Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU Nr 4/2014

Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia składamy najserdeczniejsze życzenia
Niech radość i pokój Świąt Bożego Narodzenia towarzyszy wszystkim przez cały rok.
Życzymy, aby był to rok szczęśliwy w osobiste doznania,
spełniły się marzenia i dążenia zawodowe oraz by przyniósł
wiele satysfakcji z własnych dokonań.

w imieniu:

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Danuta Kusiak

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Okręgowy Rzecznik Stanisława Molas

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Elżbieta Hałas

Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Przewodnicząca Jadwiga Sikwa

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
e-mail: oipipzamosc@oipip.eu www.oipip.eu www.oipip.home.pl
NIP 922-15-78-038 REGON 950013990
Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra

Szanowni Państwo

Informujemy, że od października 2014 r. mogą Państwo uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra. Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny. Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelni dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu, której Państwo jesteście członkami.

Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPiP,
2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Instrukcję dodania kodu PIN znajdziesz na stronie http://www.libra.ibuk.pl/

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu należy go uaktywnić w koncie serwisu **www.libra.ibuk.pl**

Załącznik nr 1 do uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
nr 212/VI/2014 z dnia 17 września 2014 r.

WNIOSEK

do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w .....
o nadanie dostępu do Serwisu ibuk.pl

Nazwisko i imię: .....

Nr pwz

Nr PESEL

Adres email*1: .....

Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy / aktualizacyjny danych osobowych w rejestrze pielęgniarek, rejestrze położnych.
2. Zaświadczenie o opłacaniu składek za ostatnie 3 lata.

Informacja o administratorze danych

1. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w .....
2. Adres siedziby administratora danych .....

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego, w szczególności komunikatów dotyczących dostępu do Serwisu Ibuk.pl.
Oświadczam, iż będą korzystała \ korzystał z Serwisu Ibuk.pl zgodnie z regulaminem zamieszczonym na stronie pod adresem www.ibuk.pl. W przypadku korzystania niezgodnego z regulaminem konto użytkownika może być zablokowane przez administratora serwisu.

Miejscowość, data ..... Podpis .....

*1 Na podany adres email zostanie przesłany kod umożliwiający założenie konta w Serwisie ibuk.pl

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
e-mail: oipipzamosc@oipip.eu www.oipip.eu www.oipip.home.pl
NIP 922-15-78-038 REGON 950013990
Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430
Biuro czynne: Poniedziałek – Piątek 8.00-16.00
Przewodnicząca Okręgowej Rady: wtorek 8.00-12.00**, pozostałe dni:** 8.00-17.00
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

„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.

W A Ż N E ! W A Ż N E ! W A Ż N E !

Aktualizacja obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

W związku z otrzymanym dnia 01.10.2014 r. pismem z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dotyczącego analizy jakości danych zawartych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a w szczególności w zakresie informacji dotyczącej posiadania **polis ubezpieczeniowych**, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu przypomina, że podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania**.

Do rejestru należy również zgłaszać informację o nowo zawartej umowie ubezpieczenia OC, wypełniając wniosek o zmianę wpisu w rejestrze. Zgodnie z punktem 35 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, zmiana ta jest wolna od opłat. W sytuacjach niejasnych bądź trudnych prosimy o kontakt telefoniczny pod nr: 84 639 31 97. Według art. 107 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

W przypadku nie zgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa powyżej, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Wobec powyższego, prosimy o uzupełnienie informacji dotyczącej posiadania aktualnie obowiązującej polisy OC, w trybie natychmiastowym i aktualizowanie na bieżąco danych zawartych w rejestrze.

Wyciąg z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 ze zm.)

Art. 107.

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać organowi** prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania**.

2. **W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie**, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia** za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Informacja o sposobie składania wniosków

o wpis/zmianę lub skreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Od 1 kwietnia 2013 r. wnioski o wpis/zmianę lub skreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą powinny być składane wyłącznie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP zgodnie z § 14 Rozporządzenia 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 wykreślenia z rejestru, Dz. U. Nr 221, poz. 1319 ze zm.

Krok 1. Aby wypełnić wniosek należy się zarejestrować na stronie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą **https://www.rpwdl.csioz.gov.pl/** (w zakładce Aplikacja dla Praktyk Zawodowych).

Krok 2. Wniosek należy podpisać za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej ePUAP) www.epuap.gov.pl gdzie wypełniamy wniosek o założenie profilu zaufanego. Po wysłaniu elektronicznie wniosku w ciągu 14 dni należy udać się do punktu potwierdzeń z prośbą o założenie profilu.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych przyjmuje wnioski w sprawie wpisu i zmiany we wpisie **podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w formie elektronicznej**.

Punkty potwierdzeń profilu zaufanego:

ZUS Inspektorat w Zamościu	ul. Kiepury 2	Zamość
Urząd Skarbowy w Zamościu	ul. Jana Kilińskiego 82	Zamość
Lubelski UW – Delegatura Zamość	ul. Partyzantów 3	Zamość
ZUS Oddział w Biłgoraju	ul. Krzeszowska 62a	Biłgoraj
Urząd Skarbowy w Biłgoraju	ul. Tadeusza Kościuszki 78	Biłgoraj
ZUS Oddział w Tomaszowie Lubelskim	ul. Jana Pawła II 6	Tomaszów Lubelski
Urząd Skarbowy w Tomaszowie Lubelskim	ul. Rolnicza 17	Tomaszów Lubelski
ZUS Oddział w Hrubieszowie	ul. 3 Maja 8a	Hrubieszów
Urząd Skarbowy w Hrubieszowie	ul. 27 Wołyńskiej Dywizji Piechoty	Hrubieszów

Opłata za wpis do rejestru podmiotów

wykonujących działalność leczniczą (indywidualne praktyki pielęgniarek/położnych)

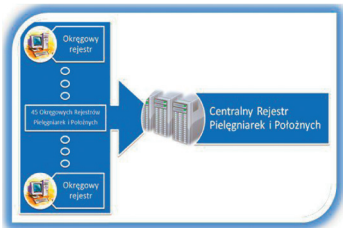
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu informuje, iż z dniem 01.07.2011 roku weszły w życie, przepisy ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, późn. 654 z poz. zm.). Zgodnie z art. 105 ust. 1 pkt 1 wyżej wymienionej ustawy opłata za wpis do rejestru wynosi 2% **przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok**, ogłaszanego w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski", obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego, **co w 2014 roku stanowi kwotę 77 zł**.

Natomiast **wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości wyżej wymienionej opłaty tj. 38,50 zł**.

Wyciąg z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz 1039 ze zm.)

Zgodnie z art. 46 „pielęgniarka i położna wpisana do rejestru o którym mowa w art. 43 są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania".

Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych



Co to jest CRPiP?

Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) to zbiór informacji o osobach posiadających prawo do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej w Polsce. Został on powołany ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2004, Nr 92, poz. 885). I tak w zmienionej ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych dodano Rozdział 2a, Rejestry pielęgniarek i położnych. Obecnie przepisy te zostały przeniesione do Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, ze zm.) CRPiP prowadzi Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) w formie elektronicznej z zachowaniem zasad bezpieczeństwa zgromadzonych informacji zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych. Rejestr zawiera 26 danych, począwszy od danych osobowych, danych o prawie wykonywania zawodu, wykształceniu i doskonaleniu zawodowym do informacji o zatrudnieniu itp. Dane do tego systemu wprowadzane są przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych, na podstawie arkuszy zgłoszeniowych wypełnianych przez pielęgniarki i położne.

Rola pielęgniarek i położnych w funkcjonowaniu CRPiP

Podstawą prawidłowego funkcjonowania systemu CRPiP jest posiadanie aktualnych informacji dotyczących pielęgniarek i położnych. Art. 46. Ustawy o zawodach pielęgniarki położnej zobowiązuje pielęgniarki i położne do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze. Mając na uwadze, iż ten obowiązek jest czasem wykonywany z opóźnieniem, samorząd wnioskował o dodanie przepisów umożliwiających uzyskiwanie danych z innych źródeł. Dodano więc art. Art. 50, który umożliwia aktualizację danych ze zbiorów meldunkowych, rejestru PESEL. Dzięki temu zaktualizowano dane o adresach osób zarejestrowanych oraz uzyskano listy osób zmarłych.

W najbliższym czasie okręgowe rejestry pielęgniarek i położnych będą mogły też automatycznie aktualizować dane o praktykach pielęgniarskich i położniczych zawartych w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Mimo działań zmierzających do uzyskiwania informacji z innych źródeł, ciągle podstawowym źródłem danych są i będą pielęgniarki i położne. Założenie takie pozwala na uniknięcie powielania błędów znajdujących się w innych systemach.

Korzyści związane z prowadzeniem CRPiP

Wprowadzenie CRPiP umożliwiło zebranie danych wszystkich pielęgniarek i położnych w jednym miejscu. Ponadto na wykonanie wielu zestawień, analiz i raportów dotyczących liczby, struktury, np. wieku, zatrudnienia, wykształcenia oraz innych. Dane pochodzące z rzetelnego źródła mogą być podstawą w argumentowaniu tez, prognoz, postulatów czy propozycji rozwiązań kierowanych do decydentów w ochronie zdrowia.

Na stronie internetowej NIPiP (http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat publikowane są raporty i analizy statystyczne tworzone na podstawie danych zawartych w CRPiP. Przykładowe dane przedstawione na stronie:

- Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015-2035.
- Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce, do roku 2020.
- Analizy dotyczące struktury wieku.
- Dane o liczbie wydanych zaświadczeń niezbędnych do pracy w UE.
- Dane statystyczne dotyczące wykształcenia pielęgniarek i położnych.

Arkadiusz Szcześniak
Główny Informatyk
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

P I L N E ! P I L N E ! P I L N E !

Wyciąg z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz 1039 ze zm.)

Zgodnie z 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 r. złożyły stosowny wniosek.
2. Po upływie terminu określonego w ust. 1 prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

Jeżeli Pani/Pan nie posiada stwierdzonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i ukończyła/ukończył kształcenie w jednej z form określonych w przytoczonym powyżej art. 97 ustawy, **prosimy o pilny kontakt z Okręgowa Izbą Pielęgniarek i Położnych w Zamościu pod numerem telefonu 84 639 31 97 lub 84 639 07 06**.

Ponadto informujemy, że pielęgniarki/położne posiadające stwierdzone prawo wykonywania zawodu i wydany dokument przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu w formie papierowej na (złożonym białym kartonie ze zdjęciem) miały obowiązek wymiany w/w prawa wykonywania zawodu na „nowe" (książeczka w granatowej oprawce) do dnia 31 grudnia 2001 r.

Jeżeli pielęgniarka/położna nie dokonała w/w wymiany jest zobowiązana do ostatecznego jej dokonania do końca bieżącego roku. W przeciwnym wypadku po upływie tego terminu **prawo wykonywania zawodu wygasa**.

Jednocześnie informujemy, że wymiana prawa wykonywania zawodu jest nieodpłatna.

Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie
ul. Spokojna 4, 20-914 Lublin, tel. 81 74 24 100, faks 81 74 24 102
poczta@lublin.uw.gov.pl www.lublin.uw.gov.pl

Lublin, 22 października 2014

ZD-11.6310.70.2014

Pani Danuta Kusiak
Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

Zgodnie z pismem Ministerstwa Zdrowia z dnia 17 października 2014 r., znak MZ-OK-OR-073-9/KJ/14, informuję, że na stronie internetowej Wydziału Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie, pod adresem http://www.lublin.uw.ggv.pi/informacja-dla-swiadczeniodawcow-o-procedurach-postepowania zostały zamieszczone, opracowane przez Państwowy Zakład Higieny oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, informacje w zakresie:

1. Definicji przypadku zarażenia gorączką krwotoczną EBOLA;
2. Schematów postępowania dla personelu medycznego;
3. Zaktualizowanego wykazu ośrodków wiodących, przewidzianych do leczenia osób podejrzanych o zarażenie wirusem EBOLA,
4. Danych kontaktowych do centrów zarządzania kryzysowego oraz stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Zwracam się z prośbą o zawiadomienie podmiotów leczniczych wpisanych do prowadzonego przez Państwa rejestru o zamieszczeniu wspomnianych informacji. Jednocześnie informuję, że będą one pod ww. adresem na bieżąco aktualizowane.

Minister Zdrowia

Warszawa, 23. 10. 2014

MZ-PP-P-024-3/RJ/14

Stanowisko
w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1136), która weszła w życie z dniem 11 września 2014 r. nadała nowe uprawnienia pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawody poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielne:

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,

- jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i substancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*).

Ponadto, pielęgniarki i położne, posiadające tytuł specjalisty w dziedziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, będą miały prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi w drodze rozporządzenia:

1) wykaz:
   a) substancji czynnych zawartych w lekach,
   b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
   c) wyrobów medycznych,
2) wykaz badań diagnostycznych,
3) sposób i tryb wystawiania recept,
4) wzór recepty,
5) sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,
6) sposób realizacji recept, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

W konsekwencji zmian dokonanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* ustawodawca wprowadził nowe regulacje w zakresie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych. Zgodnie z art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) do osób uprawnionych zostały włączone pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarki i położne wykonujące zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zawierał umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Poszerzenie kręgu osób uprawnionych o pielęgniarki i położne jest wynikiem przyznania pielęgniarkom i położnym uprawnień do ordynowania leków i wyrobów medycznych, jak wynika to z nowego przepisu art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*.

Ponadto, włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów*

medycznych powoduje również, że osoby te będą musiały zastosować się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Należy jednak pamiętać, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r., ponieważ w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw*, tj. od dnia 11 września 2014 r. do dnia 1 stycznia 2016 r. powinny zostać przeprowadzone odpowiednie kursy specjalistyczne, przygotowujące pielęgniarki i położne do korzystania z nowych uprawnień.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.2014

Warszawa, 29 października 2014 r.

Pani

Ewa Kopacz

Prezes Rady Ministrów

Szanowna Pani Premier

W imieniu samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych pragnę wyrazić wyrazy głębokiego poparcia dla misji Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej. Mamy świadomość ogromu wyzwań i trudu, jaki czeka stronę rządową w nadchodzącym czasie.

Wyrażamy głębokie przekonanie, że Osoba Prezes Rady Ministrów daje gwarancję, że Państwo Polskie będzie przejawiało troskę o pracowników, którzy niosą pomoc osobom cierpiącym i niebędącym w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb bez wsparcia zewnętrznego.

„Biały szczyt", jaki miał miejsce w lutym 2008 r. zaowocował wypracowaniem całego szeregu rozwiązań, które umożliwiają poprawę sytuacji osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, jak również realizację postulatów samorządu pielęgniarek i położnych w tej materii, które zgłaszamy od wielu lat.

W tej sytuacji pragnę uprzejmie prosić Panią Premier o spotkanie, na którym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przedstawi postulaty oraz propozycje rozwiązań pozwalających na choćby częściowe rozwiązanie problemów polskiej ochrony zdrowia.

Wyrażam nadzieję, że przychyli się Pani Premier do mojej prośby i wskaże dogodny dla siebie termin spotkania.

Z wyrazem głębokiego szacunku

Prezes

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

29 -10- 2014

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPiP-DM.0025.344.2014

Warszawa, 3 listopada 2014 r.

Pan

Bartosz Arłukowicz

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z informacjami docierającymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o toczących się rozmowach pomiędzy przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia a Porozumieniem Zielonogórskim w sprawie zmiany zasad organizacji i finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej od stycznia 2015 r., uprzejmie prosimy o pilne spotkanie z Panem Ministrem.

Pragnę zaznaczyć, iż pielęgniarki pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej są tak samo istotnymi świadczeniodawcami w systemie opieki zdrowotnej jak lekarze. Niemniej jednak do chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia nie podjęło ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych rozmów w kwestii proponowanych zmian zasad organizacji i finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Wyrażam nadzieję, że Pan Minister podejmie dialog z przedstawicielami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w powyższej kwestii.

Z poważaniem

Prezes

dr n. med. Grażyna Rogala - Pawelczyk

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

www.oipip.home.pl

OPINIE OPINIE OPINIE

Czy położna środowiskowa (POZ) może zdjąć szwy po porodzie w domu pacjentki?

Położna środowiskowa (POZ) może zdjąć szwy po porodzie w domu pacjentki po spełnieniu określonych przepisami prawa warunków.

Uzasadnienie

Artykuł 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) - dalej u.dz.l. stanowi, że minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Korzystając ze wskazanej powyżej delegacji ustawowej Minister Zdrowia wydał stosowne rozporządzenie z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100). Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, tj. z dniem 19 października 2012 r. Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, stanowią załącznik do rozporządzenia. W dziale I Postanowienia ogólne w ust. 7 zawarto zadania osoby sprawującej opiekę, które w pkt 6 obejmują wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu. Dział XIV Połóg w ust. 7 stanowi, że podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka; zgłoszenie zawiera imię i nazwisko matki, numer PESEL matki lub serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku matki nieposiadającej numeru PESEL, godzinę i datę urodzenia dziecka, płeć dziecka oraz dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu. Położna, w myśl ust. 8 wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka). Podczas wizyt położna wykonuje szereg czynności opisanych w ust. 10 działu XIV. Jak wskazuje pkt 15 zawarty w ust. 10 działu XIV, położna zdejmuje szwy z krocza, jeżeli zachodzi taka potrzeba. Zwrócić należy uwagę, iż w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dział XIV ust. 11). Swoiste uzupełnienie standardów postępowania medycznego stanowi rozporządzenie 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) - dalej r.s.ś.z. Przedmiotowe rozporządzenie wydane zostało co prawda pod rządami poprzednio obowiązującej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, jednakże na mocy art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) za-

chowuje ono swoją moc do dnia wejścia przepisów wykonawczych wydanych na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 6 tej ustawy. W § 6 r.s.ś.z. zawarto katalog świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, do wykonania których uprawniona jest położna samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Paragraf 6 ust. 1 pkt 3 r.s.ś.z. wśród różnych świadczeń leczniczych wymienia między innymi zdjęcie szwów z krocza (lit. e) oraz zdejmowanie szwów z ran pooperacyjnych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego (lit. p). Zatem możliwość zdejmowania szwów z ran pooperacyjnych (różnych, w tym po cesarskim cięciu) uwarunkowana jest ukończeniem przez położną kursu specjalistycznego. Podkreślić należy jednak, że w przypadku położnej sprawującej opiekę nad pacjentem poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską, jest ona zobowiązana do poinformowania lekarza o udzielonych świadczeniach (§ 8 ust. 2 r.s.ś.z.). Wskazując na uprawnienia położnej w zakresie udzielania świadczeń samodzielnie bez zlecenia lekarskiego należy mieć na uwadze treść § 9 r.s.ś.z., w myśl którego położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego. Oprócz powołanych wyżej standardów postępowania medycznego i świadczeń udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, istotne znaczenie mają też przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816). Załącznik nr 2 do rozporządzenia zawiera zakres zadań pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w myśl którego położna planuje i realizuje kompleksową opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia. Zakres zadań położnej POZ (część II, B załącznika) w ust. 6 pkt 6 obejmują wykonywanie zabiegów leczniczych zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym zdejmowanie szwów (lit. b). Przepisy załącznika nie naruszają praw i obowiązków pielęgniarki POZ i położnej POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów (część III załącznika). Warto również zwrócić uwagę na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248), które w załączniku nr 3 zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji. Świadczenia gwarantowane realizowane przez położną POZ obejmują też wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie, co w korespondencji ze wskazanymi powyżej standardami postępowania medycznego, świadczeniami udzielanymi przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz zakresem zadań położnej POZ, wskazuje na możliwość zdjęcia szwów po porodzie w domu pacjentki, z zachowaniem należytej staranności w zakresie posiadanych przez położną kwalifikacji i umiejętności zawodowych.

Serwis Prawo i Zdrowie
Autor: **Iwona Choromańska**

Jakie konsekwencje mogą grozić w związku z zawarciem przez położną umowy o pracę na stanowisku pielęgniarki i położnej, jeśli osoba ta ma tylko kwalifikacje położnej?

Położna, która podpisała umowę o pracę na stanowisku pielęgniarki, nie posiadając wymaganych prawem kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki, podlega odpowiedzialności karnej z art. 84 lub art. 85 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) – dalej u.z.p.p. Pracodawca, który zatrudni osobę bez wymaganych prawem kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki lub położnej podlega odpowiedzialności karnej z art. 86 u.z.p.p.

Zagrożenia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej przez osobę bez wymaganych prawem uprawnień podlega odpowiedzialności karnej; odpowiedzialności karnej podlega również ten, który zatrudnia taką osobę na stanowisku pielęgniarki, położnej.

Uzasadnienie

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi w art. 2, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Artykuł 28 u.z.p.p. określa warunki, jakie zobowiązana jest spełniać osoba, która chce wykonywać zawód pielęgniarki. Zgodnie z tym przepisem, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przysługuje osobie: posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej świadectwo lub dyplom, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej; posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych; której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki; która wykazuje nienaganną postawę etyczną. Zgodnie z art. 31 u.z.p.p. prawo wykonywania zawodu położnej przysługuje osobie: posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły położnych bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły położnych lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej; posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych; której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu położnej; która wykazuje nienaganną postawę etyczną. Kolejnym warunkiem umożliwiającym podjęcie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej jest uzyskanie odpowiednio dokumentu „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki", „Prawo wykonywania zawodu położnej". W myśl art. 37 ust. 1 u.z.p.p. prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu stwierdza, na wniosek osoby zainteresowanej, okręgowa rada pielęgniarek i położnych, właściwa ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu. Na podstawie uchwał o stwierdzeniu lub przyznaniu prawa wykonywania zawodu okręgowa rada pielęgniarek i położnych dokonuje wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki", „Prawo wykonywania zawodu położnej", „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki" albo „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej" – art. 41 ust. 1 u.z.p.p. Zaznaczyć należy, że poprzednio obowiązująca ustawa 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.) w art. 12 ust. 2 upoważniała okręgową radę pielęgniarek i położnych do wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu albo ograniczonym prawie wykonywania zawodu według ustalonego wzoru. Wzór zaświadczenia określał w drodze rozporządzenia minister właściwy ds. zdrowia. Ustawodawca wprowadzając w życie ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej. uregulował w art. 93 kwestię ważności ww. zaświadczeń, stwierdzając, że zaświadczenia wydane przez organy okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują ważność przez okres, na jaki zostały wydane, o ile niniejsza ustawa nie stanowi inaczej. Jak wskazują przywołane powyżej przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej osoba, która posiada stwierdzone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki uprawniona jest do wykonywania wyłącznie tego zawodu, natomiast osoba która posiada stwierdzone prawo wykonywania zawodu położnej uprawniona jest do wykonywania wyłącznie zawodu położnej. Pracodawca, zawierając umowę o pracę, zobowiązany jest zażądać od pielęgniarki przedstawienia dokumentu stwierdzającego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i kserokopię tego dokumentu przechowywać w aktach osobowych pracownicy. Podobnie w przypadku zatrudniania położnej, pracodawca ma obowiązek zażądania od położnej przedstawienia dokumentu stwierdzającego prawo wykonywania zawodu położnej, a następnie kserokopię tego dokumentu przechowywać w aktach osobowych pracownicy. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.:

Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) w art. 221 § 1 uprawnia pracodawcę do uzyskania od osoby ubiegającej się o zatrudnienie podania danych osobowych obejmujących imię (imiona) i nazwisko, imiona rodziców, datę urodzenia, miejsce zamieszkania (adres do korespondencji), wykształcenie, przebieg dotychczasowego zatrudnienia. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika (Dz. U. Nr 62, poz. 286 z późn. zm.) w § 1 ust. 1 pkt 3 uprawnia pracodawcę do zażądania od osoby ubiegającej się o zatrudnienie złożenia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, wymagane do wykonywania oferowanej pracy. W przypadku pielęgniarki są to świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarskiej i dokument stwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, a w przypadku położnej świadectwo ukończenia szkoły położnych i dokument stwierdzający prawo wykonywania zawodu położnej. Paragraf 1 ust. 3 rozporządzenia stanowi, że pracodawca przechowuje w aktach osobowych pracownika odpisy lub kopie składanych dokumentów. Pracodawca może żądać od pracownika przedłożenia oryginałów tych dokumentów tylko do wglądu lub sporządzenia ich odpisów albo kopii. W sytuacji, gdy osoba posiadająca stwierdzone prawo wykonywania zawodu położnej i niespełniająca warunków do wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu braku ukończenia szkoły pielęgniarskiej i braku stwierdzonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, podejmuje pracę na stanowisku pielęgniarki podlega odpowiedzialności karnej z art. 84 i art. 85 u.z.p.p., natomiast pracodawca zatrudniając taką osobę, podlega odpowiedzialności karnej z art. 86 u.z.p.p.

Serwis Prawo i Zdrowie
Autor: **Iwona Choromańska**

Czy pielęgniarka wiedząc, iż nie ma kompetencji do wykonywania pewnych czynności zawodowych ma obowiązek je wykonać, jeśli otrzyma pisemne polecenie ordynatora? Jak wygląda w powyższym przypadku odpowiedzialność zawodowa tejże pielęgniarki (wiedząc, iż nie ma uprawnień do wykonania czynności – wykonała ją)? Ponadto jaka jest podległość służbowa pielęgniarki? Podlega pielęgniarce oddziałowej i naczelnej pielęgniarce, czy ordynatorowi oddziału? Jakie powyższa sytuacja ma odniesienie do pielęgniarek pracujących w ramach „kontraktu”?

Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym i autonomicznym, pielęgniarka powinna wykonywać powierzone jej czynności zgodnie z aktualną wiedzą, posiadanymi umiejętnościami i należytą starannością. Jeżeli nie jest w stanie wykonać danej czynności, ponieważ nie posiada określonych kwalifikacji, nie wolno jej podejmować się takich zadań, nawet jeżeli ordynator będący lekarzem zleci jej wykonanie czynności na piśmie jako zlecenie lekarskie lub nawet polecenie służbowe.

Zagrożenia
W przypadku wykonania przez pielęgniarkę czynności, do realizacji których nie posiada ona kwalifikacji, pielęgniarka naraża się na odpowiedzialność co najmniej dyscyplinarną, a w niektórych okolicznościach na odpowiedzialność karną i/lub cywilną.

Uzasadnienie
Artykuł 12 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) – dalej u.z.p.p., stanowi, że pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności określone w art. 12 ust. 1 u.z.p.p., zgodnie z którym pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowy-

mi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku odmowy wykonania zlecenia pielęgniarka ma 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 (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.) W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych z przyczyn, o których mowa w ust. 2, pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Jeżeli pielęgniarka wykona czynność, do realizacji której nie posiada wymaganych kwalifikacji np. ukończonego kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego, dokształcającego, albo wykona czynność zastrzeżoną dla położnej, narażona jest na odpowiedzialność dyscyplinarną, a nawet karną lub cywilną, jeżeli na skutek wykonania tej czynności narazi pacjenta na szkodę. Pielęgniarka wykonująca zawód powinna pamiętać o treści art. 11 ust. 1 u.z.p.p., w myśl którego pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Zadania ordynatora oddziału, pielęgniarki naczelnej szpitala, pielęgniarki oddziałowej określa zawsze regulamin organizacyjny danej placówki. Artykuł 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) wskazuje, iż w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności: firmę albo nazwę podmiotu; cele i zadania podmiotu; strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu; rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych; przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu; organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym; warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.); organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat; wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym; wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością; sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu. W regulaminach organizacyjnych przyjmuje się na ogół, że ordynator będąc osobą odpowiedzialną za prawidłowe funkcjonowanie kierowanej przez siebie komórki organizacyjnej ponosi odpowiedzialność za organizację pracy w oddziale, stosowaną terapię i metody leczenia, zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń, kierowanie i nadzór nad pracą personelu pracującego w oddziale itp. Pielęgniarka naczelna odpowiada między innymi za organizację pracy personelu pielęgniarskiego w szpitalu, obsadę personelu na poszczególnych stanowiskach, dba o podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki. Powinna systematycznie oceniać jakość świadczeń realizowanych przez podległy personel i stosowane metody opieki. Pielęgniarka oddziałowa nadzoruje pracę personelu pielęgniarskiego w ramach danego oddziału, ustala podział obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu, prowadzi instruktaże z zakresu doboru metod postępowania pielęgnacyjnego, dba o prawidłową gospodarkę lekami, czuwa nad zapewnieniem dostępności do tzw. drobnego sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, itp., ustala harmonogramy pracy personelu pielęgniarskiego, organizuje i wpływa na

prawidłową pracę personelu pielęgniarskiego w oddziale, jest bezpośrednią przełożoną pielęgniarek, ale jednocześnie podlega organizacyjnie ordynatorowi oddziału. Pielęgniarka oddziałowa podlega również naczelnej pielęgniarce w zakresie merytorycznym, obejmującym szeroko pojęte wykonywanie zawodu pielęgniarki, skoro do zadań naczelnej pielęgniarki należy między innymi systematyczna ocena jakości świadczeń realizowanych przez podległy personel i stosowane metody opieki, co jest urzeczywistnieniem sprawowania nadzoru nad wykonywaniem zawodu. Nie bez przyczyny w odpowiedzi użyto określenia „podległości organizacyjnej ordynatorowi", jako osobie kierującej pracą personelu całego oddziału. Pielęgniarka odcinkowa sprawuje bezpośrednią opiekę nad chorymi i jest odpowiedzialna za bezpieczeństwo powierzonych jej opiece chorych. Wykonuje według zasad i we właściwym czasie zlecenia lekarskie oraz potwierdza ich wykonanie w dokumentacji medycznej. Wykonuje wszystkie czynności związane z przyjęciem chorego do oddziału zgodnie z przyjętymi procedurami. Zakłada obowiązującą dokumentację dla chorego. Pielęgniarka odcinkowa podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej w zakresie realizacji zadań pielęgniarskich, pośrednio pielęgniarce naczelnej oraz ordynatorowi oddziału, jako kierownikowi komórki organizacyjnej. Odnośnie pielęgniarek wykonujących zawód w formie działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, w ramach tzw. kontraktu z podmiotem leczniczym, stwierdzić należy, iż relacje pomiędzy pozostałym personelem pielęgniarskim, lekarskim i innym medycznym oraz kierownictwem oddziału a pielęgniarką – przedsiębiorcą, powinna określać umowa łącząca pielęgniarkę z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, jednakże postanowienia umowy nie powinny odbiegać od autonomicznych zasad wykonywania zawodu przez pielęgniarkę.

Serwis Prawo i Zdrowie
Autor: **Iwona Choromańska**

Jak wygląda rozkład odpowiedzialności za popełniony błąd medyczny przez zatrudnioną na kontrakcie pielęgniarkę?

W związku z coraz częściej zawieranymi umowami cywilnoprawnymi przez pielęgniarki/położne w podmiotach leczniczych prosimy o opinię. Pielęgniarka została zatrudniona w wymiarze od 250 do 300 godzin miesięcznie na podstawie umowy cywilnoprawnej. W dwudziestej godzinie pełnienia dyżuru popełnia ona błąd, np. polegający na przetoczeniu różnoimiennej krwi, w wyniku czego pacjent umiera (opisywana sytuacja jest czysto hipotetyczna).
Jak rozkładać się będzie odpowiedzialność na różnych szczeblach zarządzania w podmiocie leczniczym będącym/niebędącym przedsiębiorcą za popełniony przez pielęgniarkę błąd medyczny?
Czy zawierając wyżej wymienioną umowę, pielęgniarkę obowiązuje określona prawnie (a jeśli tak, to jaka) przerwa pomiędzy dyżurami?

Odpowiedź
Obowiązujące przepisy nie zawierają norm ograniczających czas pracy pracowników medycznych z punktu widzenia ochrony pacjenta. Rozkład odpowiedzialności pomiędzy podmiotem a pielęgniarką zależny będzie od rodzaju łączącej ich umowy oraz czynników, jakie przesądziły o popełnieniu błędu w konkretnym przypadku.

Uzasadnienie
Odpowiedzialność podmiotu leczniczego wobec pacjenta w przypadku wyrządzenia szkody związanej z udzieleniem świadczeń zdrowotnych oraz ewentualnie następującego w jej wyniku zgonu pacjenta nie jest zależna od statusu podmiotu jako publicznego bądź niepublicznego. Rozkład odpowiedzialności pomiędzy podmiotem a pracownikiem zależny jest natomiast od rodzaju wiążącej ich umowy, przy czym biorąc pod uwagę treść pytania, należy pominąć stosunki o charakterze pracowniczym i ocenić jedynie rozkład odpowiedzialności przy umowie cywilnoprawnej.
Zakładając, iż wskazane w pytaniu umowy są umowami zawieranymi pomiędzy podmiotem leczniczym a pielęgniarką prowadzącą indywidualną praktykę pielęgniarską, zastosowanie znajdzie art. 33 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217

z późn. zm.) – dalej u.dz.l. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie pielęgniarka i podmiot leczniczy.

W przedstawionym wyżej przepisie mowa jest wyłącznie o praktykach pielęgniarskich wykonywanych wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, co oznacza, iż odpowiedzialność solidarna zachodzić będzie tylko wówczas, gdy umowa zawarta została przez pielęgniarkę prowadzącą praktykę, o której mowa w art. 19 ust. 4 u.dz.l. (pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem).

W przypadku natomiast umowy pielęgniarki prowadzącej praktykę, o której mowa w art. 19 ust. 1 u.dz.l. (pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualna praktyka), rozkład odpowiedzialności cywilnej pomiędzy nią a podmiotem leczniczym przebiegać będzie na zasadach ogólnych, a zatem w oparciu o art. 429 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121), zgodnie z którym, kto powierza wykonanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, chyba że nie ponosi winy w wyborze, albo że wykonanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności.

Na ostateczną ocenę rozkładu odpowiedzialności w konkretnym przypadku wpływ miałaby jednak również takie czynniki, jak fakt zgłaszania przez pielęgniarkę przemęczenia, tryb i skuteczność nadzoru nad wykonywanymi przez nią czynnościami, możliwość odstąpienia od wykonania danej czynności i szereg innych. Wydaje się, że nie bez znaczenia byłyby też przyczyny zawarcia przez pielęgniarkę umowy zobowiązującej ją do pracy w takim wymiarze godzin oraz ich świadomość po stronie podmiotu leczniczego (kwestia istnienia ewentualnego wyzysku), a także elementy odpowiedzialności podmiotu za organizację pracy danej komórki i stopień wpływu pielęgniarki na organizację pracy.

Szczegółowe wyjaśnienie zasad odpowiedzialności solidarnej oraz analiza orzecznictwa dotyczącego poszczególnych przypadków rozkładu odpowiedzialności wykracza poza ramy wielkościowe niniejszego opracowania.

Odnośnie przerw w pracy, do wykonywania zawodu na podstawie umowy cywilnoprawnej nie mają zastosowania normy odpoczynku określone w przepisach prawa pracy. Na uwagę zasługuje przy tym fakt, iż normy te odnoszą się jedynie do pracy na rzecz jednego pracodawcy i regulują jedynie stosunki pomiędzy pracownikiem a tym pracodawcą. Nie zabraniają pielęgniarce wykonywania zawodu na rzecz innych podmiotów w czasie odpoczynku, a więc de facto wykonywania go w dowolnym niemal wymiarze godzin. Nie istnieją więc obecnie w polskim systemie prawa normy ograniczające dopuszczalny czas pracy pracownika medycznego z punktu widzenia ochrony pacjenta.

Serwis Prawo i Zdrowie
Autor: **Iwona Kaczorowska-Kossowska**

Czy pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego może zdejmować szwy?

Należy wskazać, iż ukończenie przez pielęgniarkę kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego nie skutkuje uzyskaniem przez nią kwalifikacji w zakresie zdejmowania szwów. Celem kształcenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego jest bowiem przygotowanie pielęgniarki, położnej do realizacji zadań zawodowych w stopniu umożliwiającym samodzielną pracę na bloku operacyjnym z zachowaniem zasad postępowania aseptycznego.

W wyniku bowiem realizacji programu kształcenia ww. kursu pielęgniarka powinna:

- scharakteryzować organizację i wyposażenie bloku operacyjnego
- zapobiegać zakażeniom,

- stosować zasady aseptyki,
- przygotować salę, instrumentarium, bieliznę oraz materiał opatrunkowy do zabiegów operacyjnych,
- przygotować do zabiegu operacyjnego i obsługiwać aparaturę medyczną,
- zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi przebywającemu na bloku operacyjnym,
- łagodzić stres pacjenta związany z faktem oczekiwania na zabieg operacyjny,
- instrumentować do zabiegów operacyjnych,
- scharakteryzować istotę schorzenia, badania diagnostyczne, wskazania do zabiegu, techniki operacyjne, przebieg zabiegu operacyjnego i jego powikłania,
- omówić zasady postępowania z instrumentarium po zabiegu operacyjnym,
- omówić zasady dezynfekcji, mycia i pakowania instrumentarium chirurgicznego,
- scharakteryzować metody sterylizacji,
- kontrolować skuteczność procesu sterylizacji,
- omówić zasady postępowania z bielizną operacyjną,
- omówić zasady postępowania z odpadami medycznymi,
- prowadzić dokumentację medyczną (protokół pielęgniarki operacyjnej, księga wykonanych zabiegów operacyjnych, skierowania na badania diagnostyczne itd.),
- zabezpieczyć materiał pobrany do badań diagnostycznych (histopatologicznego, bakteriologicznego itd.),
- korzystać z opracowanych standardów postępowania pielęgniarki, położnej operacyjnej,
- nadzorować utrzymanie higieny w obrębie bloku operacyjnego,
- przestrzegać zasad BHP.

Wobec powyższego nie obejmuje to umiejętności w zakresie zdejmowania szwów.

Czy pielęgniarka może zakładać opatrunki gipsowe?

W odniesieniu do kwestii zakładania opatrunków gipsowych należy wskazać, iż pielęgniarka nie ma uprawnień do wykonywania świadczenia leczniczego, jakim jest zakładanie opatrunków gipsowych.

Pielęgniarki nie nabywają bowiem umiejętności wykonywania ww. świadczenia leczniczego ani w trakcie kształcenia na studiach I i II stopnia, ani w wyniku ukończenia specjalizacji, czy też kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, ani w wyniku ukończenia innych kursów kwalifikacyjnych czy specjalistycznych.

Zakładanie opatrunków gipsowych znajduje się natomiast w programie specjalizacji dla lekarzy z ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz w programie specjalizacji z chirurgii ogólnej.

Wobec powyższego pielęgniarka nie może zakładać opatrunków gipsowych.

Czy pielęgniarka dokonująca przetoczenia albuminy ludzkiej powinna ukończyć przeszkolenie?

Uprzejmie informuję, iż pielęgniarka dokonująca przetoczenia albuminy ludzkiej powinna ukończyć przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem organizowane przez regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Zgodnie bowiem z art. 21 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 332) przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie:

1) lekarz wykonujący zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
2) na zlecenie lekarza pielęgniarka lub położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, **pod**

warunkiem, że odbyła organizowane przez regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem.

Z kolei zgodnie z art. 5 pkt 1 przedmiotowej ustawy – ilekroć w ustawie jest mowa o krwi bez bliższego określenia - należy przez to rozumieć również osocze i inne składniki krwi.

Jednocześnie należy wskazać, iż albumina ludzka jest składnikiem osocza krwi, więc mają do niej zastosowanie przepisy powyższej ustawy dotyczące krwi, w tym również art. 21 ust. 1 ustawy.

Tym samym pielęgniarka dokonująca przetoczenia albuminy ludzkiej powinna ukończyć przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem organizowane przez regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Szczegółowy sposób szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi, wykaz umiejętności związanych z przetaczaniem krwi i jej składników będących przedmiotem szkolenia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. Nr 38, poz. 363 ze zm.).

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem szkolenie pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników odbywa się w zakresie podstawowym oraz uzupełniającym. Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4 lata. Szkolenie obejmuje część teoretyczną i część praktyczną. Część teoretyczna szkolenia obejmuje podstawy teoretyczne leczenia krwią i jej składnikami. Część praktyczna szkolenia obejmuje natomiast w szczególności następujące umiejętności związane z przetaczaniem krwi i jej składników:

1. pobieranie próbek krwi przeznaczonych do badania grup krwi i prób zgodności krwi biorcy i dawcy oraz prowadzenie dokumentacji z tym związanej;
2. postępowanie z pojemnikami zawierającymi krew i jej składniki przeznaczone do przetoczenia;
3. identyfikację biorcy i kontrolę dokumentacji przed przetoczeniem krwi lub jej składników polegającą na porównaniu danych zawartych w wynikach badań krwi i próbie zgodności z danymi biorcy i z danymi na pojemniku z krwią lub jej składnikami;
4. dokonywanie zabiegu przetoczenia krwi i jej składników wykonywanego na zlecenie lekarza;
5. obserwację chorego w trakcie i po przetoczeniu.

Powyższe szkolenie odbywa się na podstawie programu szkolenia podstawowego oraz szkolenia uzupełniającego opracowanego przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Czekając na elektroniczną rewolucję

Pacjent wyprowadza się na drugi koniec Polski i zmienia przychodnię. Wybór odpowiedniej opcji w programie i nowo wybrana przez pacjenta pielęgniarka POZ zyskuje dostęp do dokumentacji medycznej prowadzonej przez jej poprzedniczkę w przychodni, z której pacjent się przeniósł. Podczas wizyty patronażowej położna zapisuje dane z wywiadu, korzystając z tabletu. Czy jesteśmy gotowi na e-rewolucję?

Z początkiem 2012 roku weszła w życie ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.).

Wprowadziła ona między innymi zmiany w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012, poz 159, ze zm.), które miały zacząć obowiązywać od 1 sierpnia 2014 roku. Zapisy te dotyczyły obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Początkowo termin wydawał się odległy, jednak w praktyce okazało się, że trzy lata to za mało na informatyzację wszystkich świadczeniodawców – od prywatnych praktyk, poprzez przychodnie, po szpitale. Wobec tego Sejm odłożył obowiązek prowadzenia dokumentacji elektronicznej na kolejne trzy lata, czyli do roku 2017. Czy jesteśmy gotowi na rewolucyjne zmiany?

Elektroniczne ułatwienia

Dokumentacja elektroniczna ma przede wszystkim uprościć pracę personelu medycznego i zwiększyć bezpieczeństwo prawne. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prowadzenie dokumentacji medycznej wymaga zamieszczania wielu szczegółowych danych. Opisując z dużą dokładnością wszystkie czynności wykonane na rzecz pacjenta, zabezpieczamy się na wypadek ewentualnych jego roszczeń z tytułu niewłaściwej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Jednak wypisywanie wszystkich danych to proces niezwykle czasochłonny. Sprzeciw personelu medycznego budzi m.in. konieczność zamieszczenia w dokumentacji medycznej nie tylko pięcioznakowego numeru statystycznego według ICD-io, ale i pełnej nazwy rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, nawet w przypadku stałego leczenia tej samej dolegliwości. Dla wprawnego użytkownika programu do prowadzenia dokumentacji medycznej czas poświęcony na wpisywanie danych znacznie się skraca. Program, zgodnie z ustawieniami, może podpowiadać najczęściej wybierane opcje (np. zabiegów regularnie wykonywanych u pacjenta w opiece środowiskowej), uzupełnia dane lekarza czy ułatwia wybór numeru statystycznego rozpoznania i uzupełnia go o nazwę. Do tego dochodzi niebudząca zastrzeżeń czytelność i brak konieczności oznaczania odręcznie każdej strony dokumentacji medycznej imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz numerem strony. Mniej czasu poświęconego na biurokratyczne obowiązki to więcej czasu dla chorego, zatem rozwiązanie to powinno wydawać się korzystne. Pojawiają się jednak problemy każące zastanowić się, czy obecne rozwiązania organizacyjno-techniczne i prawne pozwalają na ostateczną rezygnację z wytwarzania papierowej dokumentacji.

Dotychczasowe doświadczenia

Osoby mające styczność z rejestracją pacjentów najlepiej mogą ocenić perspektywy informatyzacji ochrony zdrowia na podstawie działania systemu eWUŚ. Zadaniem działającego od 1 stycznia 2013 roku systemu elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeń i odbiorców jest określenie, czy osoba zgłaszająca się w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych posiada stosowne uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Koncepcja pracy z systemem jest prosta – pacjent pokazuje dokument potwierdzający tożsamość, na podstawie dokumentu wpisuje się numer PESEL pacjenta. System potwierdza, że pacjent posiada uprawnienia do bezpłatnych świadczeń lub informuje o braku takich uprawnień. W razie wątpliwości pacjent może złożyć stosowne oświadczenie które jest weryfikowane przez NFZ.

Duże utrudnienia w korzystaniu z systemu eWUŚ pojawiają się, gdy system nie działa z przyczyn leżących po stronie podmiotu odpowiedzialnego za system, brak jest prądu lub też pacjent twierdzi, że niezasadnie został wskazany jako nieubezpieczony. O ile pacjent może w dość prosty sposób dowodzić, że wykazanie go jako nieubezpieczonego jest błędem systemu, o tyle trudniej będzie ustalić, że inne wpisy, np. dotyczące dawek leku czy ilości zapisanych opakowań, są wynikiem błędu systemu. Jeżeli w programie można dokonywać wyboru określonych opcji z listy, istnieje duże ryzyko omyłkowego zaznaczenia opcji o jedno pole niżej lub wyżej na liście wyboru.

Gdyby istniała pewność, że dokumentacja elektroniczna będzie równie niezawodna i dostępna jak dokumentacja papierowa, jej wprowadzenie budziłoby mniejsze obawy. Doświadczenia z eWUŚ-em pokazują jednak, że świadczeniodawca, który decyduje się na elektroniczną dokumentację medyczną, musi rozważyć wiele ryzykownych sytuacji związanych z jej awariami i błędnymi zapisami.

Sejm odłożył obowiązek prowadzenia dokumentacji elektronicznej na kolejne trzy lata, czyli do roku 2017. Warto jednak zadać sobie pytanie, czy ten termin okaże się realny, czy ulegnie przedłużeniu?

NALEŻY MIEĆ ŚWIADOMOŚĆ, ŻE WPROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNE] SPRAWI, IŻ WSZYSTKIE DOKUMENTY WYMIENIONE W ROZPORZĄDZENIU DOTYCZĄCYM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ BĘDĄ MUSIAŁY ISTNIEĆ W FORMIE WIRTUALNEJ. DOTYCZY TO ZARÓWNO DOKUMENTACJI ZBIORCZEJ, JAK I INDYWIDUALNEJ WEWNĘTRZNE] I ZEWNĘTRZNEJ.

Jeżeli uzależni się udzielanie świadczeń od niezawodnego działania komputerów, łatwo można sobie wyobrazić utrudnienia wynikające z awarii prądu czy braku dostępu do internetu. Problematyczne będzie to zwłaszcza w przypadku skierowań, ponieważ dla skierowań czy zleceń istniejących tylko w formie wirtualnej konieczne jest zapewnienie personelowi dostępu do bazy danych celem przeka-

zania lub potwierdzenia treści skierowania albo zlecenia. Obecnie to pacjent dostarcza niezbędną do udzielenia świadczeń dokumentację zewnętrzną. Pojawia się jednak pytanie o zasady odpowiedzialności podmiotów leczniczych i operatora systemu za ewentualne utrudnienia w realizacji świadczeń wynikające z braku dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej zewnętrznej. Nierealna wydaje się sytuacja, w której pacjent - podobnie jak w przypadku systemu eWUŚ - może oświadczyć, że posiada skierowanie czy zlecenie na określone zabiegi czy badania.

Nie zawsze praktycznie

Kolejną istotną kwestią do rozpatrzenia jest zapewnienie kompleksowość: rozwiązań. Należy mieć świadomość, że wprowadzenie dokumentacji medycznej sprawi, iż wszystkie dokumenty wymienione w rozporządzeniu dotyczącym dokumentacji medycznej będą musiały istnieć w formie wirtualnej. Dotyczy to zarówno dokumentacji zbiorczej, jak i indywidualnej wewnętrznej i zewnętrznej. W praktyce będzie to skutkowało stworzeniem możliwości wymiany danych między podmiotami leczniczymi w zakresie dalszego postępowania leczniczego i diagnostycznego. Na razie jednak brak jest odpowiedniego systemu, który pozwalałby na umieszczenie danych pacjenta i informacji o zalecanych dalszych działaniach z możliwością wykorzystania ich przez odpowiednią placówkę po zgłoszeniu się przez pacjenta.

Obok braku odpowiedniego oprogramowania, trudność może pojawić się w zakresie zaopatrzenia pielęgniarek i położnych w odpowiedni sprzęt komputerowy. Prowadzenie dokumentacji medycznej związanej ze świadczeniami udzielanymi w miejscu zamieszkania pacjenta będzie wymagało wyposażenia w odpowiednie przenośne urządzenia lub poświęcenia czasu po wizycie u pacjenta na uzupełnienie danych. Przepis mówi, że wpis musi być sporządzony niezwłocznie, trudno jednak przewidzieć, czy w kontekście wizyt domowych bez możliwości wprowadzania danych podczas wizyty ma to oznaczać wprowadzanie danych do systemu tego samego dnia, czy w innym możliwie najkrótszym terminie. Z jednej strony trzeba mieć na uwadze względy organizacyjne, z drugiej wymogi NFZ i możliwość kontroli w tym zakresie. Elektroniczna dokumentacja medyczna będzie zatem dużym wyzwaniem w opiece środowiskowej.

Również specyfika niektórych innych dokumentów wymaga zastanowienia się nad celowością ich funkcjonowania w formie elektronicznej. W zasadzie wszystkie dokumenty indywidualne zewnętrzne są sporządzane w celu jednokrotnego wykorzystania dla realizacji określonych świadczeń. Na tym tle odmiennie kształtuje się karta przebiegu ciąży i książeczka zdrowia dziecka. W dokumentach tych znajdują się kolejne wpisy, które obejmują dane o charakterze informacyjnym. Tym samym kobieta w ciąży lub dziecko, jako osoby szczególnie narażone na gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia, posiadają komplet niezbędnych danych medycznych. Z uwagi na przeznaczenie tych dokumentów prowadzenie ich w formie elektronicznej nie wydaje się zasadne, a co więcej – mogłoby niekorzystnie wpłynąć na bezpieczeństwo pacjentów.

Powszechnie stosowana książeczka zdrowia dziecka nie jest w żaden sposób usankcjonowana prawnie. Rzecznik Praw Dziecka wskazuje na konieczność wprowadzenia zapisów o książeczce do istniejącego rozporządzenia o dokumentacji medycznej, nie jest jednak przesądzone, że będzie to dobre rozwiązanie. Specyfika książeczki wskazuje, że dane w niej zawarte powinny być dostępne dla rodziców, co nie jest oczywiste w przypadku książeczki dostępnej wyłącznie przy użyciu odpowiedniego sprzętu komputerowego. Karta przebiegu ciąży jest dokumentem u regulowanym w obowiązującym rozporządzeniu, jednak również w tym przypadku należałoby rozważyć problem dostępności dla pacjentki dokumentu istniejącego wyłącznie w formie elektronicznej.

Problematyczne przepisy

Niezależnie od tego, czy opowiadamy się za utrzymaniem formy papierowej, czy obowiązkowym stosowaniem dokumentacji elektronicznej, należy przeanalizować, jakie problemy prawne mogą wystąpić po wdrożeniu elektronicznej dokumentacji medycznej.

W ciągu kilku lat okresu przejściowego, przed ostateczną rezygnacją z dokumentacji papierowej, podmioty lecznicze miały przygotować się do nowych rozwiązań. Niestety, odpowiedzialni za stanowienie prawa nie wprowadzili zmian dostosowujących istniejące przepisy do nowej formy prowadzenia dokumentacji.

Niedoskonałość przepisów szczególnie widoczna jest w kontekście udostępniania dokumentacji medycznej. Ustawa mówi o sporządzaniu wyciągu, od-

pisu lub kopii, natomiast milczy na temat wydruku. Wydruk należałoby traktować raczej jako wyciąg niż kopię, ale to może generować dodatkowe, niewspółmierne koszty dla zwracających się o udostępnienie dokumentacji medycznej. Maksymalna wysokość opłat za wyciąg może być bowiem dziesięciokrotnie wyższa niż opłat za kopię. Również przewidziane w ustawie udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych nie zostało dostatecznie dookreślone. Nie jest jasnym, czy cena obejmuje nośnik (np. płytę CD) i ile danych ma nośnik zawierać, chociaż różnica między maksymalną zawartością różnego typu nośników jest znaczna.

Nie przewidziano też sytuacji, która wydaje się oczywista po informatyzacji podmiotów leczniczych, a mianowicie udostępniania dokumentacji medycznej w drodze wymiany danych w systemach informatycznych. Dotyczy to nie tylko wymiany informacji między świadczeniodawcami. Na gruncie obowiązujących przepisów bowiem nie sposób rozstrzygnąć, czy przesłanie pacjentowi wyniku badań drogą mailową pozwoli mu zaoszczędzić na opłacie za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Nie tylko zatem przed personelem medycznym jeszcze sporo pracy związanej z przygotowaniem się do elektronicznej rewolucji. Czas ten powinien zostać wykorzystany również przez stanowiących prawo na przyjrzenie się istniejącym rozwiązaniom prawnym i dostosowanie ich do potrzeb nowoczesnych podmiotów leczniczych.

mgr IWONA ALEKSANDROWICZ
doktorantka SWPD w Gdyni, specjalista
w NZOZ „Przychodnia" Sp. z o.o. w Kościerzynie
Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej Nr 10/2014

Informatyzacja ochrony zdrowia – cele kontra rzeczywistość

Obecnie funkcjonujący system dostępu do informacji o zdrowiu pacjenta, istniejący głównie w formie papierowej, ma wiele wad. Część z nich nie wynika ze złych przepisów, ale niedostosowania ich do realiów.

Arkadiusz Szcześniak
główny informatyk NIPiP

Organizacja przepływu dokumentacji w ramach poszczególnych organizacji jest (w lepszy lub gorszy sposób) rozwiązana. Większość firm oferujących prywatną opiekę medyczną wdrażają już elektroniczną dokumentację pacjenta i elektroniczne konta dla pacjentów. W przypadku publicznych zakładów te rozwiązania są jeszcze niedostępne. Przepływ danych pomiędzy różnymi jednostkami ochrony zdrowia jest bardzo ograniczony. Przekazywanie dokumentacji medycznej w celu kontynuowania leczenia jest rzadkością. Praktyka jest taka, iż proces leczenia rozpoczyna się wywiadem oraz zapoznaniem się z dokumentami, które przynosi pacjent. Zazwyczaj nie wie on, że może uzyskać wypis z dokumentacji medycznej, a więc często nie pamięta, jakie leki przyjmuje i na co jest uczulony. Dodatkowe problemy powoduje niekompletność dokumentacji, czy też jej nieczytelność.

W działalności biznesowej trudno sobie wyobrazić podejmowanie decyzji bez łatwego dostępu do informacji. Pod koniec XX wieku nastąpił więc dynamiczny rozwój technologii informacyjnej w wielu dziedzinach. Stosowanie nowoczesnych systemów informatycznych zmieniło sposób prowadzenia biznesu i funkcjonowania instytucji. Duże przedsiębiorstwa zaczęły wdrażać systemy zarządzania informacją w ramach swojej struktury. Przekazywanie informacji pomiędzy poszczególnymi działami firmy stało się znacznie szybsze.

DLA PRAKTYK PIELĘGNIAREK i POŁOŻNYCH NAJKORZYSTNIEJSZY ZE WZGLĘDU NA KOSZTY JEST ZAKUP PROGRAMU DZIAŁAJĄCEGO W TZW. CHMURZE.
PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA KORZYSTA Z PROGRAMU NA SWOIM KOMPUTERZE, ALE DANE SĄ NA SERWERACH FIRMY, KTÓREJ ZADANIEM JEST DBANIE O ICH WŁAŚCIWE PRZECHOWYWANIE, WYKONYWANIE KOPII ORAZ INNYCH CZYNNOŚCI WYMAGANYCH PRZEZ PRZEPISY.

Ujednolicone standardy przechowywania danych pozwoliły na uniknięcie wielu pomyłek i pominięcie procesów wielokrotnego przetwarzania tych samych danych. Dodatkowo dostęp do dokumentów kluczowych w danej organizacji można ograniczyć w znacznie lepszym stopniu niż w przypadku dokumentacji papierowej. Obecnie trudno sobie wyobrazić zarządzanie firmą bez dostępu do wielu informacji dotyczących stanów magazynowych, rozliczeń z kontrahentami, zamówień.

W zakresie ochrony zdrowia obecne działania w większości są podejmowane bez analizy dostępnych informacji. Informacje te są tak rozproszone, iż planowanie ochrony zdrowia jest bardzo szacunkowe - dotyczy to liczby pacjentów, pracowników medycznych, wykonanych świadczeń, demografii, czy też prognoz na najbliższe lata. Dane te są zbierane oddzielnie i nie ma możliwości zebrania ich w jednym miejscu. Podejmowane na takiej podstawie decyzje polityczne i finansowe są obarczone dużym ryzykiem błędu. Zauważyły to instytucje krajowe i unijne. W ramach strategii lizbońskiej (2000 r.) został uchwalony plan budowy społeczeństwa informacyjnego. Pięć lat później w Sewilli został przyjęty plan eEurope 2005 Information Society for Ali, który zobowiązuje kraje członkowskie do rozwinięcia usług elektronicznych wraz z zapewnieniem powszechnego dostępu do internetu.

W dziedzinie Zdrowia Publicznego ustanowiono Program Działań Wspólnotowych (Decyzja 1786/20027WE Parlamentu Europejskiego i Rady 2 dnia 23 września 2002 r.), którego celem jest „gromadzenie, przetwarzanie i analizowanie danych na poziomie wspólnotowym do celu skutecznego monitorowania zdrowia publicznego na poziomie wspólnotowym oraz w celu uzyskania obiektywnych, rzetelnych oraz zgodnych i porównywalnych informacji, które można wymieniać, które umożliwiłyby Komisji i Państwom Członkowskim poprawienie informacji przekazywanych społeczeństwu oraz formułowanie właściwych strategii, polityk i działań mających na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego", jako cele szczegółowe określono:

- Poprawę informacji i wiedzy na temat rozwoju zdrowia publicznego.
- Poszerzenie zdolności szybkiego, skoordynowanego reagowania na zagrożenia dla zdrowia.
- Umożliwienie podjęcia skutecznych działań „promujących zdrowie oraz zapobiegających chorobom".

W ramach kolejnych przyjmowanych dokumentów zobowiązano kraje członkowskie UE do podjęcia działań zmierzających do:

- Poprawy informacji i wiedzy na temat krajowej opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych na terenie Unii Europejskiej.
- Promocji e-health w związku z większą mobilnością zawodową na terenie Unii Europejskiej.
- Konieczności uruchomienia elektronicznych usług medycznych, takich jak; telekonsultacje, e-recepty, e-skierowania, telemonitoring i teleopieka.
- Uruchomienia elektronicznych ubezpieczeń zdrowotnych.

W Polsce realizację powyższych celów rozpoczęto od przyjęcia Ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.). Następnie powstał projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Określono w niej cele szczegółowe, którymi są między innymi:

- Stworzenie warunków informacyjnych umożliwiających podejmowanie w dłuższej perspektywie optymalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej.
- Stworzenie stabilnego systemu informacji w ochronie zdrowia.
- Uporządkowanie istniejącego systemu zbierania, przetwarzania i wykorzystywania informacji w ochronie zdrowia.

Wszystkie cele określone przez władze UE, jak i polskie przepisy zmierzały do stworzenia sprawnego systemu informacji o ochronie zdrowia dostępnego dla wszystkich uczestników procesów prowadzonych w tej dziedzinie. Ma to przynieść korzyści pacjentom, pracownikom medycznym, ubezpieczycielom, instytucjom planującym ochronę zdrowia.

Tworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia w Polsce zostało rozpoczęte od diagnozy stanu obecnego. Przeprowadzono wiele analiz funkcjonujących systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Dla przykładu Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych podlegał kilku ocenom przydatno-

ści tegoż systemu do komunikacji z planowanym Systemem Informacji Medycznej. Ogólne wyniki analizy infrastruktury informacyjnej sektora ochrony zdrowia i zastosowań technologii teleinformatycznych doprowadziły do wysnucia wniosku, że poszczególne systemy nie współpracują ze sobą. Dodatkowo część rejestrów jest dostępna tylko w wersji papierowej. W znaczny sposób ogranicza to prawo do dostępu do informacji wyrażonego w art. 51 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. O skali powstającego systemu świadczy fakt, iż zidentyfikowano 69 rejestrów i ewidencji, dla których podstawę prawną funkcjonowania stanowią przepisy w randze ustawy. Ponadto funkcjonuje wiele rejestrów, ewidencji i innych uporządkowanych zbiorów informacji w ochronie zdrowia funkcjonujących bez unormowania prawnego.

Oprócz przebudowy obecnie funkcjonujących systemów konieczne jest stworzenie wielu nowych systemów w celu realizacji procesów wyłącznie w formie papierowej. Przeniesienie do wersji elektronicznej dokumentacji medycznej, recept czy skierowań to nie jest zmiana systemu, ale wręcz rewolucja w tym zakresie. Oprócz wyżej wymienionych działań konieczne było (i w dalszym ciągu jest) dostosowywanie przepisów prawa, które muszą stworzyć otoczenie prawne sprzyjające stworzeniu systemu. Projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia zmieniał również szereg innych ustaw, w tym ustawę o samorządzie pielęgniarek i położnych. Sama zaś ustawa była już wielokrotnie zmieniana, w szczególności w zakresie terminów wejścia w życie poszczególnych wymogów ustawy.

Schemat tworzonego systemu jest dostępny na stronie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – jednostki odpowiedzialnej w imieniu Ministra Zdrowia za wdrożenie projektu http:// www.csioz.gou.pl/index Detail. php?id-i5o.

Projekt „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" otrzymał współfinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013, Priorytet VII Społeczeństwo Informacyjne – Budowa elektronicznej administracji „Dotacje na Innowacje" - „Inwestujemy w Waszą przyszłość". Całkowity koszt realizacji Projektu wynosi 712 mln zł, z czego UE dofinansowała ponad 575 min zł.

Realizacja projektu zwanego Pi ma przynieść „korzyści dla wszystkich". Efektem ma być między innymi poprawa stanu zdrowia obywateli, zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz skrócenie czasu procesu diagnostycznego. Celów do osiągnięcia nałożonych przez władze UE oraz krajowe jest bardzo dużo. Środki finansowe uzyskane na ich realizację też nie są małe. Pozostała tylko ich realizacja. W chwili obecnej jesteśmy w ostatniej fazie uruchomienia kilku części Systemu Informacji Medycznej – trwają prace nad Internetowym Kontem Pacjenta, e-receptą, e-skierowaniem. Obowiązek ustawowy prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej przesunięto zaś na rok 2017.

O skali trudności realizacji tych projektów świadczą problemy, jakie napotykał system eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców). W pierwszym etapie uruchomienia systemu występowało wiele problemów z poprawnością danych. Głównie wynikały one z informacji, jakie otrzymał system eWUŚ z ZUS, KRUS i innych podmiotów ubezpieczających. Dodatkowe przekłamania w danych mogły być spowodowane przez płatnika ubezpieczenia. Pierwsze miesiące upłynęły więc na poprawianiu danych. Dodatkowe problemy z systemem wynikły z jego niedostępności z przyczyn leżących po stronie NFZ, a także problemów z infrastrukturą podmiotu. Bez możliwości przyjmowania oświadczenia w formie papierowej trudno sobie wyobrazić uruchomienie systemu.

System eWUŚ zawiera tylko podstawowe dane osobowe oraz informację o statusie ubezpieczonego. Systemy wdrażane w ramach projektu Pi będą zawierać znacznie szerszy zakres danych, z których część to dane wrażliwe.

Wdrożenie tych systemów napotka więc na swojej drodze wiele zagrożeń i problemów. Część z nich została zauważona i w trakcie kolejnych nowelizacji przepisów są przygotowane rozwiązania.

Przed rokiem 2030

Informatyzacja ochrony zdrowia wpłynie na życie pacjentów i pracowników medycznych. Dla pielęgniarek

i położnych zmieni się sposób pracy, a przede wszystkim sposób jej dokumentowania.

Zaletą EDM jest jej rozliczalność, czyli przypisanie danego świadczenia do osoby, która je zrealizowała. Trudniej będzie innym grupom zawodowym przekazywać wykonywanie swoich obowiązków dokumentacyjnych, gdyż musieliby przekazać kartę specjalisty umożliwiającą podpisywanie dokumentów.

Do stworzenia Systemu Informacji Medycznej ciągle droga daleka. Można się spodziewać jeszcze wielu zmian w przepisach i samych systemach informatycznych. Obecnie zdiagnozowane zagrożenia to tylko wycinek problemów, jakie mogą wystąpić po uruchomieniu wszystkich systemów. Projekt ten będzie więc ciągle analizowany i poddawany zmianom. Przewidywane terminy zakończenia projektu były już kilka razy zmieniane. Trudno więc jest wskazać realny termin uruchomienia wszystkich części SIM. O ile podstawowe elementy systemu (e-recepta, e-skierowanie, IKP) powinny być gotowe w ciągu 2-3 lat, to na pozostałe elementy przyjdzie nam wszystkim poczekać przynajmniej kilka lat. Oby tylko były gotowe przed 2030 rokiem.

Podstawowym problemem dla wszystkich systemów jest sposób działania w przypadku braku dostępu do systemu oraz rozwiązanie dostępu do świadczeń dla osób korzystających z nich na podstawie innych przepisów (np. dyrektywa transgraniczna), czy też osób bez ustalonej tożsamości. W przypadku recept problem ma być rozwiązany w kolejnej nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w której ma zostać dodany zapis umożliwiający wystawienie recepty w formie papierowej w przypadku braku dostępu do systemu, dla osób o nieustalonej tożsamości oraz dla osób korzystających z usług na podstawie tzw. dyrektywy transgranicznej. W tej samej nowelizacji mają być również przyjęte podobne zapisy dotyczące skierowań. Brak możliwości otrzymania tych dokumentów z powodów technicznych i niezależnych od pacjenta mógłby w znacznym stopniu naruszać jego prawa. Mimo że to rozwiązanie może być nadużywane z innych powodów, dodanie tych zapisów wydaje się niezbędne, szczególnie na początku funkcjonowania SIM.

Niestety w podobny sposób nie da się rozwiązać problemu z Elektroniczną Dokumentacją Medyczną. Brak dostępu do systemu oznacza brak możliwości zapoznania się z dokumentacją medyczną pacjenta. Wykonanie świadczenia w takiej sytuacji nie jest możliwe, tym bardziej iż wprowadza się Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz Kartę Specjalisty Medycznego, które są konieczne do potwierdzenia wykonania świadczenia zdrowotnego. O ile zagubienie karty przez pacjenta jest jednostkowym problemem, to utrata jej przez pracownika medycznego uniemożliwia mu wykonywanie pracy do momentu uzyskania nowej karty. W przypadku pacjenta przewidziano tylko wyjątek na wypadek stanu nagłego oraz porodu. Konieczne jest znalezienie „zapasowego" rozwiązania, aby bez karty również można było dokonywać wpisów w dokumentacji medycznej.

Wdrożenie EDM będzie wymagało też nakładów finansowych. Brak odpowiedniego przygotowania podmiotów leczniczych jest wskazywany jako powód do zmiany terminu obowiązku prowadzenia dokumentacji w wersji elektronicznej. Podmioty lecznicze, w tym praktyki pielęgniarek i położnych, będą musiały na ten cel przeznaczyć własne środki. Konieczny będzie zakup sprzętu oraz oprogramowania. System EDM będzie również wymagał zatrudniania osób do jego nadzoru, prowadzenia szkoleń i codziennej obsługi.

Zakup sprzętu to wydatek jednorazowy, ale prowadzenie EDM wymaga odpowiedniego oprogramowania. Lista wymagań dla programów jest długa i taka sama dla dużego podmiotu, jak i dla jednoosobowej praktyki. Dla ułatwienia wyboru rozwiązania w ramach projektu Pi został opracowany dokument pt. „Wytyczne, zasady i rekomendacje dla usługodawców w zakresie budowy i stosowania systemu bezpiecznego przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej". W przypadku dużego podmiotu są możliwe różne warianty wdrożenia EDM – podmiot może podjąć się tego we własnym zakresie, jak i powierzyć to firmie zewnętrznej.

Przedruk MAGAZYN PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ – 10/2014

Z prac Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady

Prezydium 29 sierpnia 2014 r.

Uchwała Nr 358/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 359/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 360/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 361/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 362/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 363/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 364/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 365/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu
Uchwała Nr 366/VI/14 w sprawie wykreślenia pielęgniarza z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 367 /VI/2014 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia.
Uchwała Nr 368 /VI/2014 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia.
Uchwała Nr 369/VI/14 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
Uchwała Nr 370/VI/14 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (dofinansowanie przyznane na łączną kwotę 4480,00 zł)
Uchwała Nr 371/VI/14 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 1300,00zł).
Uchwała Nr 372/VI/14 w sprawie wydania nowego dokumentu zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.
Uchwała Nr 373/VI/14 w sprawie wytypowania przedstawiciela ORPiP do składu komisji kwalifikacyjnej kształcenia podyplomowego.

Prezydium 24 października 2014 r.

Uchwała Nr 374/VI/2014 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 375/VI/14 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 376/VI/2014 w sprawie wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 377/VI/2014 w sprawie wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 378/VI/2014 w sprawie wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 379/VI/14 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
Uchwała Nr 380/VI/14 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki położnej z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
Uchwała Nr 381/VI/14 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
Uchwała Nr 382/VI/14 w sprawie wykreślenia in-

dywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
Uchwała Nr 383/VI/14 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu.
Uchwała Nr 384/VI/14 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 8380,00 zł).
Uchwała Nr 385/VI/14 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby, (na łączną kwotę 200,00 zł).
Uchwała Nr 386/VI/14 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (dofinansowanie przyznane na łączną kwotę 205757,50 zł).
Uchwała Nr 387/VI/14 w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji kwalifikacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego.

ORPiP 26 września 2014 r.

Uchwała Nr 267/VI/14 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 268/VI/14 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 269/VI/14 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.
Uchwała Nr 270/VI/14 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 271/VI/14 w sprawie wykreślenia pielęgniarza z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 272/VI/14 w sprawie delegowania przedstawiciela do składu komisji egzaminacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego.
Uchwała Nr 273/VI/14 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
Uchwała Nr 274/VI/14 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na kwotę 1525,00 zł).
Uchwała Nr 275/VI/14 w sprawie udzielenia pomocy finansowej członkom OIPiPw Zamościu (na łączną kwotę 5300,00 zł).
Uchwała Nr 276/VI/14 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby (przyznano 200,00 zł).
Uchwała Nr 277/VI/14 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby (przyznano 200,00 zł).
Uchwała Nr 278/VI/14 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.
Uchwała Nr 279/VI/14 w sprawie sfinansowania udziału członków OIPiP w Zamościu w Konferencji szkoleniowej organizowanej przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA „WIEDZA" w Sandomierzu zaprasza na różne formy szkolenia dla pielęgniarek i położnych

I półrocze 2015 r.

Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek:	
1.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
2.	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
3.	Pielęgniarstwo chirurgiczne

4.	**Pielęgniarstwo opieki paliatywnej**
5.	**Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki**
6.	**Pielęgniarstwo zachowawcze**
7.	**Pielęgniarstwo epidemiologiczne**
8.	**Pielęgniarstwo onkologiczne**

Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek:	
1.	**Resuscytacja krążeniowo-oddechowa**
2.	**Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego**
3.	**Szczepienia ochronne**
4.	**Leczenie ran**
5.	**Terapia bólu ostrego u dorosłych**
6.	**Żywienie enteralne i parenteralne**
7.	**Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka**
8.	**Edukator cukrzycy**

Zapraszamy również na kursy dofinansowane przez Ministerstwo Zdrowia, które będą realizowane w przyszłym roku, informacje o naborze na szkolenia na naszej stronie internetowej
Zgłoszenia na kursy prosimy o przesyłanie do Medycznego Centrum Kształcenia „ Wiedza"
w Sandomierzu ul. Schinzla11.
Miejsce szkoleń Zamość, możliwość organizowania w Biłgoraju,
Hrubieszowie i Tomaszowie Lubelskim
Druki zgłoszenia na kursy na stronie internetowej **www.mckwiedza.pl tel. 15 832 87 87**.

Sprawozdania z konferencji

Dzięki wspólnej inicjatywie ścisłej współpracy firmy Evereth Publishing sp. z o.o i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęto decyzję o zorganizowaniu cyklu konferencji nt. „Postępowanie z raną przewlekłą".

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu skorzystała z tej możliwości i w dniu 29 września 2014 roku w Browarach Zamość odbyła się Konferencja naukowo-szkoleniowa w której uczestniczyło 213 osób.

Koordynatorem i Opiekunem Naukowym konferencji był dr hab. n. med. Marek Kucharzewski – Wiceprezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran.

Wykład inauguracyjny poprowadziła Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes NRPiP.

Dr n. med. Mariusz Kózka – przybliżył uczestnikom konferencji problem różnicowania i postępowania w owrzodzeniu goleni.

Przedstawił podstawowy test diagnozowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych – wskaźnik kostka – ramię.

Rolę biofilmu bakteryjnego w procesie gojenia ran, oraz złoty standard leczenia owrzodzeń żylnych – Kompresoterapię przedstawił dr hab. n. med. Marek Kucharzewski.

Lawaseptyka w kontekście schematu leczenia ran TIME przedstawiła – dr. n. med. Maria Budnik-Szymoniuk.

Co chirurg może zrobić dla rany przewlekłej – przedstawiła mgr Monika Han.

Mgr Elżbieta Szkiler przedstawiła – podział rany przewlekłej oraz postępowanie profilaktyczne, TIME i Wilgotna Terapia – nowoczesny model leczenia ran, leczenie miejscowe ran przewlekłych oraz NPWT – wskazania i przeciwwskazania do zastosowania terapii ciśnieniem ujemnym.

Konsylium przypadków – panel interdyscyplinarny poprowadził dr hab. n. med Marek Kucharzewski, dr n. med. Mariusz Kózka, mgr Elżbieta Szkiler.

Swoją obecnością na konferencji zaszczyciła nas Sekretarz NRPiP w Warszawie Pani Joanna Walewander, Pani Prezes Wydawnictwa Mariola Piotrowska oraz przedstawiciele firm medycznych

Opracowała: **Danuta Kusiak**

„Jesienne spotkania pediatryczne" – sprawozdanie

W dniu 3 października 2014 r. odbyła się V Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu „Jesienne spotkania pediatryczne" dla pielęgniarek i położnych. Organizatorem był Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" we współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek Pediatrycznych i Warszawską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych. Patronem naukowym konferencji była dr n. med. Grażyna Wójcik z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Pani dr Grażyna Wójcik o godz. 9.00 otworzyła konferencję witając przybyłych gości, prelegentów i wszystkich uczestników.

Tematyka wykładów:

- „1000 pierwszych dni – najlepszy czas na profilaktykę chorób wieku dorosłego" – mgr inż. Joanna Neuhoff-Murawska, IPCZD
- „Ostre neuroinfekcje: zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci" – dr Anna Własienko, IPCZD
- „Profilaktyka próchnicy zębów i chorób błony śluzowej jamy ustnej u dzieci" – lek. stom. Ewa Krasuska-Sławińka, IPCZD
- „Wirusowe zakażenia dróg oddechowych u małych dzieci" – mgr Stanisława Mackiewicz. Szpital Specjalistyczny św. Rodziny, Warszawa
- „Noworodkowy Zespół Abstynencyjny" – dr Katarzyna Zaniuk, Szpital Specjalistyczny św. Rodziny, Warszawa
- „Siatkówczak – najczęstszy nowotwór złośliwy gałki ocznej u dzieci" – dr n. med. Wojciech Hautz, IPCZD
- „Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży" – dr n. med. Jolanta Antoniewicz, IPCZD
- „Zadania pielęgniarki w interdyscyplinarnym zespole sprawiającym opiekę nad dziećmi w śpiączce" – mgr Elżbieta Dróżdż-Kubicka, Klinika Budzik.

W przerwie między wykładami była możliwość zobaczenia Kliniki Budzik – po klinice oprowadzała i mówiła o niej mgr Elżbieta Dróżdż-Kubicka, pracownik Fundacji „Akogo?"

Uczestniczki spotkania:

- Dominika Oberda
- Maria Ćwikła
- Marta Wybraniec

W dniach 29 września – 2 października 2014 roku w Konstancinie Jeziorna odbyło się szkolenie z zakresu profilaktyki HIV/AIDS i narkomanii dla pracowników służby zdrowia.

Podczas szkolenia przedstawiono:

- medyczne aspekty HIV/AIDS
- epidemiologie HIV/AIDS w Polsce i na świecie
- zagadnienia z seksuologii
- aspekty psychospołeczne
- przeciwdziałanie narkomanii
- przedstawiono harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Zagadnienia etyczno-prawne.
- spotkanie z rzeczywistością.

Z naszej Izby w szkoleniu uczestniczyło 3 położne oraz 11 pielęgniarek.

W dniach 4, 5, 6 listopada 2014 roku w Warszawskim Domu Technika Naczelnej Organizacji Technicznej (NOT), ul. Czackiego 3 odbył się cykl konferencji zorganizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Celem Konferencji było przedstawienie i omówienie problemów wpływających na jakość i dostępność do świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej oraz uzyskanie odpowiedzi na pytania: gdzie polskie pielęgniarstwo rodzinne? dokąd zmierza opieka długoterminowa? zdrowie i szkoła – bariery i wyzwania.

Z naszej Izby w konferencji uczestniczyły 6 pielęgniarek, 1 położna.

Opracowała: **Stanisława Molas**

➤➤➤

VI Edycja Ars – Medica – Tomaszów Lubelski

25 października w Hotelu Antoni w Kolonii Łaszczówka odbyła się VI edycja konferencji naukowo-szkoleniowej „Ars-Medica 2014", zorganizowana przez Oddział Internistyczno-Kardiologiczny w Tomaszowie Lubelskim, Stowarzyszenie Rozwoju Kardiologii Ziemi Tomaszowskiej oraz Oddział Zamojskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Tomaszowski Oddział Terenowego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Konferencja przebiegała w dwóch modułach:

– dla lekarzy o tematyce: „Niesterydowe leki przeciwzapalne – problem interdyscyplinarny"
– dla pielęgniarek: „Profilaktyka i leczenie choroby wieńcowej".

Swoją obecnością zaszczycili nas - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu Danuta Kusiak, Członek Zarządu Województwa Lubelskiego Tomasz Pękalski.

W warsztatach uczestniczyło 80 lekarzy z powiatu tomaszowskiego, zamojskiego, biłgorajskiego, hrubieszowskiego, lubaczowskiego, przeworskiego, łańcuckiego, krasnostawskiego i kraśnickiego.

Wykłady poprowadził między innymi prof. Andrzej Kleinrok Prezes Oddziału Zamojskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prof. Krzysz-

tof Celiński Konsultant Wojewódzki w dziedzinie gastroenerologii.

W części dla pielęgniarek uczestniczyło ponad 90 osób z Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego z Tomaszowa Lubelskiego, Oddziału Kardiologii z Zamościa oraz kilku poradni.

Wykłady prowadziły: Marta Łach i Joanna Szmigielska z Tomaszowa Lubelskiego oraz Iwona Bielawska, Alina Kapuśniak, mgr Bernarda Dudek i mgr Iwona Sanocka.

Spotkanie przebiegało w formie warsztatów, toczono dyskusje na temat roli pielęgniarki w procesie prewencji, pielęgnowania i leczenia pacjentów z chorobą wieńcową.

Organizatorzy zgodnie podkreślili jak ważna w tym procesie jest rola pielęgniarki.

Po części szkoleniowej uczestnicy zostali zaproszeni na uroczysty obiad.

Kolejna Ars-Medica znów okazała się wielkim sukcesem. Tak wysoki poziom merytoryczny konferencji przełoży się na jeszcze lepsze wyniki w leczeniu i pielęgnowaniu pacjentów kardiologicznych. Organizatorzy dziękują wszystkim uczestnikom za zaangażowanie i liczne przybycie.

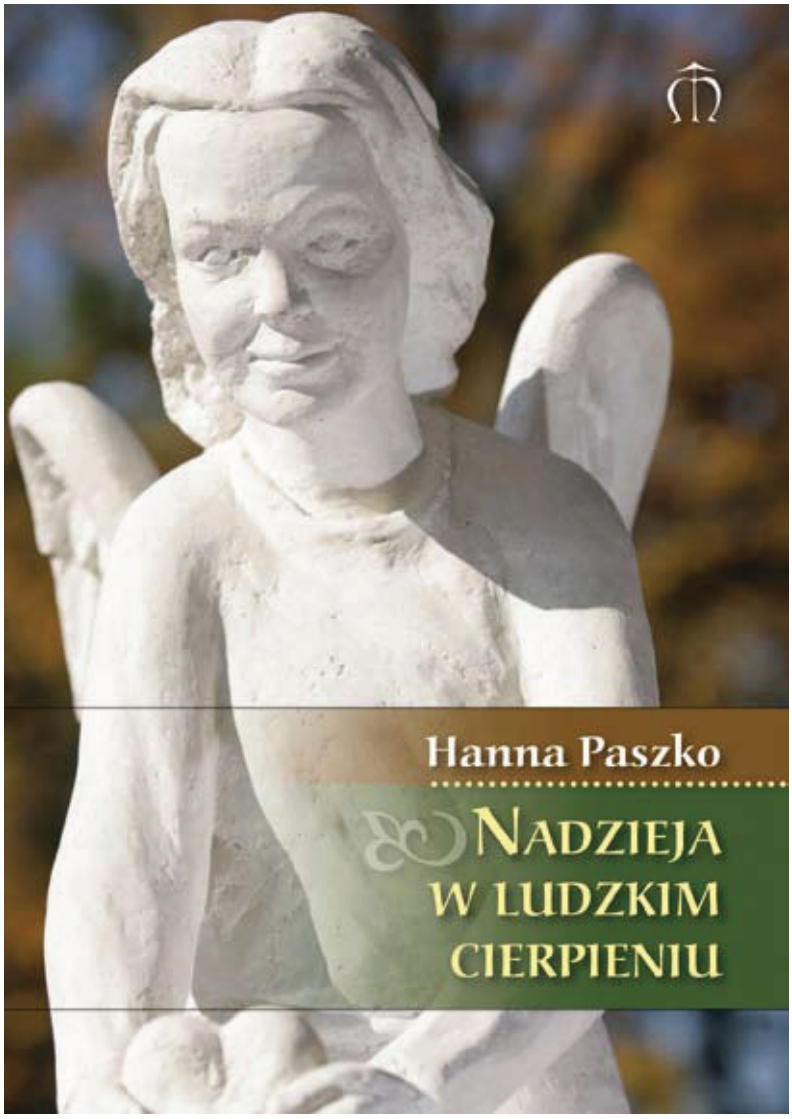
Do zobaczenia na Ars-Medica 2015 r.

Opracowała: **Lucyna Podhajna-Wojtowicz**

PROMOCJA KSIĄŻKI

NADZIEJA W LUDZKIM CIERPIENIU

Hanna Paszko



ZAPRASZA

Księgarnia św. Jacka Sp. z o.o.

www.ksj.pl

Książka jest głęboką pielęgniarską zadumą, przybliżającą temat ludzkiego cierpienia i ludzkiej bezradności, która dotyka każdego człowieka, niezależnie od tego, ile ma lat, jaki wykonuje zawód i gdzie mieszka. Jej bohaterowie – to ludzie najbardziej zwyczajni, nieznani szerokiej opinii publicznej, ale wyjątkowi poprzez swoje świadectwa, dawane w czasie najtrudniejszych przeżyć i dramatów ludzkich, od narodzin aż do naturalnej śmierci.

Cała książka jest przepełniona nadzieją, że to, co po ludzku trudne do zaakceptowania, z wiarą i miłością można przyjmować, można z tym żyć i nie upadać. Można trwać i pomagać innym, dając serdeczną przyjaźń, uśmiech, radość z każdego nowego dnia życia, w pełnym zawierzeniu Bogu.