BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 1/2016 **KWARTALNIK ISNN 1426-0573**

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ELBLĄGU

BIULETYN INFORMACYJNY OIPiP w ELBLĄGU
wydawany przez naszą izbę jest oficjalnym pismem samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.
Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków samorządu.

WYDAWCA:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Elblągu
ul. Morcinka 10 B, 82-300 Elbląg
tel. 55 233-98-79, fax. 55 235-53-93

Adres poczty elektronicznej: **izbaelb@wp.pl**

Adres poczty elektronicznej Działu Szkoleń przy OIPiP w Elblągu: **szkolenia.izbaelb@wp.pl**

Adres poczty elektronicznej Redakcji Biuletynu: **izbaelb.redakcja@wp.pl**

Strona internetowa: **www.oipip.elblag.pl**

Konto bieżące OIPiP: **Bank Millennium Oddział Elbląg, Nr 04116022020000000050258566**

Informacji na temat realizacji zadań samorządu i działalności Okręgowej Izby udzielają:
mgr Halina NOWIK – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Dyżury w biurze izby:
- wtorki godz. 7.00 – 17.00
- środy godz. 7.00 – 11.00
- czwartki godz. 7.00 – 9.00

Elżbieta FAŁKOWSKA – Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Dyżury w biurze izby:
- wtorki godz. 15.00 – 17.00

mgr Zofia KASPROWICZ– Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Dyżury w biurze izby:
- wtorki godz. 15.00 – 17.00
- środy godz. 15.00 – 17.00

mgr Grażyna ONOSZKO-PÓŁTORAK – Skarbnik Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Dyżur w biurze izby: - wtorki w godz. 15.00 – 17.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Elblągu
mgr Regina ZIMNOCH wraz z Zastępcami ORzOZ pełni dyżur w biurze izby przyjmując interesantów **w każdy pierwszy i trzeci wtorek miesiąca w godz. 15.00 – 16.00**

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Elblągu
mgr Bożena MACHURA wraz z Wiceprzewodniczącą OSPiP **Grażyną CHOIŃSKA** pełnią dyżur w biurze izby przyjmując interesantów **w każdy ostatni wtorek miesiąca w godz. 15.30-16.30**

Biuletyn redaguje Komisja Redakcyjna w składzie: Przewodnicząca – **Małgorzata Uścinowicz**, Członkowie: Barbara Kardasz, Monika Kaśkiewicz, Regina Kowalczyk, Regina Zimnoch.

Redakcja Biuletynu Informacyjnego nie ponosi odpowiedzialności za treść zamieszczanych ogłoszeń.

W NUMERZE

1. SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ ORPiP w ELBLAGU…

2. VII KRAJOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – Relacja z obrad

3. Z PRAC NRPIP…

4. AKTUALNOŚCI PRAWNE

5. WARTO WIEDZIEĆ…

6. CO SŁYCHAĆ W IZBIE…

7. KALENDARIUM

8. KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

9. PODZIĘKOWANIA, GRATULACJE, JUBILEUSZE

10. POŻEGNANIA…

11. KOMUNIKATY I OGŁOSZENIA

„…Być pielęgniarką, położną to zaszczyt.”

C.K. Meador

XXV – lecie

samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

Elbląg, 12 maja 2016 r.

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ ORPiP

Szanowni Państwo!
Pielęgniarki, Pielęgniarze, Położne!

VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych wyłonił członków nowych naczelnych organów samorządu zawodowego.
Wybrano nowego lidera – Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została Zofia Małas. Wieloletnia działaczka samorządowa i związkowa. Składamy serdeczne gratulacje! Liczymy na to,że ogromne doświadczenie, wiedza i umiejętności pomogą w pełnieniu funkcji tak znaczącej dla całego środowiska pielęgniarek i położnych.

VII kadencja samorządu zawodowego stawia przed nami ogromne wyzwania. Trzeba dołożyć wszelkich starań, aby zakończyć rozpoczęte działania zmierzające do poprawy warunków naszej pracy i płacy. Dotychczasowe osiągnięcia, porozumienia, wzrost płac, są jeszcze dalekie od oczekiwań członków samorządu. Ogromna część naszych koleżanek i kolegów, pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych nie została jeszcze objęta jakimkolwiek wzrostem wynagrodzeń. O poprawie warunków pracy jeszcze nie słychać wcale.

Ważnym zadaniem dla samorządu w najbliższym czasie jest walka o zachowanie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych, możliwości prowadzenia własnych podmiotów leczniczych, samodzielnego kontraktowana świadczeń zdrowotnych. Priorytetem są nadal normy zatrudnienia, stały wzrost płac, rzetelna wycena świadczeń pielęgniarskich oraz określenie szczegółowych kompetencji zawodowych zgodnych z uzyskiwaną wiedzą i umiejętnościami w procesie kształcenia przed i podyplomowego.

Szanowne Koleżanki i Koledzy!
Zachęcam do lektury biuletynu informacyjnego, w którym prezentujemy aktualności z prac Naczelnej Rady oraz Okręgowej Izby, ważne opinie i stanowiska dotyczące wykonywania zawodu. Chcemy aby biuletyn spełniał Państwa oczekiwania, dlatego zachęcamy także do włączenia się we współtworzenie naszego kwartalnika. Prosimy o nadsyłanie swoich publikacji, relacji z ważnych wydarzeń zawodowych.
Można kierować do nas pytania dotyczące wykonywania zawodu i propozycje tematów artykułów. Komisja Redakcyjna postara się pozyskać stosowne opinie specjalistów i konsultantów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa. Będziemy je publikować na naszej stronie internetowej i w kolejnych numerach biuletynu.

Z okazji zbliżających się Świąt Wielkiej Nocy życzę Państwu, Koleżankom i Kolegom, aby te święta wzmocniły naszą wiarę, podniosły na duchu i napełniły serca nadzieją. Niech Zmartwychwstanie Pańskie stanie się dla nas wszystkich czasem radości i szczęścia.

Halina Nowik
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Elblągu

Relacja z obrad

mgr Regina Zimnoch

W dniach 18-20 stycznia 2016 r. w Hotelu" Gromada, w Warszawie odbył się VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Elblągu reprezentowali delegaci: **Halina Nowik** i **Regina Zimnoch**. Zjazd otworzyła Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VI kadencji dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, która powitała gości zaproszonych i licznie przybyłych delegatów.

Kolejnym punktem Zjazdu było wręczenie odznaczeń samorządowych (złotych, srebrnych, brązowych) przyznanych na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych koleżankom i kolegom za szczególne osiągnięcia na rzecz samorządu zawodowego. Przewodnicząca ORPiP w Elblągu Halina Nowik otrzymała srebrną odznakę samorządową. Spośród wielu gości zaproszonych na VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych przybyli:

- Minister Zdrowia dr Konstanty Radziwiłł , który w swoim wystąpieniu zapewnił o współpracy ze środowiskiem pielęgniarek i położnych, dziękował za owocną pracę i zapewnił że postanowienia poprzedniej władzy będą kontynuowane i utrzymane w mocy
- Przewodnicząca OZZPIP Pani Lucyna Dargiewicz
- Prezes I kadencji NRPiP Urszula Krzyżanowska-Łagowska
- Prezes IV i V kadencji NRPiP Elżbieta Buczkowska
- Prezes i Przewodniczący Klubu Parlamentarnego PSL Władysław Kosiak-Kamysz były Minister Pracy Polityki Społecznej, który podziękował środowisku za współpracę szczególnie na rzecz osób starszych
- Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Beata Cholewka
- Dyrektor Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych dr Barbara Kot-Doniec
- Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dr Grażyna Wójcik

oraz przedstawiciele samorządów zawodowych zaufania publicznego:

- Naczelnej Rady Lekarskiej
- Naczelnej Rady Aptekarskiej
- Krajowej Rady Doradców Podatkowych
- Polskiej Izby Inżynierów Budowlanych
- Naczelnej Rady Adwokatów

Wszyscy zaproszeni goście życzyli udanych obrad i trafnych wyborów wielu sukcesów w realizacji ustawowych zadań a przede wszystkim deklarowali współpracę z samorządem.

Po części oficjalnej rozpoczęto część roboczą .Zjazd dokonał wyboru Prezydium oraz Komisji Zjazdowych. W zjeździe uczestniczyło 343 delegatów a obradom przewodniczył Sebastian Irzykowski delegat OIPiP w Słupsku. Po przedstawieniu sprawozdań kadencyjnych organów Naczelnej Izby i głosowaniu nad absolutorium dla ustępującej Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przystąpiono do wyborów Prezesa NIPiP i Przewodniczących poszczególnych organów.

W drodze głosowania na **Prezesa NIPiP** VII kadencji została wybrana Pani **Zofia MAŁAS.**

Natomiast **Przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej** wybrana została Pani **Kamilla GÓLCZ, Przewodniczącą Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych** została Pani **Beata ROZNER,**

Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych została Pani **Grażyna ROGALA-PAWELCZYK.**

Pełen skład członków poszczególnych organów na stronie NIPiP i OIPiP w Elblągu.

VII Krajowy Zjazd jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych przedstawił priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się VII kadencję.

Dotyczyły one kształcenia przeddyplomowego :

- utrzymania kształcenia dwustopniowego - studia I i II stopnia
- pielęgniarstwo i położnictwo kształcenie na zasadach kierunków zamawianych
- określenia minimalnej liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa w nawiązaniu do potrzeb społecznych; starzejącego się społeczeństwa i coraz mniejszej liczby chętnych do nauki zawodu
- monitorowanie dalszych losów absolwentów przy współpracy uczelni i samorządu zawodowego

Kształcenia podyplomowego:

- określenie standardy ścieżki rozwoju zawodowego
- określenie kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych form kształcenia
- wskazanie uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych menadżerskich ,naukowych w aktach prawnych (zapisy w programach kursu nie przekładają się na uprawnienia w praktyce)
- wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego
- opracowanie zmian do przepisów prawnych dotyczących zwolnienia pielęgniarek i położnych z opłat podatkowych od kształcenia podyplomowego

Punkt dotyczący stabilizacji warunków wykonywani zawodu pielęgniarki i położnej wywołał wśród delegatów ożywioną dyskusję co spowodowała przyjęcie następujących zapisów.

- Opracowanie i wydanie opisów stanowisk pracy dla pielęgniarki i położnej.
- Opracowanie i wdrożenie standardu kompetencji pielęgniarskiej i położniczej menedżerskiej kadry kierowniczej na poszczególnych szczeblach zarządzania.
- Określenie i wprowadzenie w drodze legislacji poziomów wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych począwszy od płacy minimalnej do poziomów zależnych od posiadanych kwalifikacji.
- Określenie, w aktach prawnych, liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych jako bezwzględnego kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.
- Opracowanie, wdrożenie i ewaluacja standardów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.
- Zintegrowanie działań samorządu zawodowego, PTP oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa i poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa w zakresie rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, poprawy jakości kształcenia, podniesienia prestiżu zawodów oraz poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.
- Zintegrowanie współpracy samorządu zawodowego ze stowarzyszeniami i towarzystwami zawodowymi.

Do realizacji przepisów Uchwały nr 21 dotyczącej programu samorządu na okres VII kadencji zobowiązane się organy samorządu zawodowego.

Kolejnym punktem części roboczej VII Krajowego Zjazd była dyskusja nad projektem uchwały dotyczącej wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału. Zaproponowany projekt uchwały wywołał bardzo burzliwą dyskusję wśród delegatów co jednak pozwoliło wypracować kompromis i przyjąć Uchwałę nr 22 pełna jej treść w załączeniu.

Do Komisji Uchwał i Wniosków wpłynęły liczne wnioski i apel między innymi wniosek o powołane rzecznika praw pielęgniarki i położnej, czy określenie minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla pielęgniarek i położnych.

Po trzech dniach burzliwych dyskusji, pełnych emocji wyborów VII Krajowego Zjazd dobiegł końca.

Nadchodzące lata dla samorządu, jak określiła Prezes Zofia Małas będzie to czas wytężonej praca nad uregulowaniem obsad pielęgniarskich, wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz określenia kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych.

Zdaniem nowowybranej Pani Prezes NRPiP dewizą nadchodzących lat winien być dialog a najlepszą formą współpracy porozumienia, zarówno w kontaktach ze środowiskiem samorządowym jak i innymi jednostkami z którymi przyjdzie współpracować nowo wybranym władzom.

Delegatki Regina Zimnoch oraz Halina Nowik wraz z Prezes NRPiP VI kadencji , NRzOZ VII kadencjidr Grażyną Rogala-Pawelczyk

VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Uchwała nr 21
VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 20 stycznia 2016 r.

w sprawie programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres VII kadencji

Na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, obradujący w dniach 18-20 stycznia 2016 r. w Warszawie, jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, przedstawia niniejszym priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. Kształcenie przeddyplomowe

1. Określenie minimalnej liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w kontekście potrzeb społecznych w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej.
2. Utrzymanie kształcenia dwustopniowego – studia I i II stopnia.
3. Kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na zasadach kierunków zamawianych.
4. Wdrożenie i realizacja skróconego toku kształcenia licencjata pielęgniarstwa do dyplomu licencjata położnictwa (zgodnie z zapisami obowiązującej Dyrektywy UE).
5. Monitorowanie losów absolwentów w ramach współpracy uczelni z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.
6. Współpraca samorządu zawodowego i uczelni wyższych z podmiotami leczniczymi w zakresie udziału tych podmiotów w optymalizacji kształcenia praktycznego pielęgniarek i położnych.

II. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

1. Opracowanie i wdrożenie standardu ścieżki rozwoju zawodowego.
2. Określenie kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień

do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych (gdyż zapis w programach kursów nie przekłada się na uprawnienia w praktyce).
3. Wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego.
4. Wprowadzenie mechanizmów weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne.
5. Wdrożenie systemu akredytacji podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
6. Opracowanie zmian do przepisów prawnych dotyczących zwolnienia pielęgniarek i położnych z opłat podatkowych od kształcenia podyplomowego.

III.Stabilizacja warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

1. Opracowanie i wydanie opisów stanowisk pracy dla pielęgniarki i położnej.
2. Opracowanie i wdrożenie standardu kompetencji pielęgniarskiej i położniczej menedżerskiej kadry kierowniczej na poszczególnych szczeblach zarządzania.
3. Określenie i wprowadzenie w drodze legislacji poziomów wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych począwszy od płacy minimalnej do poziomów zależnych od posiadanych kwalifikacji.
4. Określenie, w aktach prawnych, liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych jako bezwzględnego kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.
5. Opracowanie, wdrożenie i ewaluacja standardów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.
6. Zintegrowanie działań samorządu zawodowego, PTP oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa i poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa w zakresie rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, poprawy jakości kształcenia, podniesienia prestiżu zawodów oraz poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.
7. Zintegrowanie współpracy samorządu zawodowego ze stowarzyszeniami i towarzystwami zawodowymi.

§ 2. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu	Przewodniczący Zjazdu
Andrzej Tytuła	Sebastian Irzykowski

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22
VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.
2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);
2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.*
3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.
6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,

7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.

8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych **4%** sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgowa izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

*dotyczy osób niewykonujących zawodu , które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. , poz. 1435, ze zm.) informują OIPiP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

Nowa Prezes NIPiP: najważniejsze - normy zatrudnienia, podwyżki, uprawnienia

Portal rynekzdrowia.pl

W pierwszej kolejności musimy się zająć uregulowaniem obsad pielęgniarskich w szpitalach oraz wynagrodzeń pielęgniarek. Za ważny cel samorządu pielęgniarek i położnych uznaliśmy także m.in. wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego - mówi nam Zofia Małas, nowa prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Rynek Zdrowia: - Jakie główne zadania i wyzwania stoją przed samorządem pielęgniarskim w najbliższej kadencji? Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*:

- W największym skrócie można powiedzieć, że w pierwszej kolejności musimy się zająć uregulowaniem obsad pielęgniarskich w szpitalach oraz wynagrodzeń pielęgniarek. Jest też wiele zadań związanych z kształceniem przeddyplomowym i podyplomowym pielęgniarek oraz położnych. Istotną kwestią jest przede wszystkim opracowanie i wdrożenie standardu ścieżki rozwoju zawodowego.

Chcielibyśmy określenia kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych. Obecnie zapis w programach kursów nie przekłada się bowiem na uprawnienia w praktyce.

Za ważny cel samorządu pielęgniarek i położnych uznaliśmy także wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego oraz wprowadzenie mechanizmów weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

- Jak w ocenie samorządu pielęgniarskiego wygląda stosowanie w praktyce przepisów dotyczących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych?

- Obowiązuje w tym zakresie wadliwe rozporządzenie z grudnia 2011 roku. Nie daje ono możliwości zastosowania dobrej metody wyliczania tych norm. Stosuje kategoryzację zależną od stanu zdrowia pacjenta. My od 2011 roku staramy się, aby do tzw. zapisów koszykowych NFZ wprowadzić konkretne wskaźniki, które zostały przez nas wypracowane na podstawie badań i pomiarów przeprowadzonych na bardzo dużej liczbie oddziałów szpitalnych.

Tego typu wskaźniki udało się zastosować i zawrzeć w rozporządzeniach „koszykowych" w przypadku oddziałów anestezjologicznych, neonatologicznych czy udarowych i to się sprawdza. Skoro tak, to w taki sam sposób należy uregulować wskaźniki w oddziałach zachowawczych, zabiegowych, pediatrycznych, psychiatrycznych.

- Przykładowo, w oddziałach zachowawczych, ile miałby wynosić ten wskaźnik?

- Z naszych obliczeń wynika, że 0,6. Gdyby go zastosować, to np. na 40-łóżkowy oddział wewnętrzny przypadałyby 24 etaty pielęgniarskie. To dałoby bezpieczeństwo pacjentowi, ale także pielęgniarkom. Na dyżurze dziennym byłoby ich średnio pięć, a na nocnym cztery. Oznacza to, że pielęgniarka miałaby pod swoją opieką nie więcej

niż 10 pacjentów. To gwarantowałoby minimalny poziom zatrudnienia pielęgniarek, a jednocześnie stanowiłoby zabezpieczenie potrzeb pacjenta. Pielęgniarka nie musiałaby się zastanawiać, które zabiegi ma wykonać w pierwszej kolejności, bo wszystkich nie jest w stanie. Dzisiaj w pierwszej kolejności wykonuje zlecenia lekarza i brakuje jej czasu na pielęgnację pacjenta, nie mówiąc już o edukacji jego i jego rodziny.

- Czy nie będzie to rozwiązanie zbyt kosztowne? Czy nie zabraknie nam pielęgniarek, aby spełnić minimalne normy zatrudnienia wyznaczane tymi wskaźnikami?

- Rzeczywiście, może się okazać, że - zwłaszcza w szpitalach w dużych aglomeracjach, gdzie są rażąco niskie obsady pielęgniarskie - zastosowanie tych wskaźników będzie kosztowało więcej. Należy jednak postawić sobie pytanie - jaka jest jakość świadczeń, gdy zamiast dwóch czy trzech jest jedna pielęgniarka? W domu, jeśli mamy osobę chorą, to zazwyczaj do opieki nad nią zaangażowana jest cała rodzina. W szpitalu jedna pielęgniarka ma pod opieką 20 czy 30 pacjentów - to jaka jest rzeczywista jakość opieki oferowanej przez te placówki?

Wracając do pytania - czy wystarczy pielęgniarek, aby spełnić proponowane przez nas normy zatrudnienia? Przeprowadziłam dokładne badania w województwie świętokrzyskim, z którego pochodzę. Na ich podstawie twierdzę, że są szpitale, w których normy zatrudnienia są przyzwoite, ale są też takie, gdzie są rażąco niskie. Te ostatnie są jednak w mniejszości. Czasem, aby rozwiązać problem, trzeba by dokonać alokacji zatrudnienia między poszczególnymi oddziałami, może czasem nawet między szpitalami. Ważną kwestią jest wiek pielęgniarek, którego średnia zbliża się do 50. roku życia. Jeżeli w wieku, nazwijmy to dojrzałym, ktoś zachoruje, to najczęściej nie jest to przeziębienie czy grypa, i trwa to długo, dwa-trzy miesiące. Wówczas pracodawca powinien zapewnić w miejsce chorującej pielęgniarki zastępstwo, jednak z powodu sytuacji finansowej szpitali to się rzadko zdarza. Dlatego należy zastanowić się, jak zatrzymać w kraju wcale niemałą liczbę absolwentów wydziałów pielęgniarstwa, którzy z powodów finansowych podejmują pracę za granicą, czasem w innych profesjach. Pierwszym krokiem, o który zabiegamy byłyby rezydentury, na początek w tych dziedzinach, w których niedobór pielęgniarek jest największy.

- Wydawało się, że wynegocjowane przez środowisko i podpisane w ubiegłym roku z ministrem zdrowia porozumienie w sprawie podwyżek dla pielęgniarek ureguluje w końcu kwestie wysokości zarobków w tym zawodzie. Dzisiaj, na początku lutego 2016 roku nie brakuje sygnałów, że nie ma pieniędzy na podwyżki między innymi dla pielęgniarek zabiegowych i pracujących w punktach szczepień…

- Środowisko pielęgniarek jest bardzo zawiedzione i rozgoryczone dotychczasowym sposobem realizacji porozumienia. Jego ideą, co zaakceptowała strona ministerialna, było, aby każda pielęgniarka i położna otrzymała podwyżkę przez cztery lata po 400 złotych brutto, czyli 230 złotych netto. Słowa „podwyżka wynagrodzenia" oznaczają, że powinna zostać podniesiona podstawa wynagrodzenia.

Niestety, pracodawcy traktują to jako „dodatek" do wynagrodzenia. Tylko w nielicznych, pojedynczych przypadkach zostało to zrobione prawidłowo.

Powołam się na dane z województwa świętokrzyskiego. Otóż tylko w jednym szpitalu na 24 funkcjonujące w tym regionie podwyżkę włączono do podstawy wynagrodzenia. Pracodawcy tłumaczą to brakiem pewności, czy będą pieniądze na te podwyższone płace przez kolejne lata. Należy dokonać w tym zakresie zmian, bo to wypacza ideę porozumienia, jakie zostało zawarte z Ministerstwem Zdrowia przez środowisko pielęgniarskie. Także rozporządzenie MZ - tzw. OWU - dotyczące podwyżek, okazało się dalece niedoskonałą protezą. Jako nowe władze samorządu zawodowego spotkaliśmy się już z prezesem NFZ i nakreśliliśmy problem. Sądzę, że zostanie to rozwiązane w najbliższym czasie. Tak naprawdę pielęgniarka zabiegowa i pracująca w punkcie szczepień w POZ jest kosztem lekarza podstawowej opieki i pieniądze na podwyżki dla niej powinny się znaleźć w zwiększonej stawce ryczałtowej.
Podwyżek nie otrzymały, co także jest niezgodne z ideą tego porozumienia, na przykład pielęgniarki pracujące w DPS-ach, w Sanepidach, żłobkach, w placówkach Ministerstwa Obrony Narodowej, bo podlegają pod inne resorty.
Upominamy się o nie, co w Ministerstwie Zdrowia spotyka się ze zrozumieniem. Mam nadzieję, że z podobnym zrozumieniem podejdzie do tej kwestii także Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
Nadzieję na szybkie rozwiązanie problemu budzi fakt, że minister Konstanty Radziwiłł rozumie sytuację dotyczącą zarówno płac, jak i obsad pielęgniarskich. Będziemy chcieli wspólnie uregulować to prawnie.

**Delegaci z całej Polski wybrali Zofię Małas na stanowisko prezesa NRPiP podczas VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych (Warszawa, 18-20 stycznia 2016 r.). Zofia Małas jest magistrem zdrowia publicznego oraz specjalistką w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i epidemiologicznego. Przez dwie kadencje była przewodniczącą Świętokrzyskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.*

Źródło NIPiP

Spotkanie Prezesa NFZ z przedstawicielami środowiska pielęgniarek i położnych

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk spotkał się we wtorek (26 stycznia br.) z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Rozmowy były poświęcone kwestiom związanym z podwyżkami dla pielęgniarek i położnych oraz stosowaniem przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów.

W spotkaniu uczestniczyły Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, Sekretarz NRPiP Joanna Walewander, wiceprezes NRPiP Teresa Kuziara, a także I Wiceprzewodnicząca Zarządu Krajowego OZZPiP Longina Kaczmarska oraz Członek Zarządu Krajowego OZZPiP Zofia Czyż. Ze strony Funduszu udział wzięli Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk, Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Dariusz Jarnutowski, Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Leszek Szalak oraz Kierownik Sekcji Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Stomatologii Krzysztof Klichowicz.

źródło - Biuro Komunikacji Społecznej NFZ

Stanowisko nr 1
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 3 lutego 2016 roku

w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa, że w ostatnim czasie został stworzony system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem, określony w szczególności poprzez:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

Wspomniany system dopiero zaczyna działać, głownie za sprawą wprowadzenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1514), mającego na celu uszczelnienie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą oraz noworodkiem, których efekty oraz skuteczność będzie można ocenić w dłuższej perspektywie czasu.

W świetle powyższego należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań organizacyjnych i prawnych w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem.
W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istniejący system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem w swoich założeniach zabezpiecza właściwą opiekę pod warunkiem realizacji przepisów prawa zawartych w wyżej wymienionych aktach prawnych.

Zgodnie z założeniami na etapie tworzenia standardów opieki okołoporodowej miały być przeprowadzone szkolenia dla personelu medycznego poszczególnych szczebli opieki i szeroka kampania informacyjna dla społeczeństwa. Spełnienie tych warunków pozwoliłoby na zaistnienie w pełni skutecznego i efektywnego systemu opieki.

Jednocześnie poniżej przedstawiamy uwagi do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC):

1) W treści projektu wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu – nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki w środowisku domowym (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa, że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) daje kobietom ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu narodzin, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych i socjalnych oraz edukacji zdrowotnej rodziny.

2) Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świadczeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolenie pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu).

3) Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).

4) Nie widzimy możliwości, aby była jednoczasowo możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, porodu, połogu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece – inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu i w czasie połogu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego.

5) Projekt przewiduje wprowadzenie nowych definicji pojęć: „rozporządzenie o opiece okołoporodowej" i „rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej",odpowiadających odpowiednio rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń

zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), przewidujących określone standardy związane z opieką okołoporodową, co należy uznać za konsekwencję wprowadzenia do zarządzenia nowego zakresu świadczeń zdrowotnych – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC). Jednocześnie zauważyć należy, że projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia, w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Chociaż standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (§ 2 cyt. rozporządzenia), to – zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC) – przedmiotem tej umowy ma być udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej również w zakresie leczenia szpitalnego. Rozporządzenie to – jak się wydaje – powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Nieuzasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu;

6) Projekt wprowadza zmianę do zarządzenia, zgodnie z którą świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC) obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej realizacji świadczeń w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna" należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11) wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia;

7) Projekt wprowadza określone zasady dotyczące rozliczania świadczeń udzielanych w ramach nowego zakresu świadczeń medycznych. Przede wszystkim, zgodnie z propozycją niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i połogiem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej". Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wskazano również, że w przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz lecznictwa szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma

finansowania za świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych;

8) Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić – biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia – że załącznik ten powinien zostać umieszczony po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu do umowy);

9) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC". Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu". Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki. Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym". W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia. Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami.

10) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 5, wskazano parametr jakościowy do oceny udzielania świadczeń dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego – „odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został pełny schemat opieki, przewidziany dla ciąży fizjologicznej i patologicznej zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia o opiece okołoporodowej oraz o opiece w ciąży patologicznej – 100%". Powstaje wątpliwość, czy taki parametr jest możliwy do osiągnięcia.

11) Finansowanie i rozliczanie świadczenia Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC):
   - Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia.
   - Brak informacji o podziale środków, a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów.

12) Załącznik nr 2 – Warunki wymagane:

- ***W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.3*** – w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczba położnych wchodzących w zespół (6 lekarzy + 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukacje, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością jest dodanie położne: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem."Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku. W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwojgiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarskich.

- ***W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki – minimalna l. porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t. c. – 600 rocznie)*** – warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach.

- ***W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel*** - należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudniania, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym.

13) Załącznik nr 3 – Opis przedmiotu umowy, część P – opis świadczenia Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży:

- ***W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym*** – zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki.

- ***W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) [podmiot koordynujący] współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży*** - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że ***w ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia*** znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej.

- ***W pkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia*** - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty.

- ***W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń*** - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich – poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).

14) Załącznik nr 5 – ankieta satysfakcji: Pytanie S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków – czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki.

15) Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i połogu oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów.

Proponowane zmiany, przedstawione w projekcie zarządzenia wpłyną niekorzystnie na zdrowie matki i noworodka, ponieważ:

- **Wprowadzą chaos do dotychczas sprawnie funkcjonującej opieki nad matką i noworodkiem.**
- **Ograniczą wolność pacjentki w zakresie wyboru położnej POZ narzucając położną zatrudnioną w opiece skoordynowanej.**
- **Wprowadzą nierówny dostęp do opieki kobiet zamieszkujących miasto i wieś.**
- **Podmioty medyczne realizujące świadczenia położnej poz prowadzone przez położne, jak również indywidulane grupowe praktyki położnej jak wykazują statystyki realizują świadczenia opieki okołoporodowej w sposób właściwy, co ma również odzwierciedlenie w poziomie satysfakcji pacjenta. Fakt ten należy łączyć z dużą świadomością położnych decydujących się na samodzielne realizowanie usług oraz roli samorządu pielęgniarek i położnych jako instytucji nadzorującej. Proponowana zmiana może wyeliminować z rynku dobrze funkcjonujące praktyki i zakłady.**

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wprowadzenie w życie przedmiotowego projektu zarządzenia Prezesa NFZ jest niezasadne, a wręcz może przynieść więcej szkód niż korzyści i w związku z tym, opiniuje go negatywnie i wnosi o odrzucenie w całości.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje usprawnienie wdrażania istniejącego już i dobrze opracowanego standardu opieki okołoporodowej, wzmocnienie pozycji położnej, zapewnienie finansowania świadczeń dla położnych poz, w celu prowadzenia ciąży oraz umożliwienie równej dostępności wyboru miejsca porodu kobietom w ciąży (bezpłatny dostęp do świadczeń okołoporodowych w domu, domu narodzin, szpitalu).
Jednakże w przypadku podjęcia decyzji o dalszym procedowaniu projektu Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o przekazanie do ponownego uzgodnienia przedmiotowego projektu w wersji uwzględniającej powyższe stanowisko.

Sekretarz NRPiP — Prezes NRPiP

Joanna Walewander — Zofia Małas

Członkowie NRPiP – pierwsze posiedzenie organu

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci – data ogłoszenia 2016-02-04

Obowieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – data ogłoszenia 2016-01-19

Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej – data ogłoszenia 2016-01-15

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich – data ogłoszenia 2016-01-14

Obowieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu dokonywania zgłoszeń i powiadomień dotyczących wyrobów – data ogłoszenia 2016-01-13

Obowieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania ststutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej – data ogłoszenia 2016-01-12

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 stycznia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia – data ogłoszenia 2016-01-08

PRZEMOC W RODZINIE
WIDZISZ - REAGUJ

Elżbieta Fałkowska

W poprzednim Biuletynie Informacyjnym w dziale „Warto wiedzieć" zamieściliśmy tekst pod tytułem „Stop przemocy w rodzinie widzisz-reaguj", który był zapowiedzią kolejnych artykułów na temat przemocy.

Chociaż stosowanie przemocy i jej skutki budzą powszechny sprzeciw większości społeczeństwa to skala zjawiska jest wciąż niepokojąca. Z danych statystycznych policji wynika iż w 2015 roku w Polsce ogólna liczba ofiar przemocy w rodzinie wynosiła 97 501. Najczęściej są nimi kobiety 69 376, dzieci 17 392, mężczyźni 10 733. Są to jedynie przypadki zarejestrowane i zdjagnozowane przez policję. Jednak z całą pewnością można domniemać iż skala problemu jest o wiele większa. Świadczą o tym tak zwane „ciemne liczby przestępstw" czyli przestępstwa faktycznie popełnione lecz nie objęte statystyką. Mówi się, że mogą one być dwukrotnie lub nawet trzykrotnie większe od oficjalnych danych.

Oficjalne statystyki nie obejmują bowiem ofiar przemocy, które nigdzie jej nie zgłaszają. Problem przemocy w rodzinie pozostaje wśród ofiar sprawą wstydliwą, drażliwą oraz skrywaną i przez ten fakt trudną do zdiagnozowania. Przypadki bierności w zakresie zawiadamiania często wynikają z obawy o bezpieczeństwo własne lub swoich bliskich.

Ustawowa definicja przemocy w rodzinie dokładnie precyzuje wszystkie jej aspekty. Przemoc w rodzinie to jednorazowe lub powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, a także innych osób wspólnie zamieszkujących lub gospodarujących. Przemoc w rodzinie, w szczególności naraża te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, narusza ich godność, nietykalność cielesną, wolność w tym seksualną. Powoduje szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienie i krzywdy moralne.

Przemoc charakteryzuje się tym, iż jest:

- intencjonalna (zmierza do podporządkowania i kontrolowania ofiary),
- wykorzystuje przewagę sił, uniemożliwia samoobronę i opiera się na władzy i kontroli,
- narusza prawa i dobra osobiste krzywdzonego członka rodziny,
- powoduje cierpienie i krzywdy moralne, niekiedy zagraża jej życiu.

Przemoc w rodzinie przybiera różne formy i oblicza. Dokonywana jest również przy użyciu wielorakich instrumentów i wraz ze wszystkimi mechanizmami zawsze pozostawia negatywne skutki.

Doświadczanie przemocy w każdym wymiarze to przeżycie traumatyczne pozostawiające bezpośrednie szkody na zdrowiu fizycznym i psychicznym oraz ogromne długotrwałe i odległe problemy emocjonalne i adaptacyjne na każdym etapie życia a zwłaszcza w okresie dzieciństwa.

Najczęściej stosowane formy przemocy w rodzinie to:

- przemoc fizyczna – to wszelkie działania z użyciem siły, prowadzące do naruszania nietykalności cielesnej, intencjonalnych nieprzypadkowych urazów, zranień , złamań, stłuczeń czy zasinień,
- przemoc psychiczna - to zaplanowane, umyślne działanie wykorzystujące mechanizmy psychologiczne, powodujące zachwianie pozytywnego obrazu własnej osoby, wzbudzanie poczucia niskiej wartości, bezradności stanów lękowych i nerwicowych,
- przemoc seksualna- polega na wymuszaniu niechcianych przez ofiarę zachowań w celu zaspakajania potrzeb seksualnych sprawcy,
- przemoc ekonomiczna - to działanie prowadzące do całkowitego uzależnienia finansowego ofiary od sprawcy ale też uniemożliwianie podjęcia pracy, okradanie, zaciąganie kredytów, zmuszanie do zadłużania się wbrew woli,
- zaniedbania - niezaspakajanie podstawowych potrzeb fizycznych związanych ze snem, jedzeniem, higieną oraz emocjonalnych, brak należnej opieki.

Rodzaje przemocy:
Przemoc gorąca - charakteryzuje się agresją słowną i fizyczną, związana jest z odreagowywaniem emocji na osobach najbliższych.

Przemoc chłodna - jest wykalkulowana, pozbawiona gwałtownych wybuchów emocji, często stosowana w fałszywym pojęciu realizowania „wyższych celów" np. konsekwentnego wychowywania dziecka. Jest zaplanowana, często ma określony powtarzający się scenariusz, dąży do osiągnięcia określonego celu, zmierza do panowania nad psychiką swojej ofiary.

Przemoc aktywna - np. nadużycia wobec ofiary opisane wcześniej jako przemoc fizyczna, psychiczna i seksualna.

Przemoc pasywna - zaniechanie opieki, zaniedbania w sferze fizycznej oraz emocjonalnej.

Każdy człowiek ma niezbywalne prawo do spokojnego i godnego życia a kodeks zabrania stosowania i krzywdzenia członków rodziny. Dlatego każda ofiara przemocy może zwrócić się do instytucji, które wdrażają odpowiednie procedury by tę przemoc przerwać i otoczyć jej ofiary odpowiednią opieką.

Na terenie Elbląga i okolic działa „ Gminny program przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w rodzinie na lata 2013-2018" a instytucjami i podmiotami realizującymi te zadania są:

- Urząd Miejski
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
- Komenda Miejska Policji
- Prokuratura Rejonowa w Elblągu
- sąd i kuratorskie służby sądowe
- Zespół Interdyscyplinarny ds. przemocy w rodzinie
- placówki ochrony zdrowia
- szkoły i placówki oświatowe
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne

– organizacje pozarządowe w szczególności działające na rzecz dziecka i rodziny

Skuteczna walka z przemocą w rodzinie wymaga działań i koordynacji na wielu płaszczyznach. Instytucjonalne działania powinny być wspierane przez właściwą postawę każdego z nas, w szczególności przez pielęgniarki i położne.

Artykuł 12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wskazuje, że „osoby, które w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie powiadomić o tym policję lub prokuratora”

Pielęgniarki i położne w wielu przypadkach jako pierwsze mogą wychwycić niepokojące symptomy świadczące o przemocy. Aby wypełnić ten moralny i prawny obowiązek potrzebna jest kompetencja, wiedza oraz w pewnym sensie odwaga w podejmowaniu decyzji. Przede wszystkim jednak niezbędna jest wrażliwość i empatia, które pozwolą uniknąć biernej postawy wobec ofiar przemocy a tym samym ograniczyć w znacznym stopniu niepokojącą skalę przemocy w rodzinie.

Stanowisko w zakresie możliwości zastępowania leków wskazanych w zleceniu lekarskim zamiennikami.

W myśl art. 5 ust. 1 pkt 8 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Przez „zlecenie" rozumieć należy „powierzenie komuś czegoś do zrobienia", „polecenie komuś wykonania czegoś". Znaczenie tego słowa, w mojej ocenie, nie pozwala na jakąkolwiek dowolność. Realizacja zlecenia sprowadza się do wykonania go zgodnie z jego treścią, tj. dosłownie.

Obowiązek wykonywania zlecenia zgodnie z jego treścią wynika z art. 15 ustawy, w myśl którego „Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej". Ustawodawca przewidział i zawarł w ust. 2 niniejszego artykułu wyjątek od obowiązku jego stosowania, ale jedynie w zakresie dokonywania zapisu w dokumentacji medycznej i to w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Mając na uwadze powyższe nie widzę możliwości, w ramach realizacji zlecenia przez pielęgniarkę, zastępować wskazanych przez lekarza leków ich zamiennikami.

Na marginesie wskazać należałoby, iż ewentualną odpowiedzialność za wystąpienie następstw zastosowania zamiennika ponosiłaby pielęgniarka, która wbrew zaleceniu lekarskiemu - osoby opowiedzianej za wynik procesu leczenia, podała zamiennik w miejsce wskazanego przez lekarza leku, działając przy tym bez podstawy prawnej.

Wioletta Cichosz

Radca Prawny

Minister Zdrowia

Warszawa 25.01.2016 r.

PRL. 024.9.2016
Dot.:NRPiP=DM.0025.12.2016

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

w odpowiedzi na otrzymane pismo w dniu 18 stycznia 2016 r., w sprawie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej, uprzejmie informuje, co następuje:

Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej, określa art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159, z późn.zm.) zwanej dalej „ustawą". Jednym z wymienionych w tym przepisie sposobów jest wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli żąda tego uprawniony organ lub podmiot. Katalog podmiotów i organów, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną zawiera art. 26 ustawy. Przede wszystkim jest to pacjent (jego przedstawiciel ustawowy) lub osoba przez niego upoważniona (ust. 1 i 2), a dodatkowo inne organy i podmioty w określonym zakresie (ust. 3 i 4). Ustawa przyznaje zatem każdemu z uprawnionych podmiotów i organów prawo żądania udostępnienia oryginału dokumentacji, przy czym jest to obwarowane pewnymi ograniczeniami, gdyż dokumentacja oryginalna może być jedynie „wypożyczona", zaś po wykorzystaniu musi być zwrócona podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych.
Należy zauważyć, iż w art. 27 ustawy zostały wskazane sposoby udostępniania dokumentacji medycznej bez wskazania kręgu odbiorców, co sugeruje, że wymienione sposoby udostępniania dotyczą każdego z podmiotów i organów wskazanych w art. 26, w tym również pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego) lub osobę przez niego upoważnioną. Istotnie w art. 27 pkt. 3 ustawa posługuje się pojęciem organu i podmiotu, jednakże nie w celu określenia kręgu adresatów tego przepisu, a zaznaczenia, że wydanie oryginału następuje na żądanie określonego organu czy podmiotu.
Powyższe stanowisko dodatkowo potwierdza fakt, iż Ministerstwo Zdrowia rozważało w ramach procedowania w ubiegłym roku projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, zmianę art. 27 pkt 3 ustawy w kierunku ograniczenia możliwości wydawania oryginału dokumentacji medycznej, bowiem praktyka wskazywała na częste przypadki braku zwrotu oryginału dokumentacji medycznej po wykorzystaniu przez pacjenta. Projektowany przepis art. 27 przewidywał, że dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej mogłaby być udostępniana przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej, w tym Rzecznika Praw Pacjenta albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
Należy zatem stwierdzić, iż w świetle obowiązującego obecnie przepisu art. 27 pkt 3 ustawy, przez podmiot, który może żądać udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej należy rozumieć także pacjenta, a co za tym idzie może on żądać od świadczeniodawcy wydania mu oryginału dokumentacji medycznej.

Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Bydgoszcz, dnia 5.I.2016

Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego na temat postępowania pielęgniarskiego w przypadku wynaczynienia leku cytostatycznego

Leczenie systemowe niesie za sobą ryzyko wystąpienia wielu objawów niepożądanych. Z punktu widzenia pielęgniarskiego najbardziej niepożądane są odczyny miejscowe po wynaczynieniu leku. Ważnym elementem w pracy zawodowej personelu pielęgniarskiego jest nadzór nad prawidłowym i bezpiecznym podaniem leków przeciwnowotworowych. Wiele objawów ubocznych wywołanych przez toksyczne działanie leków cytostatycznych sprawia, że opieka pielęgniarska nastawiona jest na ich kontrolę i systematyczne łagodzenie. Odpowiednie postępowanie personelu pielęgniarskiego może w znacznym stopniu poprawić jakość życia zapewniając chorym bezpieczeństwo w trakcie leczenia. Według danych opublikowanych w Medycynie Praktycznej do wynaczynień dochodzi nawet w 8% podawanych leków cytostatycznych, ale wywołują one tylko 1% poważnych komplikacji.

Wynaczynienie polega na przypadkowym, niezamierzonym przedostaniu się leku cytostatycznego poza naczynie żylne do otaczających tkanek lub bezpośrednie nacieczenie tkanek poprzez błędne podanie preparatu cytostatycznego.

Konsekwencje wynaczynienia leku cytostatycznego mogą być różne od niewielkiego zaczerwienienia i bólu w okolicy podania leku, aż do głębokich owrzodzeń bądź martwicy tkanek, które wymagają leczenia chirurgicznego. Obrzęk i bolesne zaczerwienienie występuje w ciągu kilku godzin, a nacieczenie tkanek w ciągu kilku dni. Duże wynaczynienie np. Doksorubicyny, Winkrystyny, Winblastyny powoduje martwicę, uszkodzenie mięśni, nerwów, głębokie owrzodzenia, zaburzenia funkcji kończyny. Martwica i głębokie owrzodzenie rozwijają się w ciągu od 7 do 28 dni. Pacjenci otrzymujący leki cytostatyczne są narażeni na wynaczynienie ze względu na: częste wstrzyknięcia dożylne, procesy zapalne w obrębie naczyń, obrzęki limfatyczne, ogólne wyniszczenie organizmu. U pacjentów z grup podwyższonego ryzyka należy wdrożyć postępowanie profilaktyczne np. założenie portu naczyniowego. Lecz należy pamiętać, że przy podawaniu leków cytostatycznych przez port naczyniowy również może wystąpić zjawisko wynaczynienia.

1. **Czynniki powodujące wzrost ryzyka wynaczynienia:**

- wiek pacjenta,
- drobne, kruche, twarde naczynia żylne,
- naczynia żylne uszkodzone podczas poprzednich podań leków,
- żyły ruchome,
- zaburzenia krążenia w miejscu podania (naczynia żylne po stronie mastektomii lub wycięcia węzłów chłonnych, obrzęk limfatyczny),
- zespół żyły głównej górnej (zwiększone ciśnienie w naczyniach żylnych),
- czynniki współistniejące (cukrzyca, zaburzenia krążenia obwodowego jak zespół Raynaud'a, uszkodzenia po radioterapii, zaburzenia krzepnięcia),
- otyłość,
- uszkodzenia tkanek miękkich po radioterapii,
- problemy z wczesnym zgłoszeniem objawów wynaczynienia (splątanie, wpływ leków działających na ośrodkowy układ nerwowy, choroby psychiczne, strach, obniżona zdolność odczuwania bodźców w wyniku neuropatii obwodowych, zażywanych leków lub współistniejących schorzeń, np. cukrzyca),
- wielokrotne próby kaniulacji naczynia,
- podanie w bolusie,

- niekorzystne miejsce kaniulacji (np. drobne żyły grzbietu dłoni),
- nieprawidłowe założenie portu naczyniowego,
- duża prędkość wlewu / wysokie ciśnienie przepływu.

2. **Podział leków cytotoksycznych z uwagi na konsekwencje wynaczynienia** (na podstawie Mader I., Furst-Weger P.R., Mader R.M., Nogler-Semenitz E., Wassertheurer S., Extravasation of Cytotoxic Agents, Wyd. Springer Wien New York, 2010, str. 8)

- **silnie uszkadzające (kategoria: „S.U.")** – wynaczynienie może doprowadzić do martwicy przyległych tkanek, głębokich owrzodzeń, zaburzenia funkcji kończyny,
- **drażniące (kategoria: „D")** – lek może powodować zapalenie żyły, wynaczynienie może powodować miejscową reakcję zapalną, rumień, obrzęk, ból, pieczenie,
- **nieuszkadzające (kategoria: „N")** – wynaczynienie nie niesie ze sobą ryzyka groźnych powikłań.

S.U. - Leki o silnym działaniu uszkadzającym:

- Chlormetyna / CHMT
- Daktynomycyna / ACT-D
- Daunorubicyna
- Doksorubicyna / ADR/DOX
- Epirubicyna / FRB
- Idarubicyna
- Mitomycyna C / Mit-C
- Winblastyna / VBL
- Winkrystyna / VCR
- Windezyna
- Winorelbina / NVB

D - Leki o działaniu drażniącym

- Bendamustyna
- Cisplatyna / CDDP
- Cyklofosfamid / CTX
- Dakarbazyna / DTIC
- Docetaksel / DCL
- Doksorubicyna liposomalna
- Etopozyd / VP-16
- Fluorouracyl / 5-FU
- Ifosfamid / IFO
- Irinotekan / CAMPTO
- Kabazitaksel
- Karboplatyna / CBDCA
- Karmustyna
- Melfalan
- Mitoksantron / DHAD
- Oksaliplatyna / L-OHP
- Paklitaksel / PCL
- Romidepsyna
- Streptozocyna /STZ
- Temsyrolimus
- Topotekan / TPT
- Trabektedyna
- Winflunina

3. Ogólne zasady podawania leków silnie uszkadzających (S.U.)

- unikać wielu wkłuć;

- żyła po wkłuciu nie powinna być używana do podawania leków co najmniej 24 h od zakończenia podawania leku,
- używać kaniul o niewielkich rozmiarach (21 G – 23 G),
- miejsce wkłucia powinno być widoczne (nie zasłaniać), zaleca się stosowanie przezroczystych opatrunków,
- unikać długich wlewów drogą żył obwodowych,
- leki silnie uszkadzające należy stosować, o ile to możliwe przez wkłucia centralne (bezwzględna konieczność w przypadku wlewów ciągłych),
- nie używać pomp infuzyjnych do podania drogą żył obwodowych (wyjątek stanowią schematy, w których lek silnie uszkadzający musi być podany we wlewie ciągłym np. Doksorubicyna w schematach EPOCH w leczeniu chłoniaka nieziarniczego,
- w przypadku polichemioterapii leki silnie uszkadzające należy podać w pierwszej kolejności,
- w przypadku podawania kilku różnych leków silnie uszkadzających w pierwszej kolejności należy podać lek o najmniejszej objętości,
- po podaniu leku należy przepłukać kaniulę zgodnym płynem infuzyjnym,
- zaleca się podawanie leków silnie uszkadzających pod ścisłym nadzorem personelu pielęgniarskiego.

Żyły obwodowe u pacjentów onkologicznych charakteryzują się dużym wyniszczeniem. W celu zmniejszenia ryzyka wynaczynienia w doborze odpowiedniego miejsca kaniulacji zaleca się stosowanie danego kryterium.

3. Kryteria wyboru miejsca dostępu do żył obwodowych:

4.

Kryteria wyboru naczynia żylnego		**Odpowiednie miejsce wkłucia**
Najbardziej wskazane	**IDEALNA ŻYŁA /NAJLEPSZA LOKALIZACJA** duże, miękkie, elastyczne żyły przedramienia	Przedramię
↓	**IDEALNA ŻYŁA /MNIEJ ZADOWALAJĄCA LOKALIZACJA** duże miękkie, elastyczne żyły grzbietu ręki	Grzbiet ręki
	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA /NAJLEPSZA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły przedramienia	Przedramię
	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA /NIEDOGODNA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły grzbietu ręki; żyły przedramienia niedające się wyczuć lub zauważyć	Grzbiet dłoni
Najmniej wskazane	**NIEZADOWALAJĄCA ŻYŁA / NIEDOGODNA LOKALIZACJA** drobne, kruche, łatwo pękające żyły przedramienia/grzbietu ręki żyły przedramienia /grzbietu ręki niedające się wyczuć lub zauważyć	Rozważyć dostęp do żyły centralnej

5. Różnicowanie wynaczynienia od innych miejscowych reakcji związanych z dożylnym podaniem preparatów cytostatycznych (na podstawie Mader I., Furst-Weger P.R., Mader R.M., Nogler-Semenitz E., Wassertheurer S., Extravasation of Cytotoxic Agents, Wyd. Springer Wien New York, 2010, str. 33-38)**:**

Charakterystyka	Wyrzut histaminy	Podrażnienie żyły	Skurcz żyły*	Wynaczynienie
Prezentowane objawy	Swędzące plamy lub pokrzywka, rzadko ból i pieczenie	Ból i uczucie ucisku	Skurcz mięśniówki naczynia	Zazwyczaj ból i pieczenie w miejscu wkłucia, podczas wlewu może wystąpić kłucie
Zabarwienie	Wypukła czerwona smuga, plamy, krostki lub rumień przypominający pokrzywkę wzdłuż naczynia, rozmyty lub nieregularny wzór	Rumień lub ciemne przebarwienie wzdłuż naczynia		Rumień wokół miejsca wkłucia
Czas wystąpienia	Zazwyczaj pojawia się nagle i zanika w ciągu 30 – 90 min.	Zwykle pojawia się w ciągu pierwszych minut podania. Przebarwienie może pojawić się dopiero później	Zazwyczaj pojawia się natychmiast po rozpoczęciu podania	Objawy zaczynają się pojawiać zaraz po/w trakcie podania i narastają
Obrzęk	Mało prawdopodobny	Mało prawdopodobny		Częsty, nie zanikający przez kilkanaście dni
Powrót krwi żylnej	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Często nieobecny	Zazwyczaj nieobecny lub utrudniony

***) Może być spowodowany zbyt chłodnym lekiem lub zbyt szybkim podaniem**

W komórkach organizacyjnych, w których podawane są leki cytostatyczne powinny znajdować się zestawy awaryjne na wypadek wynaczynienia preparatu cytostatycznego zawierające antidotum (Deksrazoksan, Hialuronidaza):

1. DEKSRAZOKSAN (SAVENE, CARDIOXANE)

- **podanie preparatu należy rozpocząć najpóźniej 6 godzin od wystąpienia wynaczynienia antracykliny,**
- lek podaje się we wlewie dożylnym trwającym 1-2 godzin przez 3 kolejne dni,
- dawki w dniach 2 i 3 należy podać o tej samej godzinie, co dawkę podaną dnia 1 (+/- 3 h),
- **co najmniej 15 minut przed podaniem należy usunąć z miejsca wynaczynienia zimny okład, o ile był stosowany.**

2. HIALURONIDAZA (HYLASE)

- zawartość fiolki z preparatem Hylase dessau rozpuścić w 1 ml 0,9 % roztworu chlorku sodu do iniekcji,
- strzykawką 2 ml pobrać 0,1 – 0,2 ml przygotowanego roztworu (150 j.m. – 300 j.m) i uzupełnić 0,9 % roztworu chlorku sodu do objętości 1 – 1,8 ml,
- zaopatrzyć strzykawkę w igłę nr 5 i wokół obszaru wynaczynienia wykonać od 4 do 5 wstrzyknięć podskórnych roztworu hialuronidazy (ok. 0,2 ml roztworu na każde wstrzyknięcie) **nie później niż 30 minut od wystąpienia wynaczynienia.**

Postępowanie w przypadku wynaczynienia leku cytostatycznego:

- pielęgniarka natychmiast zatrzymuje wlew lub podawanie wstrzyknięcia,
- Odłącza aparat do przetoczeń lub strzykawkę z podawanym preparatem cytostatycznym i podłącza w to miejsce 5 mililitrową pustą strzykawkę. Za pomocą strzykawki podejmuje próbę zaaspirowania wynaczynionego preparatu,
  usuwa wkłucie dożylne,
- przygotowuje zestaw awaryjny na wypadek wynaczynienia preparatu cytostatycznego,
- fakt wynaczynienia zgłasza lekarzowi prowadzącemu,
- lekarz zleca w zależności od rodzaju wynaczynionego preparatu cytostatycznego zastosowanie antidotum, ewentualnie podanie leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych i/lub przeciwhistaminowych,
- dalsze postępowanie zależy od rodzaju wynaczynionego preparatu cytostatycznego oraz zlecenia lekarza:

- **w przypadku leków wymagających dyspersji** – wokół obszaru wynaczynienia za pomocą strzykawki 2 ml z igłą nr 5 pielęgniarka wykonuje od 4 do 5 wstrzyknięć podskórnych roztworu hialuronidazy (ok. 0,2 ml roztworu na każde wstrzyknięcie) nie później niż 30 min. od wystąpienia wynaczynienia; następnie na obszar wynaczynienia przykłada się ciepły kompres (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni),
- **w przypadku leków wymagających ograniczenia rozprzestrzeniania** na obszar wynaczynienia pielęgniarka przykłada **zimny okład** (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni); jeżeli występuje rumień na zlecenie lekarza na obszar wynaczynienia pielęgniarka aplikuje niewielką ilość 1 % Hydrocoryzonu w maści (4 x dziennie przez 7 dni),
- w każdym przypadku wynaczynienia pacjentowi zaleca się utrzymanie kończyny dotkniętej wynaczynieniem w pozycji uniesionej co najmniej dwie doby,
- wynaczynienie leku cytostatycznego należy odnotować w dokumentacji jako zdarzenie niepożądane.

6. Metody minimalizacji skutków wynaczynienia:

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania, izolacja wynaczynienia:
   - **Zimny okład** (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni),
   - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **niebieską** etykietą,
   - np Cisplatyna, Endoxan, Dakarbazyna, Etopozyd.
2. Dyspersja i ułatwienie wchłaniania wynaczynionego leku:
   - **Ciepły kompres** (4 x dziennie po 20 min, przez 1 do 2 dni), zastosowanie hialuronidazy,
   - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **czerwoną** etykietą,
   - Docetaksel, Kabazitaksel, Paklitaksel,
   - Winblastyna, Winkrystyna, Winorelbina,
   - Viflunina (bez hialuronidazy).
3. Leki niewymagające stosowania ciepłego bądź zimnego kompresu w razie wynaczynienia:
   - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **zieloną** etykietą,
   - Kategoria wynaczynienia **„N" (leki niepowodujące groźnych powikłań po wynaczynieniu**),
   - Opcjonalnie, na zlecenie lekarza, możliwe zastosowanie zimnego okładu,
   - Asparaginza, Bleomycyna, Bortezombid, Cytarabina, Fludarabina, Gemcytabina, Kladrybina, Metotreksat, Pemetreksed,
   - Przeciwciała monoklonalne,
   - Okasliplatyna (UWAGA, kat. D) – nie stosować kompresów.

7. W celu zwiększenia bezpieczeństwa podawania leków cytostatycznych i zmniejszenia liczby wynaczynień należy wdrożyć następujące działania takie jak:

a) regularne szkolenia dla personelu pielęgniarskiego w zakresie:
- działań niepożądanych (w tym wynikających z wynaczynień),
- „Kaniulacji żył obwodowych i terapii płynami infuzyjnymi" – praktyczne z fantomem,

b) wprowadzenie etykietowania podawanych leków,

c) stosowanie zamkniętego systemu podawania leków cytostatycznych:
- wprowadzenie do stosowania łącznika bezigłowego rekomendowanego przez organizację CDC co wpływa na zmniejszenie manipulacji przy kaniuli,
- stosowanie strzykawek fabrycznie napełnionych roztworem NaCl 0,9% (wskazanych w leczeniu pacjentów z obniżoną odpornością),

d) zwiększenie implantacji portów naczyniowych,

e) systematycznie i szczegółowo prowadzona dokumentacja zdarzeń niepożądanych (wynaczynienie leku cytostatycznego) stanowi źródło informacji o przyczynach i okolicznościach wydarzenia,

f) system zgłaszania zdarzeń niepożądanych (wynaczynienie leku cytostatycznego) polegający na braku stygmatyzacji zachęca pracowników do zgłaszania ZN i wnikliwej analizy przyczynowo – skutkowej.

Najważniejsze jest zapobieganie wynaczynieniu, przede wszystkim poprzez kontrolę miejsca wkłucia (kontrola wizualna, próba aspiracji), podczas podawania leków cytostatycznych. W sytuacjach trudnego dostępu do żył obwodowych leki cytostatyczne podaje się przez cewnik do dużych naczyń lub do portu naczyniowego. Przestrzeganie reguł prawidłowego podawania leków cytostatycznych może znacznie ograniczyć objawy związane z wynaczynieniem. Cytostatyki mają z założenia działanie cytotoksyczne i w związku z tym są lekami, których podawanie wymaga szczególnej ostrożności, uwagi i wysokiego poziomu wyszkolenia ze strony personelu pielęgniarskiego. Personel podający preparaty cytostatyczne jest systematycznie szkolony i zna instrukcję postępowania w przypadku wynaczynienia leku. Każdy przypadek wynaczynienia leku cytotoksycznego jest rejestrowany i monitorowany, a kryterium mierzalności jest zapis w rejestrze zdarzeń niepożądanych.

Piśmiennictwo:

1. Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J.: Opieka pielęgniarska w chemioterapii w: Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne, PZWL, Warszawa 2011: 234-261.
2. Rubach M.: Wynaczynienia leków stosowanych u chorych na nowotwory w: Krzakowski M., Podemski P., Warzocha K., Wysocki P., (red.), Onkologia kliniczna, Via Medica, Gdańsk 2014: 317-326.
3. Rubach M.: Wynaczynienia leków przeciwnowotworowych w: Krzakowski M. (red.), Onkologia kliniczna, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006: 550–555.
4. Kaźmierczak B.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii w: Koper A., Wrońska I. (red.), Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003: 1–19.
5. Jędrusik Z., Koper A.: Opieka pielęgniarska w trakcie podawania cytostatyków w: Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007; 1–2: 46–47.
6. Koper A., Jędrusik Z.: Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi cytostatykami w: Biuletynie OIPiP, Bydgoszcz. 8/2008.
7. I. Mader, P.R. Furst - Weger,, R.M. Mader, E. Nogler - Semenitz, S. Wassertheurer.: Extravasation of Cytotoxic Agents, Wydawnictwo Springer Wien New York, 2010.
8. Medycyna Praktyczna Onkologia 2015/04.
9. Medycyna Praktyczna Onkologia 2013/3.

Dr n. med. Anna Koper
Krajowy Konsultant
w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

Biuro Kampanii
Ul. Marszałkowska 140/46
00-061 Warszawa
tel. 608 525 952
biuro@stomalife.pl

STOMAlife ODKRYJ STOMIĘ

Informacja prasowa 8.02.2016 r.

W Elblągu zostanie otwarta bezpłatna poradnia dla stomików w ramach kampanii „STOMAlife. Odkryj stomię"

Rak jelita grubego jest najczęściej diagnozowanym nowotworem w Polsce. W wyniku rozwoju medycyny stał się uleczalny. Często powrót do zdrowia oznacza poddanie się operacji wyłonienia stomii. Ta zazwyczaj wiąże się z obawą braku akceptacji ze strony społeczeństwa i nieumiejętnością poradzenia sobie w nowej sytuacji. Stąd tak istotna jest rola poradni stomijnych. W ramach kampanii „STOMAlife. Odkryj stomię" osoby z wyłonioną stomią z Elbląga i okolic będę mogły otrzymać wsparcie w poradni stomijnej PKS STOMAlife w Elbląskim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. J.A. Komeńskiego 35 (parter, gabinet 7), której otwarcie odbędzie się 11 lutego.

Stomia jest chirurgicznie wytworzonym połączeniem części jelita z powierzchnią ciała. Do jej wyłonienia dochodzi w wyniku chorób układu pokarmowego. Obecnie szacuje się, że w Polsce jest ok. 40 tysięcy stomików. Jednak ich liczba stale rośnie, gdyż coraz częściej zaleca się czasowe wyłonienie stomii. Poradnia stomijna w Elblągu powstała w odpowiedzi na potrzeby społeczeństwa. Pacjenci otrzymują na oddziale wskazówki odnośnie pielęgnacji i funkcjonowania ze stomią. Jednak po powrocie do domu mogą liczyć jedynie na siebie. Brak specjalistycznej wiedzy sprawia, że osoby ze stomią zaczynają mieć problemy, co w konsekwencji prowadzi do izolacji od otoczenia.

W poradni w Elblągu dyżurować będzie doświadczona pielęgniarka stomijna. Udzieli ona informacji na temat pielęgnacji i higieny stomii, a także doradzi jak prawidłowo dobrać sprzęt stomijny i odpowiednio zbilansować dietę. Istotna jest także możliwość uzyskania wsparcia ze strony psychologa, czy konsultacji z lekarzem. Zarówno dla stomików, jak i ich najbliższych wizyty są bezpłatne, nie trzeba mieć na nie skierowania, a wcześniejsza rejestracja odbywa się drogą telefoniczną pod numerem 607 330 744.

„Z doświadczenia wiem, jak ogromne znaczenie dla pacjentów często również ich rodzin ma początkowy etap życia z wyłonioną stomią. Okres rekonwalescencji jest szalenie ważny, zarówno pod kątem nauki prawidłowego zaopatrzenia i pielęgnacji stomii, jak również zaakceptowania nowej sytuacji. Należy zauważyć, że są to dwa ściśle powiązane ze sobą elementy edukacji prowadzonej przez personel medyczny. Musimy pomóc pacjentom zrozumieć, że stomia to nie wyrok, a szansa na nowe życie. Z tego punktu widzenia poradnie stomijne są niezastąpione i stanowią kontynuację edukacji, która może znacząco poprawić komfort i jakość życia pacjenta oraz jego najbliższych" – mówi Helena Dziekańska, pielęgniarka stomijna z poradni w Elblągu.

Mimo funkcjonowania Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO oraz poradni stomijnych, świadomość społeczna w zakresie stomii jest nadal niska. Wbrew powszechnej opinii stomia nie wyklucza spełniania się we wszystkich aspektach życia.

Wyniki badania „Personel medyczny o komforcie życia stomików”, przeprowadzonego wśród pielęgniarek, wskazują, że 87% stomików odczuwa lęk przed stomią, a ponad połowa zmienia swoje plany życiowe. Tylko 49% pacjentów jest zawsze edukowana przed operacją wyłonienia stomii na temat konsekwencji, z jakimi się ona wiąże.

„Stomik po wyjściu ze szpitala, musi pokonać wiele trudności. Często z powodu wstydu i obawy przed brakiem akceptacji nie ma osoby, do której mógłby się zwrócić ze swoim problemem. Poradnia stomijna jest miejscem, gdzie nie tylko spotka się ze zrozumieniem, ale także otrzyma specjalistyczne wsparcie ze strony psychologa. Placówki te pełnią kluczową rolę w procesie akceptacji nowej sytuacji życiowej” – powiedział Andrzej Piwowarski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO i współorganizator kampanii „STOMAlife. Odkryj stomię”.

Poradnie stomijne powstają w ramach kampanii społecznej „STOMAlife. Odkryj stomię”. Jej celem jest walka z wykluczeniem społecznym dotykającym stomików, przełamanie tabu związanego ze stomią oraz edukacja pacjentów i społeczeństwa w zakresie faktów i mitów z nią związanych. Misją inicjatywy jest zbudowanie powszechnej akceptacji dla stomików, tak by bez obaw mogli powrócić do normalnej aktywności zawodowej i społecznej.

W ramach kampanii na stronie www.stomalife.pl przedstawiane są historie pacjentów. Niektórym stomia znacząco poprawiła jakość życia, dzięki operacji wyłonienia stomii nie są przywiązani do ciągłego przebywania w domu, mogą realizować swoje pasje i marzenia. Poprzez odpowiednie działania edukacyjne, kampania ma zbudować zrozumienie i wsparcie społeczne dla stomików oraz pomóc w ich zaktywizowaniu. W ramach kampanii funkcjonują także adresy mailowe poradnia@stomalife.pl oraz psycholog@stomalife.pl, dzięki którym pacjenci stomijni, ich rodziny oraz najbliżsi mogą uzyskać poradę psychologiczną bądź odpowiedź na pytania związane ze stomią.

Adres poradni stomijnej:
Elbląski Szpital Specjalistyczny z Przychodnią
ul. J.A. Komeńskiego 35 (parter, gabinet 7)
82-300 Elbląg
tel. 607 330 744

Kontakt dla mediów:
Monika Ziemba, biuro@stomalife.pl, tel: 534 998 658

Pielęgniarki pracujące w DPS nadal pozostają bez podwyżek.

Na apele ze strony samorządu zawodowego skierowane do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wzrostu płac pielęgniarek zatrudnionych w Domach Opieki Społecznej otrzymaliśmy odpowiedź, że według planu budżetu państwa na 2016 rok wydatki na domy pomocy społecznej, w budżetach wojewodów, stanowić mają około 30% wydatków na wszystkie zadania pomocy społecznej. Są to znaczące środki, które w ocenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pozwolą na spełnienie oczekiwań płacowych pielęgniarek i położnych. Tak się jednak nie stało.
W załączeniu przekazujemy do wiadomości pisma skierowane do Starostów powiatów: elbląskiego i braniewskiego oraz do Prezydenta Elbląga w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń oraz uzyskane odpowiedzi.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblągu zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji dotyczącej planowanego sposobu i wysokości zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej, a wynikającej ze zwiększenia dotacji budżetowej na dofinansowanie domów pomocy społecznejw 2016 roku.

Z treści pisma DPS – V.076.7.2015.WW Podsekretarz Stanu Elżbiety Seredyn w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, skierowanym do Starostów wszystkich powiatów, wynika, że według planu budżetu państwa na 2016 rok wydatki na domy pomocy społecznej, w budżetach wojewodów, stanowić mają około 30% wydatków na wszystkie zadania pomocy społecznej. Są to znaczące środki, które w ocenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pozwolą na spełnienie oczekiwań płacowych pielęgniarek i położnych.

Intencją zawartego Porozumienia w dniu 23 września 2015r w Warszawie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia oraz późniejszych uregulowań prawnych, było wdrożenie systemu gwarantującego stały wzrost wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód bez względu na miejsce i formę zatrudnienia, w tym także pracujących w domach opieki społecznej.

Wyrażamy nadzieję, że doceniając ogromną role, jaką pełnią pielęgniarki i położne w tych jednostkach, sprawując fachową opiekę medyczną nad podopiecznymi placówek, możliwe jest wprowadzenie rozwiązań, które pozwoli na poprawę warunków płacowych na poziomie wynegocjowanego wzrostu płac tej samej grupy zawodowej zatrudnionej w innych podmiotach. Tym samym uda się uniknąć krzywdzącego traktowania pielęgniarek ze względu na miejsce zatrudnienia, a przez to zmniejszaniu się liczby pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w domach pomocy społecznej.

Pielęgniarki i położne wykonujące swój zawód w domach pomocy społecznej są pracownikami samorządowymi, wynagradzanymi ze środków budżetów domów pomocy społecznej prowadzonych przez samorządy powiatowe lub na ich zlecenia.

Dlatego też, zwracamy się z prośbą o informację na temat podjętych dotychczas działań i kolejnych planowanych w 2016 roku, które pozwolą na stały wzrost wynagrodzeń tej grupy zawodowej.

Z poważaniem

Halina Nowik Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblągu

PREZYDENT
MIASTA ELBLĄG
82-300 ELBLĄG, ul. Łączności 1

RZiSS.8120.11.2016.MK

Elbląg, 22 styczeń 2016r.

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w ELBLĄGU
WPŁYNĘŁO
dnia 29.01.2016r. PODPIS
L.dz. XIX/69/16

Pani Halina Nowik
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Elblągu

W odpowiedzi na pani pismo z dnia 12 stycznia 2016r. L.dz.XIX/26/2016 informuję, iż pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej prowadzonych przez elbląski samorząd są pracownikami samorządowymi w rozumieniu ustawy o pracownikach samorządowych, a ich wynagrodzenie ustalane jest na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych i wynika z możliwości finansowych placówek.

W budżecie Miasta Elbląg na 2016 rok uwzględniono nominalny wzrost przeciętnego wynagrodzenia pracowników samorządowych w wys. 3% i obejmuje on wszystkich pracowników samorządowych, również w miejskich jednostkach organizacyjnych, bez względu na grupę pracowniczą jaką stanowią. Wzrost wynagrodzenia pielęgniarek w kwocie znacząco wyższej niż 3% spowodowałoby brak środków na wzrost wynagrodzenia dla pozostałych pracowników, co byłoby dla nich bardzo krzywdzące.

Należy zaznaczyć, iż deklarowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wyższe dotacje dla województw na dofinansowanie domów pomocy społecznej jak dotychczas nie zostały uwzględnione we wstępnych wysokościach dotacji celowych przyznanych dla Miasta Elbląg. Ponadto, nawet w przypadku faktycznego zwiększenia dotacji Wojewody na 1 mieszkańca umieszczonego w DPS na tzw. „starych zasadach", w przypadku elbląskich domów pomocy społecznej nie będzie ono znaczące, gdyż np. w przypadku Domu Pomocy Społecznej „Niezapominajka", mieszkańcy ci stanowią 15% wszystkich mieszkańców domu.

W związku z powyższym, nie widzę możliwości zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w elbląskich domach pomocy społecznej, w wysokości odpowiadającej kwocie wynikającej z Porozumienia w sprawie wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z up. PREZYDENTA MIASTA
B. Milusz
Bogusław Milusz
WICEPREZYDENT

ZARZĄD POWIATU
w BRANIEWIE
ul. Piłsudskiego 2
14-600 BRANIEWO

Braniewo, 25 stycznia 2016 roku

Br.ZP.0021.1.9.2016

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w ELBLĄGU
WPŁYNĘŁO
dnia 29.01.2016 PODPIS
L.dz. XIX/68/16

Pani Halina Nowik
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Elblągu

W odpowiedzi na pismo z dnia 12 stycznia 2016 roku w sprawie udzielenia informacji dotyczącej planowanego sposobu i wysokości zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej chciałbym poinformować iż władze Powiatu Braniewskiego doceniają pracę pielęgniarek zatrudnionych w Powiatowym Domu Pomocy Społecznej w Braniewie. Bezsporne jest, że wynagrodzenia tej grupy zawodowej, zatrudnionej w naszej jednostce organizacyjnej, znacznie odbiega od uposażenia pielęgniarek zatrudnionych np. w szpitalu. Zarząd Powiatu Braniewskiego, widząc trudną sytuację pracowników tej jednostki, nie tylko pielęgniarek, w ostatnich latach zabezpieczał dodatkowe środki własne na regulację wynagrodzeń. W chwili obecnej Powiat Braniewski nie ma możliwości zwiększenia środków budżetowych na ten cel, a ustawa wprowadzająca regulacje płacowe dla pielęgniarek, na którą w swoim piśmie powołuje się związek, dotyczy tylko pracowników służby zdrowia. W przypadku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej konieczne są rozwiązania systemowe. Ze swej strony mogę obiecać, że w przypadku zwiększenia dotacji budżetowej na dofinansowanie domów pomocy społecznej w 2016 roku, środki te niezwłocznie zasilą budżet jednostki.

Z poważaniem

Przewodniczący Zarządu
Powiatu Braniewskiego
Leszek Dziąg

STAROSTA ELBLĄSKI
ul. Saperów 14A
82-300 ELBLĄG

Elbląg, dnia 4 lutego 2016 roku

PCPR.OK.0124.9.2016

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w ELBLĄGU
WPŁYNĘŁO
dnia 12.02.2016 r.
PODPIS
L.dz. XIX/108/16

P a n i
Halina NOWIK

Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych
w Elblągu

W związku z Pani pismem znak: L.dz. XIX/28/2016 z dnia 12 stycznia 2016 roku, dotyczącym planowanego sposobu zwiększenia wynagrodzeń w odniesieniu do pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, funkcjonujących w Powiecie Elbląskim - uprzejmie wyjaśniam:

porozumieniem zawartym w dniu 23 września 2015 roku w Warszawie, którego stronami był Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Minister Zdrowia, gwarantującym pielęgniarkom i położnym coroczny średni wzrost miesięcznego wynagrodzeń wraz ze wszystkimi składnikami i pochodnymi, na poziomie 400,- zł. nie zostały objęte pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej.

W swoim wystąpieniu, powołując się na pismo Pani Elżbiety Seredyn - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, wskazuje Pani na zwiększoną dotację celową z budżetu państwa tytułem dofinansowania domów pomocy społecznej, jako źródło finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek.

Odnosząc się do przedmiotowej dotacji uprzejmie informuję, iż Powiat Elbląski, jako podmiot prowadzący ponadgminne domy pomocy społecznej, w których przebywają mieszkańcy przyjęci przed dniem 1 stycznia 2004 roku, otrzymuje dotacje celowe z budżetu państwa, przekazywane przez Wojewodę Warmińsko – Mazurskiego .

Miesięczna kwota dotacji dla powiatu ustalana jest zgodnie z art. 87 ustawy z dnia 13 listopada 2003 roku o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (tekst jednolity Dz.U. z 2015 roku poz. 513 z późn. zm.), w wysokości odpowiadającej iloczynowi liczby mieszkańców domów w powiecie i średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu, pomniejszonemu o dochody uzyskiwane z odpłatności za pobyt mieszkańca. Tym samym informacja o zwiększeniu dotacji budżetowej na dofinansowanie domów pomocy społecznej w 2016 roku nie ma żadnego przełożenia na ustalenie jej wysokości.

Ponadto informuję, iż wysokości miesięcznych dotacji, które są elementem składowym planów finansowych domów pomocy społecznej, jak i liczba osób umieszczonych w domach pomocy społecznej przed dniem 1 stycznia 2004 roku, tzw. „starych zasadach", to wskaźniki mające wyraźną tendencję malejącą.

W 2012 roku w placówkach pomocy instytucjonalnej przebywało 59 osób umieszczonych na „starych zasadach". Natomiast według stanu na dzień 31 grudnia 2015 roku liczba ta uległa zmniejszeniu do 42 osób, co stanowi jedynie 21% ogółu mieszkańców domów.

W aktualnym stanie prawnym domy pomocy społecznej zapewniają na poziomie wymaganego standardu usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające oraz umożliwiają korzystanie, przez osoby będące mieszkańcami domów, ze świadczeń ochrony zdrowia realizowanych w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia, finansowanych ze środków publicznych.

Oznacza to, że po stronie domu leży umówienie wizyty lekarza pierwszego kontaktu, zgłoszenie osoby do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (środowiskowej), czy pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Tym samym mieszkańcy domów pomocy społecznej korzystają ze świadczeń ochrony zdrowia na zasadach ogólnych, analogicznie jak pacjent w warunkach domu rodzinnego.

Powyższe zmiany wpłynęły na znaczne odciążenie pielęgniarek, które przy czynnym współudziale opiekunów kwalifikowanych świadczą, na rzecz mieszkańców domów, usługi o charakterze pielęgnacyjno – opiekuńczym.

Pragnę poinformować Panią Przewodniczącą, iż w 2012, 2014 i 2015 roku, dostrzegając fakt uzyskiwania przez pracowników instytucjonalnej pomocy społecznej wynagrodzeń, które były niewspółmierne do stale rosnących bieżących kosztów utrzymania, kadra domów pomocy społecznej, w tym również osoby zatrudnione na stanowisku pielęgniarek, była objęta podwyżkami wynagrodzeń.

Sądzę, iż w sytuacji pełnego wykorzystania miejsc w domach pomocy społecznej, co ma kluczowe znaczenie dla kształtu planu finansowego jednostek, wzorem lat ubiegłych, będą podejmowane działania zmierzające do konsekwentnego podwyższania wynagrodzeń, oczywiście w odniesieniu do wszystkich grup zawodowych, zatrudnionych w domach, co jest zgodne z pismem Pani Elżbiety Seredyn - Podsekretarz Stanu w MPiPS, która apelowała *„...o rozważenie możliwości dokonania zmian w obszarze polityki płacowej w domach pomocy społecznej dla omawianej grupy pracowników, jednocześnie nie* ***zapominając o pozostałych pracownikach*** *tych jednostek".*

STAROSTA ELBLĄSKI

mgr Maciej Romanowski

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ELBLĄGU
District Chamber of Nurses and Midwives

82-300 Elbląg ul. Gustawa Morcinka 10 B
tel. 55 233-98-79 , fax. 55 235-53-93 e-mail: izbaelb@wp.pl
Nr konta 04116022020000000050258566

ZAWIADOMIENIE ZJAZDOWE

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, zawiadamia DELEGATÓW, że w dniu **19 marca 2016 r. w sali konferencyjnej „GUSTAW" Hotelu „ELBLĄG" w Elblągu ul. Stary Rynek 54-59** odbędzie się

XXV OKRĘGOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ELBLĄGU

Rejestracja delegatów rozpocznie się o godz. 8.30.

Otwarcie obrad godz. 9.00

Jednocześnie przypominam, iż obecność Delegatów na Zjeździe jest obowiązkowa. W przypadku przewidywanej nieobecności delegata należy w biurze Okręgowej Izby zgłosić na piśmie powiadomienie o absencji.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblągu

mgr Halina Nowik

Przewodnicząca ORPiP

Podstawa prawna:

- art.4 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 9 XXII Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu z dnia 16 marca 2013 r. w sprawie przyjęcia i zatwierdzenia Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

18.12.2015 r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblągu. W trakcie obrad przyjęto następujące uchwały: ✓ uchwała Nr 28/VII/15 w sprawie określenia wstępnego terminu przeprowadzenia XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Elblagu oraz powołania komitetu organizacyjnego zjazdu, ✓ uchwała Nr 29/VII/15 w sprawie prenumeraty czasopism fachowych na rok 2016, ✓ uchwała Nr 30/VII/15 w sprawie obsługi prawnej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, ✓ uchwała Nr 31/VII/15 w sprawiezawarcia umowy zlecenia z Samodzielną Księgową Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, ✓ uchwała Nr 32/VII/15 w sprawie zawarcia umowy cywilnoprawnej ze Specjalistą ds. Szkoleń, ✓ uchwała Nr 33/VII/15 w sprawie zawarcia umowy zlecenia na sprzątanie pomieszczeń biurowych oraz terenu wokół siedziby Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, ✓ uchwała Nr 34/VII/15 w sprawie pomocy finansowej członkom samorządu, ✓ uchwała Nr 35/VII/15 w sprawieustalenia składu osobowego komisji problemowych działających przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, ✓ uchwała Nr 36/VII/15 w sprawie wytypowania osób do odznaczeń samorządu pielęgniarek i położnych, ✓ uchwała Nr 37/VII/15 w sprawie obchodów XXV-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, ✓ uchwała Nr 38/VII/15 w sprawie wyznaczenia osób upoważnionych do wydawania opinii w przedmiocie podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, ✓ uchwała Nr 39/VII/15 w sprawie powołania Komisji egzaminacyjnej celem przeprowadzenia egzaminu teoretycznego po odbytym przeszkoleniu przez pielęgniarkę z powodu niewykonywania zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, ✓ uchwała Nr 40/VII/15 w sprawie pomocy finansowej członkom samorządu, ✓ uchwała Nr 41/VII/15 w sprawiezasad wynagradzania etatowych pracowników Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, ✓ uchwała Nr 42/VII/15 w sprawie zmiany Regulaminu przyznawania zapomóg losowych dla członków samorządu zawodowego.
21.12.2015 r.	W siedzinie izby odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego pod przewodnictwem Pani Zyty Kemskiej. W trakcie posiedzenia komisja rozpatrzyła 26 wniosków o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu.
29.12.2015 r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblagu. W trakcie obrad przyjęto następujące uchwały: ✓ uchwała Nr 8P/VII/15 w sprawie wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, ✓ uchwała Nr 9P/VII/15 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania

	zawodu pielęgniareki i wydania zaświadczenia.
29.12.2015 r.	Pani Halina Nowik Przewodnicząca ORPiP w Elblągu uczestniczyła w spotkaniu z konsultantami w dziedzinach pielęgniarstwa Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Spotkanie odbyło się w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur w Olsztynie.
26.01.2016 r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblagu. W trakcie obrad przyjęto następujące uchwały: ✓ uchwała Nr 10/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do rejestru pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, ✓ uchwała Nr 11P/VII/16 w sprawie wytypowania przedstawiciela Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblagu do prac komisji egzaminacyjnej zaliczającej kurs specjalistyczny „Szczepienia ochronne" (program dla pielęgniarek), ✓ uchwała Nr 12P/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, ✓ uchwała Nr 13P/VII/16 w sprawie wykreślenia wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ✓ uchwała Nr 14P/VII/16 w sprawie zakupu sprzętu audiowizualnego koniecznego do prowadzenia zajęć dydaktycznych.
13.01.2016 r.	W siedzibie OIPiP w Elblągu odbyło się posiedzenie robocze Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Elblągu.
18-20.01. 2016 r.	W Warszawie odbył się VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Elblągu reprezentowały Delegatki: Halina Nowik – Przewodnicząca ORPiP oraz Regina Zimnoch pełniąca funkcję ORzOZ.
20.01.2016 r.	W siedzibie OIPiP w Elblągu odbyło się posiedzenie Komisji ds. Socjalno-Bytowych pod przewodnictwem Pani Bożeny Tyc. W trakcie posiedzenia rozpatrzono 2 wnioski o udzielenie zapomóg losowych. Komisja przyznała zapomogi na kwotę 2.500 zł.
27.01.2016 r.	W siedzibie OIPiP w Elblągu odbyło się posiedzenie Komisji Redakcyjnej pod przewodnictwem Pani Małgorzaty Uścinowicz.
2-5.02. 2016 r.	Pani Halina Nowik Przewodnicząca ORPiP w Elblągu uczestniczyła w I posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji.
05.02.2016 r.	Przewodnicząca ORPiP w Elblągu uczestniczyła w spotkaniu z Panem Arturem Chojeckim Wojewodą Warmińsko-Mazurskim. Tematem spotkania było omówienie zasad współpracy samorządu zawodowego województwa z Urzędem Wojewódzkim w Olsztynie.
03.02.2016 r.	W siedzibie OIPiP w Elblągu odbyło się posiedzenie robocze Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.
06.02.2016 r.	W siedzibie OIPiP w Elblągu odbył się egzamin po kursie kwalifikacyjnym „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywna opieka" Do egzaminu przystąpiły 34 osoby.Średnia punktów wyniosła 99/100. Uczestniczkom gratulujemy wyników.
10.02.2016 r.	Okręgowa Komisjia Rewizyjna w Elblągu pod przewodnictwem Pani Justyny Tomkiewicz przeprowadziła w siedzibie izby kontrolę działalności finansowo-księgowej za okres IV kwartału 2015 r.

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ELBLĄGU
District Chamber of Nurses and Midwives
DZIAŁ SZKOLEŃ
82-300 Elbląg ul. Gustawa Morcinka 10 B
tel. 55 233-98-79, fax. 55 235-53-93 e-mail: szkolenia.izbaelb@wp.pl

INFORMACJA

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Elblągu prowadzi nabór na kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne. Zajęcia teoretyczne będą odbywać się w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu przy ul. Morcinka 10B. Zajęcia stażowe w większości w elbląskich placówkach ochrony zdrowia.
Wszystkie osoby chętne do wzięcia udziału w kursach prosimy o przysyłanie zgłoszeń:

- osobiście lub listownie na adres: 82-300 Elbląg, G. Morcinka 10B
- e-mailem: szkolenia.izbaelb@wp.pl

karty kursu do pobrania na stronie oipip.elblag.pl a także w załączonej informacji.

Rozpoczynamy nabór na kursy, które chcemy rozpocząć w I kwartale 2016:

1. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „**Pielęgniarstwa epidemiologicznego**” dla pielęgniarek i położnych. Koszt kursu 1000zł. Na zgłoszenia czekamy do 19 lutego 2016. Początek zajęć 27-28 luty 2016
2. kurs specjalistyczny „**Resuscytacja krążeniowo-oddechowa**” dla pielęgniarek i położnych. Koszt kursu ok. 400zł. Na zgłoszenia czekamy do 26 lutego 2016. Początek zajęć w marcu 2016
3. kurs specjalistyczny „**Wykonanie i interpretacja zapisu EKG**” dla pielęgniarek i położnych. Koszt kursu ok. 330zł. Na zgłoszenia czekamy do 26 lutego 2016. Początek zajęć w marcu 2016
4. kurs specjalistyczny „**Leczenie ran**” dla pielęgniarek. Koszt kursu ok. 500zł. Na zgłoszenia czekamy do 26 lutego 2016. Początek zajęć w marcu 2016

Zachęcamy do składania wniosków i podejmowania kształcenia.

Na dzień dzisiejszy osoby podejmujące kształcenie mogą składać wnioski o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu – koszt dofinansowania to 40% poniesionych kosztów na kształcenia oraz 30% kosztów poniesionych na dojazdy.

Kurs kwalifikacyjny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z *art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. 2014 poz. 1435)* ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Kurs kwalifikacyjny trwa około 6 miesięcy. Do kursu kwalifikacyjnego może przystąpić pielęgniarka/położna, która posiada prawo wykonywania zawodu, co najmniej 6-miesięczny staż w zawodzie i została dopuszczona do kursu.

Kurs specjalistyczny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z *art.72 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. 2014 poz. 1435)* ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

Kurs specjalistyczny trwa do 3 miesięcy. Do kursu specjalistycznego może przystąpić pielęgniarka/położna, która posiada prawo wykonywania zawodu i została dopuszczona do kursu.

Specjalista ds. szkoleń
mgr Magdalena Budziszewska

Druki zgłoszeń na kursy znajdują się do pobrania na stronie internrtowej izby: www.oipip.elblag.pl zakładka Kształcenie Podyplomowe – Dział Kształcenia przy OIPiP w Elblągu

PODZIĘKOWANIA, GRATULACJE, JUBILEUSZE

„Naprawdę istnieje tylko jedna
radość: obcowanie z ludźmi”

Szanowna Pani
mgr Teresa Cierachowska

W związku z zakończeniem pracy na stanowisku Prezesa Zarządu Szpitala Powiatowego w Pasłęku Spółka z o.o. pragnę w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblągu podziękować Pani za wieloletnią współpracę z samorządem naszym samorządem zawodowym.

Doceniamy Pani trud włożony w kształtowanie wiedzy, postaw etycznych i umiejętności kolejnych pokoleń pielęgniarek pracujących w Szpitalu Powiatowym w Pasłęku.

Dziękujemy za zrozumienie i życzliwość, z którą zawsze spotykaliśmy się przy załatwianiu często nie najłatwiejszych spraw związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej.

Prosimy przyjąć najlepsze życzenia, przede wszystkim zdrowia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Z wyrazami szacunku Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Elblągu

„Każdy przecież początek, to tylko ciąg dalszy,
a księga zdarzeń zawsze otwarta w połowie”
Wisława Szymborska

Szanowna Pani
mgr Iwona Chełchowska
Prezes Zarządu
Szpitala Powiatowego Spółka z o.o. w Pasłęku

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Elblągu oraz swoim własnym składam Pani serdeczne gratulacje z okazji objęcia stanowiska Prezesa Zarządu Szpitala Powiatowego Spółka z o.o. w Pasłęku.

Jesteśmy przekonani, że okres sprawowania przez Panią tej funkcji będzie dobrym czasem zarówno dla szpitala jak i zatrudnionych w nim pielęgniarek.

Życząc Pani wielu sukcesów zawodowych i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym wyrażamy nadzieję na bliską i owocną współpracę.

Z wyrazami szacunku Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Elblągu

„Jest na świecie zawód, jedno jedyne powołanie
- być dobrym dla drugiego człowieka”

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Elblągu
z okazji przypadających w roku 2016 jubileuszy pracy zawodowej
Wszystkim wymienionym poniżej Koleżankom i Kolegom składa gratulacje i serdeczne podziękowania za trud, oddanie i życzliwość w czasie codziennej wieloletniej pracy w zawodzie.
Wyrażając słowa uznania życzymy zdrowia oraz pomyślności w pracy i życiu osobistym.

Lekarska Spółka Partnerska „OSTOJA” Łaszkiewicz i Partnerzy w Elblągu
Grażyna Siemieniewska- 35 lat pracy
Jadwiga Kowalczyk – 35 lat pracy
Stefania Gajda – 35 lat pracy
Elżbieta Wilińska – 35 lat pracy

Powiatowy Dom Pomocy Społecznej w Braniewie
Anna Wojcieska – 35 lat pracy

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie
Oddział Terenowy w Elblągu
Wiesława Gaworek – 40 lat pracy
Elżbieta Nowicka – 35 lat pracy
Marzena Bronst – 25 lat pracy

Dom Pomocy Społecznej w Rangórach
Teresa Guderska – 35 lat pracy

B.Braun Avitum Poland
Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego SZPITAL EL-VITA w Elblągu
Lidia Bera – 35 lat pracy
Maria Jaworska – 35 lat pracy
Maria Songin – 35 lat pracy
Danuta Janusz – 30 lat pracy
Lucyna Stefańska – 30 lat pracy
Ewa Chodyna – 25 lat pracy
Wioletta Kamińska – 25 lat pracy
Beata Ślęzak – 25 lat pracy
Robert Witkowski – 25 lat pracy
Beata Wyderska – 25 lat pracy
Katarzyna Bukacka – 20 lat pracy

Dom Pomocy Społecznej w Tolkmicku

Bogumiła Baran – 35 lat pracy
Jarosława Piwońska – 35 lat pracy
Grażyna Lewandowska – 35 lat pracy
Iwona Gwóźdź – 25 lat pracy

Powiatowe Centrum Medyczne Spółka z o.o. w Braniewie

Janina Skurzyńska – 40 lat pracy
Krystyna Boryczka – 35 lat pracy
Halina Demkowicz – 35 lat pracy
Elżbieta Kołakowska – 35 lat pracy
Irena Małek – 35 lat pracy
Anna Sapieżyńska – 35 lat pracy
Ewa Siedlik- 35 lat pracy
Stanisława Wojtkiewicz – 35 lat pracy
Joanna Jackowska – 30 lat pracy
Iwona Pastuszuk – 30 lat pracy
Teresa Rudź – 30 lat pracy

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „TOL-VITA" s.c. w Tolkmicku

Jolanta Wesołowska – 35 lat pracy
Helena Michaluk – 35 lat pracy

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ w Braniewie

Wanda Drelich – 40 lat pracy
Anna Pater – 40 lat pracy

Samodzielny Publiczny SpecjalistycznyZakład Opieki Zdrowotnej Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Elblągu

Grażyna Kilen-Czerny – 40 lat pracy
Małgorzata Lewandowska – 40 lat pracy
Jadwiga Jankowska – 35 lat pracy
Zofia Kędziora – 35 lat pracy
Małgorzata Erdman – 35 lat pracy
Bożena Gajewska – 35 lat pracy
Jolanta Hrebionko – 35 lat pracy
Barbara Kardasz – 35 lat pracy
Elżbieta Leśniewicz – 35 lat pracy
Danuta Lewandowska – 35 lat pracy
Maria Mroczkowska - 35 lat pracy
Halina Ożarowska – 35 lat pracy
Bożena Szkiler – 35 lat pracy
Zofia Tomczak – 35 lat pracy
Joanna Grosch – 30 lat pracy
Elżbieta Cywińska– 30 lat pracy

Krystyna Fiedorowicz – 30 lat pracy
Beata Gąsiorowska – 30 lat pracy
Jadwiga Górna – 30 lat pracy
Józefa Malinowska – 30 lat pracy
Anna Marciniak – 30 lat pracy
Zofia Rynkowska – 30 lat pracy
Agnieszka Suchojad – 30 lat pracy
Katarrzyna Zasłona – 30 lat pracy
Anna Krajewska – 25 lat pracy
Katarzyna Gerej – 25 lat pracy
Anna Górna – 25 lat pracy
Anna Kleczkowska – 25 lat pracy
Wioletta Kurek – 25 lat pracy
Anna Mamczarz – 25 lat pracy
Bożena Siuciak – 25 lat pracy
Renata Biłyk – 20 lat pracy

Szpital Powiatowy w Pasłęku Spółka z o.o.

Lucyna Młynarska – 35 lat pracy
Grażyna Wieliczko – 35 lat pracy
Irena Zalewska – 35 lat pracy
Dorota Dawidziuk – 30 lat pracy
Barbara Pilch – 30 lat pracy
Ludwika Janiuk – 30 lat pracy
Małgorzata Sikora – 30 lat pracy
Wiesława Staruch – 30 lat pracy
Iwona Świniarska – 30 lat pracy
Ewa Oryl – 30 lat pracy
Regina Kowalczyk – 30 lat pracy
Jadwiga Boraczek – 30 lat pracy

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblagu

Alicja Bogusławska – 40 lat pracy
Agnieszka Urszula Gliniak – 40 lat pracy
Grażyna Polcyn – 40 lat pracy
Edwarda Szerszeń – 40 lat pracy
Bogusława Jadwiga Ścibek – 40 lat pracy
Ewa Małgorzata Cylkowska – 35 lat pracy
Jadwiga Harcuła – 35 lat pracy
Małgorzata Ihma – 35 lat pracy
Dorota Kotowska – 35 lat pracy
Elżbieta Kraczkowska – 35 lat pracy
Teresa Linda – 35 lat pracy
Mirosława Teresa Lisiecka – 35 lat pracy

Bożena Stanisława Machura – 35 lat pracy
Alina Milusz – 35 lat pracy
Regina Halina Murawska – 35 lat pracy
Barbara Piekarz – 35 lat pracy
Maria Jolanta Starzyńska – 35 lat pracy
Zofia Świokło – 35 lat pracy
Jolanta Maria Ułanowska – 35 lat pracy
Łucja Beata Wiśniewska – 35 lat pracy
Jolanta Witek – 35 lat pracy
Teresa Woźniak – 35 lat pracy
Danuta Brzóska – 30 lat pracy
Elżbieta Grażyna Buczyło – 30 lat pracy
Dorota Danuta Chalastra – 30 lat pracy
Anna Krystyna Chomicz – 30 lat pracy
Anna Ewa Dudek – 30 lat pracy
Teresa Gardocka – 30 lat pracy
Dorota Latoszewska – 30 lat pracy
Urszula Dorota Lewandowska – 30 lat pracy
Grażyna Malinowska – 30 lat pracy
Jolanta Murawska - – 30 lat pracy
Grażyna Nowicka – 30 lat pracy
Joanna Rogulska – 30 lat pracy
Wiesława Rudzianiec – 30 lat pracy
Małgorzata Teresa Rynkowska – 30 lat pracy
Irena Samson – 30 lat pracy
Alicja Siudzik – 30 lat pracy
Jadwiga Słodkowska – 30 lat pracy
Anna Irena Stypułkowska – 30 lat pracy
Marzena Zofia Wolińska – 30 lat pracy
Elżbieta Wysocka – 30 lat pracy
Anna Zawadzka – 30 lat pracy
Dorota Bąk – 25 lat pracy
Aneta Białousz – 25 lat pracy
Katarzyna Iwona Dąbrowska – 25 lat pracy
Anna Dejewska – 25 lat pracy
Anna Fonferek – 25 lat pracy
Jolanta Gaweł – 25 lat pracy
Agnieszka Gawkowska – 25 lat pracy
Marzena Barbara Jarzynka – 25 lat pracy
Ewa Kaczyńska – 25 lat pracy
Mariola Karbowska – 25 lat pracy
Dorota Kępińska – 25 lat pracy
Halina Lidia Kołodziejska – 25 lat pracy

Małgorzata Krajewska – 25 lat pracy
Anna Leonowicz – 25 lat pracy
Ewa Łyko – 25 lat pracy
Aleksandra Marzena Mostowa – 25 lat pracy
Małgorzata Nieszporek – 25 lat pracy
Dorota Nowak – 25 lat pracy
Małgorzata Obszańska – 25 lat pracy
Agata Wilczewska – 25 lat pracy
Elżbieta Winiarczyk – 25 lat pracy
Iwona Sylwia Anuszek – 20 lat pracy
Michalina Bloch – 20 lat pracy
Joanna Anna Broda – 20 lat pracy
Anna Bryk – 20 lat pracy
Danuta Cichostępska– 20 lat pracy
Katarzyna Czeszejko-Sochacka – 20 lat pracy
Nina Ewa Drewa – 20 lat pracy
Beata Fiedorowicz – 20 lat pracy
Ewa Gołucka – 20 lat pracy
Joanna Karolina Jackowska-Marszał – 20 lat pracy
Katarzyna Ewa Jagła – 20 lat pracy
Agnieszka Katarzyna Kołodziej – 20 lat pracy
Magdalena Lejman – 20 lat pracy
Anna Maksimczyk – 20 lat pracy
Magda Beata Misterkiewicz – 20 lat pracy
Edyta Maria Mroczek – 20 lat pracy
Agnieszka Iwona Pikus – 20 lat pracy
Dorota Skiba – 20 lat pracy
Joanna Marzena Sokołowska – 20 lat pracy
Jolanta Agnieszka Szymborska – 20 lat pracy
Krystyna Wińska – 20 lat pracy
Edyta Elżbieta Wójcik – 20 lat pracy
Alina Zawadzka – 20 lat pracy
Ewa Małgorzata Żyła – 20 lat pracy
Mariola Żyłowska – 20 lat pracy

Elbląski Szpital Specjalistyczny z Przychodnią SPZOZ w Elblągu

Alicja Gryza- 40 lat pracy
Małgorzata Brzóska – 35 lat pracy
Krystyna Kołodziejska – 35 lat pracy
Grażyna Hanasik – 35 lat pracy
Ewa Wysocka – 30 lat pracy
Barbara Izydorska – Woźna – 30 lat pracy
Marzena Kata – 30 lat pracy

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „TWOJE ZDROWIE EL" Sp. z o.o. w Elblągu
Irena Ciesielska – 40 lat pracy

Dom Pomocy Społecznej „NIEZAPOMINAJKA" w Elblągu
Teresa Stryjewska – 35 lat pracy

Elbląskie Centrum Alergologii
Maria Białas – 46 lat pracy

Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego „JAŚMINOWA" Spółka Lekarska Gańko i Partnerzy w Elblągu
Anetta Mierzejewska – 20 lat pracy

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska
Barbara Wróbel – 20 lat pracy

Indywidualne Praktyki Pielęgniarskie Oddział Neurochirurgii,Neurotraumatologii i Chirurgii Kręgosłupa Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblagu
Leokadia Podlińska – 40 lat pracy
Marzena Baran – 30 lat pracy
Dorota Talarek – 30 lat pracy
Jolanta Grabowska – 30 lat pracy
Katarzyna Orzoł – 30 lat pracy
Alicja Romanowska – 25 lat pracy
Agnieszka Harenda – 25 lat pracy

CHIRURGIA BRANIEWO Marek Zamojcin Sp. Jawna
Irena Hołodiuk – 35 lat pracy
Bozena Czarnobaj – 35 lat pracy

„KARDIOMED Janczewska, Kociałkowska,Ostrowski, Podjacka, Reszka, Skowroński, Wójcik Lekarze – Spółka Partnerska" w Elblągu
Halina Szulewska – 45 lat pracy
Izabela Skowrońska – 20 lat pracy

Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego „SZKOL-MED" Nowik, Najdek, Bajczyk i Wspólnicy Spółka Jawna w Elblągu
Ewa Najdek – 40 lat pracy
Małgorzata Marczyńska – 30 lat pracy
Halina Nowik – 30 lat pracy

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NASZA PRZYCHODNIA Michał Jędrzyński w Elblągu
Jolanta Michalak – 25 lat pracy

Praktyka Położnych Rodzinnych NOVA VITA s.c w Elblągu
Katarzyna Kołecka – 25 lat pracy

Spółka Lekarska „ZDROWIE" Praktyka Lekarza Ogólnego i Dziecięcego Gonsior, Paprocki i Partnerzy" w Elblągu
Elżbieta Mroczkowska – 40 lat pracy
Helena Rynkowska – 40 lat pracy
Irena Kogut – 40 lat pracy
Jolanta Przewodowska – 35 lat pracy
Jolanta Bober – 31 lat pracy

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”

,, Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci”
W. Szymborska

Pani Danucie BĄK

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składa Personel Pielęgniarski
Samodzielnego Publicznego
Specjalistycznego Psychiatrycznego
ZOZ we Fromborku

,, Można odejść na zawsze, by stale być blisko”
ks. Jan Twardowski

Pani Beacie KACZAN

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIA

składa Personel Pielęgniarski
Samodzielnego Publicznego
Specjalistycznego Psychiatrycznego
ZOZ we Fromborku

,, Słowa nie ukoją bólu, ale nas połączą”

Pani Urszuli LEWANDOWSKIEJ

Wyrazy głębokiego współczucia
oraz słowa otuchy z powodu śmierci

TATY

składają Koleżanki
z Oddziału Laryngologii i Okulistyki
Elbląskiego Szpitala
Specjalistycznego z Przychodnią
SPZOZ w Elblągu

,, Nigdy nadto życia, zawsze śmierć zbyt wczesna”

Pani Małgorzacie SIKORA

Wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

MAMY

składają Koleżanki
ze Szpitala Powiatowego Spółka z o.o.
w Pasłęku

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”

,,Rozstanie niesie smutek i nadzieję na ponowne spotkanie”

Pani Teresie CIERACHOWSKIEJ

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

SIOSTRY

składa Personel Pielęgniarski Szpitala Powiatowego Spółka z o.o. w Pasłęku

,,Nie odchodzi się tak naprawdę i zupełnie, bo mimo wszystko pozostaje się w czyjejś pamięci i czyimś czekaniu”

Pani Pielęgniarce Brygidzie KOPYCKIEJ

Wyrazy serdecznego żalu i szczerego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składają Koleżanki i Koledzy Oddziału Neurologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu

,, Każdy ma w życiu jakieś powołanie, jakieś misje do spełnienia… Nikt nie może w tym zastąpić, tak jak nikt inny nie powtórzy jego życia. Zatem zarówno zadanie, jakie stoi przed każdym z nas, jak i sposobności jego wykonania są wyjątkowe”
Viktor Frank

Koleżance ***Izabeli WITKOWSKIEJ***

wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

MAMY

Składają Koleżanki i Koledzy Oddziału Neurologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu

,, Umiera się nie po to żeby przestać żyć, lecz po to, by żyć inaczej”

Pani Dorocie ŻMUDA

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

BRATA

składają Koleżanki z Oddziału Laryngologii i Okulistyki Elbląskiego Szpitala Specjalistycznego z Przychodnią SPZOZ w Elblągu

Wysokość składki członkowskiej w 2016 r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Elblągu informuje, iż zgodnie z uchwałą Nr 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału od lutego 2016 r.określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1. **1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;**
2. **1% także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;**
3. **0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.**

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2015 r. wynosiło 4280, 39 zł. - Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 stycznia 2016 r.

Po wyliczeniu wysokość składki członkowskiej – w przypadku pielęgniarek/położnych wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej (indywidualne lub grupowe praktyki zawodowe) od dnia 1 lutego 2016 r. wynosi – 32,10 zł miesięcznie.

W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w pkt. 1 , 2, 3 składka członkowska powinna być naliczana z jednego źródła, w którym jej wysokość jest najwyższa.

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy – pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy,
2. które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie, której są członkiem,
3. wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
4. przebywające na urlopie macierzyńskim/tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
5. pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjna lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu,
6. będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu.

Składki członkowskie są płatne miesięcznie.
Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.
Bliższych informacji na temat zasad odprowadzania składek członkowskich uzyskać można w Dziale Księgowości Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu.
Konto bieżące Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu: Bank Millennium O/Elbląg04116022020000000050258566

SKARBNIK ORPiP
GRAŻYNA ONOSZKO-PÓŁTORAK

Szanowni Państwo

Pielęgniarki/Pielęgniarze/Położne

W związku z zaplanowanymi na miesiąc maj 2016 r. uroczystymi obchodami Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, jak co roku zwraca się z prośbą o przekazywanie informacji dotyczących jubileuszy pracy zawodowej: 20 – lecia, 25-lecia, 30-lecia, 35-lecia itd.

Prośbę kierujemy szczególnie do Koleżanek, Kolegów wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej, pracujących w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, poradniach i praktykach lekarskich.

Informacje zawierające: imię, nazwisko, miejsce pracy wraz z określeniem przypadającego w roku 2016 jubileuszu pracy zawodowej prosimy kierować listownie do Biura OIPiP w Elblągu ul. Morcinka 10 B,
faxem 55 235 53 93 lub
na adres poczty elektronicznej: izbaelb@wp.pl.

Jednocześnie informuję , że na dzień 6 maja 2016 r. zaplanowano uroczyste spotkanie z udziałem pielęgniarek/pielęgniarzy/położnych, członków naszej izby, obchodzących w roku 2016 jubileusz trzydziestolecia pracy zawodowej.

Z poważaniem
(-) mgr Halina Nowik
Przewodnicząca ORPiP w Elblągu

Od Redakcji

Szanowne Koleżanki i Koledzy

W imieniu nowo powstałej Komisji Redakcyjnej zwracam się do Państwa z zaproszeniem i zachęcam do współtworzenia Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu.
Zapraszamy wszystkich, którzy chcieliby podzielić się z czytelnikami swoimi wynikami badań, wiedzą, przemyśleniami oraz pasją pozazawodową.

Kategorie prac, które można zgłaszać do Biuletynu to:

- prace badawcze i poglądowe,
- sprawozdania z ważnych wydarzeń, w których autor brał udział (konferencje, sympozja itp.),
- opisy umiejętności i pasji pozazawodowych (wiersze, opowiadania, ciekawe przepisy itp.)

Zachęcamy dodzielenia się opiniami, pomysłami dotyczącymi kolejnych numerów Biuletynu OIPiP. Napisz, a my wydrukujemy: artykuły, podziękowania, gratulacje, kondolencje.
Pragniemy poinformować, że Komisja Redakcyjna zamierza wprowadzić nowy dział w Biuletynie pt. „Kącik Własny- Poznajmy się", w którym prezentować będziemy poszczególne jednostki, oddziały, przychodnie.

Osoby zainteresowane serdecznie zapraszamy do przesyłania materiałów do kolejnych numerów Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu drogą elektroniczną na adres: izbaelb@wp.pl lub izbaelb.redakcja@wp.pl

Przewodnicząca Komisji Redakcyjnej
Małgorzata Uścinowicz

Zajrzyj na stronę internetową naszej Izby

www.oipip.elblag.pl

Dokładamy wiele starań aby treści na niej zawarte, były zawsze aktualne, rzeczowe i wyczerpujące.

Co nowego w elbląskiej szkole medycznej?

Szkoła Policealna im. Jadwigi Romanowskiej w Elblągu ma nowe propozycje.

Rozpoczynając wiele lat temu naukę w Licem Medycznym, nie sądziłam, że tak rozpocznie się moja ponad 30 letnia przygoda z elbląską szkołą medyczną. Szkołą, która dla mnie i wielu moich koleżanek nauczycielek (często także jej absolwentek) stała się ważnym miejscem życia, drugim domem.

Elbląska Szkoła Medyczna - obecnie Szkoła Policealna im. Jadwigi Romanowskiej, podlegając przez 65 lat przemianom historycznym, politycznym i społecznym, przechodziła aż dziesięciokrotnie transformacje kształcąc do 2001 roku przede wszystkim pielęgniarki, a później szereg innych zawodów medycznych, społecznych i usługowych. Ostatnie 25 lat to czas intensywnego rozwoju. W 1992 roku po 40 latach „tułaczki" wreszcie otrzymaliśmy własny budynek w „miasteczku szkolnym"przy ulicy Saperów, w 1999 roku nastąpiła zmiana organu prowadzącego na Samorząd Województwa W – M.

Nowe kierunki szybko wypełniły powstałą po pielęgniarstwie pustkę, mocno angażując nas w pracę pedagogiczną i zawodową. Pokochaliśmy rodzące się w naszej szkole nowe zawody – pierwszy nie pielęgniarski: technik analityki medycznej, później technik fizjoterapii, ratownik medyczny – trzy kierunki, które już niestety odeszły do szkolnictwa wyższego. Ale powstawały nowe. Obecnie prowadzimy kształcenie w 11 zawodach: **opiekunka dziecięca, opiekunka środowiskowa, opiekun medyczny, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik usług kosmetycznych,terapeuta zajęciowy, asystentka stomatologiczna, higienistka stomatologiczna** i nasze najmłodsze „dzieci": **technik elektroradiologii i florysta**. Od września 2016 roku planujemy otwarcie kolejnego nowegokierunkupoza branżowego: technik **ochrony fizycznej osób i mienia**.

Ofertę kierujemy nie tylko do młodzieży, ale także dorosłych - w każdym wieku. Jest ich coraz więcej. Niektórzy nasi uczniowie mają ponad 50 lat i jak mówią „*nauka w tej szkole dała mi drugą młodość i niezapomniane przeżycia*". Coraz więcej mamy kierunków zaocznych i wieczorowych. W weekendy szkoła „pęka w szwach".

Śmiem twierdzić, że nie ma na elbląskiej ziemi placówki medycznej lub społecznej, w której nie było lub nie są zatrudnieni absolwenci naszej szkoły.

Są chętnie zatrudniani, bo pracodawca może liczyć na profesjonalne i rzetelne przygotowanie zawodowe naszych słuchaczy. Sami uczestniczycie Państwo w ich kształceniu w Waszych placówkach. To także dzięki Wam zdawalność zewnętrznych egzaminów zawodowych jest jedną z najwyższych w kraju - 95% - 100%.

Mamy tez inną ciekawą propozycję. W 2013 roku zgodnie z Rozporządzeniem MEN pojawiła się w szkole nowa forma kształcenia - **kwalifikacyjne kursy zawodowe,** dające pełne kwalifikacje do pracy w wybranych zawodach np. kosmetyczki, florysty, opiekunki środowiskowej i opiekuna medycznego już po 9 miesiącach, bez konieczności posiadania wykształcenia średniego. Uprawnienia są takie same jak absolwentów naszej szkoły.

Jak to się dzieje? Opowiemy w następnym artykule lub zapraszamy do szkoły (www.medyk-elblag.pl).