŻYSKO RANY**



- opatrunek poliuretanowy
- opatrunek hydrofobowy
- opatrunek z węglem aktywowanym
- opatrunki złożone chłonne
- preparaty w postaci proszku (pudry, dekstranometry)
- opatrunki chłonne z Ag
- żel antybakteryjny

Na zakończenie konferencji uczestnicy otrzymali certyfikaty.

**Z konferencji dowiedzieliśmy się wielu nowych i ciekawych metod na temat:**

**-leczenia ran i odleżyn.**

**-zastosowania nowych preparatów.**

**Bardzo dobrze oceniamy wykładowców ze względu na merytoryczną zawartość przekazywanej wiedzy, przystępności reprezentowanego materiału i interesujący sposób prowadzenia zajęć. Dziękujemy za umożliwienie nam udziału w konferencji.**

Pielęgniarki SP. ZOZ Kłodzko - Oddział Urologii.

Ewa Seweryniak

Aneta Gruszka

Halina Łabuz

Alina Bryś



**Sprawozdanie z Konferencji Naukowo – Szkoleniowej „  
Zarządzanie podmiotem leczniczym w świetle wymogów  
współczesnej kompleksowej opieki medycznej”,  
która odbyła się 20-22.04.12 r w Warszawie.**

Organizatorem konferencji był Zarząd Stowarzyszenia Menedżerów Pielęgniarstwa. Konferencje organizowane przez zarząd SMP odbywają się corocznie. Zawsze przyświeca im cel zwrócenia uwagi na rozwój pielęgniarstwa i nowoczesnych metod zarządzania opieką pielęgniarską. W dniu 20.04.12r. konferencję rozpoczęła Pani Prezes SMP Marzanna Pelc witając zaproszonych gości, prelegentów, uczestników i sponsorów. Pierwsza sesja rozpoczęła się wystąpieniem Prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie Pani Grażyny Rogali – Pawelczyk, na temat „ Zawód pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych przepisów prawnych”. W imieniu Zespołu RN4CAST PL dr hab. Maria Kózka oraz dr Teresa Gabryś z Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziału Nauk o Zdrowiu zaprezentowały wyniki projektu tj.: „ Opinia zatrudnionych pielęgniarek polskich o szpitalu jako miejscu pracy”, „ Wybrane czynniki determinujące jakość opieki w opinii pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach polskich”. Na szczególną uwagę zwróciły uwagę odpowiedzi pielęgniarek w 15- tu badanych krajach w tym i Polski na pytanie – dlaczego poleciłyby szpital jako miejsce pracy ?

pielęgniarki wskazywały:

- elastyczny plan pracy
- samodzielność zawodową
- organizację pracy
- wyposażenie stanowisk pracy

Drugi i trzeci dzień konferencji podzielono na dwie sesje. Pierwszą sesję swoim wystąpieniem rozpoczęła Pani mgr Jolanta Skolimowska zastępca dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. Dotyczyło Ustawy o działalności leczniczej w aspekcie projektu Rozporządzenia MZ w sprawie ustalania Minimalnych Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej. W dalszej części wykładowej skoncentrowano się na zagadnieniach związanych z zarządzaniem w pielęgniarstwie, wskazując na istotę nowoczesnego modelu zarządzania. Wystąpienie prof. nadz. Jarosława Fedorowskiego, Prezesa Polskiej Federacji Szpitali, Gubernatora Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, wszystkich zaciekało nowatorskim spojrzeniem na

temat: "Rola pielęgniarek zarządzających w szpitalu z perspektywy doświadczeń międzynarodowych". Mgr Dorota Kiliańska Prezes PTP, członek Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, koordynator Projektu Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, Przewodnicząca Rady ds. ICNP przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Członek zarządu Europejskiej Federacji Towarzystw Pielęgniarskich zaprezentowała wyniki prac nad „ Międzynarodową klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej ICNP”. Mgr Aleksandra Śnieg Wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, zaprezentowała temat - „ Zadania kadry kierowniczej w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych”. Pani Wiceprezes przypomniała, iż dbałość o poziom obsad pielęgniarskich oraz pozyskiwanie kadry o pożądanym kwalifikacjach jest podstawowym zadaniem kadry kierowniczej. Doktor nauk prawnych Pani Sędzia Anna Dalkowska wykładowca Wyższej Szkoły Prawa i Dyplomacji w Gdyni przedstawiła temat „ Pielęgniarka i położna funkcjonariuszem publicznym”. Kolejne wystąpienia dotyczyły odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki i położnej w świetle nowelizacji Ustaw: „O Samorządzie Pielęgniarek i Położnych” oraz „ O Zawodach Pielęgniarki i Położnej” a także w świetle Kodeksu Etyki Zawodowej pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Temat „ Instytucja Rzecznika odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych w prewencji wykroczeń zawodowych” przedstawiła mgr Dorota Tekieła .Temat „ Instytucja Sądu Pielęgniarek i Położnych w budowaniu wizerunku zawodowego” przedstawiła Pani Halina Boniecka Przewodnicząca Sądu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego mgr Leokadia Jędrzejewska przedstawiła prezentację na temat „ Zmiany w opiece nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem”. Przy okazji tej prezentacji okazało się iż jest potrzeba jego kontynuacji i rozszerzenia w związku z tym podjęto myśl o utworzeniu odrębnej sesji poświęconej położnictwu. Konferencja nie mogłaby się odbyć bez tematyki jakości wobec powyższego organizatorzy poprosili o wystąpienie mgr Michała Bedlickiego Kierownika działu standaryzacji w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Uczestnicy mieli możliwość zapoznać się z prezentacją pt. „ Ocena i monitorowanie jakości opieki zdrowotnej – aktualne doświadczenia i perspektywy rozwoju” .Metody oceny zewnętrznej systemu zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej przedstawiła mgr Urszula Kukulska pełnomocnik dyrektora ds. zarządzania jakością w SPZOZ w Przeworsku. W swoim wystąpieniu pt „ ISO – akredytacja – cechy wspólne / różnice – doświadczenia własne” zwracała uwagę na różnice i podobieństwa pomiędzy normą ISO i wymaganiami standardów akredytacyjnych. Ogólnopolskie Zrzeszenie Szpitali Akredytowanych reprezentowała Marzena Barton

z-ca dyr ds. pielęgniarstwa Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie. Przewiedziła Statut Zrzeszenia oraz cele i podstawowe zadania.

**Konferencja bardzo dobrze zorganizowana, przygotowanie merytoryczne prelegentów na najwyższym poziomie.**

Uczestniczkami były Iwona Michańcio i Benita Kucharenok

**SPRAWOZDANIE Z XV ZJAZDU PEŁĘGNIAREK  
EPIDEMIOLOGICZNYCH w Wiśle.  
KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA OBJĘTA  
PATRONATEM KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE  
PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO  
PANIĄ BEATĘ OCHOCKĄ.**

Tegoroczny Zjazd był spotkaniem o wymiarze budującym naszą historię i rozwój, dominującą rolę odgrywały w nim doniesienia naukowe, wymiana doświadczeń, prezentacja nowych technologii i produktów służących prewencji zakażeń.

**Poruszono następujące tematy;**

**Dzień I**

Higiena rąk, a korzyści wynikające ze stosowania żelowych preparatów wodno-alkoholowych.

Nowoczesne leczenie ran, lawaseptyka na miarę XXI wieku.

Innowacyjny pokaz 5 kluczowych momentów higieny rąk zgodnie z wytycznymi światowej organizacji zdrowia (WHO) przy użyciu artystycznych form przekazu.

Preparaty dezynfekcyjne nowej generacji na bazie nadtlenu wodoru oparte na technologii AHP – działanie i zastosowanie w placówkach medycznych.

Zakażenia szpitalne w oddziałach pediatrycznych.

Badanie punktowe występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną oraz zużycia leków przeciwdrobnoustrojowych w europejskich szpitalach pełniących ostry dyżur.

**Dzień II**

Informacja o ważnych zmianach w zapisach norm europejskich. Stop zakażeniom szpitalnym – program promocji higieny szpitalnej Konieczność wprowadzenia jednoznacznych procedur i pobierania posiewów krwi celem prawidłowego monitorowania zakażeń szpitalnych Czyste ręce „plus dla ciebie” – nowe potrzeby, nowe wyzwania Szkoła czystych rąk Czy lubimy rekomendacje (wytyczne, standardy) oraz przepisy prawa w zakresie monitorowania i kontroli zakażeń szpitalnych? Rola zespołów kontroli zakażeń szpitalnych w kreowaniu szpitalnej polityki prewencji zakażeń wśród personelu szpitala na podstawie obserwacji ekspozycji zawodowych na krew i IPIM w latach 2009–2011 r. Innowacyjne systemy do dekontaminacji pomieszczeń oraz oczyszczania powietrza firmy Biowind. Wyniki wprowadzenia nowego standardu

założenia, pielęgnacji i monitorowania linii naczyniowej centralnej. Indeks ryzyka ZMO jako narzędzie analizy epidemiologicznej zakażenia miejsca operowanego.

Przeciwdrobnoustrojowe powierzchnie dotykowe wokół pacjenta – sposób na ograniczenie zakażeń.

Nowe trendy w wyposażeniu domów opieki długoterminowej.

Nowe rozwiązania zapobiegające rozprzestrzenianiu się patogenów alarmowych w szpitalach. Gronkowcowe nosicielstwo nosowe.

Dekontaminacja pomieszczeń przy użyciu systemu Glos Air.

Zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami oraz zakażeniami krwiopochodnymi wśród pracowników służby zdrowia w Chorwacji.

Pierwsza rękawica chirurgiczna z systemem antymikrobiologicznym – doświadczenia własne. Aspekty bezpiecznego używania linii naczyniowej. Leki oryginalne i genetyczne w aspekcie najnowszych wymogów, zaleceń i rezolucji unijnych

### **Dzień III**

Zapobieganie zakażeniom szpitalnym w zakładach opieki długoterminowej .

Gdzie jesteśmy w obszarze oceny ryzyka?

Bezpieczny dostęp naczyniowy .

Nadzór nad zakażeniami – iluzoryczna statystyka czy kreowanie rzeczywistości?

Alternatywne metody rejestracji zakażeń – badanie punktowe (jednodniowe) rejestracji zakażeń w PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu 2008–2011

Pranie w szpitalach w ramach outsourcingu – rozwiązywanie problemów szpitala czy tworzenie nowych.

Czyste leczenie – bezpiecznym leczeniem.

Standardy postępowania w przypadku wystąpienia biegunki u pacjenta w oddziale intensywnej terapii (OIT) – przegląd literatury.

Higiena jamy ustnej w profilaktyce VAP .

Profilaktyka i kontrola zakażeń a wiedza personelu medycznego w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu.

Procedura postępowania z pacjentem podejrzanym o świerzb.

Profilaktyka zakażeń związanych z linią naczyniową centralną: od teorii do praktyki.

Edukacja zdrowotna w pracy pielęgniarki epidemiologicznej.

Trudno opisać wszystkie poruszane tematy. Wszystkie wzbogaciły naszą dotychczasową wiedzę na temat zakażeń szpitalnych. Materiały konferencyjne chętnie prześlemy zainteresowanym osobom. Prosimy o kontakt na mail: katarzyna.holowka@emc-sa.pl

Serdecznie dziękujemy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych

w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w Zjeździe PSPE.

z wyrazami szacunku

mgr Katarzyna Hołówka -  
specjalista ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego,  
"Mikulicz" spółka z o.o. NZOZ „Mikulicz” w Świebodzicach

mgr Dorota Ferenc –Rudnicka –  
specjalista ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego  
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy w Wałbrzychu  
i Uzdrowisko Szczawno-Jedlina s. a. w Szczawnie Zdroju.

## **SPRAWOZDANIE Z I MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI UZDROWISKOWEJ.**

W dniach od 03.06 - 05.06.2012r w Rabce Zdroju odbyła się Międzynarodowa Konferencja Uzdrowiskowa.

**Główny temat konferencji to: " Rola Pielęgniarek i Zespołu Terapeutycznego**

**w Lecznictwie Uzdrowiskowym wobec nowych wyzwań Pacjenta Międzynarodowego."**

### **Program Konferencji:**

4 czerwiec 2012 godz. 9.00- Uroczyste otwarcie konferencji rozpoczęła Pani Beata Cholewka- Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia odczytując list od Pana Ministra Zdrowia z pozdrowieniami dla wszystkich uczestników konferencji. Pani Dyrektor wspomniała o tym, że mamy 44 statutowe Uzdrowiska w Polsce ogólnie 70 oddziałów szpitalnych i 210 oddziałów sanatoryjnych. Pani Dyrektor potwierdziła słuszność istnienia Uzdrowisk w Polsce.

Na otwarciu konferencji wystąpił również przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych witając serdecznie wszystkich uczestników konferencji oraz przekazał pozdrowienia wszystkim pielęgniarkom i pracownikom Uzdrowisk Polskich.

Swoją obecnością na otwarciu Konferencji Uzdrowiskowej zaszczylił nas Pan Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych - Pan Stanisław Łukasik.

### **Sesja 1- PRZEWODNICZĄCA: MARIA BAL, JADWIGA KRAWCZYK**

Sesję 1 rozpoczęto prezentacją Uzdrowiska Rabka - Zdrój przez Pana Dyrektora d/s Lecznictwa dr n. med. Andrzeja Walawskiego.

- położenie geograficzne uzdrowiska (góry Gorce)
- walory krajobrazowe i turystyczne
- zasoby wód mineralnych
- profil leczenia: cukrzyca, otyłość u dzieci, astma oskrzelowa u dzieci, choroby alergiczne, wrodzone wady serca
- baza zabiegowa

W Uzdrowisku Rabka - Zdrój poza bogatą gammą zabiegów leczniczych istnieje możliwość skorzystania z zabiegów mających działanie profilaktyczne czyli zapobiegającym choroby.

Jednym z nich jest **Nordic Walking**.

Jest to forma rekreacji polegająca na odpowiedniej technice marszu ze specjalnie przystosowanymi kijkami.

W lecznictwie wykorzystuje się silne działanie solanek. Są to solanki chlorkowo- sodkowo- jodkowe. Stosowane są do kuracji kąpielowej, pitnej i wziewnej.

Na bazie wydobywanych w Rabce - Zdroju solanek produkowane są: sól do kąpeli, żel pod prysznic, żele i maści. Produkty te dostępne są w sklepach (sklep w Zakładzie Przyrodoleczniczym, w recepcjach sanatoryjnych).

Oddziały szpitalne to:

- Uzdrowski Szpital Kardiologiczny
- Uzdrowski Szpital Kardiologii Dziecięcej "Olszówka"
- Uzdrowski Szpital Dla Dzieci "Słoneczny Gród"

W Rabce - Zdroju znajduje się Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc im. Jana i Ireny Rudnikow. Oddział Instytutu jest jednostką badawczo-rozwojową. Prowadzi szeroką działalność kliniczną w Klinikach i Oddziałach:

- Alergologii
- Pneumonologii i Muco-wiscydozy
- Chirurgii i Klatki Piersiowej
- Oddziale Laryngologii

## **Temat 2.**

"Początki Lecznictwa Uzdrowskiego W Ciechocinku" - Pani mgr Beata Błaszkiwicz

- źródła solanki
- znaczenie lecznictwa uzdrowskiego w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży
- złoża solanki
- borowina
- współpraca z Panią prof. Ponikowską - Prezesem Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.



Epidemia Otyłości- otyłość jest najłatwiej postrzeganą cechą skłaniającą do diagnostyki w kierunku zespołu metabolicznego.

Leczenie otyłości u dzieci obejmuje:

- a) modyfikacja zachowań:
  - leczenie dietetyczne
  - zmiana nawyków żywieniowych
  - zwiększenie aktywności fizycznej
- b) wsparcie psychologiczne, psychoedukacja
- c) modyfikacja stylu życia całej rodziny

Przedstawiono badanie poziomu cholesterolu i trójglicerydów u chłopców i dziewcząt.

Badania własne( tabele i wykresy)

Wnioski: Leczenie otyłości obejmuje nie tylko redukcję masy ciała, ale także poprawę stanu zdrowia: leczenie dyslipidemi, normalizację ciśnienia tętniczego krwi w nadciśnieniu.

Poprzez zalecenia dietetyczne i zwiększenie aktywności ruchowej zapobiegamy ponownemu przyrostowi masy ciała. Kontynuacja leczenia w warunkach uzdrowiskowych pozwala na utrzymanie zdrowego stylu życia (Oddział Dziecięcy Z Zespołem Metabolicznym u Dzieci w Ciechocinku - prowadzi prof. Irena Ponikowska.

Dzieje Uzdrowiska Ciechocinek- Zdrój:

- 1991r- "Uchwała Solna"
- Ks. Stanisław Staszic zainteresował się odwiertłem solanki.

### **Temat 3.**

Specyfika Pielęgniarstwa w Sanatorium n.o. Tatrzńska Kotlina.

-mgr Danka Haleckowa.

Prezentacja Uzdrowiska Tatrzńska Kotlina

- oddziały pulmonologiczne
- ostra sarkoidoza
- 1881 r. odkryta Belianska Jaskinia
- Speloterapia

Zaprezentowano Sanatoria Uzdrowiskowe

- baza leczniczo- profilaktyczna (astma, gruźlica)
- baza zabiegowa

- laboratoria
- pracownie RTG
- wyspecjalizowany Zespół Medyczny

#### **Temat 4**

Wykorzystanie bogactw naturalnych Rabki w lecznictwie uzdrowiskowym. Profilaktyka i Leczenie preferowane w "Uzdrowisku Rabka" – mgr Teresa Grzęda.

- 1) Największe bogactwa solankowe- to stawia ich na czołowym miejscu w Europie.
- 2) Wody lecznicze solankowe - wymieniono poszczególne nazwy wód.
- 3) Wykorzystanie wód solankowych
  - kąpiele solankowe
  - inhalacje
  - kuracja pitnaprodukty lecznicze (żele, maści itp.)

Właściwości solanki: poprawia ukrwienie, zwiększa metabolizm, stosowana w zabiegach SPA, w Tężni, w inhalatorium. Tężnia solankowa to inhalatorium na wolnym powietrzu, powstała w 2009r. Jej działanie jest oparte na zamkniętym obiegu solanki, która dostarczana jest z pobliskiego odwiertu " Helena" o głęb. 440m.

#### **Temat 5.**

Wykorzystanie w pracy zespołu terapeutycznego technologii informacyjnej i komunikacyjnej np. " Uzdrowisko Rabka" - informatycy: Jakub Walawski, Mateusz Niżnik.

Od czego Wychodzimy?

- dokumentacja papierowa
- analogowa aparatura
- lokalizacja wiedzy

Stan obecny i do czego zmierzamy?

- rozwiązania dotychczasowe: dokumentacja papierowa, aparatura bez podłączenia do reszty systemu.
- nowe rozwiązania: stopniowa integracja systemów i urządzeń, dokumentacja elektroniczna lub elektroniczno-papierowa.

Cel: dokumentacja przebiegu leczenia prowadzona w pełni elektronicznie.

---

Czas- 01.08.2014 - obowiązkowa dokumentacja w pełni elektroniczna.

## **Sesja II.**

**- przewodnicząca: Lilla Szynkowska,  
Lukas Kober, Iwana Harwanowa.**

### **Temat1.**

Jeśli nie lecznictwo Uzdrowskie Dla Dzieci to co? - dr n. med. Andrzej Walawski.

- 1) Definicja zdrowia - stan pełnego fizycznego, psychicznego i duchowego dobrostanu
- 2) Zdrowie człowieka determinują:
  - czynnik i genetyczne 5-15%
  - środowisko społeczne 20- 25%
  - medycyna naprawcza 10- 20%
  - styl życia aż 50%

Lecznictwo uzdrowskie stanowi integralną część systemu powszechnej ochrony zdrowia, jest etapem usprawniania leczniczego w procesie rehabilitacji .

Cele leczenia uzdrowskiego:

- skrócenie okresu zdrowienia
- szybsze przystosowanie pacjenta do czynnego życia
- profilaktyka

Czy Rabka - Zdrój jest potrzebna dzieciom jako uzdrowsko?

- wysuwanie wniosków
- kontrakty z NFZ

### **Temat 2:**

Historia Tatrzańskich sanatoriów i leczenia jako wynik epidemii gruźlicy, a ich współczesność- Ph dr Lukas Kober.

- prezentacja Tatrzańskich sanatoriów
- leczenie gruźlicy
- Narodowy Instytut Gruźlicy , Chorób Płuc i Chirurgii Klatki Piersiowej w Wysnych Hagach- prezentacja.

### **Temat 3.**

Rehabilitacja pacjenta w chorobach gruźlicy w warunkach ustawowej opieki w Wysnych Hagach – mgr Iwana Harwanowa.

Rodzaje gruźlicy: kostna, płucna, skórna  
Objawy gruźlicy: (pokaz slajdów )  
rehabilitacja - rodzaje  
prezentacja sanatoriów w Wysnych Hagach.

### **Temat 4.**

Promocja Zdrowia w chorobach cywilizacyjnych i znaczenie diety oczyszczającej- lek. med. Nadia Lotocka.

- 1) Wpływ różnych czynników na zdrowie człowieka
- 2) Choroby cywilizacyjne: cukrzyca , choroba nadciśnieniowa, otyłość, dyslipidemia, choroba niedokrwienna serca.
- 3) Kuracja oczyszczająca: dieta warzywna, dieta owocowa

Dzieciom przed okresem dojrzewania nie wolno stosować tej diety.

### **Temat 5**

Zagrożenie zdrowotne układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem chorób serca populacji żeńskiej - dr. n. med. Marek Karpiński.

- 1) Zagrożenie układu krążenia u kobiet
- 2) Główne czynniki ryzyka choroby wieńcowej u kobiet są takie same jak u mężczyzn
- 3) Znaczenie cholesterolu w chorobie wieńcowej serca
- 4) Objawy choroby niedokrwiennej serca
- 5) Czy kawa szkodzi na serce u kobiet? (prof. Ester Lopez Garcia U. M. Madryt udowodniła na populacji 84214 kobiet, że picie dziennie 3 filiżanek kawy zmniejsza umieralność na serce.
- 6) Wrodzone wady serca jako przeciwwskazania do zajścia w ciążę
- 7) Antykoncepcja a choroby serca - leki antykoncepcyjne zwiększają krzepnięcie krwi co stanowi ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowatozatorowej.
- 8) HTS (hormonalna terapia zastępcza) - wady i zalety
- 9) Mechanizm działania estrogenów - wpływ estrogenów na poziom lipidów - potwierdzona ich szkodliwość
- 10) Kardiologiczny Szpital Uzdrowski w Rabce - Zdroju - bardzo wczesna

rehabilitacja po zawale serca i zabiegach kardiochirurgicznych ( 5- doba)

### **Sesja III - przewodnicząca : Grażyna Pyka i Anna Kurzeja.**

#### **Temat 1.**

Profilaktyka i promocja zdrowotna schorzeń układu oddechowego w trakcie leczenia uzdrowiskowego- dr n. med. Ewa Podolska.

- 1) Zdrowie człowieka zależy w 50% od jego zachowań
- 2) Badania profilaktyczne
- 3) Odpowiednie wczesne leczenie
- 4) Przyczyny złego stanu zdrowia( patogenezę stylu życia, zanieczyszczenie środowiska
- 5) Nałogi

Wnioski:

Ostre choroby są przeciwwskazaniem do leczenia uzdrowiskowego.

W trakcie leczenia uzdrowiskowego przeprowadzamy edukację zdrowotną - prelekcje, wykłady , dyskusje, pokazy.

#### **Temat 2.**

Walory leczenia uzdrowiskowego w dobie krótko trwałych hospitalizacji - lek. Anna Mrózek.

Polska przekroczyła próg starości demograficznej, teraz już z roku na rok proces starzenia w Polsce przedłuża się. Starzenie się społeczeństwa jest wynikiem:

- przedłużenia przeciętnego czasu życia
- zmniejszenie populacji dzieci i młodzieży (spadek urodzeń)
- osiągnięć medycyny
- organizacji opieki zdrowotnej

Dużym osiągnięciem medycyny jest poznanie etiologii i odkrycie nowych metod leczniczych dawniej nieuleczalnych chorób.

#### **Temat 3.**

Wdrażanie zmian w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Zespole Uzdrowisk Kłodzkich w zasięgu krajowym i międzynarodowym - mgr Jadwiga Krawczyk.

- 1) Dzieje i historia uzdrowisk Kłodzkich w okresie powojennym - Polanica Zdrój
- 2) W 1958r powstało pierwsze Sanatorium Dziecięce - Oddział Kardiologiczny dla dzieci po operacjach wad serca.
- 3) Prywatyzacja uzdrowiska - nowy inwestor KGHM- zmiany po prywatyzacji
- 4) Wykwalifikowany zespół medyczny gotowy na przyjęcie pacjenta międzynarodowego.
- 5) Prezentacja bazy zabiegowej
- 6) Prezentacja bazy hotelowej

#### **Temat 4.**

Dokumentacja medyczna w lecznictwie uzdrowiskowym prowadzona przez Pielęgniarkę - odpowiedzialność, zakres- mgr Lilla Szykowska.

- 1) Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011, z 15 kwietnia 2011

Ustawa z 0 listopada. 2008 tj. "Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta"

- pacjent ma prawo do udostępnienia mu dokumentacji medycznej.

W placówkach służby zdrowia, które przystępują do ISO- Systemu zarządzania jakością, wdrożenia certyfikacji systemów jakości, opracowywane są wzory dokumentacji medycznej.

Wnioski: Dokumentacja medyczna musi być ujednoczona.

Anna Fryza  
Grażyna Mowel



## POD PARAGRAFEM

---

---

Szanowni Państwo.

Zgodnie z zapowiedzią w ostatnim przedwakacyjnym wydaniu Biuletynu, w niniejszym numerze zostaną omówione regulacje dotyczące różnic w sytuacji prawnej pielęgniarki/rza (położnej) wykonującej zawód w ramach stosunku pracy i w ramach umowy cywilnoprawnej.

Przed wszystkim należy wskazać, iż do osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy stosowane będą przepisy kodeksu pracy. Natomiast osoby wykonujące pracę w ramach tzw. kontraktu, czyli umowy cywilnoprawnej, ściślej umowy zlecenia, będą poszukiwały takich regulacji w ustawie kodeks cywilny. To rozróżnienie jest najistotniejsze, albowiem wyznacza inną ochronę prawną dla osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy, a inną dla osób wykonujących kontrakt. Ustawodawca wyraźnie zastrzega, iż jedynie z kandydatem wybranym w drodze konkursu lub wskazanym na stanowisko naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek lub pielęgniarki oddziałowej kierownik nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę. Wobec tego osoby wykonujące kontrakt, nie mogą zajmować w.w. szczytnych funkcji zawodowych.

Istotne z punktu widzenia interesów pielęgniarek i położnych zatrudnionych, a więc wykonujących pracę tylko na podstawie stosunku pracy, w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, są przepisy regulujące uprawnienia gwarantowane ustawowo w związku z pracą. Uprawnienia te przysługują tylko pracownikom, tak więc osoby wykonujące pracę w ramach kontraktu uprawnień tych nie mają zagwarantowanych, nie mają więc w tym zakresie roszczenia do podmiotu, z którym wiąże ich umowa.

Za długoletnią pracę pracownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przysługują nagrody jubileuszowe w wysokości:

- 1) 75% miesięcznego wynagrodzenia - po 20 latach pracy;
- 2) 100% miesięcznego wynagrodzenia - po 25 latach pracy;
- 3) 150% miesięcznego wynagrodzenia - po 30 latach pracy;
- 4) 200% miesięcznego wynagrodzenia - po 35 latach pracy;
- 5) 300% miesięcznego wynagrodzenia - po 40 latach pracy.

Pracownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przechodzącemu na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy przysługuje jednorazowa odprawa w wysokości:

- 1) jednomiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli był zatrudniony krócej niż 15 lat;
- 2) dwumiesięcznego wynagrodzenia po 15 latach pracy;
- 3) trzymiesięcznego wynagrodzenia po 20 latach pracy.

Pracownik, który otrzymał powyższą odprawę, nie może ponownie nabyć do niej prawa.

Ustalanie okresów uprawniających do nagrody jubileuszowej, oraz jednorazowej odprawy, o których mowa powyżej, a także szczegółowe zasady ich obliczania i wypłacania regulują przepisy o wynagrodzeniu obowiązujące u danego pracodawcy.

Pracownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przysługuje dodatek za wysługę lat w wysokości wynoszącej po 5 latach pracy 5% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek ten wzrasta o 1% za każdy dalszy rok pracy, aż do osiągnięcia 20% miesięcznego wynagrodzenia

zasadniczego. Ustalanie okresów uprawniających do dodatku za wysługę lat regulują przepisy o wynagrodzeniu obowiązujące u danego pracodawcy.

Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem poniższych regulacji, w przyjętym okresie rozliczeniowym, 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. Czas pracy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Czas pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Powyższy okres rozliczeniowy nie może przekraczać 3 miesięcy.

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, z zastrzeżeniem w.w regulacji. W rozkładach czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, a w stosunku do pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych - przeciętnie 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. W tym przypadku okres rozliczeniowy nie może



być dłuższy niż miesiąc. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy. 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.

W rozkładach czasu pracy wymiar czasu pracy:

- 1) pracownic w ciąży,
  - 2) pracowników opiekujących się dzieckiem do lat 4, bez ich zgody
- nie może przekraczać 8 godzin na dobę.

Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego.

Dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez osoby wskazane w zdaniu poprzednim w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy.

Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 151 § 3, art. 1513 i art. 1514 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.

- Kodeks pracy. Do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 1511 § 1-3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy.

Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przepisu art. 151 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy nie stosuje się. Okres rozliczeniowy w takim przypadku nie może być dłuższy niż 4 miesiące.

Pracodawca jest obowiązany prowadzić i przechowywać ewidencję czasu pracy tych pracowników, oraz udostępniać ją organom właściwym do sprawowania nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem prawa pracy, które mogą, z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników, a także w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, zakazać albo ograniczyć możliwość wydłużenia maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy. Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących wobec pracowników,

---

którzy nie wyrazili zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Pracodawca jest obowiązany dostarczać organom właściwym do sprawowania nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem prawa pracy, na ich wniosek, informacje o przypadkach, w których pracownicy wyrazili zgodę w celu wykonywania pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Pracownik może cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, informując o tym pracodawcę na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Do wynagrodzenia za pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym stosuje się odpowiednio art. 1511 § 1-3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy.

Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy pracownikowi wykonującemu zawód medyczny i posiadającemu wyższe wykształcenie, zatrudnionemu w podmiocie leczniczym i wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni. Pracownicy ci mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu. W przypadku wezwania do podmiotu leczniczego zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.

Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przysługuje dodatek w wysokości:

1) co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego obliczanej według wskazanych powyżej zasad za każdą godzinę pracy

wykonywanej w porze nocnej;

2) co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego obliczanej według wskazanych powyżej zasad za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

Wszystkie powyższe uprawnienia i ochrona gwarantowana przez ustawodawcę dotyczy tylko i wyłącznie osób, które wykonują stosunek pracy.

Wobec powyższego osoby wykonujące kontrakt nie mogą powoływać się na w/w regulacje prawne. Strony kontraktu, a więc np. szpital i pielęgniarka mogą w ramach tzw. swobody umów zawrzeć w nim takie postanowienia, których kodeks cywilny nie przewiduje. Swobodę tą ograniczają jedynie przepisy ustawy, właściwość (natura) umowy, zasady współżycia społecznego. Dla potrzeb niniejszego artykułu nie będziemy tłumaczyły znaczenia użytych zwrotów w poprzednim zdaniu, gdyż tematyka ta wymaga wiedzy prawniczej dla jej zrozumienia. Można jedynie skomentować, że te postanowienia mogą zawierać np.

regulacje dotyczące obowiązków pielęgniarki/-arza, położnej i ich odpowiedzialności w bardzo różny, czasami zawile opisany sposób.

Za działania i zaniechania pracownika odpowiedzialność na zewnątrz ponosi

pracodawca, który może żądać naprawienia szkody od pracownika w wysokości zależnej od tego czy działanie lub zaniechanie było zawinione, czy też nie. Przy działaniu ( zaniechaniu) zawinionym pracodawca może żądać naprawienia szkody w pełnej wysokości, zaś przy niezawinionym do wysokości 3 - miesięcznego wynagrodzenia. Przy kontrakcie odpowiedzialność zleceniobiorcy (pielęgniarki/-rza, położnej) co do zasady nie podlega żadnym ograniczeniom .

Zleceniobiorca za szkodę odpowiada całym swoim majątkiem i to zarówno za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, jak i z czynów niedozwolonych i to bez względu na to, czy jego wina jest umyślna, czy też nieumyślna. Dlatego w przypadku, gdy w kontrakcie nie zastrzeżono ograniczenia odpowiedzialności pielęgniarki/-rza, położnej, będzie ona/-on ponosić pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania, z których szkoda wynikła.

Do zleceniobiorców ( osób wykonujących pracę na kontrakcie) nie mają zastosowania przepisy dotyczące norm czasu pracy, ochrony przedemerytalnej i związanej z ciążą oraz rodzicielstwem, urlopów wypoczynkowych, szczególnych uprawnień związanych z rozwiązywaniem z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników np. żądanie zapłaty odprawy, jak również dotyczące wypowiedzania umów o pracę i skutków związanych z niezgodnym z prawem rozwiązaniem lub wypowiedzeniem umowy o pracę. Jeżeli więc w kontakcie nie zastrzeżono żadnych postanowień

---

dotyczących powyższych zagadnień po prostu nie można się na nie powoływać, bo nie ma w tym zakresie żadnego roszczenia. Tak więc zleceniobiorcy można wypowiedzieć umowę w każdym czasie. Tylko wtedy gdy wypowiedzenie nie następuje z tzw. ważnych przyczyn należne będzie odszkodowanie, z tym że ustawodawca nie zdefiniował pojęcia tzw. „ważnych przyczyn”, tak więc ocena w tym zakresie będzie należała do Sądu.

W przypadku niemożności wykonania umowy o pracę z powodu choroby, pracownik nie musi wskazywać zastępstwa, gdy tymczasem zleceniobiorca ma obowiązek wskazać co do zasady zastępstwo i to najlepiej innej pielęgniarki/-rza, położnej o takiej samej specjalizacji. Jeśli tego nie uczyni, a w kontrakcie strony na ten temat nic „nie powiedziały”, brak wskazania zastępstwa skutkować może natychmiastowym, co do zasady, wypowiedzeniem umowy i odszkodowaniem, np. gdy szpital musi zapewnić zastępstwo innej pielęgniarki za wyższym wynagrodzeniem wówczas zleceniobiorca musi je pokryć, bo jest to szkoda dla zleceniodawcy. Jeśli pielęgniarka powierzy wykonanie zlecenia osobie nie mającej takiego wykształcenia, np. nie mającej odpowiedniej specjalizacji, to nawet hipotetycznie zakładając, że zleceniodawca dopuści ją do wykonania powierzonych czynności, jeśli popełni ona błąd, odpowiedzialność poniesie pielęgniarka/-arz, położna, która jest w niedyspozycji. Jeśli np. zleceniodawca zastrzeże w umowie osobiste wykonanie czynności, to tylko ten zleceniobiorca może je wykonać i nie może powierzyć takiego wykonania osobie trzeciej. Okres wykonywania zlecenia nie wlicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze, a więc np. urlop, nagroda jubileuszowa, nie wlicza się go np. do stażu pracy wymaganego do objęcia określonego stanowiska pracy, udziału w konkursie na dane stanowisko pracy.

Zapłaty wynagrodzenia i innych roszczeń ze stosunku pracy dochodzić można przez Sądem Pracy bezpłatnie i w terminie 3 lat od daty wymagalności, podczas gdy dochodzenia roszczeń z kontraktu o zapłatę wynagrodzenia należy dochodzić przez Sądem Cywilnym w terminie 2 lat od daty wymagalności i w tym celu z chwilą złożenia pozwu należy zapłacić wpis sądowy w wysokości 5 % wartość dochodzonego roszczenia. W przypadku egzekucji niezaspokojonego wynagrodzenia za pracę w części pokryje je Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, podczas gdy w przypadku niewypłacalności zleceniodawcy, zleceniobiorca po prostu może nie wyegzekwować żadnych pieniędzy.

Tak więc po przeczytaniu tego artykułu, który starałyśmy się napisać w sposób przystępny i z uwzględnieniem sytuacji, z jakimi spotykacie się Państwo najczęściej, co wynika z naszych obserwacji na podstawie pytań, jakie często zadajecie Państwo w ramach obsługi prawnej w OIPIP w Wałbrzychu.

radca prawny  
mgr Ewa Suproń-Walenta  
mgr Dorota Pakuła



## PIEŁĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA PRAWNIK ODPOWIADA

---

**Zwracam się z prośbą o wykładnię prawną dotyczącą następującej kwestii.**

**Szpital przechodzi restrukturyzację i będzie utworzona spółka, mówi się, że zostaną zmienione nam (pielęgniarkom) pensje i nie chodzi tu o przechodzenie na kontrakty.**

**W związku z tym moje pytanie jest następujące: "Jakie warunki musi spełnić pracodawca (prezes spółki) aby dokonać takich zmian?"**

**Do tej pory obowiązywał pracodawcę trzymiesięczny okres wypowiedzenia warunków płacy.**

Autorka pytania nie wyjaśniła czy chodzi tutaj o umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony, czy też inną, czy Panie są w okresie ochrony przedemerytalnej oraz w jaki sposób ma nastąpić przejęcie, czy przez likwidację dotychczasowego pracodawcy, czy też przez przejęcie w trybie art. 23(1) kp?

Jeśli jednak Panie mają zawartą umowę na czas nieokreślony, a przekształcenie nastąpi w trybie art. 23(1)kp (tak się należy domyślać z treści zapytania) to może tutaj mieć zastosowanie art. 42 kp, zgodnie z którym

§ 1. Przepisy o wypowiedzeniu umowy o pracę stosuje się odpowiednio do wypowiedzenia wynikających z umowy warunków pracy i płacy.

§ 2. Wypowiedzenie warunków pracy lub płacy uważa się za dokonane, jeżeli pracownikowi zaproponowano na piśmie nowe warunki.

§ 3. W razie odmowy przyjęcia przez pracownika zaproponowanych warunków pracy lub płacy, umowa o pracę rozwiązuje się z upływem okresu dokonanego wypowiedzenia. Jeżeli pracownik przed upływem połowy okresu wypowiedzenia nie złoży oświadczenia o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków, uważa się, że wyraził zgodę na te warunki; pismo pracodawcy wypowiadające warunki pracy lub płacy powinno zawierać pouczenie w tej sprawie. W razie braku takiego pouczenia, pracownik może do końca okresu wypowiedzenia złożyć oświadczenie o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków.

§ 4. Wypowiedzenie dotychczasowych warunków pracy lub płacy nie jest wymagane w razie powierzenia pracownikowi, w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nie przekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia

i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

Art. 43. [Wypowiedzenie zmieniające w okresie przedemerytalnym]

Pracodawca może wypowiedzieć warunki pracy lub płacy pracownikowi, o którym mowa w art. 39, jeżeli wypowiedzenie stało się konieczne ze względu na:

- 1) wprowadzenie nowych zasad wynagradzania dotyczących ogółu pracowników zatrudnionych u danego pracodawcy lub tej ich grupy, do której pracownik należy,
- 2) stwierdzoną orzeczeniem lekarskim utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy albo niezawinioną przez pracownika utratę uprawnień koniecznych do jej wykonywania.

Przed wszystkim wskazać należy, że przyczyna wypowiedzenia w takim wypadku musi być rzeczywista, konkretna i uzasadniona. Samo wypowiedzenie poza powyższymi warunkami musi również być dokonane zgodnie z procedurą jaką przepisy przewidują przy wypowiedzeniu umowy o pracę. Przejście zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy.

radca prawny  
mgr Ewa Suproń-Walenta



# SZKOLENIA

Szanowni Państwo...

Informujemy, że rusza kolejna edycja kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki” dla pielęgniarek realizowanego w ramach projektu WND- POKL.08.01.01-02- 527/ 11 Wiedza najlepsza inwestycja w przyszłość.

Wnioski zgłoszeniowe zostaną umieszczone na naszej stronie internetowej 20.08.2012r.

Poprawnie wypełnione formularze należy składać w siedzibie Ośrodka

**MEDIATOR zaprasza również do wzięcia udziału w pozostałych szkoleniach zaplanowanych na najbliższe miesiące:**

**wrzesień, 2012**

rodzaj szkolenia	miejsowość	termin	cena
KS „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek	Świdnica	14.09.2012 r.	370 zł
KS „Szczepienia ochronne noworodków” dla położnych	Świdnica	14.09.2012 r.	350 zł
KK „Pielęgniarstwo rodzinne” dla pielęgniarek	Kudowa- Zdrój	21.09.2012 r.	1200 zł
KS „Podstawy dializoterapii” dla pielęgniarek	Świdnica	26.10.2012 r.	380 zł

**Uwaga! Trwają zapisy na specjalizacje komercyjne:**

- chirurgiczną (sesja zimowa) 2012
- anestezyjologiczną (sesja wiosenna) 2013
- psychiatryczną (sesja wiosenna) 2013

W przypadku zainteresowania szkoleniami prosimy o wcześniejszy kontakt telefoniczny **74 856 11 20**



## PLANOWANE TERMINY ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO W II PÓŁROCZU 2012 ROKU

AGENCJA USŁUG OŚWIATOWYCH „OMNIBUS” SP. Z O.O.  
 miejscowość: 57 - 300 Kłodzko 1  
 ulica: Kościuszki  
 tel/fax: 74/867 52 04, e-mail: omnibus01@poczta.onet.pl

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE <small>Dziedzina</small>	Miejsce prowadzenia kształcenia	<i>Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)**</i>
Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych	<b>Wałbrzych</b>	Wrzesień 2012
Pielęgniarstwo kardiologiczne dla pielęgniarek	<b>Jelenia Góra</b>	Lipiec 2012
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	<b>Jelenia Góra</b>	Wrzesień 2012
Pielęgniarstwo neurologiczne dla pielęgniarek	<b>Jelenia Góra</b>	Wrzesień 2012

### KURSY KWALIFIKACYJNE

<i>Dziedzina</i>	<i>Miejsce prowadzenia kształcenia</i>	<i>Planowane terminy rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego</i>
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	<b>Jelenia Góra</b>	Sierpień 2012
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek	<b>Jelenia Góra</b>	Wrzesień 2012
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek	<b>Kłodzko</b>	Wrzesień 2012

## KURSY SPECJALISTYCZNE

<b>Zakres</b>	<b>Miejsce prowadzenia kształcenia</b>	<b>Planowane terminy rozpoczęcia kursu specjalistycznego</b>
Wykonanie konikopunkcji, odbarczania odmy przeźnej oraz wykonania dojścia doszpikowego dla pielęgniarek	<b>Kłodzko</b>	Czerwiec 2012
Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych	<b>Kłodzko</b>	Wrzesień 2012
Leczenie ran	<b>Kłodzko</b>	Lipiec 2012
Leczenie ran	<b>Karpacz</b>	Wrzesień 2012
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	<b>Kłodzko</b>	Wrzesień 2012
Podstawy diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii dla położnych	<b>Jelenia Góra</b>	Wrzesień 2012
Pielęgnowanie pacjenta w warunkach leczenia uzdrowiskowego	<b>Kłodzko</b>	Wrzesień 2012
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych	<b>Karpacz</b>	Listopad 2012
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych	<b>Lubań</b>	Wrzesień 2012
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych	<b>Kowary</b>	Wrzesień 2012

**Szanowni Państwo,**

Z ogromną przyjemnością informujemy, że 1 września na naszej stronie Internetowej ukazał się pierwszy numer czasopisma dla pielęgniarek i położnych "Sztuka Pielęgowania".

Przesyłamy Państwu plik z numerem, który jest dostępny dla czytelników zalogowanych na naszej stronie [www.sztukapielegnowania.pl](http://www.sztukapielegnowania.pl),

Z poważaniem  
Katarzyna Trzpiel

**Podziękowanie dla Pani Grażyny Falasa**

***Dziękujemy za wspólne lata pracy, za to, że byłaś Koleżanką,  
na której zawsze można było polegać.***

***Życzymy Ci wspaniałych chwil na zasłużonej emeryturze.  
Koleżanki z Oddziału Neonatologicznego  
w Kłodzku***



**W ZWIĄZKU ZE ŚMIERCIĄ OJCA NASZEJ  
KOLEŻANKI - RENATY URSAKI**

**WYRAZY WSPÓŁCZUCIA I GŁĘBOKIEGO  
ŻALU**

**SKŁADAJĄ KOLEŻANKI PIELEŃNIARKI  
Z SP ZOZ KŁODZKO**