



Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

NR 1/2011

**Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych**

ul. Marszałka Józefa
Piłsudskiego 33
22-400 Zamość

Tel./fax: o84 639 31 97
tel.: 84 639 07 06

e-mail:
oiPIPzamosc@pro.onet.pl

Strona internetowa:
www.oiPIP.home.pl

NIP 922-15-78-038
REGON 950013990

Nr konta bankowego:
1240 2816 1111 0000 4015 3430



Współpraca z pacjentami i ich rodzinami - w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog pojęć ICNP"

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych działa przeciw staraniom podejmowanym przez system opieki zdrowotnej, jego pracowników, decydentów, dotyczącym poprawy stanu zdrowia ludności.

Wywołuje komplikacje medyczne i psychologiczne, pogorszenie jakości życia pacjentów, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia odporności na leki, jest marnowaniem zasobów publicznych, niszczy zaufanie społeczeństwa i wiarygodność systemów opieki zdrowotnej.

Niektóre z tych czynników są zależne od pacjenta, inne od leku, jeszcze inne od pracowników ochrony zdrowia. Np. niski status społeczno-ekonomiczny to czynnik powiązany z pacjentem wpływający negatywnie na przestrzeganie zaleceń, a efekty uboczne terapii farmakologicznej są powiązane z terapią.

Mając na uwadze tak skomplikowane powiązania czynników wpływających na przyjmowanie leków, konieczne jest udzielanie pacjentom wsparcia, a nie obwinianie ich.

"Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) wersja 1.0"

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP jest międzynarodowym standardem dla terminologii pielęgniarstwa i stanowi integralną część globalnej infrastruktury informacyjnej opieki zdrowotnej, praktyki i polityki zdrowotnej, a jej nadrzędnym celem jest poprawa opieki zdrowotnej na całym świecie.

Niniejsza książka jest adresowana przede wszystkim do pielęgniarek praktyków. Ideą zarówno autorów, redaktorów jak i wydawcy jest, aby publikacja pomagała pielęgniarkom i połączym w opisie praktyki zawodu, który wykonują, tzn. świadczeń realizowanych w codziennej praktyce, jak również w wycenie podejmowanych działań i ocenie ich wykonania dla poprawy wyników leczenia tych, dla których te zawody pełnią rolę służebną.

Publikacja adresowana jest również do osób zajmujących się w pielęgniarstwie zarządzaniem (konsultanci w dziedzinie pielęgniarstwa, dyrektorzy ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne i oddziałowe) i dydaktyką (nauczyciele akademicy, wykładowcy na kursach i specjalizacjach, autorzy publikacji zawodowych).

"Etyka w praktyce pielęgniarstwa. Zasady podejmowania decyzji etycznych"

Pielęgniarki w swojej praktyce podejmują niezliczone decyzje dotyczące opieki nad pacjentem. Każda taka decyzja przekłada się na konkretne działanie, którego celem jest niesienie pomocy pacjentowi. Istnieje olbrzymi obszar zwyczajnych „codziennych” działań pielęgniarstwa, promujących dobro moralne pacjentów - sprawiedliwe ich traktowanie, zapewnienie szacunku, przekazywanie im istotnych informacji dotyczących opieki i leczenia, respektowanie kulturowych wartości i poglądów, stosowanie środków skutecznie łagodzących dolegliwości, zapewnienie odpowiedniego wsparcia w sytuacji, gdy cały „system” ochrony zdrowia wydaje się ich zawodzić, okazywanie im oddania, poświęcenia, troski, uwagi, zainteresowania w sposób niezwłoczny i odpowiedni do sytuacji.

Pielęgniarki nigdy nie powinny lekceważyć swoich indywidualnych zdolności w osiąganiu moralnie dobrych skutków działania w warunkach, w których żyją i pracują.

Od pielęgniarek nie zawsze oczekuje się wielkich bohaterskich czynów, a tylko „zwyczajnych” gestów życzliwości, współczucia, uczciwości czy poświęcenia uwagi osobom znajdującym się pod ich opieką lub współpracownikom.

Niniejsza publikacja stanowi swoisty przewodnik w labiryncie moralnych dylematów, które towarzyszą pielęgniarkom na co dzień - przykłady oparte na autentycznych doświadczeniach pielęgniarek pozwalają zrozumieć moralny wymiar opieki nad pacjentem i wprowadzić do praktyki takie działania, które będą służyć dobru pacjenta w każdym tego słowa znaczeniu.

Z prac ORPiP i Prezydium

Rada 17 grudnia 2010

Uchwały :

- w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składów komisji konkursowych.
- w sprawie wpisania na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek Położnych w Zamościu pielęgniarki przybyłej z innego terenu.
- w sprawie dofinansowania kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej – refundacja dla 44 osób na łączną kwotę 43170 zł
- w sprawie dofinansowania specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa ginekologicznego dla położnych dla 6 położnych na łączną kwotę 7500 zł.
- w sprawie dokonania zmiany we wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarki położnych - podjęto 3 uchwały
- w sprawie przyznania pomocy finansowej dla członków innych Izb – w Chełmie i Toruniu na kwotę 400 zł.
- w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu – dla 10 członków na kwotę 5900 zł.
- w sprawie dofinansowania i refundacji szkoleń dla członków OIPiP w Zamościu dla 10 członków na kwotę 2400 zł

Rada 18 .02.2011 r.

Stanowisko Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie utrzymania dotychczasowych limitów miejsc na studiach stacjonarnych pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu

Uchwały :

- w sprawie powołania Okręgowej Komisji Wy-

borczej i regulaminu jej działania

- w sprawie zarządzenia wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, ustalenia rejonów wyborczych i określenia liczby delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych.
- w sprawie zwołania XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- w sprawie dokonania zmiany we wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – podjęto 3 uchwały
- w sprawie zorganizowania szkolenia dla pielęgniarek zatrudnionych w Domu Pomocy Społecznej w Tyszowcach
- w sprawie ramowego programu przeszkolenia pielęgniarki i położnej po 5 letniej przerwie w wykonywaniu zawodu.
- w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składów komisji konkursowych.
- w sprawie dofinansowania kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej – dla 19 członków na łączną kwotę 4370 zł.
- w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu dla 7 członków na łączną kwotę 6400 zł.
- w sprawie skreślenia z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu – podjęto 5 uchwał

Prezydium 21.01.2011 r.

Uchwały:

- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych - podjęto 14 uchwał
- w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- w sprawie skreślenia z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- w sprawie wpisu na listę członków OIPiP w Zamościu położnej przybyłej z innego terenu
- w sprawie wytypowania przedstawicieli Okrę-

gowej Rady do składu komisji konkursowych.

- w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków samorządu – dla 5 członków na kwotę 4300 zł.
- w sprawie odmowy umorzenia składek członkowskich.
- w sprawie refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Zamościu dla 9 członków na łączną kwotę 1925 zł.

**Stanowisko
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu**

z dnia 18 lutego 2011 roku

w sprawie utrzymania dotychczasowych limitów miejsc na studiach stacjonarnych pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na podstawie opracowanego raportu apeluje do Ministra Zdrowia i Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego o utrzymanie dotychczasowych limitów miejsc na studiach stacjonarnych pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu.

Nadmieniamy, iż w/w uczelnia spełnia wymogi odnośnie kadry i bazy dydaktycznej, oraz posiada bardzo dobrą bazę szkolenia praktycznego, jak również jest duże zapotrzebowanie na absolwentów tego kierunku w naszym regionie, co zostało określone w stosownych aktach prawnych między innymi Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 lipca 2006 roku w sprawie warunków jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na określonym kierunku i poziomie kształcenia (Dz U. Nr 144 poz. 10840).

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu po opracowaniu raportu w sprawie kadry pielęgniarek i położnych z obszaru działania naszej izby stwierdza, że nastąpią znacz-

ne niedobory kadry. Obecnie zarejestrowanych jest 3698 pielęgniarek i 478 położnych, co w sposób zadawalający zabezpiecza potrzeby zdrowotne naszego społeczeństwa na opiekę pielęgniarską i położniczą.

W oparciu o prowadzony rejestr wynika, że do roku 2020 przejdzie na emeryturę około 1207 pielęgniarek i 95 położnych, natomiast liczba osób, które ukończą szkoły i będą miały przyznane prawo wykonywania zawodu w najbliższych 10 latach, określa się w granicach około 100 pielęgniarek i 30 położnych.

Odnośnie pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo stwierdza się, że z lecznictwa stacjonarnego w najbliższych latach odejdzie 475 pielęgniarek i 37 położnych, a w pozostałych jednostkach ochrony zdrowia wiek emerytalny osiągnie 162 pielęgniarki i położne, co łącznie stanowią 674 osoby.

Liczba pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu w ostatnich 10 latach oraz w prognozowanych latach 2010- 2020 nie zapewnia wymiany pokoleniowej w tych zawodach, gdyż nie jest tożsama z liczbą pielęgniarek i położnych odchodzących lub nabywających prawa do emerytury – stanowi znaczną wartość ujemną.

Oczywisty postępujący niedobór pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia na obszarze działania naszej izby doprowadzi do braku kadry pielęgniarskiej w trzech szpitalach powiatowych, co będzie skutkowało znacznym lub całkowitym pozbawieniem pacjentów profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

Apelujemy o podjęcie działań zmierzających do utrzymania proponowanych przez uczelnie limitów oraz stworzenie programu, który zachęciłby młode osoby do podjęcia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo.

Sekretarz
Danuta Kusiak

Przewodnicząca
Joanna Walewander

Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 53 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2010 r.

w sprawie powoływania pielęgniarek i położnych jako biegłych sądowych

W świetle obecnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2001 r.

Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. Nr 98, poz. 1070 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. z 2005 r. Nr 15, poz. 133), w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o wykorzystanie możliwości wyznaczania jako biegłych sądowych ekspertów z dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa. Ułatwić to może sądom rozpoznawanie spraw, w których występują zagadnienia, w których konieczna jest specjalistyczna wiedza z ww. dziedzin medycznych.

W związku z postępującym rozwojem wiedzy i nauki w dziedzinach pielęgniarstwa oraz położnictwa Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa za istotne wspieranie się w postępowaniach sądowych wiedzą i doświadczeniem pielęgniarek lub położnych.

Mając na uwadze postępowania, w których pojawiają się problemy z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa, w szczególności postępowania w których stroną jest pielęgniarka lub położna, rola biegłego w postępowaniach sądowych posiadającego teoretyczne i praktyczne wiadomości w tych dziedzinach rośnie. Obecnie w praktyce w postępowaniach sądowych w sprawach dotyczących pielęgniarek lub położnych powoływani przez sąd są biegli będący lekarzami medycyny. W przekonaniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nie zawsze będą oni dysponowali wystarczającą wiedzą w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa.

Zawody pielęgniarki i położnej są bowiem samodzielnymi, specjalistycznymi zawodami medycznymi wykonywanymi w oparciu o ustawę o

zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.).

W związku z powyższym, zwracamy się z prośbą o zasygnalizowanie Prezesom Sądów Okręgowych działających na terenie właściwości Państwa Sądu kwestii potrzeby i możliwości powoływania biegłych sądowych z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa.

Zwracamy uwagę w tym kontekście na możliwość wystąpienia przez Prezesa danego Sądu Okręgowego do działającej na terenie jego właściwości okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wskazanie pielęgniarki lub położnej – eksperta w danej dziedzinie, posiadającego teoretyczną i praktyczną wiedzę w danej dziedzinie (§ 14 powołanego wyżej rozporządzenia z dnia 24 stycznia 2005 r.).

W załączniku przedstawiamy wykaz okręgowych izb pielęgniarek i położnych działających na obszarze właściwości Państwa Sądu wraz z danymi kontaktowymi.

Sekretarz NRPIP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPIP
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 54 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2010 r.

w sprawie konieczności zwiększenia środków finansowych na zadania związane z kształceniem pielęgniarek i położnych na szkoleniach specjalizacyjnych w 2012 r.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o zwiększenie w ustawie budżetowej na 2012 rok kwoty dofinansowania w ramach zadań realizowanych ze środków Funduszu Pracy, jednego miejsca szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2012 roku.

Kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego powinna wynosić 5.500 zł.

Powyższe jest konieczne ze względu na systematycznie wzrastające koszty prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych. Odpowiednio zabez-

pieczona wysokość środków finansowych powinna gwarantować jakość prowadzonego kształcenia w tym rodzaju.

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

**Stanowisko nr 55
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2010 roku**

w sprawie zwiększenia wartości rocznej stawki kapitulacyjnej dla świadczeń pielęgniarki szkolnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża kategoriyczny sprzeciw wobec obniżenia rocznej stawki kapitulacyjnej dla świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę szkolną w Zarządzeniu Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych żąda zwiększenia wartości rocznej stawki kapitulacyjnej dla świadczeń pielęgniarki szkolnej z wartości 42 zł do 48 zł.

Uzasadnienie:

Niedopuszczalna jest sytuacja, w której występuje znaczna różnica w wysokości stawki kapitulacyjnej pomiędzy projektem zarządzenia podanym konsultacjom społecznym, a wydanym aktem prawnym. Przewidziana w wyżej wymienionym Zarządzeniu stawka kapitulacyjna jest nieadekwatna do kosztów realizacji świadczeń pielęgniarek szkolnych. Powoduje to pogłębiające się niedofinansowanie świadczeniodawców (pielęgniarek szkolnych), co w konsekwencji może wpłynąć na jakość świadczonych usług na rzecz dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania.

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

**Apel
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 8 grudnia 2010 r.**

w sprawie ustalenia nowych kryteriów wyboru oferty na realizację umów w zakresie świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z prośbą o rozważenie możliwości podjęcia prac nad ustaleniem nowych kryteriów wyboru oferty dla świadczeniodawców realizujących umowy z zakresu świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a w szczególności pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Proponuje się, aby istotnym kryterium były np. kwalifikacje i forma zatrudnienia personelu oraz organizacja opieki.

Pielęgniarki opieki długoterminowej sygnalizują, iż dotychczas stosowanie jedynego kryterium wyboru oferty, jakim jest cena, zachęca duże podmioty do stosowania bardzo niskich stawek za osobodzień, co w konsekwencji powoduje eliminowanie z rynku usług medycznych pielęgniarek, które od kilku lat zawierały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na powyższe świadczenia.

Pielęgniarki opieki długoterminowej wykonujące zawód w formie indywidualnych praktyk nie mogą obniżać ceny realizowanych usług, poniżej rzeczywistych ponoszonych kosztów.

Należy mieć na uwadze, iż stosowanie przez wskazane podmioty stawek niższych niż proponowane przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia jest podyktowane zamiarem zajęcia jak największej części rynku usług w zakresie opieki długoterminowej poprzez eliminowanie praktyk pielęgniarek i proponowanie z pozycji monopolisty dużo większej ceny w latach następnych.

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Warszawa, dn. 9 marca 2011 r.

LIST OTWARTY OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI SZKOLENIOWEJ

„Opieka pielęgniarska i położnicza w podstawowej opiece zdrowotnej - wczoraj, dziś i jutro, kierunki zmian”

do Minister Zdrowia Ewy Kopacz

Uczestnicy Konferencji apelują o:

1. urealnienie stawek pielęgniarskich/położniczych przeznaczonych na świadczenia pielęgniarek/położnych podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu zadań określonych przepisami prawa,
2. ujednoczenie zapisów prawnych dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki/położne POZ, opracowanie wzorów dokumentów,
3. nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ w kierunku podziału zadań dla pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, pielęgniarki gabinetu zabiegowego i punktu szczepień oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania,
4. pilne doprowadzenie do rozdziału deklaracji wyboru świadczeniodawcy w POZ osobno dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, celem uniknięcia nacisków lekarzy na wybór wskazanych przez nich świadczeniodawców oraz zapewnienia pacjentowi niczym niezakłóconego prawa wyboru,
5. uregulowanie przepisów dotyczących wykonywania zabiegów i procedur z przerwaniem ciągłości tkanek, celem wyraźnego określenia, że powinny być one realizowane w gabinecie zabiegowym lekarza POZ.
6. usunięcie z zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. *„w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej”* obowiązku wykonywania przez pielęgniarkę POZ testów przesiewowych, co obecnie powoduje dublowanie tych samych świadczeń przez lekarza POZ i pielęgniarkę POZ,
7. określenie ilości poszczególnych leków w składzie zestawu przeciwwstrząsowego wskazanego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. *„w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej”*,
8. stworzenie warunków normatywnych pozwalających na właściwą opiekę nad dziećmi i młodzieżą szkolną poprzez pozostawienie tworzenia harmonogramu czasu pracy pielęgniarki szkolnej w poszczególnych szkołach w jej gestii, co pozwoli na indywidualne planowanie pracy, dostosowane do potrzeb zdrowotnych uczniów,
9. uregulowanie przekazywania dokumentacji medycznej uczniów pomiędzy świadczeniodawcami realizującymi świadczenia w kolejnych szkołach a następnie lekarzem rodzinnym,
10. zagwarantowanie finansowania przez NFZ procedur zleczanych przez lekarzy specjalistów pielęgniarcę POZ.

11. wyraźne określenie w warunkach rozporządzenia Minister Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. „w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej”, że transport materiału biologicznego należy do zakresu zadań lekarza,
12. przywrócenie możliwości kontraktowania przez pielęgniarki POZ świadczeń w zakresie nocnej, świątecznej wyjazdowej opieki medycznej,
13. zagwarantowanie pielęgniarkom POZ finansowania przez NFZ zadań wynikających z edukacji i promocji zdrowia.

W imieniu uczestników Konferencji:
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Przewodnicząca Komisji
ds. Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych przy NRPIP



Do wiadomości:

1. Bronisław Komorowski - Prezydent RP
2. Donald Tusk - Prezes Rady Ministrów

Warszawa, dn. 9 marca 2011 r.

LIST OTWARTY UCZESTNIKÓW OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI SZKOLENIOWEJ

**„Opieka pielęgniarska i położnicza
w podstawowej opiece zdrowotnej- wczoraj, dziś jutro, kierunki zmian,**

do Minister Zdrowia Ewy Kopacz.

Uczestnicy Konferencji żądają powołania do uczestniczenia w pracach Zespołu ds. opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej przy Ministrze Zdrowia - pielęgniarek i położnych, które są licznymi świadczeniodawcami w ramach POZ. Ich udział i pomoc merytoryczna pozwoli na wypracowanie skutecznych rozwiązań w zakresie dalszego funkcjonowania i poprawy stanu prawnego oraz organizacyjnego. Powołanie Zespołu, w którego składzie brak przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych w liczbie proporcjonalnej do udziału środowiska lekarskiego nie daje gwarancji rzetelnego wypracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, które nic będą wzbudzały protestów poszczególnych grup świadczeniodawców.

Brak równego udziału lekarzy i pielęgniarek/położnych, przy zapisach regulujących prace Zespołu, przewidujących głosowanie zwykłą większością głosów uniemożliwia naszemu środowisku jakikolwiek wpływ na zmiany systemu.

Również fakt nieopublikowania Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2011 r. „w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej na stronie internetowej Ministerstwa budzi obawy pominięcia opinii naszego środowiska w projektowaniu zmian.

Obecny system nie spełnia dostatecznie swoich celów, dlatego udział praktyków w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa środowiskowego zapewni stworzenie uregulowań prawnych pozwalających na prawidłowe funkcjonowanie systemu podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnej z postulatami wszystkich środowisk zawodowych w nim uczestniczących.


W związku z powyższym wnosimy jak na wstępie.

W imieniu uczestników Konferencji:

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Przewodnicząca Komisji
ds. Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych przy NRPIP



Do wiadomości:

Bronisław Komorowski - Prezydent RP

Donald Tusk - Prezes Rady Ministrów

Informacje o aktach prawnych dotyczących pielęgniarek i położnych **Wyciąg z RMZ w sprawie używania leków przeciwwstrząsowych**

W dniu 11 lutego 2011 roku weszło w życie nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeń zdrowotnych, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

Załączniku Nr 3 przedmiotowego rozporządzenie przedstawia liczbę produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną:

Wyciąg z Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie

Załącznik Nr 3

Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego Życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną.

- 1) Glucosum 20 % - roztwór do wstrzykiwani;
- 2) Hydrocortisonum hemisuccinatum - proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne;
- 3) Natrii chloridum 0,9 % - roztwór do wstrzykiwań. Płyny infuzyjne:
 - 1) Glucosum 5 % - roztwór do infuzji;
 - 2) Hydroxyethylamylum - roztwór 6 % o masie cząsteczkowej 130/0,4 lub 200/0,5 -roztwór do infuzji;
 - 3) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum - (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml - roztwór do infuzji dożylnych

Rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 30 lipca 2010 r.

w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznym

Na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz. U. z 2007 r. Nr 39, poz. 251, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Rozporządzenie dotyczy odpadów medycznych:

- 1) o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*;
- 2) o kodach 18 01 06*, 18 01 08*, 18 0110*;
- 3) o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09.

2) Rozporządzenie określa szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi, w tym:

- 1) postępowanie z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania;
- 2) zasady zbierania i czasowego magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem odpadów procesowi unieszkodliwiania, a w przypadku braku takich możliwości przed ich przetransportowaniem do miejsca unieszkodliwiania;
- 3) warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, zwanego dalej "transportem wewnętrznym odpadów medycznych".

§ 2.

1. Odpady medyczne, z zastrzeżeniem ust. 2, zbiera się w miejscach ich powstawania uwzględniając ich właściwości, sposób ich unieszkodliwiania lub odzysku.

2. Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania powinny zostać usunięte przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych i z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności bezzwłocznie przekazane do pomieszczenia lub urządzenia do magazynowania odpadów medycznych, o którym mowa w § 5.

§ 3.

1. Odpady medyczne, o których mowa w §1 ust. 1 pkt 1, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru **czerwonego**, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia

2. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru **żółtego**, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

3. Odpady medyczne, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 3, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do worków jednorazowego użycia z materiału nieprzezroczystego w kolorze innym niż czerwony lub żółty, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, albo do pojemników wielokrotnego użycia.

4. Worki jednorazowego użycia umieszcza się na stelażach lub w sztywnych pojemnikach (jednorazowego lub wielokrotnego użycia) w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z workiem lub pojemnikiem. Odpady medyczne poszczególnych rodzajów, określonych w ust. 1 - 3, należy w miarę możliwości grupować.

5. Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie. Zasady oznaczania kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio.

6. Pojemniki lub worki należy zapełniać do 2/3 ich objętości w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia.

7. Pojemniki lub worki powinny być wymieniane tak często, jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych w nich gromadzonych, nie rzadziej niż co 72 godziny.

8. W przypadku uszkodzenia worka lub pojemnika należy go w całości umieścić w innym większym nieuszkodzonym worku lub pojemniku.

§4.

Każdy pojemnik i każdy worek z odpadami medycznymi powinien posiadać widoczne oznakowa-

nie identyfikujące zawierające:

- 1) kod odpadów w nich przechowywanych;
- 2) adres zamieszkania lub siedzibę wytwórcy odpadu;
- 3) datą zamknięcia.

§ 5.

1. Dopuszczalne jest magazynowanie odpadów medycznych, o których mowa w §1 ust. 1 pkt 1 i 2, w odpowiednio przystosowanych do tego celu pomieszczeniach albo stacjonarnych lub przenośnych urządzeniach chłodniczych, przeznaczonych wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych. Przenośne urządzenie chłodnicze jest przeznaczone do magazynowania niewielkiej ilości odpadów.

2. Pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych powinno:

- 1) posiadać niezależne wejście;
- 2) być zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
- 3) posiadać ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
- 4) być zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
- 5) posiadać drzwi wejściowe bez progów, których szerokość i wysokość powinna gwarantować swobodny dostęp;
- 6) posiadać wydzielone boksy i miejsca w zależności od rodzajów magazynowanych odpadów medycznych, zgodne z zasadami ich sortowania w miejscach powstawania;
- 7) posiadać wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzanego powietrza. Dopuszcza się zastosowanie wentylacji grawitacyjnej pod warunkiem magazynowania odpadów w szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach i oznakowanych w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych.

3. Stacjonarne urządzenie chłodnicze do magazynowania odpadów medycznych powinno: przed dostępem osób

- 1) być zabezpieczone nieupoważnionych;
- 2) posiadać ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
- 3) być zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
- 4) posiadać drzwi wejściowe bez progów, których szerokość i wysokość powinna gwarantować swobodny dostęp;
- 5) być wyposażone w termometr wewnętrzny;
- 6) posiadać zamknięcie drzwi wejściowych umożliwiające ich otwarcie od wewnątrz;
- 7) posiadać pomieszczenie izolujące przed wejściem do urządzenia.

4. Przenośne urządzenie chłodnicze powinno:

- 1) posiadać wnętrze wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
- 2) być zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt; przed dostępem osób
- 3) być zabezpieczone nieupoważnionych.

5. W sąsiedztwie pomieszczenia lub stacjonarnego urządzenia chłodniczego powinna znajdować się umywalka z ciepłą i zimną wodą, wyposażona w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku.

§ 6.

1. Magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* może odbywać się tylko w temperaturze do 10 °C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

2. Magazynowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* i 18 01 82* w temperaturze od 10 °C do 18 °C może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10 °C nie dłużej niż 30 dni.

3. Odpady medyczne o kodach wymienionych w § 1 ust.1 pkt 3 mogą być magazynowane tak

długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni

4. Po każdym usunięciu odpadów medycznych pomieszczenie lub urządzenie, o których mowa w ust.1, powinno być poddane dezynfekcji, a następnie umyte.

§ 7.

1. Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania, unieszkodliwiania lub odbioru odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu.

2. Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych, o których mowa w § 1 ust.1 pkt 1, używa się wózków zamykanych lub wozków przewożących pojemniki zamykane. W przypadku niewielkich ilości odpadów do transportu wewnętrznego można używać transportowych pojemników zamykanych.

3. Transport wewnętrzny odpadów medycznych wykonuje się w sposób uniemożliwiający uszkodzenie worka lub pojemnika.

4. Środki transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemniki wielokrotnego użycia należy zdezynfekować i umyć po każdym użyciu

5. Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami.

§ 8.

1. W obiektach, gdzie udzielane są świadczenia zdrowotne lub prowadzone są badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, należy wyznaczyć miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrz zakładowych środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia.

2. Miejsce, o którym mowa w ust. 1, powinno posiadać:

1) ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;

2) dostęp do wody bieżącej z możliwością jej odprowadzenia do kanalizacji;

3) możliwość swobodnego wjazdu i wyjazdu środka transportu wewnętrznego odpadów medycznych oraz dostępu pracowników obsługi.

§ 9.

1. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub prowadzące badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny opracują szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi na stanowiskach pracy, gdzie wytwarza się odpady medyczne

2. Procedura postępowania z odpadami medycznymi przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania powinna także zawierać oznaczenie miejsca magazynowania odpadów medycznych przez te osoby.

§10.

W ciągu 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia odpady medyczne mogą być gromadzone w workach lub pojemnikach innego koloru niż określone w § 3.

§11.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 162, poz. 1153).

§ 12.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

w porozumieniu Ministrem Środowiska

Katalog odpadów zgodnie z kwalifikacją odpadów wg Rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 roku (Dz. U. z 2001 Nr 112 poz. 1206

Katalog odpadów zgodnie z kwalifikacją odpadów wg Rozporządzenia Ministra Środowiska	
--	--

18 01	Odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej
18 01 01	Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03)
18 01 02*	Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwaty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03)
18 01 03*	Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pie luchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82
18 01 04	Inne odpady niż wymienione w 18 01 03
18 01 06*	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne
18 01 07	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06
18 01 08*	Leki cytotoksyczne i cytostatyczne
18 01 09	Leki inne niż wymienione w 18 01 08
18 01 10*	Odpady amalgamatu dentystycznego
18 01 80*	Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie o właściwościach zakaźnych
18 01 81	Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie inne niż wymienione w 18 01 80
18 01 82*	Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych

Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej

Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki, położnej zależy od formy w jakiej udziela ona świadczeń zdrowotnych (wykonuje swój zawód) zatrudnienie na podstawie umowy o pracę nie ponosi indywidualnej odpowiedzialności cywilnej za wyrządzone pacjentom szkody. Do naprawienia szkody zobowiązany jest pracodawca (na podstawie art. 430 KC – odpowiedzialność zastępcza), ewentualnie zakład ubezpieczeń, z którym szpital zawarł umowę ubezpieczenia OC. Szpital który wypłacił pacjentowi odszkodowanie, może wystąpić przeciwko bezpośredniemu sprawcy szkody z tzw. roszczeniem regresywnym (zwrotnym). Regres ten zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy (art. 119 -120 k.p.) ograniczony jest do wysokości 3- miesięcznego wynagrodzenia.

Zatrudnienie w publicznym ZOZ na podstawie umowy cywilno- prawnej najczęściej o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne - regulowanej art. 35 ustawy o z.o.z., czyli tzw. kontr-

akcie, też sytuacja pielęgniarki, położnej jest "mniej korzystna". W przypadku wyrządzenia pacjentowi szkody, do jej naprawienia zobowiązane są oba podmioty – zarówno szpital (jako udzielający zamówienia), jak i pielęgniarka, położna (kontraktowa) jako przyjmująca zamówienie. Odpowiedzialność ta ma charakter solidarny, co oznacza że poszkodowany (pacjent) ma prawo wyboru dłużnika, od którego domagać się będzie naprawienia szkody, zaś ten z nich który wypłaci odszkodowanie może następnie występować przeciwko drugiemu z roszczeniem regresywnym (na podstawie art. 441 & 2 lub & 3 k.c.) .

Wykonywanie zawodu w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej (jako przedsiębiorca na podstawie przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, sama ponosi odpowiedzialność cywilną za wyrządzone szkody (pozaumowne art. 415 k.c.), bądź z umowy na podstawie art. 417 k.c. i w razie wykazania wskazanych prawem przesłanek zobowiązana jest do wypłaty odszkodowania do rąk poszkodowanego.

Wyciąg z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (DZ.U. z 2008 Nr 3 poz. 10)

3. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje nie później niż w dniu poprzedzającym dzień, w którym świadczeniodawca obowiązany jest na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej.

4. 1. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi równowartość w złotych:

1) 46.500 euro na jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w odniesieniu do:

a) zakładów opieki zdrowotnej,
b) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
c) grupowej praktyki lekarskiej prowadzonej na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

2) 25.000 euro na jedno zdarzenie i 140.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w odniesieniu do:

a) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
b) grupowej praktyki pielęgniarek, położnych prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

3) 12.000 euro na jedno zdarzenie i 67.500 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, w odniesieniu do:

a) osób legitymujących się nabyciem fachowych uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej,

b) podmiotów realizujących w ramach umów wyłącznie czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

2. Kwoty, o których mowa w ust. 1, są ustalane przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

Podnoszenie kwalifikacji – urlopy szkoleniowe – nowe zasady

Ustawa z dnia 20.05.2010 roku o zmianie ustawy Kodeks Pracy oraz o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. Nr 105 poz. 655) stanowi wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego (Syg. akt K 28/08), który stwierdził niezgodność art. 103 KP z Konstytucją, że względu na brak wytycznych dotyczących treści aktu wykonawczego.

W konsekwencji art. 103 KP, a także wydane na jego podstawie rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 października 1993 roku w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz. U. Nr 103 poz. 472 oraz z 2006 Nr 31 poz. 216) – utraciły moc z dniem 10 kwietnia 2010 roku.

Wg przepisów art. 103¹ § 1 KP zdefiniowane pojęcie „podnoszenie kwalifikacji zawodowych” oznacza zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności zawodowych „oznacza zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracowników z inicjatywy pracodawcy, albo za jego zgodą.

Wprowadzanie zmian przepisów KP dotyczą przede wszystkim podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach pracy aktualnie wykonywanej przez pracownika, ale również mogą mieć zastosowanie w przypadku planowanego awansu pracownika, propozycji innych warunków pracy, zmiany profilu działalności firmy.

Kluczową zmianą jest to, że prawo do zwolnień z pracy, czy urlopów szkoleniowych będą mieli tylko pracownicy, którzy podnoszą kwalifikacje

z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą. W myśl przepisów pracodawca sam inicjuje podnoszenie kwalifikacji pracowników lub wyraża zgodę na propozycje pracownika. Jeśli nie zamierza zgodzić się, to powinien w sposób wyraźny zakomunikować to pracownikowi.

Pojęcie zgody pracodawcy

Nowe przepisy KP nie definiują określenia „za zgodą pracodawcy” – należy w tej kwestii odwołać się zgodnie z art. 300 KP do odpowiednich przepisów prawa cywilnego (art. 60 KC), stwierdzających, że wola osoby dokonującej czynności prawne może być wyrażona przez każde zachowanie, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Jest to ważne, gdyż jak wynika z nowych przepisów bezsprzecznie *zgodą pracodawcy uzewnętrznia się w umowie szkoleniowej, którą co do zasady jest zobowiązany zawrzeć w formie i treści wskazanego w odnośnych przepisach art. 103⁴ § 1- 3 KP.* Przy czym należy uwzględnić, że pracodawca **nie ma obowiązku zawierać umowy szkoleniowej**, gdy nie zamierza zobowiązać pracownika do pozostania w zatrudnieniu po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych. W związku z powyższym decyzja pracodawcy w sprawie podnoszenia kwalifikacji ma znaczenie nadrzędne, zasadą winno być ustalenie, że pracownik ma podnosić kwalifikacje, co jednoznacznie powinno wynikać zarówno w przypadku inicjatywy pracodawcy jak i wniosku pracownika w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Tym samym skutkuje to uprawnieniem pracownika do korzystania ze świadczeń gwarantowanych ustawowo jak i świadczeń fakultatywnych, te ostatnie zależą od woli pracodawcy. Istotną zmianą w obecnym stanie prawnym jest dopuszczalna praktyka, że pracodawca może wyrazić zgodę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych w stosunku do pracownika uczącego się we własnym zakresie, gdy ujawni to pracodawcy **w trakcie nauki i wystąpi o zgodę pracodawcy**. Po uzyskaniu zgody pracownik będzie kontynuował naukę jako podnoszenie kwalifikacji zawodowych na podstawie nowych przepisów KP w uprawnieniach w zakresie:

- prawa do zwolnień z całości lub części dnia pracy na udział w obowiązkowych zajęciach
- prawa do urlopu szkoleniowego.

Powołując się na nowe uregulowania prawne

należy omówić wynikające z odnośnych przepisów Kodeksu pracy – uprawnienia pracowników podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Nowy ujednoczony wymiar urlopu szkoleniowego

Nowe przepisy ustalają inny od dotychczas obowiązujących w rozporządzeniu z 1993 roku wymiar urlopu szkoleniowego. Długość urlopu zależy od rodzaju zdawanego egzaminu:

- **6 dni** jednorazowo przysługuje na egzamin maturalny eksternistyczny lub potwierdzający kwalifikacje zawodowe,
- **21 dni** jednorazowo przysługuje na egzamin dyplomowy

1) Urlop szkoleniowy udzielany jest w celu umożliwienia przygotowania się do egzaminu np.: potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.

Samo uczestniczenie w kursie podnoszącym kwalifikacje zawodowe nie daje prawa pracownikowi do urlopu szkoleniowego. Konieczne jest przystąpienie do odpowiedniego egzaminu po zakończeniu kursu.

Uzyskanie prawa do urlopu szkoleniowego nie uzależnia czas trwania kursu podnoszącego kwalifikacje zawodowe, pracownik uczestniczący w nawet w 2- dniowym kursie zakończonym egzaminem potwierdzającym kwalifikacje uzyskuje prawo do urlopu szkoleniowego. Urlop szkoleniowy udzielany jest w dniach, które są dla pracownika dniami pracy zgodnie z obowiązującym rozkładem czasu pracy.

Urlop szkoleniowy nie obejmuje dni w które odbywał się kurs, czy szkolenie podnoszące kwalifikacje, gdyż w tym przypadku będą przysługiwały płatne zwolnienia.

2) Uprawnieniem następnym pracownika podnoszącego kwalifikacje zawodowe z inicjatyw pracodawcy lub za jego zgodą są przysługujące z mocy **prawa płatne zwolnienie z całości lub części dnia** dnia pracy w wymiarze wynikającym z programu obowiązkowych zajęć oraz czasu potrzebnego na punktualne dotarcie do miejsca odbywanych szkoleń.

Nowe przepisy nie przewidują limitu takich zwolnień, z tym że nie będą one przysługiwały, gdy program nauki przewiduje zajęcia wyłącznie w czasie dla pracownika wolnym od pracy.

3) Ponadto przepisy przewidują, że pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje pracodawca może dobrowolnie – (nieobowiązkowo) przyznać dodatkowe świadczenia np. opłata kształcenia,

przejazd, podręczniki, zakwaterowanie (refundowane w całości lub częściowo). Świadczenia dodatkowe poniesione przez pracodawcę będą podlegały zwrotowi w przypadku określonym w przepisach art. 103⁵ Kodeksu Pracy.

Przepisy przejściowe

Zgodnie ze zmianą Kodeksu Pracy art. 3 powołanej na wstępie Ustawy z dnia 20 maja 2010 roku zawiera regulacje przejściowe ustalają: że do pracowników, którzy podjęli podnoszenie

kwalifikacji zawodowych przed dniem wejścia ustawy – tj przed 15 lipca 2010 roku stosuje się rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministra Pracy i polityki Społecznej z dnia 12 października 1993 roku w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz. U. Nr 103 poz. 472 ze zm.). Natomiast nowe przepisy Kodeksu Pracy stosuje się do pracowników rozpoczynających podnoszenie kwalifikacji od dnia 16 lipca 2010 roku.

Zasadnicze różnice obrazuje poniższa tabela :

<p>Dla pracowników którzy rozpoczęli podnoszenie kwalifikacji przed 16 lipca 2010 roku tj. kształcący się na podstawie <u>skierowania</u> zgodnie z rozporządzeniem z 1993 roku przysługuje wymiar dni urlopu szkoleniowego , którego limit dotyczy nie tylko czasu przeznaczanego na egzaminy i przygotowanie do nich , ale również czasu na obowiązkowe zajęcia szkoleniowe .</p>	<p>Dla pracowników podnoszących kwalifikacje zawodowe - KP określił limit dni wolnych od pracy przysługujący dla pracowników przystępujących do egzaminów - urlop szkoleniowy: - obecne przepisy nie przewidują limitu na zwolnienia z całości lub części dnia pracy na zajęcia. Uzależnione jest to przedłożonym programem (harmonogramem) obowiązkowych zajęć.</p>
---	---

opracowała radca prawny OIPIP w Zamościu
mgr Danuta Tront

Pytania i odpowiedzi:

Czy pielęgniarka , która podaje na zlecenie lekarza anatoksynę przeciwężcową (podanie leku drogą iniekcji podskórnej), musi posiadać ukończony kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych, czy może być to traktowane tylko jako zlecenie lekarskie?

Odpowiedź

odpowiedzi udzielono: 4 grudnia 2009 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie
Pielęgniarka, która podaje antytoksynę przeciwężcową powinna mieć ukończony specjalistyczny kurs w zakresie szczepień ochronnych. Pielęgniarka, która nie posiada ukończonego kursu specjalistycznego mogłaby podać anatoksynę tylko w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, a nie byłoby innej osoby, która posiada kwalifikacje do wykonania tego świadczenia, w szczególności lekarza, który zawsze może po-

dać szczepionkę. Oznacza to, że pielęgniarka, która nie posiada ukończonego kursu, powinna odmówić wykonania szczepienia, także wtedy, gdy otrzymuje zlecenie od lekarza.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne wykonują lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadające wymagane do tego kwalifikacje. Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt. 1 lit. g rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540), pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego szczepień ochronnych w ramach kalendarza szcze-

pień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawiania związanych z tym zaświadczeń, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Do obowiązkowych szczepień ochronnych zalicza się szczepienie przeciw tężcowi, zgodnie z § 1 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018 z późn. zm.):

- dzieci i młodzieży od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;

- osób zranionych, narażonych na zakażenie.

Analizując powyższe, należy stwierdzić, że pielęgniarka, która podaje antytoksynę przeciwężcową, powinna mieć ukończony specjalistyczny kurs.

Alicja Brzezińska

PRAKTYKA PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA

Wskaźniki rozwoju somatycznego

Jednym z podstawowych zadań realizowanych przez pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania jest przeprowadzanie testów przesiewowych, czyli wczesna identyfikacja nierozpoznanych dotychczas chorób, zaburzeń lub wad z zastosowaniem określonych narzędzi. Zadanie to mieści się w obszarze działań profilaktyki drugorzędowej (wtórnej).

KRYSTYNA PISKORZ-OGÓREK

Testy przesiewowe pozwalają na identyfikację w badanej populacji osób, których może dotyczyć dane zaburzenie. W populacji dzieci i młodzieży szkolnej pielęgniarki wykonują testy przesiewowe w kierunku wykrywania następujących zaburzeń rozwoju fizycznego: podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń narządu wzroku, słuchu i ruchu.

Poniżej omówię wskaźniki i kryteria oceny rozwoju somatycznego i ciśnienia tętniczego krwi, jakimi posługuje się pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w swojej praktyce.

Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego

W ramach tego testu przesiewowego pielęgniarka dokonuje pomiarów wysokości i masy ciała uczniów w wieku 6 lat (klasa 0 lub I), • 10 lat (klasa III), • 12 lat (klasa V), • 13 lat (klasa I gimnazjum), «16 lat (klasa I ponadgimnazjalna), • 18/19 lat (ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej). Po wykonaniu pomiarów ocenia ich wyniki z wykorzystaniem siatek centylowych wysokości i masy ciała stosownie do płci i wieku oraz siatek wskaźnika. W następujących sytuacjach stwierdza dodatni wynik testu, czyli istnienie podejrzenia zaburzeń rozwoju fizycznego. «Kiedy wysokość ciała dziecka odpowiada wartości poniżej 10. centyla dla danego wieku i płci diagnozowany jest niedobór wysokości ciała (tzw. niskorostość).

Wysokość ciała ucznia przekraczająca wartość 97. centyla dla danego wieku i płci oznacza nadmierną wysokość (tzw. wysokorostość).

Niedobór i nadmiar masy ciała określa się często jako zaburzenia stanu odżywienia dziecka. Aby zdiagnozować te zaburzenia u osoby dorosłej, wystarczy wyliczyć wskaźnik masy ciała BMI (wagowo-wzrostowy) i porównać go z kryteriami przyjętymi przez WHO dla poziomu stanu odżywienia. U dzieci i młodzieży wartość wskaźnika BMI zależy od płci i zmienia się wraz z wiekiem, dlatego do oceny stopnia niedoboru lub nadmiaru masy ciała w populacji wieku rozwojowego stosuje się siatki lub tabele centylowe wartości wskaźnika BMI dla płci i wieku.

Niedobór masy ciała jest wtedy, gdy wartość wskaźnika BMI wynosi poniżej 5. centyla, nadwagę stwierdza się, gdy wartość tego wskaźnika mieści się między 85. a 95. centylem. Otyłość jest diagnozowana, gdy wartość wskaźnika BMI jest równa lub przekracza 95. centyl.

Prawidłowość przeprowadzonych przez pielęgniarkę testów przesiewowych do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego ma bardzo duże znaczenie dla wczesnej diagnostyki zaburzeń, chorób z nimi współistniejących oraz ich leczenia. Ma znaczenie również dla podjęcia innych działań naprawczych, np. edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na zmianę stylu życia. W Polsce obserwuje się wysoki wskaźnik uczniów z nadwagą i otyłością; to ok. 13% młodzieży w wieku 13-15 lat (wg badań IMiD 2005 r.). Wśród dziewcząt dość powszechne są diety

odchudzające i eliminacyjne. Badania IMiD z 2006 r. potwierdzają, że 20% dziewcząt 13-15 letnich oraz 22-25% dziewcząt 16-18 letnich stosuje diety odchudzające. Wśród chłopców zaś modne stało się rzeźbienie i zwiększanie masy mięśniowej z wykorzystaniem tzw. anaboliików. Jak wynika z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii (2005 r.), anaboliki może przyjmować 7,5% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności badania uczniów. Podczas badania powinni oni pozostawać w bieliźnie osobistej (z poszanowaniem intymności i prywatności ucznia). Wypozażenie gabinetu stanowi waga lekarska (tarowana co 10 pomiarów) i pionowo przyklejona do ściany taśma krawiecka lub centymetrowa z podziałką 1 mm.

Nie zaleca się stosowania wysokościomierza będącego elementem wagi lekarskiej, gdyż daje niedokładny pomiar. Inne narzędzia to ekierka oraz siatki centylowe wysokości i masy ciała oraz siatki lub tabele centylowe BMI dla chłopców i dla dziewcząt. Obecnie w całej Polsce stosowane są siatki centylowe opracowane przez Instytut Matki i Dziecka w 1999 r. na podstawie populacji warszawskich dziewcząt i chłopców. Oznacza to, że populacje dzieci i młodzieży z różnych części kraju i środowisk (wiejskich, wielkomiejskich) porównujemy do dzieci i nastolatków z Warszawy oraz że normy te stosujemy od 11 lat, chociaż ma miejsce akceleracja rozwoju.

Test przesiewowy do wykrywania podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi

Test ten, czyli pomiar ciśnienia tętniczego krwi pielęgniarka wykonuje u uczniów

10-letnich (III klasa), 13-letnich (I klasa gimnazjum), 16-letnich (I klasa ponadgimnazjalna) i 18/19-letnich (ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej). Procedura wykonania testu jest następująca. Pomiar ciśnienia skurczowego i ciśnienia rozkurczowego należy powtórzyć trzykrotnie i z trzech pomiarów wyliczyć średnią arytmetyczną. Pielęgniarka interpretuje wynik na tablicach centylowych odrębnych dla chłopców i dla dziewcząt i porównuje z wartością centylową wysokości ciała.

Wskaźniki oceny ciśnienia tętniczego u młodzieży do 17. roku życia zależą od płci, wieku i cen-

tyła wysokości ciała.

Ciśnienie jest prawidłowe wówczas, gdy osiąga wartość poniżej 90. centyla. Ciśnienie określone jako wysokie mieści się w przedziale powyżej 90. i poniżej 95. centyla; wymaga ponownych pomiarów po 1-2 tygodniach. O nadciśnieniu (dodatni wynik testu) mówimy wówczas, gdy ciśnienie osiąga i przekracza 95. centyl.

Od 18. roku życia stosuje się wskaźniki jak u dorosłych, niezależnie od płci, wieku i wysokości ciała; za dodatni wynik testu przesiewowego oraz nadciśnienie uważa się wartość ciśnienia powyżej 140/90 mm Hg.

Celem przeprowadzania tego testu przesiewowego jest wczesna identyfikacja uczniów z podwyższonym ciśnieniem, wczesna diagnostyka chorób współtowarzyszących oraz realizacja celowanej edukacji zdrowotnej. W jej wyniku uczniowie powinni uzyskać świadomość konieczności systematycznej kontroli ciśnienia, nauczyć się odpowiedniego stylu życia, stosować dietę i aktywność fizyczną.

Pielęgniarka musi pamiętać o odpowiednich warunkach badania ucznia.

Nie należy przeprowadzać badań bezpośrednio po wysiłku fizycznym (np. po lekcji wf), po przeżyciach psychicznych (np. klasówka), po wypiciu kawy, mocnej herbaty, po wypaleniu papierosa, chorób. Nie należy również dokonywać pomiaru u dziecka płaczącego, z widocznymi objawami lęku, niepokoju, w pośpiechu. Przed badaniem dziecko powinno odpocząć w pozycji siedzącej ok. 5 minut, w gabinecie powinien być spokój, cisza, ciepło. Dziecko podczas badania jest w pozycji siedzącej, z plecami opartymi o oparcie krzesła i obiema stopami ustawionymi na podłodze, nie powinno rozmawiać.

Na dokładność pomiaru wpływa sprawny technicznie i skalibrowany ciśnieniomierz (zgodnie z zaleceniami producenta) oraz szerokość mankietu (2/3 długości ramienia badanego). Tabele wartości centylowych ciśnienia zależne od wieku, płci i wartości centylowej wysokości ciała mają zastosowanie dla dzieci i młodzieży do 17. roku życia. Stosowane obecnie tabele centylowe zostały opracowane w 1996 r. i opierają się na danych populacji dzieci amerykańskich. Są to więc normy opracowane przed 14 laty na odmiennym kulturowo społeczeństwie. Nie w

pełni pasują one do norm dzieci polskich, ale innych siatek centylowych do tej pory nie było. W listopadzie 2010 r. zespół badawczy pod kierunkiem dr. Zbigniewa Kułagi z Zakładu Zdrowia Publicznego CZD zakończył projekt, nad którym prace trwały od lipca 2007 r. Celem projektu było opracowanie norm ciśnienia tętniczego oraz norm rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży w Polsce. W wyniku prac powstały tablice norm ciśnienia tętniczego dla chłopców i dla dziewcząt uwzględniające wiek, centyl wysokości i centyl ciśnienia do 17. roku życia, siatki centylowe masy ciała dla dziewcząt i dla chłopców uwzględniające wiek oraz tablice określające normy wskaźnika BMI zależnie od wieku i płci oraz siatki centylowe wysokości ciała zależnie od płci i wieku.

Należy pokreślić, że narzędzia te bazują na normach opracowanych dla polskiej populacji wieku rozwojowego i uwzględniają akcelerację rozwoju fizycznego. Niebawem staną się one niezbędnym narzędziem w pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarki POZ, pediatrycznej, lekarza rodzinnego i lekarza pediatry. Oczekujemy teraz publikacji siatek centylowych i ich wdrożenia do praktyki. Wskazane są również szkolenia upowszechniające nowoczesne narzędzia do oceny rozwoju u dzieci i młodzieży.

Wiosną przyszłego roku chciałabym we współpracy z dr. Zbigniewem Kułagą oraz mgr Grażyną Piegdoń z Centrum Zdrowia Dziecka zorganizować konferencję informacyjną adresowaną do przedstawicieli centrów zdrowia publicznego oraz przedstawicieli pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarskiej kadry kierowniczej szpitali dziecięcych każdego województwa. Podobne szkolenia powinny odbyć się kaskadowo na terenie poszczególnych województw.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej obli-guje do wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Od dziś powinniśmy stosować zaktualizowaną wiedzę na temat norm rozwoju fizycznego i ciśnienia krwi w populacji wieku rozwojowego.

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
*krajowy konsultant w dziedzinie
pielęgniarstwa pediatrycznego*

Sprawozdanie ze szkolenia „Prawa pacjenta”

W dniach 17-18 grudnia 2010 r. w Warszawie odbyła się trzecia edycja szkolenia dotyczącego praw pacjenta. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu reprezentowały dwie pielęgniarki z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju oraz Zamojskiego Szpitala Niepublicznego sp z o.o w Zamościu.

Szkolenie obejmowało dwa bloki tematyczne :

1. Prawa pacjenta, Odpowiedzialność prawna za naruszenie praw pacjenta.

2. Komunikacja z pacjentem. Warunki powodzenia terapii.

Szkolenie zorganizowane zostało przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w Warszawie

Głównym celem działalności Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej jest upowszechnianie wśród społeczeństwa praw pacjentów i wspieranie działań mających na celu ich przestrzeganie oraz podejmowanie działań prowadzących do tego, by pacjent stał się partnerem lekarza w procesie leczenia. Cele statutowe Instytut realizuje poprzez organizowanie szkoleń oraz kampanii społecznych m.in. - „Prawa pacjenta. Moje prawa” i „Leczyć po ludzku” (Gazeta Wyborcza patron medialny).

Pierwsza część zajęć prowadzona była przez eksperta w dziedzinie praw pacjenta dr n. prawn. Dorotę Karkowską, która omówiła najważniejsze prawa pacjenta oraz konsekwencje wynikające z naruszenia tych praw. Wyjaśniła, że pacjentem jest każdy, kto już korzysta ze świadczeń zdrowotnych lub zwraca się o ich udzielenie przez szpital, przychodnię, lekarza, pielęgniarkę.

Materiały szkoleniowe u autorki tekstu

Uczestniczki Konferencji

Anna Koziej – Zamojski Szpital Niepubliczny
Oddział Opieki Paliatywnej

Teresa Pułapa – ARION ZOZ w Biłgoraju
Oddział Opieki Długoterminowej w Tarnogrodzie

Czepki

pielęgniarskie i położnicze



CENY

1 szt. – 14⁹⁹ zł

2-10 szt. – 13⁹⁹ zł

11-20 szt. – 12⁹⁹ zł

21-50 szt. – 11⁴⁹ zł

51-100 szt. – 9⁹⁹ zł

pow. 100 szt. – 8⁹⁹ zł

Każda przypinka jest robiona ręcznie, dzięki czemu jej jakość jest bardzo dobra. Całość jest wypełniona emalią, przez co znaczek jest bardzo trwały. Przypinka wykonana z metalu z powłoką galwaniczną (złoty kolor). Rozmiar 23 mm x 35 mm. Mocowanie – agrafka lub motylek (jak na zdjęciu).

Zamówienie: 519 087 871 e-mail: biuro@sunny.gda.pl

Inne gadżety medyczne znajdziesz na stronie:
www.sunny.gda.pl



Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul Piłsudskiego 33, 22-400 Zamość
Tel/fax 84 639 31 97, e-mail: oiPIPzamosc@pro.onet.pl, www.oiPIP.home.pl

Czynne: Poniedziałek - Piątek 8.00 - 16.00

Nr. Konta bankowego 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Rejestr pielęgniarek i położnych Tel. 84 639 07 06

Dyżury:

Radca prawny: każdy Wtorek godz. 10.00 - 14.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

I i III wtorek miesiąca godz. 13.00 - 14.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

I wtorek miesiąca godz. 14.00 - 15.00

“Informator” wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadza-
ny jest bezpłatnie wśród członków naszego samorządu. W “Informatorze są wiadomości dotyczące
działalności OIPIP w Zamościu oraz informacje NRPIP, a także informacje szkoleniowe. OIPIP zwraca
się z prośbą do naszych odbiorców o nadsyłanie informacji.