

BIULETYN

KOMITET REDAKCYJNY

Przewodnicząca:
Maria Pałeczka

Sekretarz:
Małgorzata Hrycak

OKR. GÓWA IZBA PIEL. GNIAREK I POŁO. NYCH
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

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



SPIS TREŚCI

DEPARTAMENT PIEL GNIAREK I POŁO NYCH

WA NE

SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

POD PARAGRAFEM

PIEL GNIARKA POŁO NA PYTA



Szanowne Kole anki i Koledzy

Min 1 rok od chwili, kiedy obj 1am funkcj Przewodnicz cej Okr gowej Rady Piel gniarok i Po1o nych. By1 to dla mnie bardzo pracowity rok, okres licznych zmian ustawowych, które narzuci1y konieczno dostosowywania si do nich, tym samym licznych zmian. By1 to równie pracowity rok dla członków okr gowej rady, prezydium okr gowej rady, komisji i zespo1ów dzia1aj cych przy ORPiP.

Bez Ich zaanga owania nie by1abym w stanie zrealizowa adnych zada . To dzi ki Ich ci kiej pracy mog 1m1wi o sukcesach, które nie w tpiwie s . Z tego miejsca sk1adam Wszystkim serdeczne podzi kowania.

Od samego pocz tku moje starania zmierz1y do podj cia dzia1a , które mia1y jeden cel - realizacj Waszych potrzeb, oczekiwa , stwarzanie coraz lepszych mo liwo ci do ci g1ego rozwoju zawodowego. Wielokrotnie w ci gu tego roku zmieniany by1 Regulamin Refundacji Kosztów Kszta1cenia, aby jak najwi cej Kole anek i Kolegów mog1o skorzysta z refundacji . Zapewniam to nie koniec zmian, prowadzimy ci g1e analizy, z których czerpiemy wiedz , skrupulatnie wykorzystuj c j do kolejnych zmian.

Ciesz si , e pomieszczenia siedziby izby wykorzystywane s do licznych szkole . Przez nast pne dwa lata, w weekendy z sali konferencyjnej izby b d korzysta Kole anki, które rozpocz 1y szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „*Piel gniarstwo Neonatologiczne*”. Znacz co skróci to czas i koszty dojazdów.

Bardzo cenne s dla mnie spotkania z Wami, s motywacj do dalszych dzia1a . Mamy mo liwo poznania si , porozmawiania o problemach i rado ciach, poznawania Waszych oczekiwa .

Potwierdzeniem tego jest rozpocz ty cykl konferencji –

„Jesienne Spotkania z Autorytetem”.

I Konferencja pt. „*Zarz dzanie piel gniarstwem wobec zmian w opiece zdrowotnej w Polsce*” odby1a si 23 listopada w widnicy. Planuj c konferencj wiedzia1am, e prelegentem pierwszej konferencji musi by kto wyj tkowy, niekwestionowany autorytet w naszym rodowisku - nie móg1 by zatem nikt inny jak wy1 cznie Pani Prezes NRPiP - **dr nauk med. Gra yna Rogala-Pawelczyk**.

Stu procentowa frekwencja potwierdzi1a ogromny szacunek do Pani Prezes i ci g1e zapotrzebowanie na bezpo rednie spotkania i przekazywan wiedz . Swoj obecno ci na tej konferencji, wy11adem na temat „*Dzia1ania samorz du piel gniarok i po1o nych w wietle zmian w piel gniarstwie i opiece zdrowotnej*” zaszczyci1a nas Pani Sekretarz NRPiP - **mgr Joanna Walewander**. Na drug konferencj z tego cyklu - jesieni 2013 roku ju dzisiaj zapraszam. Niech zostanie niespodziank kolejny autorytet.

Ponawiam zaproszenie do odwiedzania naszej strony internetowej, jak równie pro b o podjecie wspó1pracy w tworzeniu biuletynu, o propozycje tematów szkole , które równie mog odbywa si w siedzibie izby. Gor co zach cam.

Przewodnicz ca ORPiP
Maria Pa1eczka





Zbliża się wita Bożego Narodzenia

z tej okazji pragniemy Wam i Waszym Najbliższym najserdeczniejsze życzenia, przede wszystkim zdrowia, wszelkiej pomyślności, wielu powodów do radości.

Życzymy, aby te wita były wyjątkowe, spędzone w gronie Najbliższych w atmosferze ciepła i miłości, aby prezenty pod choinkę były potwierdzeniem, że mylimy i pamiętamy o sobie.

Na nadchodzi Nowy

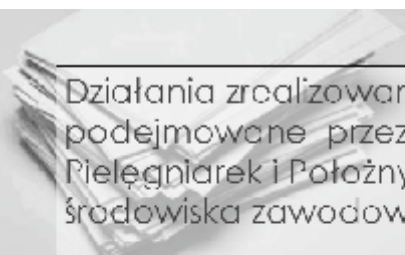
2013 Rok

**Życzymy samych dobrych dni, niech się spełniają marzenia
i realizuj wszystkie plany.**

Przewodnicząca ORPiP


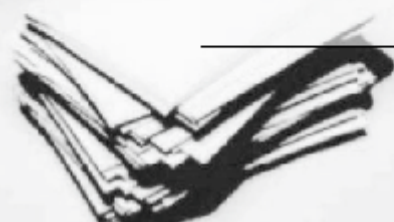
Maria Pałeczka

DEPARTAMENT PIEL GNIAREK I POŁO NYCH


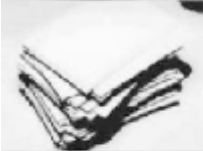



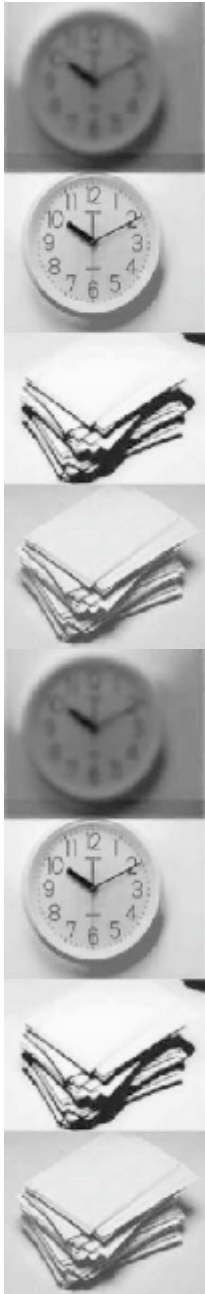
Działania zrealizowane oraz aktualnie podejmowane przez Departament Pielęgniarek i Położnych na rzecz środowiska zawodowego w ramach UE

Przebieg głównych negocjacji z KT.



1. Zniesienie zapisu daty końcowej naboru na studia pomostowe

- 
- 
- 3.12.2007r. KT przesłała potwierdzenie o braku przeszkód do zniesienia granicznej -końcowej daty naboru na studia pomostowe
 - Oznacza to, że studia pomostowe będą realizowane do czasu naturalnego wygaśnięcia zainteresowania tym typem kształcenia a nie do pierwotnie przewidzianego 2010/11 r.
- 

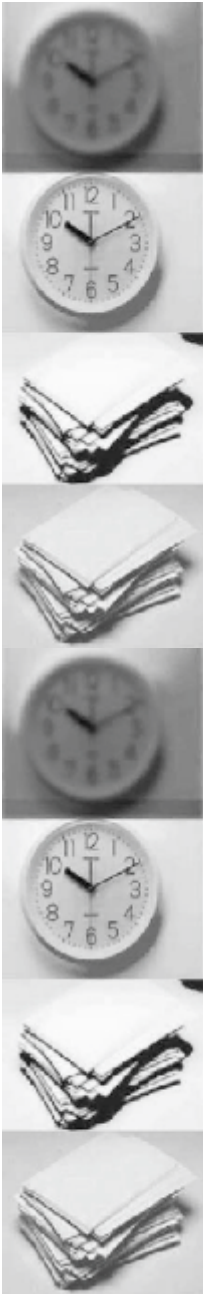


2. Skrócenie studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych

- Po ponownym żmudnym przeliczeniu godzin kształcenia pielęgniarek w liceach medycznych i studium, 19 listopada 2009 r. uzyskano informacje z KE o pomyślnym zakończeniu negocjacji i akceptacji skrócenia studiów pomostowych do 1150 godzin
- Dotyczy to zarówno studiów płatnych jak i studiów finansowanych przez program unijny

3. Publikacja tytułów licencjatów pielęgniarstwa i położnictwa w Dzienniku Urzędowym UE

- Opublikowano w Dzienniku Urzędowym UE (C 137/8 z 4.06.08) uzupełnione o tytuły licencjata pielęgniarstwa i licencjata położnictwa załączniki 5.2.2. i 5.5.2 Dyrektywy 2005/36/WE.
- Oznacza to, że osoby posiadające dyplomy z takimi tytułami, które rozpoczęły kształcenie po 2004 roku, mają prawo do automatycznego uznania ich kwalifikacji w państwach Unii Europejskiej.
- Tym samym zakończono trwające od kwietnia 2006 r. rozmowy w tej sprawie



4. Projekt systemowy - „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”

- Za projekt odpowiada DFIP
- Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu II, Działania 2.3 Poddziałania 2.3.2. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007-2013
- Na realizację projektu przeznaczono blisko 180 milionów złotych
- Podstawowym celem Projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

Projekt systemowy

- Ukończenie studiów w ramach Projektu pozwoli na uzyskanie kwalifikacji zawodowych na poziomie umożliwiającym ich automatyczne uznanie w krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wykształcenia
- Pierwszy nabór w ramach Projektu odbył się w październiku 2008 roku, a ostatni zostanie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013. W tym okresie studia powinny ukończyć 24 000 pielęgniarek i położnych
- Wskaźnik po zmianach wniosku o dofinansowanie pozwoli na ukończenie studiów przez ponad 31 000 pielęgniarki i położne

5. Kwestia uznawania kwalifikacji pielęgniarek, absolwentek liceów medycznych i studium w UE (temat aktualny)

- Aktualnie Polska zabiega o uznawanie kwalifikacji polskich pielęgniarek na zasadzie praw nabytych, na takich samych warunkach, jak w przypadku innych państw członkowskich UE
- Nie ma żadnych prawnych, technicznych czy ekonomicznych przeciwwskazań dla realizacji naszego postulatu, szczególnie wobec deklarowanego celu zmian i dyskusyjny – poprawy mobilności i świadczenia usług na jednolitym rynku
- W czasie 5 letniego okresu odurkosowa Polska w UE doprowadzona m.in. do zniżenia wszelkich okresów przejściowych w dostępie do rynków pracy Państw Członkowskich UE
- Swoboda przepływu pracowników staje się więc udziałem niemal wszystkich obywateli UE (poza BG i RO, w sumie to dla których obowiązują jeszcze ograniczenia w 9 państwach członkowskich)

UZNAWANIE KWALIFIKACJI

- Po akcesji Polski do UE nie nastąpił znaczny wzrost zainteresowania polskich pielęgniarek rynkiem pracy w krajach UE
- W latach 2004 - 2010 polskie izby pielęgniarek wydały ok. 13,5 tys. zaświadczeń osobom deklarującym chęć wyjazdu za granicę
- Wg. bazy zawodów regulowanych KE, ok. 3 - 3,5 tys. pielęgniarek osiągnęło się o uznanie kwalifikacji w państwach członkowskich UE, (co stanowi ok. 1,3% wszystkich zarejestrowanych w Polsce pielęgniarek)
- Należy zaznaczyć, że polskie pielęgniarki, zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarke i polskiej, mają obowiązek ciągłego dokształcania i stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności co można porównać do uniijnego wymogu CPD [Continuous Professional Development]
- Kwestia uznania kwalifikacji polskich pielęgniarek jest dla Polski sprawą priorytetową podczas negocjowania zmian w ramach dyrektywy
- Od tego uzależnimy zakres naszej elastyczności we wszystkich innych negocjowanych sprawach

UZNAWANIE KWALIFIKACJI

- Polska zasygnalizowała konieczność zmiany przepisów dyrektywy 2005/36/WE już w momencie jej przyjęcia, czyli w 2005 r., składając pisemnie uwzględnienie w tej sprawie.
- Postulat w tej sprawie został przyjęty w formie Stowarzyszenia Kształcącej Książki dotyczącej unowocześnienia dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych 20.09.2011 r.
- Aktualnie rozstrzygnięto prowadzenie sącnic tylko z KE ale i wszystkimi krajami UE, które muszą wyrazić zgodę na polski postulat. Nie wszystkie kraje są przychylnie nastawione do tej propozycji.
- Liczymy jednak, że w związku z prowadzoną obecnie modernizacją dyrektywy 2005/36/WE o uznawaniu kwalifikacji zawodowych, uda się nam za propozycję wprowadzić do porządku prawnego UE.
- W trakcie negocjacji musimy brać pod uwagę procedurę zwiększenia kwalifikowanej polegającej na przedstawieniu. Każdemu państwu określonej liczby głosów (tzw. głosów ważonych), uzależnionych od wielkości danego państwa.
- Dla tego zależy nam na poparciu państw dających, co niekiedy wymaga ustępstw na ich rzecz (coś za coś).

UZNAWANIE KWALIFIKACJI

- Musimy naciskać, że w nowej dyrektywie znalazła się zapisy um. oshwagujące:
- 1) informacyjne uznawanie kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarzek, absolwentek szkół medycznych na zasadzie praw nabytych, pod warunkiem posiadania 3 kolejnych lat doświadczenia zawodowego w ostatnich 5 latach;
- 2) zmianę warunków uznawania kwalifikacji pielęgniarzek, absolwentek medycznych szkół zawodowych (studium) polegającą na skróceniu wymaganego obecnie doświadczenia zawodowego 5 kolejnych lat w ciągu ostatnich 7, do 3 kolejnych lat z ostatnich 5.

Zmiany dotyczące pielęgniarzek, absolwentek medycznych szkół zawodowych (studium), w zakresie mającą dotyczyć również położnic, które ukończyły ten sam rodzaj szkół (studium).



Dziękuję za uwagę

▪ Dena Cholewka

dyrektor Departamentu Pielgniarek i Połoznych, 2011r



WA NE

Polskie Towarzystwo Piel gniarskie

Zwracamy się z apelem do Pana Ministra Zdrowia o niedopuszczenie do sytuacji, gdzie przy bardzo niskim poziomie zabezpieczenia w personel piel gniarski w Polsce, potencjalni pracownicy otrzymują sygnał, że środowisko pracy, w którym podejmują pracę nie będzie bezpieczne.

Polskie Towarzystwo Piel gniarskie w swoim stanowisku z dnia 28.12.2011 r. podkreśla, że: *„Należy zobligować pracodawców do stosowania ostrych narzędzi medycznych wyposażonych w mechanizmy i zabezpieczenia istotnie zmniejszające lub te eliminujące ryzyko zranienia podczas ich stosowania. Istotne jest także wprowadzenie zapisów takich jak: w przypadku narażenia na zagrożenie szkodliwym czynnikiem biologicznym podczas kontaktu z ostrym narzędziem medycznym, pracodawca zapewni stosowanie w środowisku pracy dostępnych na rynku wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizm chroniący przed zranieniem lub zapobiegający zakażeniu.”*

W chwili, gdy obowiązuje Dyrektywa 32/2010/UE nigdy więcej nie powinno mieć miejsca zdarzenie, w którym piel gniarka, w wyniku złego zarządzania środowiskiem pracy, sama potrzebuje pomocy zamiast niej inną.”

Zapis zaproponowany w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w § 4 pkt. 1 jest nie do przyjęcia, ponieważ wprowadzenie bezpiecznych narzędzi *„w miarę możliwości oraz jeżeli charakter wykonywanych świadczeń zdrowotnych na to pozwala”* (...) nie gwarantuje osiągnięcia celu podstawowego w Dyrektywie – *„zapobieganie urazom pracowników spowodowanym ostrymi narzędziami medycznymi (w tym ukłuciem igły). W sytuacji corażwięższadania zawodowe trzeba maksymalnie zminimalizować możliwość wystąpienia narażenia na zranienia”*.

Nie od dzisiaj wiadomo, że zapobieganie jest najtańszym i najpowszechniej dostępnym środkiem możliwym do zastosowania w ochronie zdrowia.

W rozporządzeniu nie wypełniono także zapisu Artykułu 2 Dyrektywy, który mówi, że *„Państwa członkowskie określają sankcje za naruszenie krajowych przepisów ustanowionych na podstawie niniejszej dyrektywy. Sankcje te są skuteczne, proporcjonalne i odstraszające”*.

Nie wypełniona została Klauzula 6 pkt 1. Umowy HOSPEEM i EPSU, gdzie zapisano następująco obowiązkowo *„(...) zapewnienie wyrobów medycznych zawierających*

mechanizmy chroniące przed zranieniem”

Wprowadzenie zapisu obligatoryjnego wyposażenia podmiotów leczniczych w bezpieczny sprzęt to inwestycja, która zawsze się zwróci. Europosel Stephen Hughes zwrócił uwagę w swoim wystąpieniu w Parlamencie Europejskim, że w sektorze ochrony zdrowia odnotowano o 30% więcej wypadków przy pracy niż w pozostałych sektorach zatrudnienia w UE i może to dotyczyć 10% pracowników UE.

Uważamy, że zdrowie i życie personelu medycznego jest wartością, która powinna być szczególnie chroniona. Tylko w taki sposób można na niwelować bariery w dostępie do bezpiecznych usług zdrowotnych i nie narażać budżetu państwa na niepotrzebne wydatki związane z postępowaniem poekspozycyjnym i leczeniem chorób będących konsekwencją takiego zranienia (od 4000 – 12.000 PLN).

Szanowny Panie Ministrze, czy stało się na zamykanie szpitali? Tak się stanie, kiedy pielęgniarki będą korzystać ze zwolnień lekarskich z tego tytułu!

Zaniechanie działania polegające na implementacji nowych zapisów dyrektywy będzie stanowiło podstawę do zwrócenia się do Komisji Europejskiej, która może skorzystać z prawa do wszczęcia postępowania w sprawie uchybienia, jakie przysługuje jej na mocy art. 258 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej oraz art. 141 Traktatu EWEA.

Dorota Kilanska RN, MSc mgr Janina Łurawska RN, MSc
Polish Nurses Association, Main Board Polskie Towarzystwo
Pielęgniarskie
Executive Committee Oddział w Łodzi
European Federation of Nurses Associations



**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielgniarskiego
i Koło Liderów Pielgniarstwa
przy Mazowieckim Oddziale PTP**

serdecznie zapraszają do udziału

**w VIII Ogólnopolskim Konkursie
„Pielgniarka Roku 2012”**

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielgniarskiego.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konkursie.

Liczymy na rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywa się w trzech etapach według następującego harmonogramu;
I etap – wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach do dn. 31.01.2013r.
II etap – eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP dn. 01.03.2013r godz. 12.00
III etap – prezentacja własna (szczegóły Komunikat nr 2, strona www.ptp.na1.pl)

Dodatkowe informacje:

Jadwiga Zielińska - tel. 22 326 55 21; kom. 511 451 292

e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

W załączniku:

Regulamin Konkursu

Karta Zgłoszenia Uczestnictwa Konkursu

**Regulamin
VI Ogólnopolskiego Konkursu
„Pielgniarka Roku 2012”**

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystąpić osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielgniarstwa, pielgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.
4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązków w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp...

5. Kart Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzon piecz tk imienn bezpo redniego przeło onego oraz piel gniarki kieruj cej kadr piel gniarsk w zakładzie opieki zdrowotnej, nale y przesła do Oddziału Wojewódzkiego PTP (adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl/> - PTP - struktura) w terminie do dnia 31.01.2013 r. Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni s o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarz du Głównego Polskiego Towarzystwa Piel gniarskiego: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub biuroptp@gmail.com fax 022 398 18 51 Biuro czynne codziennie w godz. 9.00-14.00
6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do 15.02.2013 r. przesyłaj do Zarz du Głównego Polskiego Towarzystwa Piel gniarskiego imienn list uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTPs odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a tak e do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich b d polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej piel gniarki i poło nej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalno ci Polskiego Towarzystwa Piel gniarskiego.
9. Egzamin testowy odb dzie si pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporz dzony protokół.
11. Wyniki II Etapu Konkursu zostan ogłoszone najpó niej w dniu eliminacji.
12. Nie przewiduje si podawania do wiadomo ci publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.
13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z najwi ksz liczb uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania najwi kszej liczby punktów przez wi cej ni jedn osob do finału Konkursu przechodz wszystkie osoby, które uzyskały tak liczb punktów.
14. Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.
15. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywaj Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
16. „Piel gniarka Roku 2012” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego ZOZ laureata tytułu, a w nast pnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
17. Informacje dotycz ce Konkursu b d zamieszczane na stronie Polskiego Towarzystwa Piel gniarskiego www.ptp.na1.pl.

KARTAZGŁOSZENIA UCZESTNIKA KONKURSU

„PIEL GNIARKA ROKU 2012”

1. Imi i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Telefony kontaktowe:



-
5. Adres e-mail:.....
6. Miejsce pracy
.....
7. Stanowisko
8. Sta pracy w zawodzie
9. Przynale no do Polskiego Towarzystwa Piel gniarskiego

Tak * od kiedy

Nie*

10. Działalno na rzecz piel gniarstwa {przynale no do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.} z wył czeniem obligatoryjnej przynale no ci do samorz du piel gniarskiego.

Tak* jaka

.....

.....

.....

Nie*

* odpowied zaznacz krzy ykiem

.....
(podpis i piecz przeto onego) (podpis kandydata)

O WIADCZENIE

O wiadczam, e wyra am zgod / nie wyra am zgody* na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatorów konkursu pod nazw „Piel gniarka Roku 2012” **i tylko**

a cele w/w konkursu (zgodnie z Ustaw z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z pó niejszymi zmianami).

* niepotrzebne skre li

.....
(miejscowo , data) (podpis kandydata)

JU W SPRZEDA Y

Propozycja wydania ksi ki **Zarys historii zawodu poło nej**, spotkała si z bardzo pozytywn opini Polskiego Towarzystwa Poło nych i całego rodowiska poło nych w kraju.

Nale y podkre li , e na rynku wydawniczym nie ma w chwili obecnej adnej pozycji zwartej, dotycz cej historii tego zawodu. Niniejsza publikacja pozwoli wi c na realizacji programu nauczania z dwóch przedmiotów na studiach I stopnia na kierunku poło nictwo, zgodnie ze standardami nauczania z 2007 r. dla studentów kontynuuj cych nauk (Załącznik nr 83 do Rozporz dzenia MNiSzW z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a tak e trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełnia uczelnia, by prowadzi studia mi dz kierunkowe oraz makrokierunki – Dz. U. Nr 164, poz. 1166) oraz osi gni cie lepszych efektów kształcenia tych, którzy rozpocz n nauk w roku akademickim 2012/2013 (Załącznik nr 5 do Rozporz dzenia MNiSzW z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunku studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, piel gniarstwa i poło nictwa – Dz. U. z dnia 5 czerwca 2012 r. poz. 631).

Przyczyni si równie do podniesienia jako ci kształcenia w doskonaleniu zawodowym poło nych, w ramach kształcenia podyplomowego – realizacja modułu.

Rozwój zawodowy, na specjalizacji w dziedzinie piel gniarstwa poło niczego, ginekologicznego, neonatologicznego oraz rodzinnego.

Dr n. med. Gra yna Iwanowicz-Palus
Prezes Polskiego Towarzystwa Poło nych
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ksi ka w cenie 36 zł
do kupienia w Dziale Handlowym
Wydawnictwa REA

ul. Kolejowa 9/11, 01-217 Warszawa
tel.: 22 631 94 23; 22 632 69 03, fax: 22 632 21 15
handlowy@rea-sj.pl
lub w ksi garni internetowej
www.rea-sj.pl

KSI KAZAWIERANAST PUJ CEROZDZIAŁY:

Rozdział I.

Pomoc rodz cym niesiona przez poło ne w minionych epokach.

1. Pomoc rodz cym w wybranych krajach staro ytnych.

Kraje Staro ytnego Wschodu.

Staro ytna Grecja (Hipokrates).

Staro ytny Rzym (Soranus).



2. Okres renowacji (do XV wieku) – stan wiedzy poło niczej.
3. Wzrost zainteresowania poło nictwem w dobie odrodzenia (XV-XVII w.).
Pierwsze regulaminy okre laj ce zawód, pierwsze szkoły poło nych.
Sławne przedstawicielki zawodu, autorki podr czników.
4. Post p w poło nictwie od XVII do pocz tków XX wieku.

Rozdział II.

Kobiety trudni ce si poło nictwem w Polsce do ko ca XVIII wieku (baby, m dre, doktorki, akuszerki).

1. Opieka nad kobiet -matk i rodzin w okresie tworzenia si Pa stwa Polskiego.
2. Pierwsze przytułki-szpitala (XIII-XVI wiek) nios ce pomoc i wsparcie kobietom rodz cym i dzieciom.
3. Pi miennictwo poło nicze w Polsce.
4. Prowadzenie porodu – opieka nad rodz c do XVIII wieku.

Rozdział III.

Rozwój szkół poło nych na ziemiach polskich od połowy XVIII do ko ca XIX wieku – przepisy prawne normuj ce prac poło nych.

1. Szkoły poło nych w zaborze austriackim – przepisy prawne.
2. Szkoły poło nych w zaborze rosyjskim – przepisy prawne.
3. Szkoły poło nych w zaborze pruskim – przepisy prawne.

Rozdział IV.

Sytuacja społeczna i zawodowa poło nych na przełomie XIX i XX wieku – zakres obowi zków.

1. Warunki pracy poło nych na przełomie XIX i XX wieku.
2. Zakres obowi zków poło nej – postawa moralna.
3. Udzielanie kobietom porad – przygotowanie ci arnej i jej otoczenia do porodu.
4. Prowadzenie porodu.
5. Poród powikłany – udział lekarza i udział poło nej w prowadzeniu porodu zabiegowego.
6. Opieka nad kobiet w połogu i nad noworodkiem. Dokumentacja poło nicza.

Rozdział V.

Działalno zawodowa i społeczna poło nych w okresie mi dzywojennym (1918-1939).

1. Udział poło nych w tworzeniu nowej rzeczywisto ci społecznej i zawodowej po 1919 roku.
2. Wznowienie działalno ci szkół poło nych.
3. Przepisy prawne reguluj ce prac poło nych.
4. Zwi zki i stowarzyszenia zawodowe poło nych.
5. Rezultaty stara poło nych o lepszy byt i przyszło .

Rozdział VI.

Nauka i praca położnych w okresie okupacji i pierwszym dwudziestolecu powojennym.

1. Warunki pracy położnych w okresie okupacji (1940-1945).
Stanisława Leszczyńska – bohaterka naszych czasów.
Warszawska Miejska Szkoła Położnych – próba reform.
2. Wchodzenie położnych w nowe rzeczywistość powojenną (1945-1965) – nowe miejsca pracy, zadania i uprawnienia.
3. Wznowienie pracy szkół – reforma kształcenia położnych.
4. Działalność położnych w związkach zawodowych – Sekcji Położnych.

Rozdział VII.

Położnictwo na przełomie XX i XXI wieku.

1. Sekcja Położnych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.
 2. Polskie Towarzystwo Położnych (1999-2012).
 3. Kształcenie położnych na poziomie akademickim.
 4. Współczesne podręczniki i czasopisma dla położnych.
 5. Nadzór w położnictwie – Konsultant Krajowy i Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego.
- Tytuł zawodowy akuszerka ustanowiono we Francji w XV wieku. W Polsce znany był w XVII-XVIII wieku, a używany w XIX wieku.
- W końcu XVIII wieku w krajach zachodnich coraz częściej zaczęto używać tytułu położna. Stąd w piśmiennictwie dotyczącym historii zawodu położnej kobiety zajmujące się położnictwem nazywane są zamiennie akuszerkami lub położnymi. Warto zauważyć, że wywodzi się tradycja czerwonego paska na czepku położnej (aktualnie widnieje czerwony pasek na plakietce przypinanej do fartucha położnej). Jak się przypuszcza, tradycja ta pochodzi z początku XVII wieku, kiedy królowa Francji Maria Medici wyróżniła nadworną położną Luizę Baurgeois-Boursier czerwonym kapturem i złotym łańcuchem, jako wyraz uznania jej zasług wniesionych dla dworu. Położne przez długie lata zachowały tradycję czepka z czerwonym paskiem, tym samym utrwalając to samo zawodowe.
- Muszą przyznać, że szukanie śladów naszej historii nie było łatwe. Wiadomości są na ogół rozproszone, opisy faktów bardzo skromne, często zawarte w jednym zdaniu ukrytym w tekstach poświęconych zgoła innym zagadnieniom medycznym lub literackim. Odnajdywanie, szczególnie wówczas, nowych wiadomości, dawało satysfakcję, ponieważ potwierdzało nasz trwały ślad w historii ludzkiego bytu.

Eleonora Matuszewska



Z ogromną przykrocią przekazuję informację dotyczącą podejmowanych działań sprzeciwiających się wprowadzeniem w życie długo oczekiwanym przez nasze środowisko Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiobiorcami. Stanowczy sprzeciw w swoim Stanowisku wyraził Związek Powiatów Polskich. Poniżej zamieszczone jest stanowisko w pełnym brzmieniu oraz pismo adresowane do Prezesa Zarządu Związku Powiatów Polskich, w którym Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wyraża swoje oburzenie.

Poniżej drukowane są również inne Stanowiska, podejmowane na posiedzeniach rady i prezydium w sprawach również oburzających.

Nie pozostajemy w milczeniu - стоимy na stanowisku, a nie mogą być podejmowane żadne decyzje bez konsultacji z nami.



STANOWISKO

Związku Powiatów Polskich

Warszawa, 12 listopada 2012 r.

w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych

Związek Powiatów Polskich stanowczo sprzeciwia się propozycjom podwyższenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, zawartych w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiobiorcami (zwanego dalej Rozporządzeniem).

Efektem wdrożenia proponowanej regulacji byłoby ograniczenie dostępu do świadczeń oraz obniżenie ich jakości, a także konsekwencją drastycznego pogorszenia się sytuacji ekonomicznej szpitali.

1. Treść Rozporządzenia jest wadliwa, bowiem zawiera propozycje przepisów wykraczających poza dyspozycję ustawową, zawartą w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Powołany przepis, podobnie jak miało to miejsce na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, upoważnia do wydania rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania

minimalnych norm zatrudnienia pielgniarek i poło nych w podmiotach leczniczych. Tymczasem, projekt Rozporz dzenia, w formie zaproponowanej przez resort zdrowia, w rzeczywisto ci nie wskazuje sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania, ale ju je ustala.

2. Proponowane minimalne normy personelu spowoduj konieczno zwi kszenia zatrudnienia pielgniarek i poło nych, na niektórych oddziałach szpitalnych nawet o 10 do 30 proc.

Projekt zawiera niewła ciwe wska niki redniego czasu wiadcze pielgniarek i poło nych oraz obliczania czasu dyspozycyjnego, a tak e bñ dnie klasyfikuje pacjentów do kategorii opieki.

Kierownika podmiotu leczniczego, w przeciwie stwie do obecnie obowi zuj cych regulacji, pozbawia si mo liwo ci zmiany liczby etatów pielgniarek i poło nych w zale no ci od specyfiki organizacji podmiotu leczniczego.

Wprowadza si tak e inne przepisy ograniczaj ce autonomi zarz dzania kierownika podmiotu leczniczego oraz generuj cego dodatkowe koszty zwi zane z podwy szaniem norm zatrudnienia. 3. Nieprawdziwe jest twierdzenie, zawarte w projekcie Rozporz dzenia, i zawarte w nim regulacje nie b d miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym bud etpa stwa i bud ety jednostek samorz du terytorialnego.

Zgoła odwrotnie.

Bezpo rednim beneficjentem pogarszania si sytuacji ekonomicznej SPZOZ b d podmioty tworz ce, a wi c resorty, uczelnie medyczne i samorz dy terytorialne. To wła nie podmioty tworz ce przejmowa b d zadłu enie likwidowanych lub przekształcanych SPZOZ. Zadłu enia nie wynikaj cego z bñ dów w zarz dzaniu szpitalem czy braku nadzoru nad jego działalno ci , a niepotrzebnie wprowadzanych, niewła ciwych przepisów.

Wszak e, podniesienie zatrudnienia pielgniarek i poło nych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej znacz co wpłynie na koszty prowadzenia działalno ci tych podmiotów i zdestabilizuje ich sytuacj ekonomiczn . Ju dzi , kiedy w niektórych podmiotach leczniczych koszty płacy i pochodne od nich si gaj nawet do 80 procent kosztów ogółem, nie s one w stanie bilansowa swojej działalno ci, generuj c wielomilionowe długi.

Podniesienie norm zatrudnienia pielgniarek i poło nych spowoduje, e zwi ksz si jednostkowe koszty wiadczonych usług, a w efekcie przy stałych przychodach szpitali (lub wzrastaj cych w niewielkim stopniu), spowoduje zmniejszenie liczby usług mo liwych do zrealizowania przez szpitale i ograniczenie dost pno ci do wiadcze .

4. Podkre li nale y, e konsekwencje niewła ciwych przepisów zawartych w projekcie Rozporz dzenia, dotkn nie tylko podmioty lecznicze nie b d ce przedsi biorcami.

Spodziewa si nale y, e zwi zki zawodowe i bran owe działaj ce tak e w spółkach prowadz cych szpitale, oczekiwania bñ d podniesienia norm zatrudnienia pielgniarek i poło nych. Mo na te oczekiwać kłopotów kadrowych w tych szpitalach, bowiem pielgniarki mają c do wyboru łagodniejsze standardy pracy w pomiotach leczniczych nie b d cych przedsi biorcami, mniej ch tnie zatrudnia si bñ d w spółkach.

W tym kontek cie, nieprawdziwe jest stwierdzenie zawarte w ocenie skutków regulacji, i projektowane Rozporz dzenie nie b dzie miało wpływu na konkurencyjno i przedsi biorczo , w tym na funkcjonowanie przedsi biorstw.



5. Wydaje się, że resort zdrowia przedkładając projekt Rozporządzenia zdaje się nie zauważać jaka jest obecna sytuacja szpitali i co czeka je w nadchodzących latach.

Od 2011 roku nastąpił jednak gwałtowny odwrót od stabilizacji sytuacji ekonomicznej SPZOZ-ów, a w najbliższych latach kryzys ten będzie się pogłębiał.

Po pierwsze dlatego, że nie można się spodziewać wzrostu przychodów ze składki zdrowotnej na poziomie wyższym niż 3–4 proc. rocznie, co nie pokryje skutków wzrostu cen i usług, a także zwiększonych nakładów wynikających z wprowadzania coraz wyższych norm jako świadczeń.

Po drugie, w wyniku zmian demograficznych drastycznie rosną potrzeby na świadczenia zdrowotne - społeczeństwo starszego się w bardzo szybkim tempie.

Tak więc, ponieważ w najbliższym czasie nie zanoszą się na podwyżki składki zdrowotnych, a przez to większe pieniądze na leczenie, kolejki pacjentów pozostaną więc zmartwieniem naszego systemu ochrony zdrowia.

6. Naszym zdaniem, negatywne konsekwencje proponowanych przepisów dotkną także bezpośrednio środowiska pielęgniarek i położnych.

To jedna z najliczniejszych grup zawodowych w Polsce, licząca obecnie ponad 300 tys. osób. Tyle tylko, że z tego środowiska docierają niepokojące informacje, że już w 2020 roku może w Polsce brakować nawet 60 tys. pielęgniarek. To efekt przejścia na emeryturę pielęgniarek pokolenia powojennego wieku, a także dużego migracji zarobkowej.

Zasadnym wydaje się więc pytanie: Kto i o jakich kwalifikacjach pracował wówczas w dziedzinie podmiotów leczniczych w Polsce?

W oparciu o przedstawiane argumenty, trzeba bardzo jasno zdefiniować prawdziwy skutek wejścia w życie omawianego Rozporządzenia, w kształcie przedstawionym do zaopiniowania przez Komisję Wspólny Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Otóż efektem tym będzie ograniczenie dostępu do świadczeń oraz obniżenie ich jakości, będące konsekwencją drastycznego pogorszenia się sytuacji ekonomicznej szpitali.

W tym miejscu nasuwa się porównanie ewentualnych skutków wdrożenia Rozporządzenia do efektów uchwalenia przez Sejm w 2000 roku tzw. ustawy 203, która na wiele lat pogryzła w głębokim kryzysie polskie szpitale. Przypomnie warto, iż dla niwelowania negatywnych skutków ustawy 203 konieczne było wyasygnowanie wielu miliardów złotych z budżetu państwa, ale i także z budżetów jednostek samorządów terytorialnych wspierających proces restrukturyzacji zatrudnienia w szpitalach.

Uważamy, że z tej praktyki należy wyciągnąć wnioski i dlatego negatywnie opiniujemy przedstawiony projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich
Marek Tram

Wałbrzych, 28.XI.2012r.

Sz.Pan
Marek Tram
Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na posiedzeniu w dniu 27 listopada po zapoznaniu się z opublikowanym przez Związek Powiatów Polskich Stanowiskiem z dnia 12 listopada 2012 r. w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych uważa, że Stanowisko jest oburzające. Tym bardziej oburza i bulwersuje fakt, że w skład władz Związku Powiatów Polskich wchodzi Starostowie, którzy kierują zarządzeniem powiatu, organem założycielskim podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami sprawującymi nadzór nad podmiotem.

Kolejny bulwersujący fakt, że na temat wskaźników rednego czasu świadczenia pielęgniarek i położnych, czasu dyspozycyjnego, kategoryzacji pacjentów wypowiadają się osoby, które naszym zdaniem nie mają prawa oceniać pracy pielęgniarki i położnej. Nie ma żadnych wątpliwości, że pielęgniarki są zbyt obciążone pracą administracyjną, pracują na pojedynczych dyżurach mając pod opieką 30 i więcej pacjentów, wynagrodzenia niewspółmierne do odpowiedzialności i ciężkiej pracy, aby utrzymać rodziny pracującą na kilku etatach, z małymi przerwami na odpoczynek.

Stwierdzenie, że podniesienie zatrudnienia pielęgniarek i położnych znacząco wpłynie na koszty prowadzenia działalności w podmiotach i znacząco zdestabilizuje ich sytuację finansową jest nieodpowiedzialne. Kompletnie niezrozumiałe jest również stwierdzenie, że zwiększenie zatrudnienia obniży koszty.

Obawy i zaniepokojenie władz Związku Powiatów Polskich dotyczące roku 2020 i braku pielęgniarek są słusznie rozumiane - należy przede wszystkim podejmować natychmiastowe działania, aby zawód pielęgniarki i położnej był zawodem pozwalającym na godne życie, był zawodem atrakcyjnym finansowo, dającym możliwość bezpiecznej pracy, zgodnej z kwalifikacjami i obowiązującymi standardami. Dlaczego odpowiedzialność za sytuację finansową podmiotów leczniczych obciąża się pielęgniarki i położne, których wynagrodzenia nie mają zasadniczego wpływu na ich sytuację ekonomiczną.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu odrzuca Stanowisko Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012 r. Jedynie słuszne i zasadne wydaje się pytanie - „Kto i o jakich kwalifikacjach pracowałbyście w podmiotach leczniczych w Polsce?”

Odpowiedź jest jedna – nikt nie zastąpi pielęgniarki i położnej.

Z poważaniem
Przewodnicząca ORPiP w Wałbrzychu
Maria Pateczka

Do wiadomości:

1. Adresat
2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
3. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych



STANOWISKO

OKR GOWEJ RADY PIEL GNIAREK I POŁO NYCH W WAŁBRZYCHU

Z DNIA 25 WRZE NIA 2012 R.

w sprawie: utrzymania systemu ratownictwa medycznego w strukturach podmiotów publicznych.

Okr gowa Rada Piel gniarek i Poło nych w Wałbrzychu na posiedzeniu w dniu 25.09.2012 r. jednogło nie wyra a swoje zaniepokojenie i zdecydowany sprzeciw wobec mo liwo ci przeprowadzania przez Dolno l ski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia konkursu ofert na wiadczenia usług w zakresie ratownictwa medycznego na 2013 rok , który ze wzgl du na cen , wyeliminuje podmioty publiczne stwarzaj c tym samym mo liwo ci otrzymania kontraktu przez podmioty niepubliczne.

Okr gowa Rada Piel gniarek i Poło nych w Wałbrzychu podejmuj c stanowisko w przedmiotowej sprawie ma na wzgl dzie przede wszystkim piel gniarki i piel gniarzy, którzy systematycznie podnosili swoje kwalifikacje wiadcz c tym samym usługi na wysokim poziomie.

Wiedz , do wiadzeniem, olbrzymim zaanga owaniem budowane było zaufanie w ród lokalnych społeczno ci. Kosztem wielu wyrzecz e podnosili swoje kwalifikacje chc c wykonywa zawód zgodnie z obowi zuj cymi przepisami, standardami i procedurami.

Okr gowa Rada Piel gniarek i Poło nych w Wałbrzychu stoi na stanowisku, e priorytetem jest utrzymanie systemu ratownictwa medycznego w strukturach podmiotów publicznych.

Wszelkie działania wprowadzaj ce zmiany powinny mie na wzgl dzie przede wszystkim korzy ci i bezpiecze stwo dla pacjenta i personelu. Negatywnymi skutkami zmian mo e by pozbawienie wielu miejsc pracy piel gniarek i piel gniarzy zatrudnionych w publicznych jednostkach ratownictwa medycznego.

Okr gowa Rada Piel gniarek i Poło nych w Wałbrzychu wnioskuje o zaniechanie wprowadzania wszelkich zmian prowadz cych do komercjalizacji ratownictwa medycznego.

STANOWISKO

PREZYDIUM OKR GOWEJ RADY PIEL GNIAREK I POŁO NYCH W
WAŁBRZYCHU

Z DNIA 23 PA DZIERNIKA 2012 R.

**w sprawie: podj cia działa zmierzaj cych do podniesienia stawki kapitacyjnej w
kontraktowaniu wiadcze na rok 2013 r. na realizacj wiadcze z zakresu
piel gniarki szkolnej**

Prezydium Okr gowej Rady Piel gniarek i Poło nych w Wałbrzychu wyra a swoje zaniepokojenie stałym i systematycznym pogarszaniem si warunków pracy i płacy piel gniarek, które wykonuj swoje wiadczenia w rodowisku nauczania i wychowania.

Pozostawienie stawki kapitacyjnej na poziomie 42 zł. na jednego ucznia prowadzi do eliminowania tych wiadcze z rynku usług medycznych. Nie mog równie pozosta na tym samym poziomie wiadczenia w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej udzielane przez piel gniarki szkolne na poziomie 5.40 zł. na jednego ucznia na rok.

W obu przypadkach stawka kapitacyjna z roku na rok wraz z malej c liczb uczniów prowadzi do ci głęgo pomniejszania realnych dochodów piel gniarek. wiadczenia piel gniarki szkolnej s najni ej wycenione w podstawowej opiece zdrowotnej.

Samorz d Piel gniarek i Poło nych stoi na stanowisku, e brak podj cia działa zmierzaj cych do podniesienia rocznej stawki kapitacyjnej – na jednego ucznia z 42 zł. do 60 zł oraz na wiadczenia w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej udzielane przez piel gniarki szkolne na poziomie 10.80 zł. na jednego ucznia na rok doprowadz do tego, e piel gniarki b d zmuszone do podejmowania innych działa , a wiadcze z olbrzymi szkod dla uczniów.

Bardzo niepokoj ce jest równie to, e w szkołach specjalnych NFZ podpisuje umowy na wiadczenia piel gniarskie z higienistkami szkolnymi co nie gwarantuje odpowiedniej jako ci usług oraz wła ciwej profilaktyki zdrowotnej w ród dzieci. S to dzieci, które powinny by traktowane w sposób wyj tkowy i obj te opiek wył cznie przez piel gniarki z odpowiednimi kwalifikacjami.





SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

SPRAWOZDANIE

z IV Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego „Rola Grup Balinta w doskonaleniu kontaktu terapeutycznego”

W dniach 22-23.09.2012 roku w Krakowie odbyło się Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „*Rola Grup Balinta w Doskonaleniu Kontaktu Terapeutycznego*”. Organizatorem Sympozjum był Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Piel gniarstwa i Poło nictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagiello ski Collegium Medicum.

Sympozjum było poświęcone tematyce doskonalenia umiejętności kontaktu działającego terapeutycznie. Szczególnie rolę odgrywały warsztaty prowadzone metodą opracowaną przez Michała Balintą służące doskonaleniu posiadanych umiejętności praktycznych oraz pogłębieniu wiadomości o zjawiskach pojawiających się w psychologicznej płaszczyźnie kontaktu z chorym. Jest to metoda, którą powinni się zainteresować wszyscy, którzy zajmują się zawodowo leczeniem, piel gnowaniem, rehabilitacją oraz pomocą psychologiczną, czyli lekarzy, piel gniarki, położne, rehabilitantów, fizjoterapeutów, psychologów klinicznych, pedagogów i pracowników socjalnych.

Pierwszego dnia po rejestracji uczestników powitał wszystkich obecnych dr hab. Marek Motyka oraz wygłosił wykład dotyczący komunikacji terapeutycznej oraz jakości opieki medycznej.

Zasadniczym jego wystąpieniem było twierdzenie, zgodnie z którym efekty i jakość opieki medycznej związane są zarówno z biologiczno-technicznymi stronami działań medycznych, co z charakterem komunikacji mającej miejsce w kontakcie lekarz/piel gniarka/fizjoterapeuta-pacjent.

Autor zwraca uwagę, że chociaż werbalnie spotyka się z uciążliwymi środowiskami medycznymi, znajduje w nich bardzo słabe przeobrażenia na praktyce podejmowanych działań leczniczych i opiekuńczych. Działania te koncentrują się zwykle na technicznych aspektach leczenia, podczas gdy aspekt psychologiczny, dotyczący charakteru relacji z pacjentem, pozostaje zwykle poza polem uwagi personelu medycznego. Dlatego w ankwestii jest konieczne szkolenie, w którym znaczącą rolę odegrałoby Grupy Balinta oraz propozycja koncepcji teoretycznej, która pozwalałaby na uwzględnienie aspektów pomocy medycznej wszystkim pracownikom opieki zdrowotnej. Koncepcja ta stanowiłaby komunikację terapeutyczną jako wspieranie leczenia (piel gnowania, rehabilitacji) za pomocą środków psychologicznych pojawiających się w kontakcie terapeutycznym (lekarz/piel gniarki/fizjoterapeuta/ratownika medycznego/asystenta społecznego) z pacjentem.

Najważniejsze cele i elementy komunikacji terapeutycznej:

- n wiadomo zasobów osobistych pacjenta i ich deficytów,
- n Relacja terapeutyczna,
- n Właściwa postawa terapeuty: empatia, akceptacja, autentyczność,
- n Główne formy o terapeutycznym znaczeniu, czyli kierowanie pacjentem, dostrajanie się do pacjenta oraz towarzyszenie pacjentowi,
- n Podstawowe rodzaje umiejętności interpersonalnych, wspierających komunikację terapeutyczną w tym empatia i asertywność.

W swym wystąpieniu doktor Motyka podkreślił potrzebę podejmowania obiektywnych badań naukowych nad wpływem komunikacji terapeutycznej na efekty leczenia i pielęgnowania, a także na poprawę jakości działań medycznych.

Następnie odczytano referat nieobecnej z powodów zdrowotnych **dr med. Rity Kielhorn** pt. **„Kontakt terapeutyczny z pacjentem – do wiadzenia niemieckie”**.

Autorka przedstawiła zmiany poglądów na postępowanie w relacjach terapeutycznych w Niemczech oraz wskazała na tendencje, które miały znaczny wpływ na relacje lekarzy z pacjentami. Do czynników, które wywarły i nadal wywierają pozytywny wpływ na budowanie działających leczniczo relacji z pacjentami, autorka zalicza ruch Balintowski. Twierdzi, że uczestnictwo w Grupach Balinta jest korzystne zarówno dla terapeuty jak i dla pacjenta.

Po odczytaniu pracy dr Kielhorn rozpoczął bardzo ciekawą dyskusję panelową pt.: **„Jak sprawi, aby kontakt terapeutyczny stał się realnym aspektem opieki medycznej?”** Burzliwe obrady dowiodły, że temat jest aktualny i wymaga wielu zmian i decyzji. Sumując rozmówcy doszli do kilku wniosków, oto najważniejsze z nich:

- n Wykształcenie lekarzy w dziedzinie medycyny nad ekonomiczne (zasady sprawdzające się w gospodarce rynkowej nie są adekwatne do świadczeń medycznych),
 - n Kształcenie kadry medycznej (komunikacja terapeutyczna),
 - n Doskonalenie relacji między zespołem terapeutycznym, a następnie między terapeutami a pacjentem,
 - n Działania osobiste – starania interpersonalne,
 - n Wychowanie etyczne (rodzina, szkoła, itp...),
 - n Ocena kompetencji pracowników,
- Współpraca w zespołach (lekarz- pielęgniarka- terapeuta, itp...)

Po dyskusji panelowej rozpoczęły się sesje warsztatowe w dużych i małych Grupach Balinta, które trwały do godzin wieczornych.

W drugim dniu Sympozjum od godzin rannych dominowały nadal sesje warsztatowe. Szkolenie zakończono w godzinach popołudniowych podziękowaniem dla organizatorów oraz rozdaniem certyfikatów wszystkim uczestnikom Sympozjum.

Serdeczne podziękowania kierujemy do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za umożliwienie nam uczestnictwa w Sympozjum.

*Monika Karpińska
Magdalena Kołoch*



SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI

W dniach 18 – 20.09.2012 r.

odbyła się w Toruniu

Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej pod hasłem „Odpowiedzialna opieka nad osobami niesamodzielnymi”.

Organizatorem konferencji było Stowarzyszenie na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej „Dom pod słowem” oraz Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A.

Sesja I poświęcona była różnym wymiarom odpowiedzialności w opiece nad osobami niesamodzielnymi – za system, za podopiecznego, za pracowników.

W świetle polskich danych dotyczących: stanu zdrowia ludności polskiej, liczby osób, które w następstwie chorób stały się niepełnosprawne czy niezdolne do samodzielnej egzystencji oraz poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, na tle innych krajów UE, zasadne jest rozwiązanie podjętych działań:

1. Racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej, czyli stosowanie następujących kolejno działań:

prewencja diagnostyka leczenie rehabilitacja kompensacja.

2. Potrzeba zapewnienia publicznych świadczeń z tytułu choroby. Wprowadzenie jednolitego ubezpieczenia ryzyka choroby obejmującego zarówno świadczenia zdrowotne (diagnostyka, leczenie, rehabilitacja) jak i świadczenia pieniężne (zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne), a w ramach funduszu chorobowym wprowadzenie kontroli prawidłowości i jakości całego procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjno-orzeczniczego przez służby medyczne ubezpieczenia chorobowego.

3. Opracowanie i wdrożenie Narodowego Programu Rehabilitacji.

4. Wdrożenie jednolitych zasad orzekania o niepełnosprawności, niezdolności do samodzielnej egzystencji. Prof. A. Wilmowska-Pietruszka proponuje (w nawiązaniu do Klasyfikacji ICF7) przyjęcie trzech stopni niesamodzielnosci: umiarkowanego, znacznego i ciężkiego. Takie rozwiązanie niesamodzielnosci powinno ułatwić nie tylko ustalenie zakresu świadczeń dostosowanego do poszczególnych osób, ale także pomóc w oszacowaniu rozmiarów zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne w przyszłości.

5. Zwiększenie liczby specjalistów geriatrów i opiekunów medycznych.

6. Wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych.

7. Realizacja projektów informatycznych pozwalających na ujednoczenie, gromadzenie, analizę, udostępnianie danych dotyczących stanu zdrowia populacji, jej zagrożenia, a także następstwa chorób pozwalających na monitorowanie zdrowia i działań w zakresie zdrowia publicznego.

8. Zielona Księga zaleca wprowadzenie sieci bezpieczeństwa socjalnego dostarczających świadczeń osobom, których nie stać na usługi z zakresu opieki długoterminowej. Dlatego te świadczenia uzależnione od statusu zamożności, które stanowi ostatni szansa wsparcia dla tych, którym nie pomogły żadne inne metody wsparcia i nie posiadają

wystarczająco cych rodków, dochodów, sieci rodzinnych lub nieformalnych wspierają cych ich w codziennym yciu. Ich skuteczność potwierdzają do wiadomości dzynarodowe. Z uwagi na prognozowane zmiany demograficzne, epidemiologiczne i związane z nimi koszty, a także negatywne oceny dotychczasowych reform wydaje się niezbędnym podjęcie zdecydowanych działań zmierzających do poprawy poziomu zdrowotności społeczeństwa, zbudowanie stabilnego i sprawnego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego w stopniu umożliwiający zaspokojenie podstawowych potrzeb zdrowotnych pacjentów i przygotowanie na nieuniknione zmiany w strukturze demograficznej ludności.

n Odpowiedzialność za pracownika to powinno być, to wiadome zainteresowanie pracownikiem, który z kolei jest odpowiedzialny za powierzonego mu beneficjenta szeroko rozumianych usług opiekuńczych. Zainteresowanie to nie może mieć ze strony odpowiedzialnego pracodawcy tylko biernego charakteru czy zwykłej ciekawości. Nie może się ograniczać tylko do nadzoru, funkcji kontrolnych i rozliczania z „pacjentów” (podopiecznych) oraz przepracowanych godzin. Powinno i musi być aktywnym wspieraniem pracownika – opiekuna, opiera się na rzetelnej diagnozie potencjału, umiejętności i zdolności indywidualnych, a potem na wspólnym z pracownikiem sformułowaniu jego potrzeb rozwojowych do tworzenia lepszej jakości pracy i większego profesjonalizmu.

n Rozwój usług, dobra organizacja pracy i zarządzanie, a przede wszystkim wspieranie i rozwoju pracownika, to filary kierowania i zarządzania superwizyjnego w pomocy społecznej.

n Pracownik dobrze wykonujący obowiązki to osoba mająca poczucie bezpieczeństwa, szanowana i doceniana przez pracodawcę, który pomaga w realizacji rozwoju zawodowego i samorealizacji pracownika.

n Odpowiedzialność za pracownika to również wspieranie go w jego trudnych obowiązkach oraz przeciwdziałanie nadmiernemu zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu. W usługach opiekuńczych podstawowym narzędziem jest samowiedza usług. To on „zużywa” siebie samego, swój układ nerwowy, aparat mowy, rezerwę, układ kostny, itd. Pracuje „sobą”, czyli dobrem najwyższym dla innego dobra najwyższego. To szczególna relacja między osobami między wicedzeniobiorcą i wicedzeniodawcą usługi. To wiat specyficznych przeżyć, wzajemnego odnoszenia. To swoista sformalizowana intymność tworząca więzi, niekiedy toksyczne. To bardzo delikatny wiat głębi humanistycznych i humanitarnych czynności wicedzonych człowiekowi przez drugiego człowieka. To również wiat zawstydzenia, skrępowania, niewyuczonych niekiedy wcześnie ról i komunikacji, wymagający wysokich kompetencji społecznych z obu stron, a ze strony wicedzeniodawcy przede wszystkim. Tak wysokie wymagania i standardy wymagające profesjonalizmu, do wicedzenia, wrażliwości, wiedzy i permanentnej edukacji. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu poprzez możliwość (a może nawet i obowiązek) uczestniczenia w superwizji zarówno grupowej, jak i indywidualnej, gdzie pracujący „sobą” pracownik będzie mógł wylansować własne emocje i frustracje, które wynikły ze wicedzenia przez niego specyficznej i odpowiedzialnej pracy.



n Nie jest przedmiotem tego opracowania poszukiwanie najlepszych rozwiązań ekonomicznych czy systemu, ale wyartykułowanie odpowiedzialności za najcenniejsze narzędzie w usługach opiekuńczych – odpowiedzialność za pracownika. Uwiadomienie tej odpowiedzialności, określenie jej i sformułowanie jest ważnym elementem zarządzania zasobami. Pracodawca korzystający z pracy opiekunów ponosi odpowiedzialność nie tylko za wykonanie prac, ale także za efektywne wykorzystanie potencjału tych osób w powierzonych mu pracownikach. Musi jednak najpierw znaleźć ten potencjał. Warto wspierać pracowników m.in. poprzez ich integrację. Uwiadomienie im przynależności do organizacji, ustalenie miejsca zatrudnienia, ale także z „grup zawodowych”, jej misyjności i kodeksem etycznym; organizowanie wspólnych szkoleń z elementami ludycznymi, „warto dodana” odpowiedzialność za pracowników.

n Koniecznym jest określenie zakresu kompetencji i odpowiedzialności pracodawcy czy kierownika „liniowego” (zespołu). Zakres ten powinien być znany zarówno opiekunom, jak i ich przełożonym. Należy to stale wzbogacać ofertą świadczonych usług, ale nigdy kosztem przecięcia pracownika. Warto spróbować szukać rozwiązań w organizacji pracy, usprawnieniach, w logistyce, w zarządzaniu wiedzą i umiejętnościami. Aby to osiągnąć, niezbędne jest rozpoznanie i analiza potrzeb pracowników. Ich dobór, awans oraz czytelna i permanentna ocena oparta na jasnych i zrozumiałych przez stronę kryteriach.

n Obowiązkiem pracodawcy jest nieustanne podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia zadowolenia z pracy przy jednoczesnym zdobywaniu nowych doświadczeń zawodowych. Odpowiedzialność za pracownika to także osobisty wkład pracodawcy – kierownika konieczny do najbardziej efektywnego działania, do redukcji stresu w miejscu pracy, to w razie potrzeby zindywidualizowana pomoc. Osobiste zaangażowanie przełożonego w pracę jest dobrym sygnałem dla pracownika i przekonuje do współodpowiedzialności i wikszej identyfikacji z firmą.

n Podmiotowe traktowanie pracowników to filar odpowiedzialności za zatrudnionych opiekunów i opiekunów. Postrzeganie przedmiotowe, jako narzędzie powiększania zysku, to nie tylko ignorancja pracodawcy, ale krótkowzroczność i niemożność uzyskiwania wyszej jakości usług, a w efekcie zmniejszenie konkurencji i wypadnięcie z rynku usług. „Ucieczka do przodu” jest inwestycją w pracownika – opiekuna, podjęcie bezwarunkowej odpowiedzialności za niego. Nagradzanie kreatywności i innowacyjności to nakręcanie spirali oddolnego doceniania jakości i stałego podnoszenia jej poziomu.

n Promowanie dobrych praktyk, upowszechnianie ich wydaje się być skuteczną drogą nie do rywalizacji, lecz do stałego wzbogacania własnego warsztatu Pracy, do samorozwoju i samorealizacji.

n Odpowiedzialny pracodawca to również „dostarczyciel” dobrych warunków pracy. Warunki to nie tylko pomieszczenia, komputery, prysznice i meble; to w znacznym stopniu atmosfera pracy. Odpowiedzialny pracodawca – kierownik nie opiera swojego

przywództwa na zastraszaniu lecz na wiedzy, perswazji, komunikacji czy charyzmie. Styl zarządzenia winien „przylegać” do zarządzącego, którego zawsze powinna cechować odpowiedzialność za pracownika.

Obok „miękkich” elementów tej odpowiedzialności nie sposób pominąć tych formalnych, „twardych”, określonych w art. 94 Kodeksu Pracy. Artykuł ten enumeratywnie wymienia w kilkunastu punktach obowiązki pracodawcy wobec pracownika. Jest tam mowa o obowiązku wypłaty wynagrodzenia, o obowiązku zapewnienia, w miarę posiadanych środków, socjalnych potrzeb pracowników, z całym gamą obligatoryjnych i fakultatywnych form. Jako obowiązek Kodeks Pracy nakazuje „organizowanie pracy w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również oszczędzanie przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy” (art. 94 KP). Do kolejnych przykładowo tu wymienianych obowiązków należą „obowiązki wpływające na kształtowanie w zakładzie pracy zasad współpracy społecznej (tamże).

Nie sposób pominąć troski o zdrowie pracownika. Pracodawcy nie wolno, pod regułą prawną, dopuścić do pracy pracownika nieposiadającego za wyłączenia lekarskiego stwierdzenia jego zdolności do wykonywania pracy na określonym stanowisku.

Obowiązkiem pracodawcy wobec pracownika jest aktywne zapobieganie mobbingowi. Nie wystarczy zatem „zaniechanie”, czy niepodjęcie tego procederu. Tu trzeba aktywnie przeciwdziałać, m.in. innymi poprzez szkolenia przed przyjęciem do pracy. A w przypadku wystąpienia tego zjawiska czy przesłanek mobbingowych pracodawca ma obowiązek wsparcia pokrzywdzonego.

Ustawowy obowiązek, to konieczność odpłacania składek za pracownika na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. Katalog ustawowych obowiązków jest znacznie szerszy i nie chodzi tu o cytowanie go, lecz o wiadomość o jego obszarach powinno być wobec pracownika, w tym powinny być one moralnych.

Trudnym, ale nieodzownym obowiązkiem wobec pracownika jest stałe go motywowanie. Nie może być tego tylko w kontekście uposażenia, a nawet się nie powinno.

Innym, istotnym obowiązkiem wobec pracownika jest precyzyjne określenie sposobu i form dokumentowania Pracy oraz udostępnienie do tego niezbędnych narzędzi, np. druków, palmtopów, długopisów itp., a także niezbędne przeszkolenie w tym zakresie. Pracownik – opiekun, ten który bezpośrednio świadczy usługę, powinien rozumieć, za co będzie rozliczany, jaka jest jego misja, sens i cel Pracy, jakimi miernikami w ocenie będzie się posługiwał pracodawca. Mierniki te powinny wynikać z czytelnie sformułowanych standardów. Pracownik powinien wiedzieć, u kogo wykonuje usługę, znać charakterystykę klienta, jego schorzenia, zakres usług, jakie ma wykonać i ich standardy. Obowiązkiem pracodawcy – kierownika jest jednoznacznie określić wymagania stawiane usługodawcy.



Powinien on znać oczekiwane rezultaty jego Pracy, wyniki, które ma osiągnąć przez jej wykonywanie. Wreszcie i wobec samego usługodawcy powinno się określić standardy w zakresie podstawowych wymogów względem wiedzy, umiejętności, wykształcenia czy (i) cech osobowości osoby realizującej usługę.

• Powinno być wobec pracownika jest zapobieganie rutynie, cynizmowi (niekiedy jako reakcja „wyparcia”, obronna wobec nadwrażliwości) czy mechanicznemu świadczeniu usług. Właściwy dobór kadry jest połową sukcesów pracodawcy, ale to dopiero początek. Pracownika po przyjęciu do Pracy nie można „porzucić”. Należy stale podejmować działania mające na celu permanentne jego wspieranie i dbanie o jego rozwój z nim i wobec niego.

• Dostrzeżenie odpowiedzialności za pracownika świadczącego usługi jest, wydaje się, prekursorskim, ale istotnym krokiem w dobrym kierunku w kierunku upodmiotowienia pracowników tego sektora, zinterioryzowania, czyli uwewnętrznienia wykonywanej przez nich Pracy – posługi. Szlachetnie, szczególnie i poliwalentnie tej misji wymaga, aby stale wzbogacać pracowników w pozytywne energie, w wolność, w pogodę ducha, które aby mogli wpaść, przekazywać swoim beneficjentom, sami powinni mieć w obfitych i „dostarczanie” im to nadwyżek obowiązków pracodawcy.

Sesja II to korzyści z zarządzania w oparciu o zintegrowany system zbierania danych o pacjencie – na przykładzie InterRAI. Omówiona została wszechstronna ocena geriatryczna przy użyciu systemu InterRAI.

• System oceny interRAI został rozwinięty w celu umożliwienia oceny i badania w zakresie umiejętności życia w społeczeństwie, w szpitalu czy też w ramach opieki długoterminowej. System umożliwia badanie i ocenę, oba mające na względzie zidentyfikowanie etapów działania. Działania mogą sygnalizować potrzebę dokładniejszej oceny czy też wprowadzenie zabiegów i leczenia. Biorąc pod uwagę różnicę potrzeb i poziom ryzyka osób w różnym otoczeniu, istnieje różnica w treści oceny w domach opieki, ostrej opiece, zdrowiu psychicznym, opiece domowej i paliatywnej. Jednak oceny obejmują powszechne, podstawowe elementy, które pozwalają na stałe powtarzanie ich w czasie. Osoby mieszkające w społeczności emerytalnych są poddawane krótkiej podstawowej ocenie, która może zostać uzupełniona o moduł wellness lub, jeżeli występują oznaki osłabienia, o moduł funkcjonalny czy też moduł zdrowia psychicznego. Mimo to, bardziej skrótowe badanie jest dostępne w podstawowych praktykach opieki społecznej, opiece domowej i w pogotowiu ratunkowym. Wszystkie narzędzia badania i oceny udzielają podstawowych informacji oraz przyczyniają się do zidentyfikowania ryzyka i sygnalizują potrzebę działania.

• Dziedziny używane w instrumentach badania i oceny są spójne z kompleksowymi ocenami geriatrycznymi oraz ze strukturą International Classification of Functioning (ICF) (Berg et al., 2009). Metoda oceny obejmuje obserwację, wywiad z głównym informatorem (pacjent, rodzina, personel) oraz dostępne dokumenty i wykresy. Odpowiedzi są znormalizowane tak, aby umożliwić komputeryzację informacji. Jednakże ustalenie najbardziej poprawnej opcji odpowiedzi można uzyskać za pomocą rozmowy, która jest dopasowana do osoby i sytuacji. Wiarygodność tych elementów jest potwierdzona w wielu badaniach (Hirdes et al

2008; Wellens et al 2012) w dużej mierze dzięki konkretnemu doborowi słownictwa tych elementów, skupieniu się na zachowaniach i funkcjach, które mogą być obserwowane oraz wycignięciu konkretnych ram czasowych, np. ostatnie 3 dni przy wyliczeniu ocen. Istnieje wiele skal, które mogą pochodzić z ocen. Każda z nich prezentuje niezawodną skalę oraz ma dowody na swoją wartość dla konkretnych celów. Ta prezentacja przedstawi niezawodną skalę i wartość kluczowych skal wliczając w to skalę 3 Czynności Dnia Codziennego (ang. 3 Activities of Daily Living scales) (ADL Hierarchia - ADL Hierarchy, ADL Długa Forma - ADL Long Form i ADL Krótka Forma - ADL Short Form), the CPS (ang. Cognitive Performance Scale – skala ogólnopoznawczych), DRS (ang. Depression Rating Scale – skala oceny depresji), Pain Scale – Skala Bólu, Instrumental Activities of Daily Living – czynności instrumentalne dnia codziennego. Skale mogą być użyte do określenia obecnego statusu, do badania oraz aby lekki status w czasie i w różnym otoczeniu. Skale zostały również użyte aby porównać otoczenia i populacje obejmujące 10 warunków neurologicznych.

Kompleksowe podejście do oceny może być korzystne w zarządzaniu osobami z chorobami przewlekłymi. Powszechna ocena podstawowa taka jak interRAI CHA może dostarczyć informacji na temat osób ze zdiagnozowanym stwardnieniem rozsianym, chorobą Parkinsona, rakiem oraz innymi chorobami przewlekłymi. Podstawowa ocena może zostać uzupełniona w razie potrzeby o dodatkowe moduły, które oceny dostosowane do konkretnych warunków. Jako że ludzie cierpiący na choroby przewlekłe w dłuższej, istnieje potrzeba kompleksowej strategii, aby zaplanować odpowiednie usługi dopasowane do potrzeb populacji. Działania i usługi w poszczególnych warunkach mogą prowadzić do nierówności w opiece. Pojedyncze pozycje lub ich kombinacja są stosowane w celu sygnalizowania potrzeby działania w budowaniu planu usługi/opieki. Plany działania nie są sygnalizowane dla każdego problemu, lecz raczej są one oparte na dowodzie efektywności interwencji. Dowód na korzyść dla tej osoby jest oparty na literaturze i dowodach empirycznych bazujących na analizach danych oceny interRAI w ponad 40 krajach. Plany działania zawierają bardziej dogłębne oceny oraz sugestie planu usług.

Mają one pełnię funkcji przewodnika a nie recepty. Protokoły Oceny Opieki (ang. CAPS – care assessment protocols) są skierowane na obszary funkcyjne, kliniczne i psychospołeczne. Tematy i zagadnienia różnią się w zależności od typu oceny.

Podsumowując, system oceny interRAI dostarcza narzędzi dla kompleksowej oceny geriatrycznej. Ta z kolei pozwala monitorować w czasie status i system progresywny, identyfikować problemy na różnych etapach oraz w różnych sytuacjach opieki, które sygnalizują potrzebę działania. Działanie w odpowiednim momencie pomaga osobom z chorobami przewlekłymi oraz osobom starszym pozostać w dobrej kondycji oraz być aktywnie tak długo jak sobie tego życzą.

Sesja III dotyczyła zarządzania personelem w placówkach opieki długoterminowej.

Omówione zostało zdrowie pracowników - między innymi szacunkiem wobec pracowników a wymogami ekonomii, sztuka motywowania pracowników jako ważny element efektywnego zarządzania personelem w placówkach opieki długoterminowej, oraz tworzenie wartości przez poszanowanie wartości – troska o swoich „klientów” i pracowników.

Centra Seniorów i Opieki powiatu Main-Kinzig w Niemczech to spółki z o.o., posiadające



status spółek po ytku publicznego. Zatrudniaj one w tym powiecie ok. 800 pracowników, s wi c du ym ale i „osobochłonnym” przedsi biorstwem bran y opieku czej i zdrowotnej. Przedsi biorstwo prowadzi ł cznie 8 placówek stacjonarnych oraz Instytut Edukacyjno-Doskonal cy w dziedzinie opieki nad osobami starszymi. Najwi ksza odległo mi dzy oddziałami zakładu wynosi około 65 km. W przedsi biorstwie, w którym personel odgrywa tak wa n rol , dbało o zdrowie pracowników to główny cel polityki personalnej. Dlatego w 2008 roku firma wdro yła projekt oferuj cy pracownikom profilaktyczne działania zdrowotne w miejscu pracy i zach c aj cy tym samym do korzystania z tego rodzaju ofert.

Na konkurencyjno przedsi biorstwa – wła nie w tak osobochłonnym sektorze jak opieka długoterminowa – w du ym stopniu wpływa kapitał społeczny. Zdecydowanie bardziej konkurencyjne s te przedsi biorstwa, które kieruj si dobrem pracowników oraz systematycznie dbaj i podnosz jako kapitału społecznego. Działania, podejmowane w sferze profilaktyki zdrowotnej, maj znacz cy wpływ na sukces przedsi biorstwa. Przemiany demograficzne, post p technologiczny i globalny system gospodarczy prowadz do radykalnych zmian. Jedn z nich b dzie starzenie si i brak wykwalifikowanego personelu. Wła nie w obszarze opieki nad osobami starszymi mo na ju dzi zanotowa powa ny brak specjalistów.

Ze wzgl du na charakterystyk c t bran intensywno w zakresie personelu, wspomniane wy ej zmiany maj dla instytucji socjalnych du e znaczenie i poci gaj za sob daleko id ce, negatywne skutki.

Nale y przyj , e przy niezmiennych warunkach ramowych wydajno pracowników w starszym wieku maleje, przy jednocze nie rosn cych kosztach ekonomicznych.

Dodatkowo w ród pracowników instytucji opieku czych odnotowa mo na wzrost czynników ryzyka zdrowotnego, jak brak ruchu, nadwaga czy stres psychosomatyczny.

Potrzeba podejmowania działa w zakresie wspierania zdrowia pracowników narodziła si jednak przede wszystkim z obserwacji danych wewn trznych, a tak e wyników analiz niezdolno ci do pracy, przeprowadzanych przez słu by zewn trzne (tutaj kasy chorych AOK i BEK), własnych analiz danych, zebranych na podstawie wewn trzskładowych ankiet pracowniczych, do wiadcze z projektu wewn trzskładowego, jak równie z przeprowadzanych podczas dni zdrowia bada pracowników.

Najwa niejszymi informacjami było z jednej strony yczenie pracowników, aby proponowa im ró ne formy ruchu oraz organizowa seminaria dotycz ce walki ze stresem, z drugiej za strony ustalenie, e 2/3 pracowników przynajmniej raz w roku jest niezdolna do pracy z powodu choroby -współczynnik nieobecno ci w pracy z tego powodu wynosił ponad 14%.

W ramach analizy niezdolno ci do pracy mo na było ustali główne powody zachorowa . Na pierwszym miejscu w ród przyczyn niezdolno ci do pracy były choroby układu kostno-stawowego, dotyczyły one 25% osób – pozostałe przyczyny to choroby dróg oddechowych, choroby serca, układu kr enia i choroby psychiczne. Podkre li nale y tutaj, e wła nie w odniesieniu do chorób psychicznych obserwujemy tendencj wzrostow .

Na podstawie tych danych bazowych wyra nym staje si , jak powa ne skutki dla produktywno ci instytucji socjalnych ma spowodowany chorob przestój w pracy.

Według bada Booz&Company ze stycznia 2011 roku spadek produktywno ci przedsi biorstw niemieckich spowodowany niezdolno ci do pracy z powodu choroby szacuje si aktualnie na 129 miliardów euro rocznie. Liczba ta pokazuje, jak pot ny

potencjał i du e mo liwo ci le w zakładowym wspieraniu zdrowia.

Niezale nie od tego, co rozumiemy pod poj ciem „zdrowie”, człowiek, który czuje si w pełni zdrowy, przyczynia si znacznie do sukcesu przedsi biorstwa - zazwyczaj poprzez dynamik , zapał, efektywno , kreatywno i innowacyjne działania. Dla Centr Seniorów i Opieki powiatu Main-Kinzig było i jest to wystarczaj cym powodem, aby pozytywnie odpowiedzie na sugestie naszych pracowników, dotycz ce wewn trznej oferty zdrowotnej.

Maj c to na uwadze, przedsi biorstwo wdro yło w 2008 roku wewn trzny projekt wspierania zdrowia. Od 1 marca 2008 roku w ramach projektu „*Gemeinsam Fit – Ernährung, Bewegung, Arbeit*“ /*Zdrowi razem – od ywianie, ruch, praca*” tworzone s i realizowane programy, koncentruj ce si na poradach ywieniowych i terapii poprzez sport. Poł czenie od ywiania z ruchem – i to w miejscu pracy – przy odpowiednim wsparciu, instrukta u i doradztwie czy te po prostu jako oferta dost pna dla pracowników, jest wa nym elementem promuj cym zdrowie personelu. Tak wi c centralnym zało eniem projektu jest prewencyjne działanie przedsi biorstwa poprzez tworzenie odpowiednich ofert i korzystanie z nich; w ten sposób firma działa, a nie czeka, a b dzie za pó no.

Bior c pod uwag wzrastaj cy deficyt personelu, bod ce finansowe nie wystarczaj do optymalizacji wydajno ci zasobu, jakim jest „człowiek”, podobnie zreszt jak podej cie patogenetyczne. Du o bardziej efektywne jest podej cie zgodne z modelem salutogenezy Antonovsky'ego – na pierwszym miejscu jest tutaj zachowanie zdrowia.

W centrum efektywnego zarz dzania zdrowiem stoi ergonomiczne kształtowanie miejsc i systemów pracy, likwidacja obci e w rodowisku pracy, edukacja w zakresie oszcz dnego dla zdrowia sposobu wykonywania pracy, doradztwo ywieniowe i terapia poprzez sport, odci aj ce godziny pracy, dni zdrowia oraz system bada i ksi eczek zdrowia. Taki cel postawiły sobie tak e Centra Seniora i Opieki w powiecie Main-Kinzig.

Postrzeżanie pracowników tylko przez pryzmat kosztów osobowych na dłu sz met szkodzi ich zdrowiu i wynikom pracy.

Dla kierownictwa Centrów Seniora i Opieki optymalizacja wydajno ci mo liwa jest tylko wówczas, gdy jednocze nie wzrasta jako ycia pracowników. W tym wła nie celu powołali my do ycia projekt „*Zdrowi razem – od ywianie, ruch, praca*”.

Dzi ki współpracy z działaj c w strukturach przedsi biorstwa grup robocz na rzecz bezpiecze stwa pracy i zdrowia udało nam si w ramach tego projektu uaktywni i zmotywowa do działań prewencyjnych i towarzyszc ych pracowników we wszystkich jednostkach przedsi biorstwa.

Na inauguracj projektu w dn. 1 marca 2008 otwarto pierwsz sal sportow , wyposa on w urz dzenia fitness i do treningu kardio. Pracownicy otrzymali przez to mo liwo – na yczenie pod fachow opiek - uko czenia indywidualnego treningu ruchowego poprawiaj cego wytrzymało , pobudzaj cego metabolizm oraz wzmacniaj cego układ kr enia.

Wiosn 2010 powstało centrum zdrowia, w którym pracownicy, ale tak e pensjonariusze i seniorzy z zewn trz oraz pracownicy instytucji partnerskich, mog pod opiek specjalistów trenowa na urz dzeniach przystosowanych do aktywno ci medyczno-terapeutycznej i wyposa onych w najnowsze technologie komunikacyjne.

Zgodnie z nowoczesn koncepcj ruchow treningi wytrzymało ciowe, mi ni oraz zdolno ci koordynacji dostosowywane s indywidualnie do ka tego uczestnika programu.



Na pocz tku przeprowadzamy gruntowne testy (np. S 3 Check itp.) i na podstawie ich wyników tworzymy skrojony na miar plan treningu. W przyszło ci chcemy rozbudowywa obecne ofert we współpracy ze studiami fitness lub odpowiednio wyposa onymi klinikami w sieci przedsi biorstwa. Ponadto pracownicy maj do dyspozycji tak e saun .

Istotnym elementem zakładowego systemu wspierania zdrowia s oferowane regularnie w ka dej jednostce kursy i szkolenia dietetyczne, szkolenia na temat redukcji wagi, terapia ruchowa według metody Pilatesa, gimnastyka kr goślupa, szkoła zdrowych pleców i Nordic Walking.

Dodatkowo oferujemy jednodniowe szkolenia na temat technik relaksacyjnych i radzenia sobie ze stresem oraz wykłady na takie tematy jak: „Zdrowe jedzenie i picie”, „Dolegliwo ci zwi zane ze zł postaw ” czy „Pozytywny wpływ sportowych aktywno ci terapeutycznych na aparat ruchowy”.

Ale tak samo wa ne s oferty indywidualne. Pozwala to pracownikom zasi gn porady dotycz cej dostosowanego do wieku od ywania si , problemów z wag , zaburze metabolizmu, chorób oł dkowo-jelitowych, indywidualnego treningu ruchowego.

Pracownicy otrzymuj wsparcie tak e podczas powrotu do ycia zawodowego po dłu szym okresie choroby. Jednak centralnym elementem promocji zdrowia w przedsi biorstwie jest dzie zdrowia, w którym przeprowadzamy testy zdrowotne. W ramach toru zdrowia przeprowadzane s nast puj ce testy osobiste: analiza bioimpedancyjna, S 3 Check, test wysiłkowy, pomiar krzywizny kr goślupa urz dzeniem MediMouse oraz kontrola funkcji yciowych.

Udział personelu jest dobrowolny, na podstawie przeprowadzonych testów wystawiany jest indywidualny paszport zdrowotny.

Z pozyskanych danych usuwamy cechy identyfikacyjne, na podstawie tak odpersonalizowanych informacji powstaje konkretna oferta dla pracowników. Na yczenie pracownik otrzymuje na podstawie osobistej oceny dopasowany do swojej sytuacji program zdrowotny. Dobre samopoczucie personelu i dbało o nie s wa nym elementem kultury organizacyjnej. Dla ka dego pracownika zwykły dzie w firmie powinien znaczy wi cej ni tylko praca. Społeczne rodowisko pracy i dobra atmosfera, która jednocze nie motywuje i animuje do bycia kreatywnym, s tutaj tak samo wa ne jak spokój i poczucie humoru.

Zaanga owanie przedsi biorstwa i pracowników w kwestie zdrowotne oddziałuj na siebie wzajemnie pozytywnie. Dodatkowymi elementami tego systemu w Centrach Seniorów i Opieki powiatu Main-Kinzig jest wewn trzny system zarz dzania wł czaniem w rodowisko pracy, zakładowy pełnomocnik do spraw etyki, zakładowy nawigator demograficzny, lekarz zakładowy, specjalista do spraw bezpiecze stwa pracy oraz organizowane dla pracowników wycieczki i uroczysto ci. Zakładowe wspieranie kwestii zdrowotnych jest jednym z kluczowych celów na przyszło .

Sesja IV dotyczyła dobrych praktyk w zakresie post powania fizjoterapeutycznego i rehabilitacji pacjentów. Wykład dotyczył wpływu post powania fizjoterapeutycznego na sprawno funkcjonaln osób obj tych opiek długoterminow .

Przedstawiony poni ej program post powania fizjoterapeutycznego dla osób starszych z zaburzeniami sprawno ci funkcjonalnej i zagro onych upadkami jest realizowany w

Wiedniu i w Krakowie w ramach projektu badawczego pt. „*Ocena sprawności funkcjonalnej i ryzyka upadków osób starszych objętych usprawnianiem w Wiedniu i Krakowie*“ Nr 42/KBL/OIL/2012 zgodnie z zasadami Good Clinical Practice in Clinical Trials (GCP).

Sprawność funkcjonalna jest to zdolność do bycia niezależnym od innych osób w zakresie podstawowych czynności życiowych, takich jak poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych organizmu i utrzymanie higieny ciała. Z wiekiem sprawność funkcjonalna pogarsza się.

Przyczyną tego są zazwyczaj zachodzące w procesie starzenia zmiany inwolucyjne: spadek siły mięśniowej, pogorszenie koordynacji nerwowo-mięśniowej, równowagi i wydolności organizmu.

Towarzyszą im często zanik potrzeby ruchu i spadek aktywności fizycznej, które sprzyjają dalszemu pogorszeniu się sprawności funkcjonalnej. Ograniczenie tej sprawności odbija się jako życia osoby starszej i jest częstą przyczyną konieczności objęcia opieką instytucjonalną. Chociaż proces inwolucji motorycznej jest nieuchronny, badania wykazują, że nawet osoby w podeszłym wieku regularnie mogą doprowadzić do wyrażenia wzrostu m.in. wydolności czy siły mięśniowej, a w rezultacie wydłużyć okres swojej niezależności.

Upadki osób starszych zaliczane są do tak zwanych „wielkich problemów geriatrycznych”. A 30% osób po 65. roku życia upada przynajmniej raz w roku, a po 80. roku życia odsetek ten wzrasta do 50%. Osoby, które upadły obciążone są dwu- do trzykrotnie wyższym ryzykiem kolejnego upadku.

Konsekwencjami upadków są urazy, zwiększone ryzyko objęcia opieką instytucjonalną i przedwczesna śmierć. Opieka medyczna nad osobami, które uległy upadkom jest kosztowna, dlatego objęcie profilaktyką osób o wysokim poziomie ryzyka, jest uzasadnione również z ekonomicznego punktu widzenia i stanowi wyzwanie dla wielu dziedzin nauki. Chociaż profilaktyka upadków osób starszych powszechnie uważana jest za priorytet w pracy z tymi osobami, to wciąż odczuwamy brak programów usprawniania o potwierdzonej naukowo skuteczności skierowanych do tej grupy osób.

Nieprawidłowo dobrane ćwiczenia mogą zwiększyć ryzyko upadków u badanych i zniechęcić ich do podejmowania dalszej aktywności. Dlatego tak ważne jest, aby wysiłek fizyczny wdrażany był w sposób racjonalnie zaplanowany i pod nadzorem.

Celem naukowym projektu jest sprawdzenie skuteczności wpływu 6-miesięcznego autorskiego programu postpowania fizjoterapeutycznego na poprawę sprawności funkcjonalnej osób starszych objętych opieką, a także ocena wpływu tego programu na zmniejszenie ryzyka upadków u osób zagrożonych upadkami.

Osoby badane są poddane 6-miesięcznemu programowi postpowania fizjoterapeutycznego. Autorski program postpowania fizjoterapeutycznego opracowany przez Marka Małachusa ma na celu poprawę sprawności funkcjonalnej i zmniejszenie ryzyka upadków. Sesje ćwiczeń w ramach programu odbywają się 3 razy w tygodniu. Każda sesja rozpoczyna się rozgrzewką składającą się z ćwiczeń czynnych o niewielkiej intensywności. Po rozgrzewce prowadzone są ćwiczenia mające na celu wzmacnianie mięśni kończyn dolnych, ćwiczenia równowagi, sensomotoryczne, koordynacyjne, wytrzymałościowe i trening funkcjonalny (zmiany pozycji, siłownia, chód, wstawanie po upadku). Na zakończenie sesji badani wykonują ćwiczenia rozluźniające.

Badani są rekrutowani z różnych dzielnic Wiednia i Krakowa u których występują



zaburzenia sprawno ci funkcjonalnej i ryzyko upadków. Badania obejm w sumie 120 osób przydzielonych do 2 grup - 60 osób w Wiedniu i 60 osób w Krakowie. Do tej pory badaniami obj to w Krakowie 30 osób: 19 kobiet i 11 m czyzn (rednia wieku 81 lat), a w Wiedniu 17 osób: 11 kobiet i 6m czyzn(rednia wieku 80 lat).

Po przeprowadzeniu rekrutacji i dokonaniu przydziału do grupy (wiede skiej i krakowskiej), u badanych jest dokonywana ocena sprawno ci funkcjonalnej i ryzyka upadków. Nast pnie przez okres 6 miesi cy prowadzony jest autorski program post powania fizjoterapeutycznego. Po zako czeniu programu i dokonaniu oceny jego wpływu na sprawno funkcjonaln i zmniejszenie ryzyka upadków, przez kolejne 6 miesi cy prowadzona jest obserwacja badanych celem zbadania odległych wyników skuteczno ci tego programu. Odnotowane s tak e wszystkie upadki, ich okoliczno ci i odniesione urazy w czasie trwania programu i w okresie obserwacji po jego zako czeniu.

Analiza wst pnych wyników u osób obj tych programem post powania fizjoterapeutycznego pokazuje ju na tym etapie skuteczny wpływ przedstawianego programu na popraw sprawno ci funkcjonalnej i zmniejszenie ryzyka upadków. Warto tak e podkre li , e program jest dobrze tolerowany przez uczestników, co stwarza potencjał do uzyskania dobrych wyników jego realizacji. Bo nale y pami ta , e o stabilnej poprawie sprawno ci funkcjonalnej decyduje nie tylko maksymalna poprawa uzyskana za pomoc działa opieku czo-leczniczych, ale tak e stworzenie u badanych nawyku zwi kszonej aktywno ci fizycznej i zmniejszenie l ku przed upadkami.

Sesja V to omówienie działań terapeutycznych w opiece długoterminowej na podstawie uszkodze mózgu a zaburze procesów poznawczych, emocjonalnych i zachowa osób przewlekle chorych oraz niesamodzielných, skuteczno ci oddziaływa terapeutycznych w chorobach ot piennych, oraz znaczenie ogrodoterapii w terapii pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych i diagnozy, terapii logopedycznej w modelu wielospecjalistycznej opieki nad osobami przewlekle chorými.

Wci gu dwóch dni trwania konferencji w Auli UMK w Toruniu trwała interesuj ca wystawa sprz tu rehabilitacyjno – diagnostycznego oraz produktów leczniczych i kosmetycznych. Na stoiskach wystawców przedstawiono szerok ofert produktów dla pacjentów.

Podsumowuj c, konferencja po wi cona była dobrym praktykom w placówkach opieki długoterminowej w kraju i zagranic . Prelegenci omawiali niestandardowe projekty działań realizowane w ich placówkach, które warto propagowa w rodowisku.

Jednym z go ci zaproszonych na konferencj była Pani Ewa Błaszczuk – zało ycielka Fundacji „Akogo?“, maj cej na celu pomoc dzieciom po najci szych urazach mózgu, oraz stworzenie kliniki „Budzik”. Dowiedzieli my si , e oprócz Kliniki przy Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie ma powsta sie klinik w całej Polsce.

Konferencj u wietnił wyst p „Grupy MoCarta” - maj cy charakter kabaretu muzycznego, który wprowadził nas w wietny, wesoły nastrój oraz wieczór integracyjny w plenerze, gdzie mo na było spotka si z wieloma interesuj cymi osobami z ró nych miast.

Serdecznie dzi kujemy OIPiP w Wałbrzychu za umo liwienie uczestnictwa w konferencji.

kier. Maria Muszkieta

piel. Anna Kołodziejczyk

Zakład Piel gnacyjno - Opieku czy w Kłodzku

Sprawozdanie

z udziału w VII Ogólnopolskim Zjeździe Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych

W dniach 24-26 września 2012 r. miałam okazję uczestniczyć w VII Ogólnopolskim Zjeździe Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych, który miał miejsce w Hotelu Ameliówka w Międzybóżu koło Kielc.

Organizatorem było Polskie Centrum Edukacji z Dyrektorem Pani Agatą Osicką.

Oprócz wielu wspaniałych wykładowców z dziedziny medycyny oraz prawników na uwagę zasługuje wykład dr n. med. Pawła Grzesiowskiego, z tytułowany „*Zarządzanie ryzykiem zakażeń szpitalnych na poziomie kierownictwa szpitala i oddziału – kompromis między kosztami a jakością i bezpieczeństwem świadczeń zdrowotnych*”, którego treść poniżej próbuję przedstawić.

Jak należy zdefiniować pojęcie ryzyka zakażenia szpitalnego?

Najprościej będzie uznać je jako **związek przyczynowo-skutkowy między wykonywaniem procedur a pacjentem**.

System kontroli, rejestracji i monitorowania zakażeń związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych jest jednym z priorytetów krajowej i unijnej polityki zdrowotnej, ze względu na szczególne znaczenie dla zdrowia publicznego, bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu medycznego.

Jednym z podstawowych warunków minimalizacji skali zakażeń jest opracowanie skutecznych procedur ich rejestracji, nadzór powinien skutkować interwencją i prowadzić do poprawy jakości opieki zdrowotnej, którego końcowym efektem jest zmniejszenie liczby zdarzeń i kosztów hospitalizacji.

Ocena ryzyka zakażenia jest działaniem, które w obecnym stanie prawnym powinno mieć charakter kompleksowy i wynika z istniejących w poszczególnych placówkach rzeczywistych zagrożeń.

Już w momencie przyjmowania pacjenta do szpitala zalecana jest wstępna ocena ryzyka zakażenia z indywidualnymi cechami pacjenta. Stanowi ona powód do poszerzenia badania przedmiotowego i podmiotowego, a której celem jest oszacowanie zagrożeń związanych z planowanym zakresem działań w trakcie hospitalizacji.

Identyfikacja czynników związanych z zagrożeniem zakażenia szpitalnego jest ważnym elementem zarządzania ryzykiem w różnych aspektach: medycznych, prawnych i etycznych.



Ocena ryzyka wymaga dodatkowych formularzy i dotyczy pocz tkowego stanu pacjenta, zanim b d udzielane wiadczenia zdrowotne. Jest to znac cy dokument nie tylko dla personelu medycznego lecz tak e dla biegłych i s dów w przypadku roszcze .

Ryzyko zaka enia mo e wynika z kilku elementów:

- n indywidualnych cech pacjenta (choroby współistniej ce, zaniedbania higieniczne, niedo ywienie, zaburzenia odporno ci, wiek itp..)
- n obecno ci odwiedzaj cych (potencjalni nosiciele),
- n działa personelu medycznego (coraz bardziej skomplikowane procedury inwazyjne, brak standardowych procedur post powania, niewła ciwa organizacja pracy, braki personalne, niskie kwalifikacje itp..),
- n stanu techniczno-sanitarnego sprz tu i pomieszcze (higiena szpitalna, post powanie ze sprz tem wielorazowego u ytku itp..),
- n wyposa enia szpitala.

Jak wynika z analiz epidemiologicznych przeci tnie co dziesi ty pacjent ulega zaka eniu bezpo rednio lub po rednio zwi zanemu z opiek zdrowotn . W codziennej pracy wiele wiadcze nie jest udzielana w wystandaryzowany i spójny sposób, czego skutkiem s bły dy i zaniedbania w realizacji procedur oraz dokumentacji medycznej, a te z kolei s jednym z najcz stszych zarzutów pojawiaj cych si podczas procesów s dowych przeciwko szpitalom.

Z definicji **analiza ryzyka** oznacza ocen czynników zwi kszej cych prawdopodobie stwo wyst pienia okrelonego zdarzenia, modyfikacje tych czynników (o ile jest to mo liwe) oraz zneutralizowanie tych, których si nie da wyeliminowa , a zarz dzenie ryzykiem oznacza wybór niezbdnych rodków zapobiegawczych bez zwi kszenia niepotrzebnych wydatków, utrudnie i efektów ubocznych. Jednak e aby móc post powa zgodnie z powy szymi definicjami nale y wszystkie zaka enia monitorowa w sposób ci gły. Monitorowa czyli ujawnia , a z tym mamy ci gle problemy.

Od strony prawnej kwestie kontroli prawidłowo ci oceny ryzyka zaka enia reguluje Rozporz dzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010r. w *sprawie zakresu, sposobu i cz stotliwoci prowadzenia kontroli wewn trznej w obszarze realizacji działa zapobiegaj cych szerzeniu si zaka e i chorób zaka nych*.

Tak e standardy akredytacyjne CMJ z 2009r. wprowadzone obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 2010r. odwołuj si do indywidualnej oceny ryzyka „*W szpitalu powinno opracowa si sposób post powania i izolacji chorych zaka onych i o podwy szonym ryzyku zaka enia z powodu obni onej odporno ci*”.

Z przeprowadzonych analiz wynika, e szpitale, które posiadaj system zarz dzenia jako ci (ISO, akredytacj ...) wykazuj lepsz organizacj i wi ksz efektywno systemów kontroli zaka e szpitalnych.

Ocena ryzyka wynika również z ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta: „Art.9.1 Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (...), rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (...)”

Podsumowując, niezależnie o jakich czynnikach ryzyka będziemy mówić w odniesieniu do pacjenta (takie czynniki ryzyka rozwoju odleżyn, upadków itp.), efekty oceny ryzyka są docelowo bardzo ważne, ponieważ prowadzą do redukcji zdarzeń niepożądanych poprzez podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie zagrożenia.

Małgorzata Tomska
Naczelnia Pielgniarka SP ZOZ w Widnicy

Sprawozdanie z Konferencji „Pielgniarska dokumentacja medyczna” w dniach 28-29.09.2012r. w Lipowej k/ wywa

W dniach 28-29 września 2012r. odbyła się konferencja szkoleniowa poświęcona zasadom prowadzenia dokumentacji pielgniarskiej. Do malowniczo położonego Hotelu Zimnik w Lipowej koło Wywa u podnóża najwyższego wzniesienia Beskidu Śląskiego (Skrzycznego 1257 m n.p.m.) przybyli pielgniarki z całej Polski.

Konferencja zorganizowana została przez Kancelarię Doradczą – Rafał Piotr Janiszewski, twórca idei Kancelarii i zespołów specjalistów z różnych dziedzin, wyszkolonych według jego autorskiej metody szkoleniowej. Popularyzator systemu rozliczania świadczeń w systemie JGP, do wiadomości w pracach legislacyjnych jako ekspert sejmowej komisji zdrowia oraz niezależny doradca. Kancelaria ta jest liderem w szkoleniach szpitali w całej Polsce, prowadzi szkolenia dla **lekarzy**:

- n Jak prawidłowo prowadzić dokumentację medyczną
- n Warsztaty JGP. Jak prawidłowo typować grupę do rozliczenia z NFZ
- n Jak rozliczać, aby uzyskać zwrot poniesionych kosztów **zespołów rozliczeniowych**
- n Strategia produktu finalnego. Jak korzystnie rozliczać świadczenia w ramach JGP
- n Odpowiedzialność za dokumentację medyczną. Warsztaty wypracowujące indywidualne rozwiązania zapewniające kompletność dokumentacji
- n Identyfikacja zasadniczych elementów kosztowych świadczenia a dobór grupy jednorodnej



kadry zarz dzaj cej:

- n Optymalna organizacja wiadcze w zakładach opieki zdrowotnej
- n Wykorzystanie rachunku kosztów do podejmowania decyzji i oceny efektywno ci
- n Konstrukcja produktu finalnego a mo liwo ci rozliczenia wiadcze z NFZ
- n Wdra anie standardów realizacyjno-kosztowych
- n Systemy zarz dzania informacj medyczn w szpitalu

Obecnie rozpocz to szkolenia dla piel gniarek.

W pierwszej cz ci wykładu prowadz cy Rafał Piotr Janiszewski, przedstawił zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w wietle obowi zuj cych przepisów. Szczególn uwag skupił na rozporz dzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. 252, poz. 1697 z pó n. zm.), okre laj cym zakres dokumentów wymaganych podczas hospitalizacji.

Prowadz cy wykazał cisle powi zanie dokumentacji lekarskiej z piel gniarsk . Przedstawiony podczas wykładu schemat procesu tworzenia dokumentacji zawierał obszary wspólne dla wywiadu lekarskiego oraz piel gniarskiego, a wyniki wywiadów ł czył w cało procesu diagnostyczno - terapeutycznego.

W dalszej cz ci wykładów Pan Rafał Piotr Janiszewski omawiał ró ne rozwi zania dokumentowania procesu piel gnacyjnego w hospitalizacji. Podnoszono problem braku standaryzacji w zakresie wzorów druków, wskazuj c jednocze nie potrzeby zmian. Szczególnie oczekiwane były rozwi zania zwi kszaj ce czytelno zapisów oraz procedury tworzenia dokumentów w których wpisów dokonuj zarówno piel gniarki jak i lekarze. Szandarowym przykładem była karta zlece .

Istotnym zagadnieniem poruszonym podczas szkolenia był udział piel gniarki naczelnej w tworzeniu i modyfikowaniu zarz dze reguluj cych zasady i odpowiedzialno za dokumentacj medyczn w szpitalu. Rafał Piotr Janiszewski przedstawiał ró ne rozwi zania, które mog mie swoje odzwierciedlenie w takich regulacjach.

W drugim dniu szkolenia prowadz cy przedstawiał zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, programach terapeutycznych i chemioterapii. Istotn cz ci prezentacji było omówienie druków wymaganych przez NFZ przy dokumentowaniu tych wiadcze . Dopełnieniem wykładu było przedstawienie kluczowych wzorów druków, jakie otrzymano w wersji elektronicznej na płytach CD ([dost pne w OIPIP w Wałbrzychu](#)).

Podczas przerw w wykładach eksperci Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski odpowiadali na pytania, a niejednokrotnie z pyta wywi zywały si ciekawe dyskusje merytoryczne. Piel gniarki wskazywały na zwi kszaj c si odpowiedzialno za dokumentacj medyczn , a nawet za kwestie zwi zane z rozliczeniami z NFZ. Wskazywano na konieczno szkole z zakresu dokumentacji ale równie poszerzenia szkolenia o aspekty zwi zane z organizacj procesu piel gnowania i udziału grupy piel gniarskiej w realizacji wiadcze rozliczanych z NFZ.

Uczestniczki konferencji:
Barbara Konefał i Małgorzata Hrycak

Sprawozdanie **z udziału w szkoleniu dla położnych** **„pozycje wertykalne w I i II okresie porodu”**

W dniach 28-30.09.2012 w Fundacji Rodzi po ludzku w Warszawie odbyło się szkolenie dla położnych „pozycje wertykalne w I i II okresie porodu”. Zajęcia obejmowały wykłady z teorii oraz pokazy praktyczne, oparte na nowoczesnym, prowadzeniu porodu zgodnie ze standardem Ministra Zdrowia, dot. opieki nad kobietą podczas porodu fizjologicznego.

Szkolenie było akredytowane przez Okręgowy Rad Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych jako kurs dokształcający. Był on uzupełnieniem zdobytej wcześniej wiedzy i umiejętności położnych.

Pierwszy dzień szkolenia prowadzony był przez mgr Annę Offinowską psycholog i trenerkę, która przedstawiła nam prowadzenie porodu fizjologicznego w świetle nowego standardu opieki okołoporodowej na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w „sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem” w kontekście stosowania pozycji wertykalnych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Podpisane 23 września 2010 a weszło w życie 7 maja 2011 r. i od tego momentu obowiązuje we wszystkich placówkach opieki okołoporodowej w Polsce.

Celem standardu jest uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności ciąż amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia kroczka, cięcia cesarskiego. W standardzie przyjęto definicję porodu za WHO, gdzie poród normalny uważa się spontaniczny poród niskiego ryzyka w momencie rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu. Noworodek rodzi się w sposób spontaniczny w porodzie główkowym, pomiędzy 37 a 42 tygodniem ciąży. Po porodzie matka i noworodek są w dobrym stanie. Zgodnie ze standardem opieki nad kobietą w fizjologicznej ciąży, porodzie i porożeniu może sprawować lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacji i stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub położna.

Ponadto omówiono prawa pacjenta jako nieodłączny element sprawowania opieki, prowadzenia ciąży i „plan opieki prenatalnej”, „plan porodu” oraz porody pozaszpitalne. Przedstawiono zasady postępowania w trakcie porodu do przestrzegania, których osoba sprawująca opiekę jest obowiązana i powinna:

- przekazać rodzicom pełne informacje dot. stosowania farmakologicznych i niefarmakologicznych sposobów uśmierzania bólu i wspierać rodziców w jej własnym wyborze tych metod oraz respektować jej decyzje w tym zakresie,



- proponowa rodzaj poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu i umożliwiają nadzorowanie płodu.
- wspiera rodzaj w wyborze technik oddechowych i relaksacyjnych oraz masażu,
- zaleca wykorzystanie immersji wodnej oraz relaksacji w wodzie, jako sposobów łagodzenia bólu,
- zachęca rodzaj, aby podczas porodu nieustannie towarzyszyła jej osoba bliska,
- zapewni rodzaj możliwość spożywania przejrzystych płynów,
- respektować decyzje rodzaj oraz dostosować opiekę do jej indywidualnych potrzeb,
- zachować szacunek dla jej prywatności i poczucia intymności.

Ciekawym wykładem był „mechanizm hormonalny porodu”. Warunkiem bezpiecznego dla matki i dziecka porodu jest niezakłócone wydzielanie hormonów. Zwrócono uwagę na fakt, jak mocno na przebieg porodu wpływają warunki zewnętrzne, czyli m.in. miejsce, w którym odbywa się poród i osoby, które towarzyszą kobiecie lub są w jej pobliżu. Do czynników mogących zaburzyć poród należą: hałas, ostre światło, zimno, głośno, obecność obcych osób, nadmierne stosowanie zabiegów medycznych i badanie, unieruchomienie kobiety.

Przypomniano również, jak rolę odgrywają w porodzie najważniejsze hormony:

- **Oxytocyna** - odgrywa kluczową rolę we wszystkich etapach porodu, jak również po urodzeniu dziecka. Wydzielana jest ona pulsacyjnie przez przysadkę mózgową. Produkuje skurcze macicy oraz powoduje odklejenie i urodzenie się łożyska. Hormon ten odpowiada także za uwolnienie pokarmu z piersi. Oxytocyna ma również wpływ na emocje i zachowanie kobiety.
- **Prolaktyna** - nazywana „hormonem macierzy skim” osiąga wysoki poziom już w czasie ciąży. Wraz z urodzeniem łożyska, staje się głównym hormonem odpowiedzialnym za syntezę mleka w piersi i karmienie piersią. Ma ona również wpływ na zachowanie i emocje. Stymuluje zachowanie matki, która opiekuje się dzieckiem i jednocześnie nie gotowa je broni.
- **Endorfiny** - wydzielane są przez przysadkę mózgową. Wywołuje uczucie euforii i przyjemności. Pojawia się w organizmie w sytuacji stresu lub dużego wysiłku, pomaga zmniejszyć nadmierne odczuwanie bólu.
- **Adrenalina** - zwana hormonem „walki i ucieczki” powoduje maksymalną mobilizację organizmu, aby mógł on sprostać sytuacji zagrożenia. Wydzielana jest wówczas, gdy kobieta czuje się zagrożona, pozbawiona intymności i prywatności. W II okresie porodu niezbędna jest do aktywacji wyparcia płodu i dostarczenia matce dużej ilości energii potrzebnej do sprawnego urodzenia dziecka. Po porodzie dzięki niej matka jest przytomna i czujna.

W drugim dziale zajęć prowadzone były przez panią mgr Elżbietę Gryczkę i Jolantę Petersen. Przedstawiły one samodzielnie zawodowe i aspekty prawne położnej na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Jednak wiódłym tematem były pozycje wertykalne, które zaleca się osobom przyjmującym poród, stosować zarówno w I jak i II

okresie porodu. Przynosi one wiele korzyści i rodzącej i ułatwiają jej poród. Wybór pozycji w czasie porodu zależy od osobistych preferencji i potrzeb rodzącej, samopoczucia kobiety i jej dziecka, a także miejsca porodu, podejścia i umiejętności opiekującej się położnej. Na fantomach przedstawiono wady ułożenia rodzącej na wznak. Poród taki odbywa się niezgodnie z działaniem siły grawitacji, zużywa niepotrzebnie sporo energii.

W pozycji na plecach, główka dziecka naciska nierównomiernie na szyjkę macicy, co zmniejsza wydzielanie oksytocyny. Takie ułożenie sprzyja także wystąpieniu zaburzeń hemodynamicznych, wywołanych uciskiem ciarnej macicy na żyłę główną dolną, aortę brzuszną, co może spowodować zmniejszenie przepływu macicznie – łożyskowego, a w następstwie utratę przytomności u matki, zaburzenie tętna płodu. Pozycja na wznak utrudnia rodzącej parcie.

Szeroko omówiono korzyści płynące ze stosowania pozycji wertykalnych:

- zmniejszenie bólu skurczy,
- skrócenie czasu porodu,
- lepsze samopoczucie rodzącej,
- zmniejszenie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe,
- powiększenie wymiarów miednicy kostnej.

Pozycja kuczna umożliwia zwiększenie wymiaru wychodu miednicy o 30%

- pozycja pionowa matki pomaga w dociskaniu główki dziecka do rozszerzającej się szyjki macicy.

Zachęcano położne do przyjmowania porodów w pozycjach wertykalnych:

- pozycja stojąca wyprostowana,
- kuczna,
- klęcząca,
- siedząca, w której podparta jest kończyna i kończyna kulszowa.

Pozycja kuczna - jest najbardziej fizjologiczna. Mogą być w niej pomocne worki ssako. Pozycja ta jest korzystna w II okresie porodu, gdy dziecko znajduje się w kanale rodym lub zaraz po urodzeniu dziecka w pozycji stojącej.

Pozycja siedząca na krześle porodowym - pozwala rodzącej w czasie parcia na kontakt dotykowy i wzrokowy z dzieckiem.

Pozycja kolankowo - łokciowa - pomaga, gdy skurcze są silne i występują wcześnie skurcze partu. Eliminuje ból kręgosłupa i ułatwia zwrot główki w kanale rodym.

Pozycja stojąca - jest najlepszą pozycją przy pieszącej rodzeniu się dziecku, ponieważ wykorzystana jest siła grawitacji.

Pozycja leżąca na boku - pomaga zrotować się główce w kanale rodym. Ta pozycja daje położnej dobry dostęp do kroczu i główki (w tej pozycji jest niski procent powikłań kroczu)

Następnym tematem był poród do wody. Przedstawiono zalety immersji wodnej jako sposobu łagodzenia bólu

- w wodzie kobieta czuje się łatwiej zmienia pozycje ciała,
- minimalizuje rozluźnienie mięśni, co pomaga rodzącej zrelaksować się,
- ciepła woda minimalizuje ból w okolicy krzyżowej i dołu brzucha,
- woda zmniejsza wydzielanie się adrenaliny, a zwiększa wydzielanie endorfin,



- poprawia si ę kr ęenie krwi, dotlenienie łożyska oraz płodu, ponieważ woda powoduje niewielkie rozszerzenie naczy ń krwiono nych oraz niewielki wzrost ci ężenia krwi.

Trzeci dzie ę dotyczył zaburze ń czynno ści skurczowej mi ęśnia macicy, oceny post ępu porodu oraz na fantomie został przypomniany poród w ustawieniu potylicowym tylnym.

Ponadto zdefiniowano dystocj ę barkow ą, przedstawiono czynniki ryzyka wyst ępowania oraz objawy i powikłania.

Po cz ęści teoretycznej prowadzone były zaj ęcia praktyczne na fantomach, prezentacje filmowe oraz dyskusje uczestników.

Dzi ęki uczestnictwie w konferencji wiemy wi ęcej, pogł ębiłyśmy swój wiedz ę zawodow ą oraz wymieniłyśmy do wiadzenia z kolegami, które przyjechały z całego kraju. Zdobyłyśmy wiedz ę, którą chcemy przekaza ć rodz ym kobietom i ułatwi ć im poród, a opieka którą b ędziemy sprawowały nad nimi, b ędzie lepsza i pełniejsza.

*Małgorzata Jamróz
Ewa Tyrka*





POD PARAGRAFEM

Szanowni Państwo -

Kolejny artykuł równie po wi cony jest działalno ci leczniczej. Omówione w nim zostan aspekty dotycz ce warunków jakie piel gniarka/-arz, poło na musi spełni , aby móc wykonywa zawód.

Działalno lecznicza jest działalno ci regulowan w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalno ci gospodarczej. Działalno ci regulowan , zgodnie z definicj powołanej ustawy, jest działalno gospodarcza, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków, okre lonych przepisami prawa.

Podmiot leczniczy jest obowi zany spełnia nast puj ce warunki:

- 1) posiada pomieszczenia lub urz dzenia, odpowiadaj ce wymaganiom okre lonym w art. 22 ustawy;
- 2) stosowa wyroby odpowiadaj ce wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 102, poz. 586);
- 3) zapewnia udzielanie wiadcze zdrowotnych wył cznie przez osoby wykonuj ce zawód medyczny oraz spełniaj ce wymagania zdrowotne okre lone w odr bnych przepisach;
- 4) zawarł w zakresie okre lonym w art. 25 ust. 1 umow ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialno ci cywilnej,
 - b) na rzecz pacjentów z tytułu zdarze medycznych okre lonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - w przypadku podmiotu leczniczego prowadz cego szpital.

Minister wła ciwy do spraw zdrowia, okre lił w drodze rozporz dzenia z dnia 30 lipca 2012 r. w wykonaniu delegacji ustawowej, wykaz wyrobów medycznych w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakres informacji o tych wyrobach, maj c na uwadze potrzeb zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia przebiegu chorób oraz kompensowania skutków obra e lub upo ledze . Zgodnie z rozporz dzeniem zakres informacji o w.w wyrobach, obejmuje:

- 1) adres przedsi biorstwa, w którym znajduje si wyrób medyczny;
- 2) rok produkcji wyrobu medycznego;
- 3) liczb bada albo zabiegów wykonanych przy u yciu wyrobu medycznego w okresie ostatnich 12 miesi cy, z wył czeniem wyrobu medycznego, o którym mowa w pkt 22 zał cznika do rozporz dzenia;
- 4) przewidywany okres eksploatacji wyrobu medycznego, zgodny z zaleceniami wytwórcy.



Pielgniarka wykonujca zawód w ramach działalności leczniczej jako **indywidualny praktyk** obowiązująca następujące warunki:

- 1) posiada prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
 - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielgniarek i położnych,
 - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym rodzajem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerw w wykonywaniu zawodu dłuższymi niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 5) dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiada opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych;
- 6) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

Pielgniarka wykonujca zawód w ramach działalności leczniczej jako **indywidualny specjalistyczny praktyk** obowiązująca:

- 1) spełnia warunki wskazane w zdaniu poprzednim, a dodatkowo
- 2) posiada specjalizację w dziedzinie pielgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Pielgniarka wykonujca zawód w ramach działalności leczniczej jako **indywidualny praktyk lub indywidualny specjalistyczny praktyk** wyłęcznie w miejscu wezwania jest obowiązująca:

- 1) posiada prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
 - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielgniarek i położnych,
 - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym rodzajem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerw w wykonywaniu zawodu dłuższymi niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

- 5) uzyska wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- 6) zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,
- 7) posiada sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta;
- 8) wskazał adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

Pielgniarka wykonująca **indywidualną praktykę pielgniarską wyłącznie w przedsiwzięciu podmiotu leczniczego** na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana:

- 1) posiada prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
 - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielgniarskich i położnictwa lub przepisów o samorządzie pielgniarskim i położniczym,
 - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym rodzajem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu wyłącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 5) uzyskał wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- 6) zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,

W ramach **grupowej praktyki** mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielgniarkę bądź jej współzawodniczkami albo partnerami spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej, po spełnieniu następujących warunków:

- 1) posiadanie prawa wykonywania zawodu;
- 2) posiadanie co najmniej dwuletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
 - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielgniarskich i położnictwa lub przepisów o samorządzie pielgniarskim i położniczym,
 - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym rodzajem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu wyłącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;



- 5) dysponowanie pomieszczeniem, w którym b d udzielane wiadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparatur i sprzęt medyczny oraz posiada opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych;
- 6) zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1,
- 7) posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Pielgniarka wykonująca **indywidualną specjalistyczną praktykę pielgniarską** **wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego** na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki:

- 1) posiada prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być :
 - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielgniarskich i położniczych,
 - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym rodzajem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerw w wykonywaniu zawodu wyłącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 5) uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- 6) zawarła umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.
- 7) posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Miejscem wezwania, o którym mowa powyżej, nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536), zawartym z wolontariuszem. Do wolontariatu stosuje się przepisy działu III ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Studenci zdobywający kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego oraz uczestnicy studiów doktoranckich mogą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach kształcenia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej lub innej uczelni, w której prowadzone jest kształcenie w kierunkach medycznych, pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treść kształcenia.

Pomieszczenia i urz dzenia podmiotu wykonuj cego dziaaln lecznicz odpowiada musz wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej dziaaln ci leczniczej oraz zakresu udzielanych wiadcze zdrowotnych. Wymagania te dotycz w szczegolno ci warunków:

- 1) ogólnoprzestrzennych;
- 2) sanitarnych;
- 3) instalacyjnych.

Zgodnie z ustaw minister wla ciwy do spraw zdrowia, po zasi gni ciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Piel gnarek i Poło nych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, okre li, w drodze rozporz dzenia, szczególowe wymagania, jakim powinny odpowiada pomieszczenia i urz dzenia podmiotu wykonuj cego dziaaln lecznicz , kieruj c si potrzeb zapewnienia bezpiecze stwa zdrowotnego pacjentów, a tak e rodzajem wykonywanej dziaaln ci i zakresem udzielanych wiadcze zdrowotnych.

W wykonaniu tego przepisu Minister Zdrowia w dniu 26 czerwca 2012 r. wydał rozporz dzenie w sprawie szczególowych wymaga , jakim powinny odpowiada pomieszczenia i urz dzenia podmiotu wykonuj cego dziaaln lecznicz (Dz.U.z2012r.poz. 739). Zgodnie z przepisami powołanego rozporz dzenia u yte w rozporz dzeniu okre lenia oznaczaj :

- 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy - pomieszczenie słu ce do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o charakterze zabiegowym;
- 2) izolatka - pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia pacjenta lub grupy pacjentów, chorych na chorob zaka n albo osoby lub grupy osób, podejrzanych o chorob zaka n , w celu uniemo liwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby;
- 3) izba przyj - zespół pomieszcze , w którym:
 - a) przyjmuje si do szpitala,
 - b) wykonuje si dora ne zabiegi,
 - c) udziela si dora nej pomocy ambulatoryjnej;
- 4) pomieszczenie higieniczno-sanitarne - pomieszczenie wyposa one co najmniej w misk ust pow , umywalk , dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z r cznikami jednorazowego u ycia oraz pojemnik na zu yte r czniki;
- 5) pomieszczenie porz dkowe - pomieszczenie słu ce do przechowywania sprz tu stosowanego do utrzymania czysto ci, rodków czysto ci oraz preparatów myj co-dezynfekcyjnych, a tak e do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprz tu stosowanego do utrzymywania czysto ci, wyposa one w zlew z bateri i dozownik ze rodkiem dezynfekcyjnym.

Pomieszczenia i urz dzenia szpitala odpowiadaj , odpowiednio do zakresu udzielanych wiadcze zdrowotnych, szczególowym wymaganiom okre lonym w zał czniku nr 1 do rozporz dzenia. Przepis ten stosuje si odpowiednio do innego ni szpitala przedsi biorstwa, w którym s udzielane stacjonarne i całodobowe wiadczenia zdrowotne.



Wymagania określone dla oddziału stosuje się także do jednostki organizacyjnej szpitala stanowiącej wyodrębnioną część struktury bezoddziałowej, w której są udzielane świadczenia zdrowotne o jednolitym profilu. Szpitalny oddział ratunkowy, o którym mowa w art. 3 pkt 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.), w zakresie nieuregulowanym w przepisach wydanych na podstawie art. 34 tej ustawy, spełnia także wymagania określone powyżej.

Pomieszczenia i urządzenia ambulatorium odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia. Pomieszczenia i urządzenia medycznego laboratorium diagnostycznego i zakładu badań diagnostycznych odpowiadają wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 3 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529, z późn. zm.).

Pomieszczenia i urządzenia szpitala, który udziela wyłącznie świadczeń zdrowotnych z zamiarem świadczenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, zwanego dalej „szpitalem jednodniowym”, odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymaganiom określonym w § 14 i § 16-39 oraz szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, zwanego dalej „centrum”, odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

Pomieszczenia i urządzenia pracowni badań endoskopowych odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

Pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

Pomieszczenia i urządzenia stacji dializ odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

Do pomieszczeń przedsięwzięcia podmiotu leczniczego będącego dysponentem zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczych, działającego na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 14 i § 25 ust. 1 pkt 3. W miejscu stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego znajduje się pomieszczenie higieniczno-sanitarne, wyposażone dodatkowo w natrysk.

Do gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole, działają tego w strukturze podmiotu wykonują tego działają leczniczy, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 27, § 29 oraz § 36. Do gabinetu dentystycznego w szkole, działają tego w strukturze podmiotu wykonują tego działają leczniczy, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 16, § 27, § 29 i § 36.

Do przedsi biorstwa podmiotu leczniczego realizują tego wyłącznie zadania określone w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r. poz. 124) oraz zakładu lecznictwa odwykowego, z wyłącznie czeniem oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, nie stosuje się wymagania określonych w § 18-20, § 26-29, § 40 i § 41.

Pomieszczenia i urządzenia zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2012 r. poz. 651), spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 3 i art. 19 ust. 2 tej ustawy.

Lokale podmiotów wykonujących czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 159 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Wymagania ogólnoprzestrzenne

§ 14.

1. Pomieszczenia podmiotu wykonującego tego działają leczniczy lokalizuje się w samodzielnym budynku albo w zespole budynków.
2. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń podmiotu wykonującego tego działają leczniczy w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitego wyodrębnienia:
 - 1) pomieszczeń szpitala lub innego niż szpital przedsi biorstwa, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne - od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów;
 - 2) ambulatorium, szpitala jednodniowego lub miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego - od innych pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów, z wyłącznie czeniem w złóż komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących z tych komunikacji wewn. trzn. tego przedsi biorstwa.
3. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczenia, w którym jest wykonywana praktyka zawodowa w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia tego pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników lokalu.
4. Pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku.



5. Dopuszcza się lokalizowanie poniżej poziomu terenu urzędowego przy budynku pomieszczenia, o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

§ 15.

Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie.

§ 16.

Kształt i powierzchnia pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.

§ 17.

W budynkach szpitala nie mogą być stosowane zsypy.
Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

§ 18.

Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

§ 19.

Odstopami między łózkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów.

§ 20.

Szerokość pokoju łóżkowego umożliwia wprowadzenie łóżka.

§ 21.

1. Izolatka w szpitalu składa się z:

- 1) pomieszczenia pobytu pacjenta;
- 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta, wyposażonego w:
 - a) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłońmi i dodatkowo w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłońmi, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
 - b) natrysk, z wyłączeniem izolatki w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,
 - c) płuczki -dezynfektor basenów i kaczek - w przypadku stosowania basenów i kaczek wielorazowego użytku,
 - d) urządzenie do dekontaminacji oraz do utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów - w przypadku stosowania basenów i kaczek jednorazowych;
- 3) luzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólnymi drogami komunikacyjnymi.

Przepisu ust. 1 pkt 2 lit. d nie stosuje się w przypadku przeprowadzania dekontaminacji w urządzeniu znajdującym się w innym pomieszczeniu zlokalizowanym na terenie oddziału,

pod warunkiem transportu w szczelnych pojemnikach. Izolatka powinna być wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia w taki sposób, a ciśnienie w izolacie jest niższe niż na korytarzu i w łazie.

§ 22.

Łazienka umywalkowo-fartuchowa powinna być wyposażona w:

- 1) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią;
- 2) dozownik z mydłem w płynie;
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;
- 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- 5) zamknięty pojemnik na brudną bieliznę;
- 6) miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych.

§ 23.

Łazienka szatniowa składa się z:

- 1) szatni brudnej - przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w szafki ubrań z wydzieloną częścią na obuwie;
- 2) szatni czystej (ubieralni) - przeznaczonej do ubierania w czyste ubranie oraz obuwie służące do poruszania się w strefie, do której bierze udział personel, wyposażonej w:
 - a) obuwie nadające się do mycia i dezynfekcji,
 - b) regał na czyste obuwie,
 - c) regał na czyste ubrania;
- 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego znajdującego się pomiędzy szatnią czystą a brudną, wyposażonego dodatkowo w natrysk.

§ 24.

Pokój łazienkowy w oddziale szpitalnym jest wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Przepisu tego nie stosuje się do pokoju wyposażonego w łazienkę umywalkowo-fartuchową lub w żelaznię sanitarną oraz pokój łazienkowy w oddziale psychiatrycznym.

§ 25.

W pomieszczeniach podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydzielają się:

- 1) co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsca do складowania bielizny czystej;
- 2) co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsca do складowania bielizny brudnej;
- 3) co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsce na odpady.

W pomieszczeniu, z wyjątkiem pomieszczenia, w którym wykonywana jest praktyka zawodowa, w którym znajdują się wydzielone miejsca, o których mowa w pkt 1, nie mogą znajdować się wydzielone miejsca, o których mowa w pkt 2 i 3. W szpitalu oraz innym przedsiębiorstwie, w którym są udzielane stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne a także w centrum znajduje się ponadto co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe. W ambulatorium wydzielają się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe lub miejsce służące do przechowywania środków czystości



oraz preparatów myj co-dezynfekcyjnych.

§ 26.

Przestrze ładunkowa rodków transportu ywno ci, bielizny, odpadów, brudnych narz dzi i sprz tu do dekontaminacji, z wył czeniem opakowa jednorazowych, jest przestrzeni zamkni t , odpowiednio do rodzaju ładunku. Przestrze ładunkowa rodków transportu zwłok jest przestrzeni zamkni t . rodki transportu, o których mowa powy ej, s wykonane z materiałów umo liwiaj cych ich mycie i dezynfekcj .

§ 27.

Meble w pomieszczeniach podmiotu wykonuj cego działalno lecznicz umo liwiaj ich mycie oraz dezynfekcj . Przepisu tego nie stosuje si do mebli w pomieszczeniach administracyjnych i socjalnych, do mebli w poradniach i gabinetach podmiotów wykonuj cych wiadczenia z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzale nie oraz w pomieszczeniach, o których mowa w § 14 ust. 3.

§ 28.

W szpitalu i innym ni szpital przedsi biorstwie, w którym s udzielane stacjonarne i całodobowe wiadczenia zdrowotne inne ni szpitalne, zapewnia si co najmniej jedno pomieszczenie porz dkowe umo liwiaj ce dodatkowo mycie i dezynfekcj rodków transportu.

Wymagania ogólnobudowlane

§ 29.

1. Podłogi wykonuje si z materiałów umo liwiaj cych ich mycie i dezynfekcj .
2. Poł czenie cian z podłogami jest wykonane w sposób umo liwiaj cy jego mycie i dezynfekcj .
3. Przepisów powy szych nie stosuje si do pomieszcze administracyjnych i socjalnych, poradni i gabinetów podmiotów wykonuj cych wiadczenia z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzale nie oraz sal kinezyterapii.

§ 30.

Pomieszczenia i urz dzenia wymagaj ce utrzymania aseptyki i wyposa enie tych pomieszcze powinny umo liwia ich mycie i dezynfekcj .

§ 31.

W przypadku konieczno ci zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwy szonych wymaganiach higienicznych, w szczególno ci w salach operacyjnych i porodowych, pokojach łó kowych przystosowanych do odbioru porodu, pokojach łó kowych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, salach pooperacyjnych, salach oparzeniowych oraz w pomieszczeniach przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum, sufity te s wykonane w sposób zapewniaj cy szczelno powierzchni oraz umo liwiaj cy ich mycie i dezynfekcj .

§ 32.

Szeroko drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łóżkach, umożliwiają ten ruch.

O wietlenie

§ 33.

W pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego.

§ 34.

W przypadku nadmiernego natężenia wietlenia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne.

§ 35.

W salach operacyjnych i pomieszczeniach diagnostyki obrazowej stosuje się wyłącznie oświetlenie elektryczne. W przypadku gdy nie stanowi to utrudnienia przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, dopuszcza się zastosowanie w pomieszczeniach, o których mowa w zdaniu poprzednim, oświetlenia dziennego.

Wymagania dotyczące instalacji

§ 36.

Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, z wyposażeniem pomieszczenia, w których odbywa się badanie za pomocą rezonansu magnetycznego, wyposaża się w:

- 1) co najmniej jedną umywalkę z baterią ciepłej i zimnej wody;
- 2) dozownik z mydłem w płynie;
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
- 4) pojemnik z rękawicami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte rękawiczki.

Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalk, wyposaża się w zlew z baterią, lecz nie ma to zastosowania, gdy stanowiska mycia ręk personelu oraz narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia są zorganizowane w oddzielnym pomieszczeniu, do którego narzędzia i sprzęt są przenoszone w szczelnych pojemnikach oraz w przypadku gdy mycie i sterylizacja są przeprowadzane w innym podmiocie.

§ 37.

W blokach operacyjnych, izolatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń.

§ 38.

W salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, w których podtlenek azotu jest stosowany do znieczulenia, nawiew powietrza odbywa się z górnego, a wyciąg powietrza w 20%



gór i w 80% dołem i zapewnia nadcinienie w stosunku do korytarza; rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.

§ 39.

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Dokonanie tych czynności wymaga udokumentowania.

§ 40.

Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę zapewnia co najmniej jej 12-godzinny zapas.

§ 41.

Rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną jest agregat prądowładcy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania.

Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zwanego dalej "rejestrem", zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko, nazwisko albo firmę;
- 2) adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) formę organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) nazwę przedsiębiorstwa, oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 8) numer REGON;
- 9) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 10) dane podmiotu tworzącego - w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorstwem.

Nazwa przedsiębiorstwa nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego. Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści: "Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znam i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654)."

O wiadczenie powyższe zawiera ponadto:

- 1) imię i nazwisko, nazwa albo firma wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;
- 2) oznaczenie miejsca i dat złożenia o wiadczenia;
- 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Do wniosku dołączają się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, z zastrzeżeniem art. 25 ust. 3 ustawy.

Dokumentem potwierdzającym spełnienie wymagań dla pomieszczenia i urządzeń jest, wydawana w drodze decyzji administracyjnej, opinia właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Pielgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr tj. okręgowej radzie pielgniarek i położnych właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko pielgniarki;
- 2) numer dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielgniarki;
- 3) form działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwania i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
- 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje.

Pielgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupowopraktyk w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wnioski zawierające następujące dane:

- 1) list pielgniarek stron umowy spółki cywilnej, wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;
- 2) dane, o których mowa powyżej w pkt 2-7;
- 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru, z zastrzeżeniem poniższego przypadku.

Organ prowadzący rejestr dokonuje wpisu do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem, a jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w tym terminie, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.

Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:

- 1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru - w przypadku lekarza lub pielęgniarki,
- 2) 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 - w przypadku podmiotu leczniczego - zaokrąglonej w górę do pełnego złotego.

Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości w opłaty. Wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Opłaty, o których mowa powyżej stanowią przychód właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych - w przypadku opłat pobieranych od praktyk zawodowych pielęgniarek.

Organ prowadzący rejestr nadaje podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom lub komórkom organizacyjnym tego przedsiębiorstwa resortowe kody identyfikacyjne, zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) system resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - 2) szczegółowy sposób nadawania kodów, o których mowa w pkt 1
- uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej identyfikacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rejestrze.

Rejestr prowadzi się w systemie teleinformatycznym. Podmiotem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego rejestru jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Sposób prowadzenia rejestru i funkcjonowania systemu teleinformatycznego określają przepisy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

W przypadku podmiotu leczniczego do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

- 1) oznaczenia podmiotu leczniczego:
 - a) firm, nazw albo imi i nazwisko,
 - b) adres podmiotu,
 - c) numer REGON,
 - d) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 2) dane podmiotu tworzącego - w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) form organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) dane dotyczące struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 7) data wpisu do rejestru;
- 8) data zmiany wpisu do rejestru;
- 9) data i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
- 10) miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego;
- 11) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
- 12) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111;
- 13) informacje, o których mowa w art. 25 ust. 3.

W przypadku praktyki zawodowej do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

- 1) oznaczenia lekarza lub pielęgniarki:
 - a) imi i nazwisko,
 - b) imiona i nazwiska współników spółki - w przypadku spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej lekarzy albo pielęgniarek lub położnych,
 - c) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP),
 - d) adres do korespondencji,
 - e) posiadane specjalizacje,
 - f) numer dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa wykonywania zawodu;
 - 2) oznaczenie rodzaju praktyki;
 - 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwania i przechowywania dokumentacji medycznej;
 - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 5) data wpisu do rejestru;
 - 6) data zmiany wpisu do rejestru;
 - 7) data i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
 - 8) miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakazania działalności leczniczej przez lekarza lub pielęgniarkę;
 - 9) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
-

10) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111;

11) informacje, o których mowa w art. 25 ust. 3.

Organ prowadzi cy rejestr udost pnia systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w przepisach o systemie informacji w ochronie zdrowia, dane obj te wpisem do rejestru.

Podmiot wykonuj cy działalno lecznicz , wpisany do rejestru jest obowi zany zgłasza organowi prowadz cemu rejestr wszelkie zmiany danych obj tych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku niezgłoszenia w.w zmiany danych obj tych rejestrem w terminie, organ prowadzi cy rejestr mo e, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonuj cy działalno lecznicz kar pieni n w wysokości do dziesiokrotnego minimalnego wynagrodzenia za prac okre lonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za prac . Decyzji nadaje si rygor natychmiastowej wykonalno ci. W przypadku praktyk zawodowych piel gniarek uchwał w sprawie nałożenia kary pieni nej podejmuje wła ciwa okr gowa rada piel gniarek i poło nych. Do uchwał tych, stosuje si przepisy Kodeksu post powania administracyjnego dotycz ce decyzji administracyjnych. Organem wy szego stopnia w sprawach nałożenia kary pieni nej jest minister wła ciwy w sprawach zdrowia.

Kar pieni n uiszcza si w terminie 14 dni od dnia dor czenia decyzji administracyjnej.

Przy ustalaniu wysokości kary pieni nej organ prowadzi cy rejestr jest obowi zany uwzględnić rodzaj i wag stwierdzonych narusze .

Kara pieni na podlega egzekucji w trybie przepisów o post powaniu egzekucyjnym w administracji.

§Ordynacja podatkowa dotycz ce terminu przedawnienia zobowi za podatkowych oraz odsetek od tych zobowi za . Na decyzj w sprawie kary pieni nej przysługuje skarga do s du administracyjnego.

Organ prowadzi cy rejestr odmawia wnioskodawcy wpisu do rejestru, w przypadku gdy:

- 1) wydano prawomocne orzeczenie zakazuj ce wnioskodawcy wykonywania działalno ci obj tej wpisem;
- 2) podmiot wykonuj cy działalno lecznicz wykre lono z rejestru na podstawie ust. 2 pkt 1, 3 lub 4 w okresie 3 lat poprzedzaj cych złoż enie wniosku;
- 3) wnioskodawca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 17 ust. 1, art. 18 albo art. 19.

Wpis do rejestru podlega wykre leniu w przypadku:

- 1) złoż enia o wiadczenia, o którym mowa w art. 100 ust. 2, niezgodnego ze stanem faktycznym;
- 2) wydania prawomocnego orzeczenia zakazuj cego podmiotowi wykonuj cemu działalno lecznicz wykonywania działalno ci obj tej wpisem do rejestru;

- 3) ra tego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności obj tej wpisem;
- 4) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, o których mowa w art. 112 ust. 7 pkt 2;
- 5) złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru;
- 6) bezskutecznego upływu terminu podjęcia działalności wyznaczonego przez organ prowadzący rejestr, nie dłużej niż 3 miesiące, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą w terminie 3 miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności;
- 7) wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z przyczyn określonych w art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039) - w przypadku praktyk zawodowych.

W przypadkach, o których mowa w pkt 1, 3 i 4, wykreślenie z rejestru następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr o zakazie wykonywania działalności obj tej wpisem do rejestru. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, który wykreślono z rejestru na podstawie pkt 1, 3 lub 4, może uzyskać ponowny wpis do tego rejestru nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wykreślenia z rejestru.

Organ prowadzący rejestr, dokonuje zmiany wpisu do rejestru polegającej na wykreśleniu przedsiębiorstwa w przypadkach, o których mowa w pkt 3 i 4, dotyczących wyłącznie tego przedsiębiorstwa. Przepis ten stosuje się wyłącznie w odniesieniu do podmiotu leczniczego prowadzącego wyłącznie jedno przedsiębiorstwo. Zmiana ta następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Do decyzji w sprawie odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych.

W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwał w sprawach, o których mowa w zdaniu poprzednim, podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

Organem wyższego stopnia w sprawach odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, dostosowuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań **do dnia 31 grudnia 2016 r.**

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr program dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, **w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r.**, zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej.

Organy prowadzące dotychczasowe rejestry praktyk pielęgniarek i położnych prowadziły te rejestry na dotychczasowych zasadach do dnia 31 grudnia 2011 r.. Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej dostosuj swój działalność do przepisów ustawy w terminie **do dnia 31 grudnia 2012 r.**

Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zachowują dotychczasowe uprawnienia bez konieczności odbycia specjalizacji.

Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy rozpoczęły specjalizację zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1, kontynuują ją na podstawie dotychczasowych przepisów.

W okresie 4 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy mogą być rozpoczynane nowe specjalizacje mające na celu uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1.

Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy rejestruje:

- 1) zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1 ustawy,
- 2) indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk lekarskich,
- 3) indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych

- stają się rejestrem.

Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy wpisy w rejestrach, o których mowa powyżej, stają się wpisami w rejestrze.

Do dnia 31 grudnia 2012 r. podmiot wykonujący działalność leczniczą dokona zmian wpisów w rejestrze w zakresie wynikającym z niniejszej ustawy. Wnioski o zmianę wpisów są wolne od opłat.

Radca prawny - mgr Ewa Supro -Walenta
- mgr Dorota Pakuła



PIEL GNIARKA, POŁO NA PYTA PRAWNIK ODPOWIADA

Jak powinnam mie naliczane i opłacane wypracowane nadgodziny pracy w przypadku zatrudnienia na umow o prac w systemie jednoczmianowym- na czas nieokre lony, obowi zuj cy czas rozliczenia- 3 m-ce.

W odpowiedzi na Pani zapytanie- wyja niam, co nast puje zgodnie z przepisami kodeksu pracy (przy zało eniu, e nie jest Pani pracownikiem o jakim mowa w art. 96 i nast ustawy o działalno ci leczniczej)

Art. 151.

§ 1. Praca wykonywana ponad obowi zuj ce pracownika normy czasu pracy, a tak e praca wykonywana ponad przedłu ony dobowy wymiar czasu pracy, wynikaj cy z obowi zuj cego pracownika systemu i rozkładu czasu pracy, stanowi prac w godzinach nadliczbowych. Praca w godzinach nadliczbowych jest dopuszczalna w razie:

- 1) konieczno ci prowadzenia akcji ratowniczej w celu ochrony ycia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub rodowiska albo usuni cia awarii,
- 2) szczególnych potrzeb pracodawcy.

§ 2. Przepisu § 1 pkt 2 nie stosuje si do pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których wyst puj przekroczenia najwy szych dopuszczalnych st e lub nat e czynników szkodliwych dla zdrowia.

§ 3. Liczba godzin nadliczbowych przepracowanych w zwi zku z okoliczno ciami okre lonymi w § 1 pkt 2 nie mo e przekroczy dla poszczególnego pracownika 150 godzin w roku kalendarzowym.

§ 4. W układzie zbiorowym pracy lub w regulaminie pracy albo w umowie o prac , je eli pracodawca nie jest obj ty układem zbiorowym pracy lub nie jest obowi zany do ustalenia regulaminu pracy, jest dopuszczalne ustalenie innej liczby godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym ni okre lona w § 3.

§ 5. Strony ustalaj w umowie o prac dopuszczaln liczb godzin pracy ponad okre lony w umowie wymiar czasu pracy pracownika zatrudnionego w niepełnym wymiarze czasu pracy, których przekroczenie uprawnia pracownika, oprócz normalnego wynagrodzenia, do dodatku do wynagrodzenia, o którym mowa w art. 151 § 1.

Art. 151(1).

§ 1. Za prac w godzinach nadliczbowych, oprócz normalnego wynagrodzenia, przysługuje dodatek w wysoko ci:

- 1) 100% wynagrodzenia - za prac w godzinach nadliczbowych przypadaj cych:
 - a) w nocy,
 - b) w niedziele i wi ta nieb d ce dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowi zuj cym go rozkładem czasu pracy,
 - c) w dniu wolnym od pracy udzielonym pracownikowi w zamian za prac w niedziel lub w

wi to, zgodnie z obowiązującym rozkładem czasu pracy,
2) 50% wynagrodzenia - za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w każdym innym dniu niż określony w pkt 1.

§ 2. Dodatek w wysokości określonej w § 1 pkt 1 przysługuje także za każdą godzinę pracy nadliczbowej z tytułu przekroczenia przeciwnej tygodniowej normy czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, chyba że przekroczenie tej normy nastąpiło w wyniku pracy w godzinach nadliczbowych, za które pracownikowi przysługuje prawo do dodatku w wysokości określonej w § 1.

§ 3. Wynagrodzenie stanowi podstawę obliczania dodatku, o którym mowa w § 1, obejmuje wynagrodzenie pracownika wynikające z jego osobistego zaszerzowania określonego stawek godzinowych lub miesięcznych, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60% wynagrodzenia.

§ 4. W stosunku do pracowników wykonujących stale pracę poza zakładem pracy wynagrodzenie wraz z dodatkiem, o którym mowa w § 1, może być zastąpione ryczałtem, którego wysokość powinna odpowiadać przewidywanemu wymiarowi pracy w godzinach nadliczbowych.

Art. 151(2).

§ 1. W zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych pracodawca, na pisemny wniosek pracownika, może udzielić mu w tym samym wymiarze czasu wolnego od pracy.

§ 2. Udzielenie czasu wolnego w zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych może nastąpić także bez wniosku pracownika. W takim przypadku pracodawca udziela czasu wolnego od pracy, najpóźniej do końca okresu rozliczeniowego, w wymiarze o połowę większym niż liczba przepracowanych godzin nadliczbowych, jednak nie może to spowodować obniżenia wynagrodzenia należnego pracownikowi za pełny miesięczny wymiar czasu pracy.

§ 3. W przypadkach określonych w § 1 i 2 pracownikowi nie przysługuje dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych.

Art. 151(3).

Pracownikowi, który ze względu na okoliczności przewidziane w art. 151 § 1 wykonywał pracę w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciwieństwie do codziennego tygodniowego, przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy udzielony pracownikowi do końca okresu rozliczeniowego, w terminie z nim uzgodnionym.

Art. 151(4).

§ 1. Pracownicy zarządzający w imieniu pracodawcy zakładem pracy i kierownicy wyodrębnionych komórek organizacyjnych wykonują, w razie konieczności, pracę poza normalnymi godzinami pracy bez prawa do wynagrodzenia oraz dodatku z tytułu pracy w godzinach nadliczbowych, z zastrzeżeniem § 2.

§ 2. Kierownikom wyodrębnionych komórek organizacyjnych za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w niedzielę i w to przysługuje prawo do wynagrodzenia oraz dodatku z tytułu pracy w godzinach nadliczbowych w wysokości określonej w art. 151 § 1, jeżeli w zamian za pracę w takim dniu nie otrzymali innego dnia wolnego od pracy.

Art. 151(5). [Dy ur]

§ 1. Pracodawca może zobowiązać pracownika do pozostawiania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (dy ur).

§ 2. Czasu dy uru nie wlicza się do czasu pracy, jeżeli podczas dy uru pracownik nie wykonywał pracy. Czas pełnienia dy uru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku, o którym mowa w art. 132 i 133.

§ 3. Za czas dy uru, z wyjątkiem dy uru pełnionego w domu, pracownikowi przysługuje czas wolny od pracy w wymiarze odpowiadającym długości dy uru, a w razie braku możliwości udzielenia czasu wolnego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaseregowania, określonego stawek godzinowych lub miesięcznych, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60% wynagrodzenia.

§ 4. Przepisy § 2 zdanie drugie oraz § 3 nie stosuje się do pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy.

radca prawny
mgr Ewa Supro -Walenta



Czasem odchodzą nasze Anioły
I nagle w miejscu staje czas
A z nimi często nas odchodzi
I wielki smutek marszczy twarz

Z głębi białym alembem zawiadamiamy, że
odeszła od nas na zawsze nasza Koleżanka,
pielęgniarka

Elbieta Mikuczevska

Sekretarz Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
III kadencji – rok 1999- 2003

Składamy najbliższej rodzinie
i znajomym wyrazy współczucia

Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu



