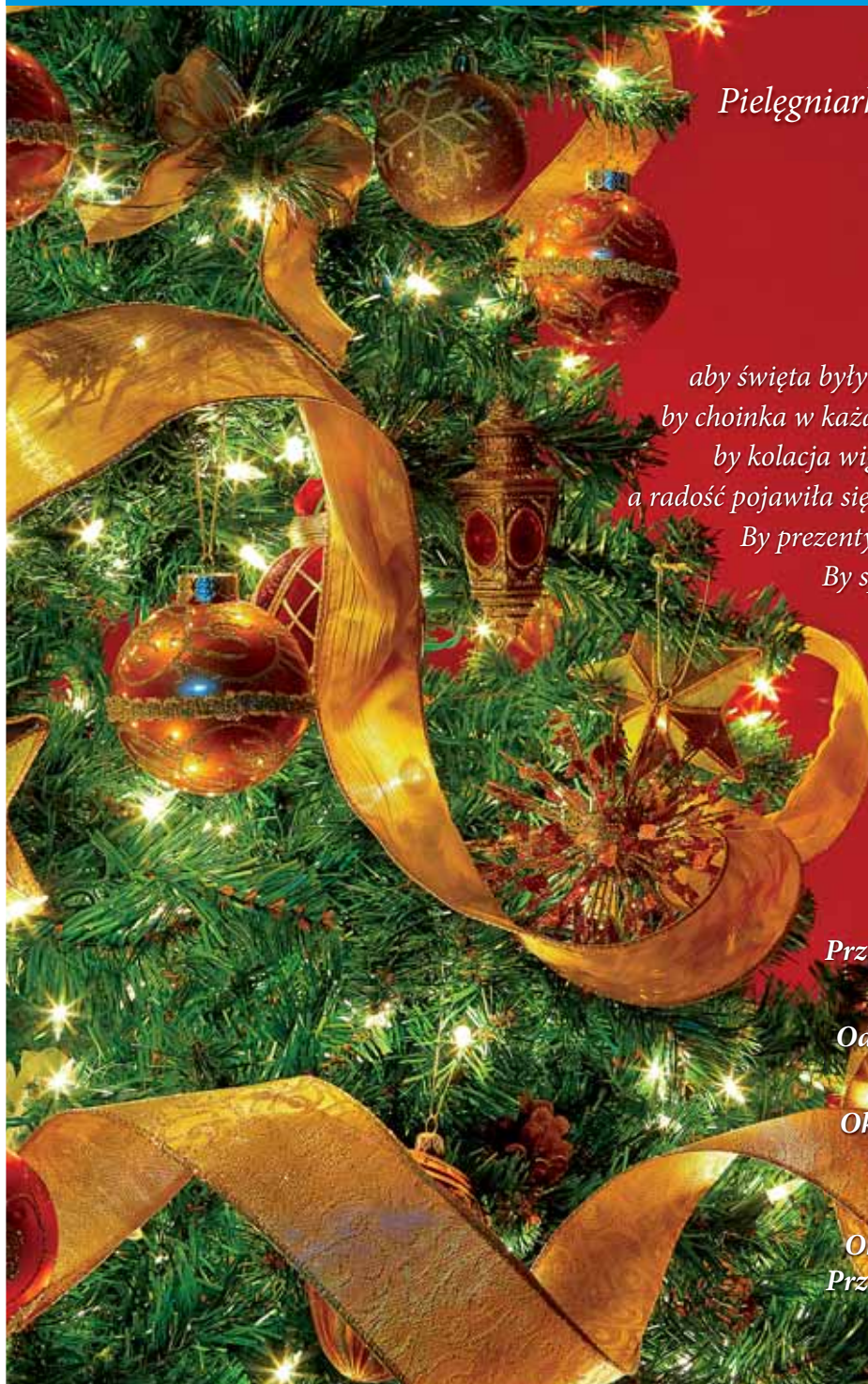


Informator

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

Nr 4/2011



Szanowni Państwo
Piełęgniarki, Położne, Piełęgpiarze

Z okazji nadchodzących
Świąt Bożego Narodzenia
oraz Nowego Roku 2012
życzymy:

aby święta były wyjątkowymi dniami w roku,
by choinka w każdym oczach zalśniła blaskiem,
by kolacja wigilijna wniosła w serca spokój,
a radość pojawiła się z każdym nowym brzaskiem.

By prezenty ucieszyły każde smutne oczy,
By spokojna przerwa ukoili złość.

By sylwester zapewnił
szampańską zabawę,
a kolędowych śpiewów
nie było dość

życzą w imieniu

Okręgowej Rady
Przewodnicząca Danuta Kusiak

Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
Stanisława Molas

Okręgowego Sądu Piełęgniarek
i Położnych Przewodnicząca
Elżbieta Hałas

Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Przewodnicząca Jadwiga Sikora



OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

22-400 Zamość, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 33, tel./fax 84 639 31 97, tel. 84 639 07 06

e-mail: oipipzamosc@oipip.eu

www.oipip.home.pl

NIP 922-15-78-038

REGON 950013990

Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

od dnia 27 października 2011 do 15 grudnia 2011 roku



Uchwały Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo – Wyborczego OIPiP w Zamościu z dnia 27 października 2011 roku:

- Uchwała w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu za okres V Kadencji lata 2007 – 2011.
- Uchwała w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres V Kadencji lata 2007 – 2011.
- Uchwała w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych za okres V Kadencji lata 2007 -2011.
- Uchwała w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej za okres V Kadencji lata 2007 – 2011.
- Uchwała w sprawie udzielenia absolutorium ustępującej Radzie.
- Uchwała w sprawie ustalenia liczby członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.
- Uchwała w sprawie wyboru osób pełniących funkcje w organach oraz wyboru członków poszczególnych organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na okres VI Kadencji w latach 2011- 2015.
- Uchwała w sprawie wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 4 listopada 2011 roku:

- Uchwała w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny resuscytacja krążeniowo-oddechowa (01/11)
- Uchwała w sprawie zmiany wpisu do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek
- Uchwała w sprawie wymiaru czasu pracy oraz zasad wynagradzania osób pełniących obowiązki w Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- Uchwała w sprawie organizacji pracy i zasad wynagradzania pracowników biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- Uchwała w sprawie wyboru Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- Uchwała w sprawie upoważnienia członków Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do składania oświadczeń woli w zakresie praw majątkowych i zaciągania zobowiązań finansowych w VI kadencji lata 2011-2015
- Uchwała w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu do działania w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- Uchwała w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składów komisji konkursowych – Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Patologii Ciąży, Ordynatora Oddziału Neurologicznego i Pododdziału Leczenia Udarów Mózgu SP Szpitala Wojewódzkiego im P.J.P. II w Zamościu
- Uchwała w sprawie dofinansowania i refundacji szkoleń dla członków OIPiP w Zamościu dla 15 osób na łączną kwotę 9760 zł
- Uchwała w sprawie zorganizowania i sfinansowania szkolenia nt. „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych w świetle przepisów prawa i praktyki zawodowej”
- Uchwała w sprawie dofinansowania kursu specjalistycznego z zakresu wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – dla 22 osób na kwotę 5040 zł
- Uchwała w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- Uchwała w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- Uchwała w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

- Uchwała w sprawie skreślenia z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- Uchwała w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPIP w Zamościu dla 13 osób na łączną kwotę 13 680 zł
- Uchwała w sprawie przyznania pomocy finansowej dla członków samorządu z innych Izb
 - członka OIPIP w Kaliszu – 200 zł, członka OIPIP w Gorzowie Wkp. – 200 zł
- Uchwała w sprawie zatrudnienia radcy prawnego w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- Uchwała w sprawie dofinansowania kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej- dla 36 osób na kwotę 40320 zł.

Uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 15 grudnia 2011 roku:

Stanowisko w sprawie zmian dotyczących stopniowego zrównania i podwyższania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn od 2013 roku, docelowo do 67 roku życia. *(treść stanowiska)*

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu wyraża stanowczy sprzeciw wobec proponowanych zmian dotyczących stopniowego zrównania i podwyższania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn od 2013 roku, docelowo do 67 roku życia.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od lat sukcesywnie podejmuje działania mające na celu skrócenie wieku emerytalnego dla naszej grupy zawodowej i zaliczenia naszych zawodów do zawodów wykonywanych w warunkach szczególnych.

Praca pielęgniarki i położnej jest pracą ciężką, odpowiedzialną – odpowiadamy za zdrowie i życie pacjentów. W czasie wykonywania pracy jesteśmy narażone na działanie czynników chemicznych, biologicznych, promieniowanie jonizujące, pole elektromagnetyczne, praca przy monitorze ekranowym.

Ponadto narażone jesteśmy na obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego związane z przemieszczaniem pacjentów, praca w systemie zmianowym i nocnym dodatkowo obciąża układ nerwowy.

Powyższe obciążenia mają negatywny wpływ na nasze zdrowie. W ostatnich latach obserwujemy liczne potwierdzone schorzenia kręgosłupa, bioder, chorób kończyn dolnych, chorób układu krążenia i różnego rodzaju depresji.

Propozycja wydłużenia wieku emerytalnego spowoduje zmniejszenie wydajności pracy pielęgniarek i położnych, oraz może stanowić zagrożenie dla pacjentów. Wnosimy o przeanalizowanie powyższych okoliczności i uwzględnienie naszej prośby.

Sekretarz
Joanna Walewander

Przewodnicząca
Danuta Kusiak

- Uchwała w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu – łącznie 4 uchwały
- Uchwała w sprawie skreślenia z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu – 2 osoby
- Uchwała w sprawie wpisu na listę członków OIPIP w Zamościu - 4 osoby
- Uchwała w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu - łącznie 3 uchwały
- Uchwała w sprawie powołania pełnomocników Okręgowej Rady,
- Uchwała w sprawie powołania zespołów problemowych,
- Uchwała w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPIP w Zamościu dla 17 osób na łączną kwotę 15 180 zł
- Uchwała w sprawie odrzucenia przyznania pomocy finansowej – 2 uchwały
- Uchwała w sprawie dofinansowania i refunda-

- cji szkoleń dla członków OIPiP w Zamościu dla 6 osób na łączną kwotę 4300 zł
- Uchwała w sprawie sfinansowania spotkania Przewodniczącej Okręgowej Rady i Skarbnika w Ministerstwie Zdrowia,
 - Uchwała w sprawie rozliczania kosztów z tytułu: czynszu, opłat telefonicznych, uposażenia osób zatrudnionych na etacie, a wykonujących czynności związane z prawem wykonywania zawodu i obsługą organów OIPiP i Ośrodka Informacyjno-Edukacyjnego,
 - Dofinansowania kosztów kursu kwalifikacyjnego pielęgniarstwo chirurgiczne dla 20 osób na łączną kwotę 23 400 zł
 - Dofinansowania kosztów kursu kwalifikacyjnego pielęgniarstwo zachowawcze dla 22 osób na łączną kwotę 25 200 zł
 - Uchwała w sprawie prenumeraty czasopism i publikacji dla pielęgniarek i położnych

- uchwała w sprawie zasad dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Zamościu

Uchwały Prezydium z dnia 2 grudnia 2011 roku:

- Uchwała w sprawie wpisu do rejestru praktyk zawodowych – łącznie 31 uchwał
- Uchwała w sprawie wyznaczenia przedstawiciela Okręgowej Rady do składu komisji egzaminacyjnej kursu specjalistycznego wykonywanie i interpretacja zapisu ekg
- Uchwała w sprawie wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady do składu komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Tomaszowie Lub.
- uchwała w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Sprawozdanie z obrad VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Jachrance

W dniach 6-8 grudnia 2011 roku w Jachrance koło Warszawy odbył się VI Krajowy Zjazd, w obradach zjazdu wzięło udział

302 delegatów co stanowiło 95% ogółu delegatów.

W pierwszej części Zjazdu ustępująca Prezes Naczelnej Rady

Elżbieta Buczkowska powitała zaproszonych gości: Prezesów Naczelnej Izby Weterynaryjnej, Diagnostów Laboratoryjnych, Pol-

Delegaci z Zamościa na VI Krajowy Zjazd





Nowa Pani Prezes

skiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, Przewodniczące ustępujących Organów Naczelnej Izby, oraz Delegatów na VI Krajowy Zjazd.

Po części oficjalnej rozpoczęto procedurę wyborów na stanowiska funkcyjne oraz na członków poszczególnych Organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Na stanowisko Prezesa NRPIP wybrano – Grażynę Rogala-Pawelczyk z OIPiP w Lublinie, Przewodniczącą Naczelnego Sądu – Boniecka Halina z OIPiP w Radomiu, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – Chomicz Irena z OIPiP w Kielcach, Przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej – Grabowska Maria z OIPiP w Katowicach.

Do organów Naczelnej Izby z naszego okręgu weszły następujące osoby:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych – Joanna Walewander z Zamościa

Naczelna Komisja Rewizyjna – Krystyna Grabowska z Tomaszowa Lub.

Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych – Ewa Madej z Hrubieszowa.
Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Dorota Flor z Biłgoraja.

W drugim dniu obrad swoją obecnością zaszczylił nas Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz, który zapewnił o współpracy z samorządem, o wspólnym podejmowaniu rozwiązań, rozpoczęciu prac legislacyjnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej oraz udziału naszej grupy zawodowej w sprawach poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Podczas obrad Krajowego Zjazdu Delegacji podjęli szereg apeli, stanowisk i uchwał w sprawie:

- przyjęcia sprawozdań kadencyjnych poszczególnych Organów Naczelnej Izby
- Regulaminu Krajowego Zjazdu
- Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków
- Ramowych Regulaminów Okręgowego Zjazdu, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Sądu, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- Regulaminu Krajowego Zjazdu, Naczelnej Rady, Naczelnej

Komisji Rewizyjnej, Sądu, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

- określenia procedury przeprowadzenia wizytacji pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - Realizacji szkolenia praktycznego w trakcie odbywania specjalizacji w placówkach posiadających akredytację ministra zdrowia, bądź certyfikat ISO w zakresie usług medycznych lub w oddziałach klinicznych
 - Wprowadzenia zmian zasad zawierania umów w zakresie realizacji świadczeń pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.
 - Wprowadzenia regulacji prawnych, które przeciwdziałać będą ustalaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych.
 - Konieczności wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgniacyjnego w celu zabezpieczenia potrzeb pielęgniacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji
 - Zagrożeń wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, w zakresie wyłączenia obowiązku przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorstwami
 - programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres VI kadencji tj. lata 2011-2015
- Zasad gospodarki finansowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, wysokości składki członkowskiej i jej podziału.

Nowe prawa i obowiązki pielęgniarek i położnych

Formy i standardy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Pielęgniarki to grupa personelu medycznego posiadająca od lat własną pragmatykę zawodową – ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej. 1 stycznia 2012 r. wchodzi w życie nowa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Analiza przybliża regulacje prawne w zakresie form i standardów (ustawowych obowiązków) wykonywania zawodu pielęgniarki zawarte w nowej ustawie, a także zawiera odniesienia do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r.

1. Wprowadzenie

Przez ostatnich kilkanaście lat podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki były zawarte w **ustawie** z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p. Zgodnie z **art. 1** ustawa powyższa określała zasady i warunki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Ustawa zawierała 40 artykułów. Jeszcze wcześniej problematykę wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej regulowały dwa odrębne akty normatywne, tj.:

- 1) **rozporządzenie** Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. z 1934 r. Nr 5, poz. 41 i Nr 110, poz. 976 oraz z 1991 r. Nr 41, poz. 178) oraz
- 2) **ustawa** z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27, poz. 199, z 1947 r. Nr 32, poz. 141 oraz z 1991 r. Nr 41, poz. 178).

Powyższe akty prawne utraciły moc na podstawie **art. 39** u.z.p.p.

Dnia 15 lipca 2011 r. została uchwalona nowa ustawa regulująca fundamentalne zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, tj. **ustawa** o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) – dalej u.n.z.p. Ustawa powyższa została opublikowana w Dzienniku Ustaw z dnia 23 sierpnia 2011 r., a wchodzi w życie (zaczyna obowiązywać) od dnia 1 stycznia 2012 r. (z wyjątkiem **art. 95 i 99**, które to przepisy weszły w życie z dniem ogłoszenia przedmiotowej ustawy, a dotyczą Centrum Kształcenia Podyplomowego/programów

kształcenia podyplomowego). Na podstawie **art. 103** u.n.z.p. traci moc ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. Zakres nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej został określony w **art. 1**, zgodnie z którym ustawa określa zasady:

- 1) wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej;
- 2) uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej;
- 3) kształcenia zawodowego pielęgniarki i położnej;
- 4) kształcenia podyplomowego pielęgniarki i położnej.

Poprzednia ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej też regulowała te same kwestie, chociaż określenie jej zakresu przedmiotowego w art. 1 było bardziej lakoniczne i ogólnikowe (zasady i warunki wykonywania zawodu). Obie ustawy już na początku aktu wyraźnie stanowią, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi, a także stwierdzają, że zawód pielęgniarki i położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania takiego zawodu.

2. Ustawowe formy wykonywania zawodu

Nowa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej w **art. 19** wskazuje na dopuszczalne formy wykonywania zawodu pielęgniarki. Powyższy artykuł zawiera zamknięty katalog form wykonywania zawodu pielęgniarki. Wykaz ten pokrywa się z praktyką oraz innymi regulacjami ustawowymi, a w szczególności z **ustawą** z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) – dalej u.dz.l. W poprzedniej ustawie brak było konkretnej i kompleksowej regulacji form wykonywania zawodu w jednym artykule. Regulacje poprzednie były fragmentaryczne, odnosiły się przede wszystkim do praktyk prywatnych (indywidualnych i grupowych), jako formy wykonywania zawodu także niejako przy okazji wskazywały na klasyczną możliwość zatrudnienia na podstawie umowy o pracę (**art. 24** u.z.p.p.). Zgodnie z **art. 19** u.n.z.p. pielęgniarka może wykonywać swój zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę;
- 2) w ramach stosunku służbowego;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) w ramach wolontariatu;
- 5) w ramach praktyk zawodowych (określonych w ustawie o działalności leczniczej).

Umowa o pracę, nadająca pielęgniarce status pracownika, była i zapewne pozostanie podstawową formą wykonywania zawodu pielęgniarki. Forma powyższa wydaje się z uwagi na ochronne normy **ustawy** z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) najbardziej komfortowa, szczególnie w przypadku macierzyństwa. Pielęgniarka może być zatrudniona na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy oraz na zastępstwo. Umowa o pracę tworzy stosunek pracy. Przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Podstawowe prawa i obowiązki stron stosunku pracy reguluje Kodeks pracy. **Stosunek służbowy** dotyczy przede wszystkim funkcjonariuszy tzw. służb mundurowych (wojsko, policja, służba więzienna). Powstaje on na podstawie dobrowolnego zgłoszenia się do służby i nakłada szerszy zakres obowiązków niż wynikający z klasycznego stosunku pracy. Z drugiej strony, korzysta on z pewnych preferencji w sferze materialnej, socjalnej czy ubezpieczenia społecznego. W praktyce stosunek służbowy występuje przede wszystkim u pielęgniarek pracujących w więziennej służbie zdrowia. Możliwość zawierania umów cywilnych i ich podstawowe rodzaje reguluje **ustawa** z dnia 23 czerwca 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.). Do nazwanych **umów cywilnych** najczęściej zawieranych z pielęgniarką należy umowa zlecenia, a do nienazwanych – umowa o świadczenie usług/opieki pielęgniacyjnej itp. Podstawowe obowiązki stron stosunku cywilnego wynikają z treści zawartej umowy i mogą być kształtowane w sposób stosunkowo swobodny. Umowa cywilna nie daje pielęgniarce statusu pracownika, a tym samym możliwości korzystania z przywilejów pracownika (m.in. prawa do płatnego urlopu wypoczynkowego, ograniczonego czasu pracy itd.). Pielęgniarka wykonująca zawód na podsta-

wie umowy o pracę, umowy cywilnej lub stosunku służbowego ma obowiązek, w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- 2) datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony – datę zakończenia umowy;
- 3) miejsce wykonywania zawodu.

Art. 101 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej – pielęgniarka i położna wykonująca w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy (1.01.2012) zawód w formach o których mowa w art. 19 ust 1 pkt 1-3 przekazuje dane, o których mowa w art. 19 ust 2, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy tj. **01.04.2012 r.**

Ponadto pielęgniarki wykonujące zawód w formach wyżej wskazanych, są obowiązane poinformować okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, o rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy, w terminie 14 dni od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia umowy. Jest to nowy i dość specyficzny obowiązek nałożony ustawowo na pielęgniarki. Zdaniem autorki powinien on się ograniczać tylko do umów cywilnych. Poza wyliczeniem form wykonywania zawodu **art. 19 ust. 4** u.n.z.p. zawiera **zakaz dyskryminacji pielęgniarki z uwagi na formę wykonywania zawodu.** Bowiern pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących ze względu na formę wykonywania zawodu przez pielęgniarkę. Poprzednio nie było takiej regulacji. Ponadto, dla wzmocnienia ochrony pielęgniarek w związku z obawami tej grupy zawodowej, ustawodawca, co należy uznać za słuszne, wprowadził przepis stanowiący, że **odmowa zmiany formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną, wykonującą zawód w podmiocie leczniczym w ramach umowy o pracę, nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia.**

Nowa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej w **art. 19 ust. 1 pkt 4** przewiduje możliwość wykonywania tych zawodów w ramach wolontariatu. Ponadto, zgodnie z **art. 21** u.dz.l., świadczenia zdrowotne

mogą być udzielane również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w **art. 44** ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.), zawartym z wolontariuszem. Wolontariusze mogą wykonywać świadczenia na rzecz:

- 1) organizacji pozarządowych, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej;
- 2) organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej;
- 3) jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej;
- 4) podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej, zwanych „korzystającymi”.

Świadczenia pielęgniarek wolontariuszy są wykonywane w zakresie, w sposób i w czasie określonych w porozumieniu z korzystającym. Porozumienie powinno zawierać postanowienie o możliwości jego rozwiązania. Na żądanie wolontariusza korzystający jest obowiązany potwierdzić na piśmie treść powyższego porozumienia, a także wydać pisemne zaświadczenie o wykonaniu świadczeń przez wolontariusza, w tym o zakresie wykonywanych świadczeń. Na prośbę wolontariusza korzystający może przedłożyć pisemną opinię o wykonaniu świadczeń przez wolontariusza. Jeżeli świadczenie wolontariusza wykonywane jest przez okres dłuższy niż 30 dni, porozumienie powinno być sporządzone na piśmie. Wolontariuszowi pielęgniarsce mogą przysługiwać świadczenia zdrowotne na zasadach przewidzianych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto wolontariuszowi, który wykonuje świadczenia przez okres nie dłuższy niż 30 dni, korzystający zobowiązany jest zapewnić ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków. Do wolontariatu stosuje się przepisy **działu III** ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Poza zatrudnieniem na podstawie umowy o pracy i stosunku służbowego oraz umowy cywilnej pielęgniarki mogą świadczyć usługi **w formie prywatnych praktyk, zwanych obecnie praktykami zawodowymi**, których to zakładanie uregulowane jest w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie

z art. 5 u.d.z.l. pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Działalność lecznicza pielęgniarki może być wykonywana w formie:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej, jako grupowa praktyka pielęgniarek – zwanych „praktykami zawodowymi”.

Tak jak dotychczas, pielęgniarka może założyć i prowadzić generalnie indywidualną lub grupową praktykę. Ustawa o działalności leczniczej ustanowiła nową możliwość prowadzenia grupowej praktyki pielęgniarek w formie spółki jawnej. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
 - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
 - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 5) dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym

w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadać opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych;

- 6) uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- 7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

3. Ustawowe standardy wykonywania zawodu

Podstawowe zasady (standardy) wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej regulował rozdział 4 ustawy z 1996 r. W **art. 18-23** powyższej ustawy zawarte były regulacje dotyczące:

- 1) ogólnych zasad/ram wykonywania zawodu;
- 2) obowiązku udzielenia pomocy w nagłych wypadkach;
- 3) obowiązku informowania pacjenta;
- 4) prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej;
- 5) tajemnicy zawodowej;
- 6) zleceń lekarskich;
- 7) tzw. klauzuli sumienia.

Obecnie podstawowe zasady (standardy) wykonywania zawodu pielęgniarki reguluje **rozdział 2** ustawy z 2011 r. W **art. 11-18** powyższej ustawy zawarte są regulacje dotyczące:

- 1) ogólnych zasad/ram wykonywania zawodu;
- 2) obowiązku udzielenia pomocy w nagłych wypadkach oraz prawa odmowy wykonania świadczenia (w tym klauzula sumienia);
- 3) prawa wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta;
- 4) zleceń lekarskich;
- 5) informowania pacjenta;
- 6) tajemnicy zawodowej;
- 7) prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej.

Zgodnie z **art. 11** u.n.z.p., pielęgniarka powinna wykonywać swój zawód z należytą starannością (poprzednio szczególną starannością), zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. **Ogólne ramy wykonywania zawodu pielęgniarki zostały lekko zmodyfikowane, a przede wszystkim poszerzone o obowiązek poszanowania praw pacjenta (wynikający zresztą z innych ustaw) i dbałość o jego bezpieczeństwo.** Niezmienny pozostaje wymóg korzystania

z aktualnej wiedzy medycznej. Na pielęgniarkach tak jak poprzednio ciąży obowiązek udzielenia pomocy medycznej w sytuacjach nagłych (zagrożenia życia/zdrowia pacjenta). Pielęgniarka ma bowiem obowiązek, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to nowe pojęcie – poprzednio było w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. **Artykuł 13** u.n.z.p. ustanawia prawo pielęgniarki do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Nowością jest wyraźne przyznanie prawa do wglądu do dokumentacji medycznej, natomiast prawo do uzyskania informacji od lekarza o oznaczonym zakresie poprzednio też było uregulowane, z tym, że przy zleceniach lekarskich (**art. 22** u.n.z.p.). **Artykuły 15** oraz **12 ust. 2-4** u.n.z.p. dotyczą zleceń lekarskich. Zgodnie z powyższymi przepisami pielęgniarki mają ustawowy obowiązek wykonywania zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej. Jednakże obligatoryjny zapis w dokumentacji medycznej nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (podobnie jak poprzednio, z tym że nowa ustawa używa nowego pojęcia nagłego zagrożenia zdrowotnego). Wtedy możliwe jest zlecenie w formie ustnej. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo, tak jak poprzednio, domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. Ponadto pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem (poprzednio klauzula sumienia była uregulowana samodzielnie w odrębnym artykule) lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności związane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego (wtedy ma bezwzględny obowiązek udzielenia świadczenia). Istota instytucji odmowy

wy wykonania zlecenia/świadczenia i generalnie jej zasady nie różnią się od poprzedniego stanu prawnego. **Jednakże, w powyższym przypadku pielęgniarka ma nowy obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym.**

Tak jak poprzednio (**art. 20** u.z.p.p.) pielęgniarki mają na podstawie **art. 16** u.n.z.p. w stosunku do pacjenta powszechny, podwójny obowiązek informacyjny, i tak muszą:

- 1) informować pacjenta o jego prawach, zgodnie z przepisami **ustawy** z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz
- 2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu.

Tajemnica zawodowa pielęgniarska to instytucja prawna od lat podlegająca regulacji ustawowej, tak samo jak poprzednio (**art. 21** u.z.p.p.). Na podstawie **art. 17** u.n.z.p. pielęgniarki są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Od powyższej zasady ustawa przewiduje wyjątki (identyczne jak poprzednio), gdy:

- 1) tak stanowią odrębne przepisy;
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Artykuł 18 u.n.z.p. stanowi tak samo jak poprzednio art. 20 ust. 3 u.z.p.p., że pielęgniarki mają obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Nowością w zakresie standardów prawnych wykonywania zawodu, uregulowanych w ustawie, jest art. 15 ust. 4 u.n.z.p., który stanowi, że pielęgniarki mają prawo do samodzielnego orzekania o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, wykonywanych na rzecz pacjenta niezdolnego do samodzielnej egzystencji i samoopieki.

4. Podsumowanie

Nowa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 r. jest znacznie obszerniejsza niż jej poprzedniczka z roku 1996, bo zawiera 104 artykuły (poprzednia 40). Z zakresu przedmiotowego nowej ustawy słusznie, wyraźnie **wyłączono problematykę odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek**, bowiem **art. 1 ust. 2** stanowi, iż zasady odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych określa **ustawa** z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038). Poprzednia ustawa o zawodach pielęgniarek i położnych także nie regulowała problematyki odpowiedzialności zawodowej, ale nie zawierała konkretnego zapisu (przepisu) w tej sprawie.

Jeśli chodzi o prawne standardy wykonywania zawodu (podstawowe obowiązki pielęgniarki i jej uprawnienia w zakresie zleceń lekarskich), to w nowej ustawie nie uległy one generalnie większym zmianom. Niektóre zapisy jednakże uległy przedagowaniu i pojawiło się nowe sformułowanie – stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ponadto ustawodawca położył większy nacisk na prawa pacjenta. **Nowością natomiast jest uregulowanie w ustawie zamkniętego katalogu (wykazu) form wykonywania zawodu pielęgniarki, a w nim wskazanie umowy cywilnej jako jednej z możliwych form wykonywania zawodu.**

BARDZO WAŻNE – Art. 97

1. Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo art. 31 mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 roku złożyły stosowny wniosek
2. Po upływie terminu określonego w ust. 1 prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

Rola pielęgniarki szkolnej w opiece profilaktycznej uczniów

Autor **Tamara Zimna** – Serwis Prawo i Zdrowie

Niniejszy artykuł opisuje rolę pielęgniarki szkolnej w opiece profilaktycznej uczniów. Zdefiniowano pojęcie pielęgniarki szkolnej oraz wskazano podstawy prawne jej działania. Przedstawiono w szczególności normy dotyczące liczby uczniów objętych opieką, organizację udzielania świadczeń przez pielęgniarkę szkolną, zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę szkolną (w tym testy przesiewowe, grupowa profilaktyka fluorkowa, szczepienia ochronne uczniów) oraz zasady prowadzenia dokumentacji medycznej ucznia.

1. Pielęgniarka szkolna

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania sprawują: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz dentysta oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, położna środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna. W stosunku do osób objętych nauczaniem indywidualnym, profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawuje ponadto pielęgniarka środowiskowo-rodzinna (**§ 3 ust. 1 pkt 4** rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą; Dz. U. Nr 139, poz. 1133) - dalej r.o.p.o.z.

Pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania może zostać pielęgniarka, która uzyskała odpowiednie kwalifikacje zawodowe w ramach kształcenia podyplomowego – ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania. Profilaktyczną opiekę nad uczniem może również sprawować pielęgniarka, która dopiero odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania. Uprawnienia do sprawowania profilaktycznej opieki nad uczniem posiada także pielęgniarka, która posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej (**§ 3 ust. 1 pkt 3**

r.o.p.o.z.). Funkcję pielęgniarki szkolnej może pełnić także higienistka szkolna.

W stosunku do osób objętych indywidualnym nauczaniem, o których mowa w **art. 71b** ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.) - dalej u.s.o., profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem sprawuje ponadto pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego lub środowiskowo-rodzinnego lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego lub środowiskowo-rodzinnego lub odbyła szkolenie podyplomowe we wspomnianym zakresie albo posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej (**§ 3 ust. 1 pkt 4** r.o.p.o.z.).

Pielęgniarka, położna albo higienistka szkolna sprawująca profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem współpracuje w szczególności z:

- lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem;
- lekarzem dentystą sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem;
- pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej;
- rodzicami, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia;
- dyrektorem szkoły;
- radą pedagogiczną;
- organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży.

2. Normy dotyczące liczby uczniów objętych opieką

Przy ustalaniu liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez jedną pielęgniarkę, położną albo higienistkę szkolną brany jest pod uwagę typ szkoły, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni – ich liczba i stopień niepełnosprawności. Zalecana liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę szkolną ustalana jest według zasad zawartych w **załączniku nr 4** części III pkt 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.) - dalej jako r.ś.g.o.z. traktowana jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego w poszczególnych typach szkół.

3. Organizacja udzielania świadczeń przez pielęgniarkę szkolną

Zgodnie z **art. 67 ust. 1 pkt 4** u.s.o. zapewnienie uczniom możliwości korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej należy do zadań statutowych szkoły. Pielęgniarka, położna albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówce młodzieżowego ośrodka wychowawczego, młodzieżowego ośrodka socjoterapii, specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego oraz specjalnego ośrodka wychowawczego dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania, a także ośrodka umożliwiającego dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełnosprawnościami sprzężonymi realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki (wymienione w **art. 2 pkt 5** u.s.o.). Pielęgniarka, która zamierza świadczyć usługi profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w gabinecie pielęgniarskim w placówkach oświatowo-wychowawczych zawiera umowę cywilnoprawną na korzystanie z gabinetu (np. użyczenie) z placówką oświatowo-wychowawczą.

Wymagane wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej określa pkt 4 Części III **załącznika nr 4** do r.ś.g.o.z.

Do czasu utworzenia na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują lekarz i pielęgniarka spełniająca wymogi określone w **§ 3 pkt 3 i 4** r.o.p.o.z. oraz **§ 12 ust. 1** r.o.p.o.z. Pielęgniarka szkolna powinna zapewniać dostępność do jej świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z warunkami wynikającymi z części III **załącznika nr 4** do r.ś.g.o.z. i zgodnie z harmonogramem czasu pracy stanowiącym inte-

gralną część umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Od 1 stycznia 2011 r. w szkołach, w których liczba uczniów zawiera się w przedziale:

- 400-499 osób - dopuszcza się dostępność pielęgniarki lub higienistki szkolnej w szkole nie mniej niż 3 razy w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie;
- 251-399 osób - dopuszcza się dostępność pielęgniarki lub higienistki szkolnej w szkole nie mniej niż 2 razy w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie;
- 251-299 osób - dopuszcza się dostępność pielęgniarki lub higienistki szkolnej w szkole nie mniej niż 1 raz w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie;
- w których liczba uczniów nie przekracza 250 osób oraz gdzie liczba uczniów nie przekracza 150 osób - dopuszcza się dostępność pielęgniarki lub higienistki szkolnej w szkole nie mniej niż 1 raz w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie.

Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie: świadczenia pielęgniarki szkolnej, przedkłada Funduszowi aktualną na dzień złożenia wniosku informację o miejscach udzielania świadczeń i charakterystyce populacji uczniów, która zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie zawartej umowy. Informację należy sporządzić na podstawie dokumentów źródłowych (np. porozumienia) o nawiązaniu współpracy z poszczególnymi szkołami uwzględniając w niej podział na typy szkół i populację uczniów. Dokumenty źródłowe dla informacji, w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem, należy dołączyć do informacji. Wzór informacji o szczegółowym zakresie świadczeń (typach szkół i populacji uczniów) udzielanych przez pielęgniarkę szkolną zawiera załącznik nr 6 do zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Przypisania uczniów do poszczególnych grup (A, B, C) w szkołach typu III, z wyłączeniem szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie, należy dokonywać na podstawie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności, które

znajdują się w dokumentacji szkoły lub będących w posiadaniu ucznia.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej realizowane jest według ustalonej rocznej stawki kapitacyjnej. Szczegółowe zasady finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki szkolne określają przepisy zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

4. Zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę szkolną

Pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do udzielania w środowisku nauczania i wychowania, na rzecz dzieci i młodzieży, objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki, świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą, zgodnie z zasadami i zakresem określonymi przez przepisy **załącznika nr 4** do r.ś.g.o.z. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną w szkołach podstawowych w wieku 6 albo 7 lat w zależności od wieku rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego do ukończenia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej (ukończenia 19 roku życia).

Stosownie do treści **załącznika nr 4** część I pkt 2 do r.ś.g.o.z., profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną obejmuje w szczególności:

- wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych;
- kierowanie postępowaniem poprzemiesiewowym oraz sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami z dodatkowymi wynikami testów;
- **edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej:**
- prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej;
- czynne poradnictwo pielęgniarskie dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
- udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej;
- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;

- sprawowanie czynnej opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja, wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur medycznych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole.

Do obowiązku pielęgniarki, położnej lub higienistki szkolnej należy ponadto prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów na zasadach określonych w przepisach o dokumentacji medycznej.

5. Testy przesiewowe

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami obejmuje m.in.:

- testy przesiewowe polegające na wstępnej identyfikacji odchyleń od normy rozwojowej, niezdiagnozowanych chorób, zaburzeń lub wad, przez zastosowanie szybkich metod badania;
- postępowanie diagnostyczne w przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przesiewowego, w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w tym teście (postępowanie poprzemiesiewowe).

Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych oraz kierowanie postępowaniem poprzemiesiewowym i sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami z dodatkowymi wynikami testów należy do zadań pielęgniarki szkolnej. Test przesiewowy służy do wykrywania zaburzeń:

- rozwoju fizycznego (pomiar: wysokości i masy ciała) z określeniem współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI);
- układu ruchu, w tym boczne skrzywienie kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, niekształceń statycznych kończyn dolnych;
- zęza (Cover test, test Hirschberga);
- ostrości wzroku;
- widzenia barw;
- słuchu (badanie orientacyjne szeptem);
- ciśnienia tętniczego krwi.

Działania pielęgniarek szkolnych powinny być nakierowane także na orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała i wad wymowy. Szczegółowe określenie rodzaju testów przesiewowych wyko-

nywanych w poszczególnych grupach wiekowych uczniów wynika z tabeli zawartej w części II **załącznika nr 4** do r.ś.g.o.z.

O terminach i zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami:

- wykonywania testów przesiewowych (wynikającym z części II. załącznika nr 4 do r.ś.g.o.z.);
- profilaktycznych badań lekarskich – badań przesiewowych i bilansowych (wynikającym z części III. załącznika nr 1 do r.ś.g.o.z.) oraz
- profilaktycznych świadczeń stomatologicznych (wynikającym z **załącznika nr 11** do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego; Dz. U. Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.).

pielęgniarka, położna albo higienistka szkolna powiadamia rodziców albo opiekunów prawnych lub faktycznych ucznia. Powiadamia także o możliwościach i sposobie kontaktowania się w związku ze sprawowaną opieką zdrowotną nad uczniami (§ 9 r.o.p.o.z.). Pierwsze testy przesiewowe przeprowadza się przed rozpoczęciem nauki w szkole w wieku 6 lub 7 lat (klasa 0) w zależności od wieku rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego. Badanie u dziecka 7-letniego wykonuje się w przypadku braku testu przesiewowego wykonywanego w wieku 6 lat.

W wyniku nowelizacji rozporządzenia 3 warunki realizacji testów przesiewowych u uczniów uzależniono nie tylko od wieku ale i od etapu edukacji. Cel i zakres badań populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są zróżnicowane pod kątem fazy rozwoju dziecka oraz zadań edukacyjnych związanych z realizacją przez dziecko obowiązku szkolnego. Ustalono następujące terminy przeprowadzania testów przesiewowych:

- klasa 0 (6 albo 7 lat);
- klasa III szkoły podstawowej (10 lat);
- klasa V szkoły podstawowej (12 lat);
- klasa I gimnazjum (13 lat);
- klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat);
- ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 roku życia.

Zmiany dotyczące terminów wykonywania testów przesiewowych u dzieci wynikają z ich do-

stosowania do nowego wieku kształcenia dzieci i obniżenia wieku rozpoczęcia edukacji szkolnej wprowadzonych zmianą przepisów ustawy o systemie oświaty.

6. Grupowa profilaktyka fluorkowa

Grupowa profilaktyka fluorkowa to świadczenie realizowane metodą nadzorowanego szczotkowania zębów u uczniów szkół podstawowych (klasy I-VI) preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni. Świadczenie to jest realizowane przez pielęgniarkę, położną lub higienistkę szkolną w roku szkolnym tylko w tych szkołach, które znajdują się na obszarach gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l. Wymagany stan faktyczny poziomu fluorków w wodzie pitnej powinien zostać potwierdzony zaświadczeniem uzyskanym z właściwej dla danego terenu stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej obejmują ponadto edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej.

7. Szczepienia ochronne uczniów

Ostatnia nowelizacja poprzednio obowiązujących przepisów w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą nakłada w sposób jednoznaczny obowiązek realizacji szczepień ochronnych uczniów na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Do końca kwietnia 2007 r. pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem miały obowiązek przekazać karty uodpornienia lekarzowi sprawującemu profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem. Obowiązujące przedtem przepisy umożliwiały realizację obowiązkowych szczepień ochronnych tak w gabinetach lekarzy, jak i w gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkołach przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolne. W wyniku nowelizacji z katalogu zadań pielęgniarki albo higienistki szkolnej wykreślono współorganizowanie lub organizowanie i wykonywanie szczepień ochronnych oraz obowiązków prowadzenia dokumentacji szczepień ochronnych uczniów i sprawozdawczości zgodnie z odrębnymi przepisami. Powierzenie odpowiedzialności za realizację procedury szczepiennej lekarzom pod-

stawowej opieki zdrowotnej, a nie pielęgniarkom środowiska nauczania i wychowania sprawującym samodzielnie profilaktyczną opiekę nad uczniami (w wyniku niezależnych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia) uzasadnione było tym, że pielęgniarki nie posiadają kompetencji do realizacji tej procedury w całości. Warunkiem wykonania szczepienia przez pielęgniarkę w szkolnym gabinecie jest bowiem wykonane bezwzględnie w dniu planowanego szczepienia lekarskie badanie kwalifikacyjne ucznia do szczepienia. Niezbędna jest także obecność lekarza w czasie szczepienia i przez 30 minut po jego wykonaniu. Pielęgniarka szkolna nie może więc przejąć pełnej odpowiedzialności za realizację szczepień ochronnych uczniów. Ponadto, nie we wszystkich szkołach funkcjonują gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Zgodnie z **§ 6** rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086) szczepienia ochronne przeprowadzają pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, które odbyły w ramach doskonalenia zawodowego specjalistyczny kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień należy do obowiązków lekarza podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych w ramach badań bilansowych (obowiązek ten wynika z tabeli zawartej w części III **załącznika nr 1** do r.ś.g.o.z.).

8. Dokumentacja medyczna ucznia

Do obowiązków pielęgniarki, położnej albo higienistki szkolnej należy prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów na zasadach określonych w przepisach o dokumentacji medycznej. Zagadnienia związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom regulują przepisy **rozdziału 5** rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252,

poz. 1697) - dalej r.d.m. wydanego na podstawie **art. 30 ust. 1** u.p.p.

Pielęgniarka lub higienistka szkolna udzielająca świadczeń zdrowotnych uczniom prowadzi indywidualną dokumentację ucznia oraz dokumentację zbiorczą odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy.

Dokumentacja indywidualna ucznia prowadzona przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną powinna zawierać wszystkie podstawowe dane określone w **§ 10 ust. 1 pkt 1-4** r.d.m.

Dodatkowo, indywidualna dokumentacja ucznia zawiera:

- 1) informacje o przebytych chorobach i problemach zdrowotnych ucznia;
- 2) informacje o innych problemach mających wpływ na zdrowie ucznia;
- 3) wyniki przeprowadzanych testów przesiewowych.

Dokumentacja zbiorcza uczniów uczęszczających do jednej klasy zawiera:

- 1) imiona i nazwiska uczniów i daty urodzenia;
- 2) adnotację o przeprowadzeniu testów przesiewowych;
- 3) informacje o działaniach profilaktycznych.

W karcie zdrowia ucznia wpisywane są informacje na temat pomiaru wysokości i masy ciała ucznia, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, badania ostrości wzroku i słuchu oraz wykonywanych testów przesiewowych do wykrywania zezów i zaburzeń układu ruchu (skoliozy, kifozy piersiowej, koślawości kolan, stóp płasko-koślawych). W karcie zdrowia ucznia wpisywane są również informacje na temat przebytych chorób, problemów zdrowotnych, szkolnych, społecznych i kwalifikacji do wychowania fizycznego, a także obserwacje pielęgniarki i wywiady środowiskowe.

Ponadto, karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera informacje pielęgniarki lub higienistki szkolnej o uczniu, w szczególności wyniki testów przesiewowych oraz informacje dotyczące wysokości i masy ciała ucznia, funkcjonowania narządu wzroku i słuchu, rozwoju układu ruchu, ciśnienia tętniczego krwi. Informacje wpisywane do dokumentacji medycznej ucznia przez pielęgniarkę szkolną opatrywane są datą, podpisem i pieczęcią pielęgniarki/higienistki. Oprócz podpisu, od 1 stycznia 2011 r. każdy wpis w dokumentacji medycznej powinien być opatrzony oznaczeniem osoby doko-

nującej wpisu, zawierającym: nazwisko i imię tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje oraz numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej. W praktyce sprowadza się to do opatrywania wpisów w dokumentacji medycznej pieczętą osobą dokonującą wpisu. Przepis ten wprowadzono z uwagi na fakt, że podpisy lekarzy i innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych w dokumentacji medycznej są często nieczytelne, co powoduje nawet po krótkim czasie trudności w ustaleniu tożsamości osób które dokonały wpisu.

W zakresie badań statystycznych prowadzonych przez Ministra Zdrowia pielęgniarki i higienistki

szkolne odrębnie dla każdej szkoły składają roczne sprawozdanie pielęgniarki z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach (MZ-06) – w terminie do 30 września za poprzedni rok szkolny. Wzór formularza stanowi **załącznik** do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 kwietnia 2011 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2011 (Dz. U. Nr 83, poz. 453).

Wskazówki dla pielęgniarki

Uczeń z cukrzycą

mgr **Alicja Szewczyk** – Klinika Endokrynologii i Diabetologii IP-Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

Dziecko chore na cukrzycę powinno brać udział w życiu szkolnym tak samo jak jego zdrowi koledzy. Wymaga jednak większej uwagi i obserwacji. Duże znaczenie ma dobra współpraca rodziców z nauczycielami i pielęgniarką szkolną.

Instytucje wychowawcze, takie jak przedszkola i szkoły, są ważną częścią życia dziecka i dorastającej młodzieży. Są one stymulacyjnym doświadczeniem w indywidualnym i społecznym rozwoju wszystkich młodych ludzi. Występowanie u dzieci cukrzycy nie zamyka im dostępu do ogólnej edukacji, może jednak wpłynąć na kierunek ich kształcenia zawodowego.

Głównym zadaniem rodzica chorego dziecka jest przekazanie wychowawcy w obecności dziecka, że jest ono chore na cukrzycę. Oprócz tego nauczyciel powinien otrzymać krótką informację pisemną, przygotowaną przez firmy farmaceutyczne bądź przez zespół diabetologiczny z poradni i oddziałów diabetologicznych ograniczonych, dotyczącą postępowania po wystąpieniu hipoglikemii. Jeżeli rodzina unika bezpośredniej komunikacji z personelem szkoły, stwarza bardzo niekorzystną i niebezpieczną sytuację dla chorego dziecka.

Wiele okoliczności związanych z tą chorobą pielęgniarka szkolna powinna bardzo szczegółowo

przedyskutować z nauczycielem - wychowawcą klasy. Jeżeli szkoła nie dysponuje opieką pielęgniarską, taką rozmowę powinien podjąć rodzic dziecka.

Do tych okoliczności, ważnych w środowisku szkolnym, zaliczamy:

- Postępowanie w hipoglikemii, poznanie typowych objawów niedocukrzenia występujących u dzieci, unikanie opóźnień w spożywaniu posiłków, udzielanie pozwolenia na dodatkowe zjedzenie posiłku przed ćwiczeniami fizycznymi lub w zagrożeniu hipoglikemią, zachęcanie dziecka do spożycia całego przewidzianego na daną godzinę posiłku (szczególnie u młodszych dzieci szkolnych), przypilnowanie, aby w klasie zawsze były dostępne produkty szybko wchłaniane, np. kostki cukru, tabletki glukozowe, kartonik soku owocowego, zapewnienie dziecku opieki w czasie niedocukrzenia lub po nim, zachęcanie go, aby zgłaszało epizod hipoglikemii personelowi szkoły (wstyd dziecka może opóźnić interwencję i zwiększyć problem).
- Ochronę dziecka przed poczuciem inności: wprowadzanie do szkolnej rutyny możliwości dbania o cukrzycę. Dziecko może np. zjeść posiłek w dowolnym czasie, ale jada także szkolne obiady, ma też stworzone warunki prywatności, kiedy musi zbadać glikemię czy zrobić zastrzyk z insuliny.
- Zachęcanie, aby dziecko stopniowo przyjmowało odpowiedzialność za niektóre zadania ważne w leczeniu cukrzycy.

- Pozwolenie dziecku na wychodzenie do toalety w trakcie lekcji, co może być istotne przy wysokich poziomach glikemii.
- Zawiadamianie rodziców z wyprzedzeniem o specjalnych wydarzeniach, jak np. wycieczka szkolna, zawody sportowe
- Informowanie otoczenia, że cukrzyca nie ogranicza potencjału intelektualnego dziecka.

Broszury edukacyjne PFED

- Dziecko z cukrzycą w środowisku nauczania.
- Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z cukrzycą.

One są wśród nas

www.pfed.org.pl

- Seria pięciu książeczek poświęconych problemom dzieci przewlekle chorych.
- Zachęcanie dziecka do pełnego udziału we wszystkich przejawach życia społecznego, sportowego i naukowego.

Zdrowotne działania pielęgniarki szkolnej wobec uczniów chorych na cukrzycę powinny się koncentrować na obserwacji rozwoju fizycznego (prawidłowa masa ciała względem wzrostu), właściwego odżywiania, regularnego wysiłku fizycznego, higieny ciała i pielęgnacji jamy ustnej.

Pielęgniarka powinna przeprowadzić **rozmowę indywidualną z chorym uczniem** lub grupą uczniów na temat samokontroli cukrzycy, zapobiegania ostrym i późnym powikłaniom choroby, szkodliwości palenia tytoniu, picia alkoholu, brania narkotyków.

Bardzo ważne jest przeprowadzenie lekcji informacyjnej na temat istoty cukrzycy w klasach, do których uczęszczają chorzy uczniowie. Pielęgniarka informuje o sposobach udzielania pierwszej pomocy w chwili wystąpienia ciężkiego niedocuk-

wienia (pokaz podania glukagonu), zapoznaje uczniów ze sprzętem do podawania insuliny (wstrzykiwacze typu pen., osobiste podskórne pompy insulinowe), wykonuje uczniom pomiar glikemii na glukometrze.

Grono pedagogiczne szkoły również powinno otrzymać od pielęgniarki informacje o istocie cukrzycy, leczeniu, zasadach samokontroli. W pokoju nauczycielskim powinny się znaleźć materiały w formie broszur, informacji dla nauczyciela, plakatów.

Współpraca pielęgniarki z rodzicami chorych dzieci powinna polegać na zapraszaniu ich na organizowane pogadanki o tematyce zdrowotnej w czasie spotkań semestralnych, korespondencji listownej i rozmów przy okazji okresowych badań profilaktycznych.

W Ministerstwie Edukacji Narodowej zainicjowane zostały w 2008 r. prace mające na celu przygotowanie nauczycieli oraz tworzenie w szkołach i przedszkolach warunków do nauki dla dzieci przewlekle chorych. Jest to grupa dzieci, którym choroba stwarza pewne ograniczenia. Wymagają czasami udzielenia pomocy lub zapewnienia określonych warunków, co nie może być powodem dyskwalifikacji czy odmowy pełnoprawnego uczestnictwa w edukacji. W Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej od wielu lat podejmowane są działania na rzecz włączenia w nurt powszechnie dostępnej edukacji wszystkich dzieci z różnego typu specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Jedną z takich inicjatyw jest seria wydawnicza „One są wśród nas”. W 2009 r. w ramach rządowego programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła” przygotowany został zestaw pięciu książeczek z tej serii, poświęconych problemom dzieci przewlekle chorych.

Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej Nr 11 listopad 2011

Pielęgniarka zdrowia rodziny jako ważny członek podstawowej opieki zdrowotnej

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego podpisał umowę dotyczącą realizacji międzynarodowego projektu „Family Health Nursing in European Communities”/FamNrsE, który jest finansowany z programu “Life Long Learning Programme, Education and Culture DG”.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie pełni funkcje partnera wspierającego i odpowiedzialnego za 3 pakiety projektu.

CEL PROJEKTU

Celem proponowanego projektu jest rozwój wspólnych programów nauczania akademickiego

dla przygotowania i wprowadzenia specjalności FHNs w Europie pod patronatem WHO.

TŁO PROJEKTU

Pielęgniarka Zdrowia Rodziny (FHN) została zdefiniowana przez WHO jako odpowiedź na projekt Health 21 http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-enlt06.pdf. Propozycja nowej roli pielęgniarki to także rezultat zapisów Deklaracji Monachijskiej <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/munich-declaration-nurses-andmidwives-a-force-for-health>, przyjętej przez Drugą Konferencję Ministrów Zdrowia (pierwsza odbyła się w 1988 r.), która odbyła się w dniach 15–17 czerwca 2000 r. w Monachium (Niemcy) oraz w dokumencie opracowanym dla wsparcia rządów do wprowadzenia Deklaracji Monachijskiej do strategii zdrowia na poziomie kraju - „Moving on from Munich A Reference Guide to the implementation of the Declaration on Nurses and Midwives: a Force for Health” http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/102306/E74474.pdf.

W ub. wieku WHO, w ramach projektu Zdrowie 21, wprowadziło Pielęgniarkę Zdrowia Rodziny (FHN), jako ważnego członka podstawowej opieki zdrowotnej. Według WHO **FHN, powinna wspierać rodziny w czasie choroby oraz pomagać w radzeniu sobie jednostek, rodzin z chorobami przewlekłymi w środowisku na zasadzie wczesnej interwencji z możliwością podjęcia leczenia, doradztwa oraz zmiany postaw zdrowotnych, a także dostępem do publicznej opieki zdrowotnej oraz szeroko rozumianego wsparcia społecznego (WHO2000a).**

Od ukazania się ramowych założeń FHN obserwuje się znaczący, lecz zróżnicowany rozwój w wprowadzaniu tej roli w całej Europie (Tadżykistan, Kirgistan, Mołdowa, Szkocja czy Niemcy), ale sama nazwa FHN używana jest tylko w kilku państwach, chociaż zadania, które realizują pielęgniarki zatrudnione w środowisku są zbliżone do podstawowej koncepcji FHN (Hennesy & Gladin, 2006).

Idea projektu zrodziła się jako rezultat doświadczeń wynikających z badań nad zadaniami pielęgniarek zajmujących się opieką zdrowotną w środowisku. W Europie w ostatnim okresie powstało wiele publikacji, w których podkreśla się, że FHN odgrywa znaczącą rolę w rozpoznawaniu i zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych rodzin (Friedman et al., 2003).

Analiza badań wskazała, że dostarczanie opieki zdrowotnej w Europie, na poziomie środowiska za-

mieszkania, opiera się przede wszystkim na tradycyjnym modelu medycznym.

Naukowcy podkreślili, że zmiany modelu opieki doprowadzą do zwiększenia potencjału zdrowotnego społeczeństwa – priorytetu działań WHO.

WHO w ww. dokumentach również podkreśliło również znaczącą rolę FHN dla zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w ubogich środowiskach i w trudnodostępnych obszarach regionu europejskiego.

Wizją zaangażowanych w rozwój tej specjalności jest kluczowa rola FHN dla osiągnięcia celów programu Zdrowie 21 - czyli: „promocja zdrowia i zapobieganie chorobom na każdym etapie życia człowieka poprzez redukcję głównych problemów zdrowotnych, wypadków i urazów”.

W 2008 r. Komisja ds. Społecznych Determinantów Zdrowia (Commission on, Social Determinants of Health) wskazała także, że pracownicy środowiskowi zajmujący się zdrowiem rodziny (community health workers) mogą dostarczać i prowadzić usługi zdrowotne efektywnie kosztowo. Ważność tej pracy została podkreślona także w Deklaracji Chiang Mai, w 2008 r.

Ponadto literatura i raporty WHO sugerują, że podjęto właściwe kroki wprowadzając FHN w kontekście struktury ochrony zdrowia (Parfitt & Cornish, 2007).

Kolejnym działaniem było przeprowadzenie w Szkocji (w latach 2001–2003) badania pilotażowego, które stanowiło część projektu WHO. Wynikiem badania były m.in. następujące wnioski:

- 1) Wprowadzenie FHN jest efektywne w odległych, wiejskich lub słabo zaludnionych terenach oraz obszarach wiejskich
- 2) Wprowadzenie tej specjalności będzie problematyczne w związku z koniecznością zmiany modelu opieki środowiskowej, zwłaszcza w krajach, które wprowadziły podobne usługi w ramach kompetencji innych służb, czy też profesji
- 3) Konieczne jest także uzyskanie konsensusu w Europie w zakresie nauczania FHN oraz uzgodnienia rangi tego modelu opieki oraz możliwości edukacyjnych.

Wychodząc na przeciw zainteresowaniu Uniwersytetu Zachodniej Szkocji (University of the West of Scotland -UWS) zainicjował działania mające na celu dookreślenie nowej roli FHN.

W wyniku wieloletnich badań oceniono, że w Europie jest wystarczająca wiedza i wiele ekspertyz

dotyczących dostarczenia świadczeń przez FHN. Według opinii ekspertów wprowadzenie FHN do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przyczynić się może do poprawy ich dostępności dla jednostek, rodzin, środowiska lokalnego i społeczeństwa zwłaszcza w obszarach, gdzie dostęp do usług lekarskich jest ograniczony. Mając na uwadze przyszłą rolę tej specjalności dla systemu Uniwersytet powołał zespół ds. FHN, który ocenił, że w UE od czasu powołania tej roli poczyniono znaczne postępy także w zakresie dzielenia się doświadczeniem w zakresie kształcenia FHN na poziomie akademickim.

Kolejnym krokiem była inicjatywa spotkania warsztatowego przedstawicieli organizacji pielęgniarskich, rządów i uczelni zainteresowanych rozwinięciem tej roli w praktyce.

Działania, jakie zostały podjęte przez UWS w celu wypracowania założeń dla projektu FHN i wprowadzenia tego rodzaju roli na drugi poziom kształcenia w ramach Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (APN):

- 1) W październiku 2009 r. w Sztokholmie odbyła się konferencja Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa (CNO), którzy podzielili się swoimi doświadczeniami w zakresie FHN,
- 2) W 2010 r., przy wsparciu europejskiego biura WHO, Uniwersytet Zachodniej Szkocji zaprosił CNO z 14 krajów do współpracy w zakresie kształcenia FHN dla praktyki, poproszono o pomoc w kontakcie z instytucjami zajmującymi się kształceniem na poziomie wyższym celem zaproszenia do uczestnictwa w projekcie.
- 3) W listopadzie 2010 r. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, po posiedzeniu Europejskiej Federacji stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) otrzymało informację o projekcie z europejskiego biura WHO, a następnie w listopadzie 2010 r. wystosowało zaproszenie do 44 uczelni kształcących pielęgniarki, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a także eksperta Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w tej dziedzinie. Na zaproszenie odpowiedziały Wyższa Szkoła Informatyki i Innowacji w Lublinie, Powiślańska Szkoła Wyższa Kwidzyniu a następnie Akademia Medyczna we Wrocławiu. Utworzono zespół, który uczestniczył w pierwszych warsztatach, a które odbyły się w styczniu 2011 r. w Berlinie. W warsztatach udział wzięło 18 instytucji edukacyjnych, uniwersytetów, przedstawicieli mini-

sterstw zdrowia i stowarzyszeń pielęgniarskich. W czasie warsztatów podzielono się doświadczeniem dotyczącym kształcenia pielęgniarek zajmujących się opieką nad rodziną oraz ustalono wstępne propozycje współpracy w projekcie.

- 4) Odbyły się drugie warsztaty „2nd International Workshop on Family Health Nursing An international collaborative project” w Ayr (Szkocja), w dniach 1 i 2 września 2011 r. Głównym celem warsztatów było m.in. wypracowanie zasad współpracy w projekcie oraz pozyskanie partnerów do projektu. Uczestnicy warsztatów dokonali oceny podstawowych kwalifikacji pielęgniarek tej specjalności w państwach uczestniczących w programie, w odniesieniu do kwalifikacji określonych w dyrektywach UE. Ustalono, że niezależnie od zróżnicowanych wyzwań zdrowotnych w poszczególnych krajach należy uwypuklić korzyści jakie mogą wynikać z wprowadzenia pielęgniarki zdrowia rodziny (FHN) do struktur POZ, której zadaniem wytyczonym przez WHO jest przede wszystkim promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Podkreślono również konieczność opracowania zasadniczego rdzenia kompetencji uzgodnionego na szczeblu międzynarodowym.
- 5) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie odpowiada za realizację pakietów dotyczących określenia definicji pielęgniarki zdrowia rodziny, kompetencji FHN oraz analizy na poziomie krajowym programów kształcenia w zakresie FHN.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Warszawa, 17 listopada 2011 r.

Pytania i odpowiedzi

1. **Czy pielęgniarka mająca zarejestrowaną działalność gospodarczą w dziale „działalność pielęgniarek i położnych” (Kod PKD 86. 90. C) będąca właścicielem lub współwłaścicielem podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą w formie spółki cywilnej, wykonująca świadczenia pielęgniarskie na rzecz tego podmiotu, ma obowiązek wpisu do rejestru indywidualnych praktyk w okręgowej radzie pielęgniarek i położnych?**

Pielęgniarka mająca zarejestrowaną działalność gospodarczą, będąca właścicielem lub współwłaścicielem podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą w formie spółki cywilnej wykonująca świadczenia pielęgniarskie na rzecz tego podmiotu ma obowiązek wpisu do rejestru indywidualnych praktyk w okręgowej radzie pielęgniarek i położnych. ORPiP sprawuje nadzór nad prawidłowością wykonywania świadczeń, stąd też pielęgniarki powinny uzyskać stosowny wpis do ORPiP zgodnie z treścią art. 102 w związku z art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, póź. 654) - dalej u.d.z.l.

Uzasadnienie

Od dnia 1 lipca 2011 r. obowiązują, określone w ustawie o działalności leczniczej, nowe zasady prowadzenia przez pielęgniarki i położne praktyk zawodowych. Zgodnie z art. 5 u.d.z.l. pielęgniarki (i położne) mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz przepisach odrębnych, w szczególności na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 151, późn. zm.) dalej u. z. p.p., po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej. Jednocześnie, wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej przez pielęgniarki i położne, nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.

Artykuł 5 ust. 2 u.d.z.l. określa, że pielęgniarka może swoją działalność prowadzić w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

Zasady uzyskiwania wpisu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, późn. zm.). Jeśli pielęgniarka prowadzi działalność gospodarczą, a nie uzyskała wpisu w ORPIIP, to powinna jak najprędzej podjąć starania, aby wpis uzyskać.

Zgodnie z art. 208 u.d.z.l. organy prowadzące dotychczasowe rejestry pielęgniarek i położnych prowadzą te rejestry na dotychczasowych zasadach do dnia 31 grudnia 2011 r. Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej mają obowiązek dostosowania swojej działalności do przepisów ustawy w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Zgodnie z art. 217 ust. 1 pkt 3 u.d.z.l. z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej rejestr indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych staje się rejestrem, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 217 ust. 3 u.d.z.l. w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy podmiot wykonujący działalność leczniczą dokona zmian w rejestrze w zakresie wynikającym z ustawy. Wnioski o zmianę wpisów wolne są od opłat.

Część regulacji w zakresie tzw. praktyk zawodowych nadal będzie regulowana przez ustawę z dnia 1 lipca 2011 o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, późn. zm.) oraz ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej.

Autor odpowiedzi Alicja Brzezińska
Serwis Prawo i Zdrowie

2. Czy wykonywanie zawodu przez pielęgniarkę na podstawie umowy zlecenia w podmiotach leczniczych wymaga wpisu do rejestru praktyk zawodowych?

Pielęgniarka, która wykonuje zawód w ramach praktyki zawodowej, która jest działalnością gospodarczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, późn. zm.) - dalej u.d.z.l. musi uzyskać wpis do odpowiedniego rejestru. Jeżeli jednak wykonywanym przez nią czynnościami zawodowym nie można przypisać przymiotu działalności gospodarczej, o czym mowa w art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 220, późn. zm.) - dalej u.s.d.g., a w konsekwencji regulowanej działalności leczniczej, to

może ona zawrzeć umowę cywilnoprawną z podmiotem leczniczym, bez konieczności uzyskiwania wpisu do rejestru.

Uzasadnienie

Ustawą o działalności leczniczej wprowadzono nowe formy wykonywania zawodu pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej, którymi są:

- indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. a u.d.z.l.).

Każda ze wskazanych form wykonywania zawodu pielęgniarki musi zostać wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez właściwą miejscowo okręgową radę pielęgniarek i położnych (art. 106 ust. 1 pkt 3 u.d.z.l.).

Wymagania, jakie musi spełniać pielęgniarka wykonująca działalność leczniczą w ramach wskazanych praktyk określa art. 19 u.d.z.l., w tym musi ona:

- posiadać prawo wykonywania zawodu, które nie zostało ograniczone lub zawieszono,
- posiadać co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe,
- nie mieć przerwy w wykonywaniu zawodu dłuższej łącznie niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających złożenie wniosku o wpis do rejestru,
- uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w przypadku praktyki specjalistycznej,
- zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wykonywanie przez pielęgniarkę zawodu w ramach tych praktyk jest działalnością leczniczą, a jednocześnie regulowaną działalnością gospodarczą, na co wskazuje art. 16 ust. 1 u.d.z.l.

Pielęgniarka jest również upoważniona do udzielania świadczeń zdrowotnych poza przepisami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, bowiem jako osoba fizyczna nie będąca przedsiębiorcą może zawrzeć umowę cywilnoprawną z podmiotem leczniczym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie prowadzonym przez ten podmiot. Nie sposób wywieźć z ustawy o działalności leczniczej zakazu wykonywania zawodu pielęgniarki w opisany sposób. Z ustawy o działalności leczniczej wynika bowiem, że musi ona uzyskać wpis do rejestru, gdy wykonuje działalność leczniczą zgodnie z tą ustawą (tj. gdy wykonuje działalność gospodarczą regulowaną).

Może ona zatem wykonywać zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej poza praktyką zawodową, jeśli udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie zlecenia bez wpisu do rejestru, gdyż nie jest to prowadzenie działalności gospodarczej w rozumieniu art. 2 u.s.d.g. Zgodnie z tym przepisem działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. Jeśli spełnione są te przesłanki, to oznacza, że pielęgniarka prowadzi działalność gospodarczą i w konsekwencji prowadzi działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (musi ona prowadzić ją w formie praktyki zawodowej) wymagającą uzyskania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Dane jakie powinien zawierać wniosek o wpis do rejestru zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, późn. zm.).

Autor odpowiedzi: Alicja Brzezińska
Serwis Prawo i Zdrowie

Jubileusz tomaszowskiego szpitala

20 października 2011 r. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim obchodził 100-lecie działalności. Jubileusz zbiegł się ze 120-tą rocznicą urodzin dyrektora Janusza Petera i wręczeniem szpitalowi Certyfikatu Akredytacyjnego.

Obchody zapoczątkowała Msza Św. w kościele pw. NSPJ koncelebrowana przez JE. Ks. abpa Mieczysława Mokrzyckiego metropolitę lwowskiego i JE. ks. bpa Wacława Depo ordynariusza Diecezji Zamojsko-Lubaczowskiej.

Dalsza część uroczystości odbyła się w Sali teatralnej Tomaszowskiego Domu Kultury.

Dyrektor SP ZOZ Andrzej Kaczor powitał gości i uczestników uroczystości wśród których znaleźli się m.in. przedstawiciele jednostek rządowych RP, wojewódzkich, samorządowych, duchowni, dyrektorzy jednostek służby zdrowia oraz przedstawiciele powiatowych i tomaszowskich instytucji i placówek.

Następnie na tle prezentacji multimedialnej został wygłoszony referat przedstawiający najważniejsze fakty z dziejów tomaszowskiego szpitala od czasów najdawniejszych do chwili obecnej. W referacie przedstawiono również życiorys i działalność dra Janusza Petera znakomitego lekarza i humanisty.

Kolejnym punktem programu było wręczenie dyrektorowi SP ZOZ Andrzejowi Kaczorowi Certyfikatu Akredytacyjnego na lata 2011 – 2013 przez Marka Habera podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia i dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Jerzego Henniga.

Tomaszowski szpital otrzymał ten certyfikat już po raz drugi.

Obchody stulecia szpitala stały się okazją uhonorowania wielu pracowników SP ZOZ odznaczeniami państwowymi. Przyznany przez Prezydenta RP „Złoty Medal za Długoletnią Służbę” otrzymali: Dionizy Hałasa, Teresa Piwowarska, Krystyna Grabowska, Jan Krystyniecki i Mieczysław Raczkiewicz.

„Za zasługi dla ochrony zdrowia” odznaczone zostały pielęgniarki i położne: Maria Biszczanik, Jolanta Dec, Wiesława Dutka, Maria Gęborys, Danuta Jachimska, Maria Koprowska, Halina Kosa, Teresa Kosak, Alicja Kozłowska, Maria Krawczyk, Mira Krzysztanek, Maria Lipian, Krystyna Łakus, Barbara Maj,

Zofia Mazurek, Halina Mikołajczyk, Elżbieta Neć, Halina Raczkiewicz, Feliksa Szabat, Bożena Szczepaniuk, Anna Wolanin, Ewa Stańczuk-Wójcik.

Decyzją Wojewody Lubelskiego Genowefy Tokarskiej wyróżnieni zostali: dyrektor SP ZOZ Andrzej Kaczor, Alina Birunt, Izabela Parkot, Lucyna Podhajna-Wojtowicz i Ryszard Wielosz.

Dyrektor SP ZOZ przyznał dyplomy uznania oraz medale pamiątkowe osobom i instytucjom szczególnie zaangażowanym w działalność szpitala.

Wśród wielu odznaczonych instytucji srebrnym medalem 100-lecia tomaszowskiego szpitala uhonorowana została Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Złotymi medalami 100 - lecia szpitala zostali odznaczeni m.in. byli dyrektorzy naszego szpitala Jan Żukowski oraz Wiktor Tadeusz Oleszczuk.

Złotymi medalami imienia dra Janusza Petera udekorowane zostały między innymi: Krystyna Wierczak była pielęgniarka naczelna SP ZOZ oraz Krystyna Czaban.

Dyplomy uznania otrzymały: Kazimiera Bender, Anna Drozdowska, Zofia Grzechnik, Krystyna Kijowska, Elżbieta Kołtun, Jadwiga Kurdybanowska, Mieczysław Leszek, Regina Paszt, Leokadia Piszczek, Zofia Sadoń, Weronika Sikorska, Maria Szewczuk, Maria Szymańska, Alicja Waga, Albina Wagner, Lucyna Wawrzusiszyn, Maria Wiśniewska, Stanisława Woś, Irena Zatorska.

W wystąpieniach oficjalnych goście uroczystości składali gratulacje z okazji jubileuszu.

Statuetkę z okazji 100-lecia szpitala oraz wręczenia Certyfikatu Akredytacyjnego na lata 2011-2013 wraz z gratulacjami złożyła na ręce Pana Dyrektora Andrzeja Kaczora Pani Joanna Walewander Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Obchody jubileuszowe w TDK zwieńczył występ artystyczny uczniów Szkoły Podstawowej Nr 3 im. dra Janusza Petera oraz koncert chóru „Tomaszowiaczy”

Na koniec prowadzący uroczystości jubileuszowe za-ca dyr. SP ZOZ Dionizy Hałasa zaprosił zebranych do obejrzenia zorganizowanej w holu TDK wystawy archiwalnych fotografii z historii tomaszowskiego szpitala oraz do wzięcia udziału w spotkaniu w Zajeździe „U Antoniego”.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
22-400 Zamość, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 33
tel./fax 84 639 31 97, tel. 84 639 07 06

Czynne: Poniedziałek – Piątek 8.00-16.00

Radca prawny: środa – 10.00 - 16.00

Dyżury:

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

dyżury pod telefonami - I i III wtorek miesiąca

ORZOZ - Stanisława Molas, tel. 602 174 004

Z-ca ORZOZ - Anna Koziej, tel. 502 575 505

Przewodnicząca

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

- dyżury pod telefonami:

Przewodnicząca OSPiP - Elżbieta Hałas, tel. 697 139 374

Członek OSPiP - Bożena Szmit, tel. 668 172 253

**Z głębokim smutkiem żegnamy
naszą drogą koleżankę Położną**

HALINĘ ŚRON

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci

**Położne i Pielęgniarki
SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim**

„Informator” wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadzany 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.



Wydawnictwo Lekarskie PZWL

NOWOŚCI



cena 89 zł

Rośliny w kosmetyce i kosmetyce przeciwstarzeniowej

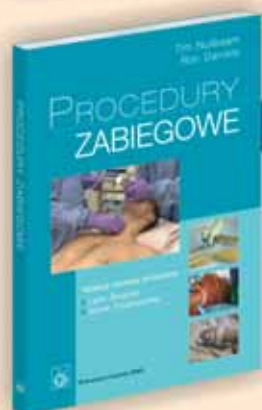
*Eliza Lamer-Zarawska, Cezary Chwała,
Antoni Gwardys*
wydanie I, 368 stron



cena 59 zł

Metoda NDT-Bobath w neurorehabilitacji osób dorosłych

Emilia Mikołajewska
wydanie I, 232 strony



cena 89 zł

Procedury zabiegowe

Tim Nutbeam, Ron Daniels (red.)
wydanie I, 156 stron



cena 47 zł

Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi

*Barbara Mazurkiewicz,
Ewa Dmoch-Gajzlerska (red.)*
wydanie I, 176 stron



cena 93 zł

Noworodek i jego rodzina

Praktyka położnicza
Hilary Lumsden, Debbie Holmes (red.)
wydanie I, 264 strony



cena 129 zł

Pielęgniarstwo internistyczne

Podręcznik dla studiów medycznych
*Grażyna Jurkowska,
Katarzyna Łagoda (red.)*
wydanie I, 716 stron



cena 21 zł

Wlewy podskórne

Izabela Bętkowska
wydanie I, 58 stron

tel. 22 831-42-83
e-mail: wysylkowa@pzwl.pl

NOWOŚCI

www.pzwl.pl

NOWOŚCI