

Biuletyn

3/2018

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu



Urszula Łagowska	4
Informacja w sprawie porozumienia	5
Porozumienie z 9 lipca 2018r.	10
Dziennik ustaw	14
Druga edycja wycieczki do Wiednia	16
Udar mózgu i jego zagrożenia	17
Doskonalenia zawodowe	21
Komunikat	24
Kondolencje	25
Michał Olejnik o swojej pracy zawodowej	20

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
wejdź na naszą stronę internetową:
www.oipip.kalisz.pl



Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu w każdą środę
w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Jadwiga Soińska
Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opraco-
wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
w ochronie zdrowia.

Data wydania:

WRZESIEŃ 2018

Nakład:

750 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Mija już miesiąc od wejścia w życie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie OWU, które jest realizacją Porozumienia zawartego pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczącym podjęcia działań zmierzających do stabilizacji wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przez włączenie dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne.

Wejście w życie rozporządzeń poprzedzone było wielką falą ataków ze strony innych zawodów medycznych. Obecnie większość wniosków o wydanie opinii dotyczącej proponowanego podziału środków została już zaopiniowana przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych i przekazana zwrotnie do świadczeniodawców, aby mogły zostać przekazane środki z NFZ.

Ważnym zapisem jest uzasadnienie do rozporządzenia Ministra Zdrowia, że mechanizmy wzrostu wynagrodzenia dotyczą także „pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w podstawowej opiece zdrowotnej”. Jednak warunkiem koniecznym do przekazania środków na wzrost wynagrodzeń było zgłoszenie wszystkich zatrudnionych pielęgniarek i położnych do NFZ, w terminie do 21 września 2018 r.

Pielęgniarki i położne zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej i specjalistycznej opiece zdrowotnej mogą sprawdzać bezpośrednio u pracodawcy oraz Oddziale NFZ czy pracodawca przesłał do Oddziału NFZ w określonym terminie informacje o liczbie zatrudnionych pielęgniarek i położnych objętych planowanymi regulacjami płacowymi.

Dziękujemy tym pracodawcom, którzy bardzo rzetelnie podeszli do tematu i bezproblemowo dokonali propozycji podziału środków zgodnie z prawem. Tylko nieliczni świadczeniodawcy nie chcą przekazać niezbędnych danych dotyczących propozycji podziału środków, co uniemożliwia wydanie opinii. W podmiotach gdzie funkcjonuje OZZPiP porozumienie w sprawie podziału środków zawiera zarząd zakładowy. Niestety nie wszyscy dyrektorzy szpitali podjęli negocjacje. Mam nadzieję, że już w najbliższym czasie zostaną wypłacone należne środki i będziemy mogli egzekwować kolejne zapisy Porozumienia.

Zachęcam do lektury kolejnego już numeru Biuletynu, a w nim m.in. relacja z kolejnej już wycieczki do Wiednia. Biuletyn dostępny jest w wersji elektronicznej na stronie internetowej www.oipip.kalisz.pl, gdzie znaleźć można również bieżące informacje.

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

(-) Marek Przybył

ODESZŁA OD NAS NA ZAWSZE URSZULA KRZYŻANOWSKA-ŁAGOWSKA



11 SIERPNIĄ 2018 ROKU ODESZŁA OD NAS NA ZAWSZE

**dr n. hum., pielęgniarka, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji UW,
stypendystka Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Genewie oraz nauczyciel akademicki.**

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
pierwszej kadencji samorządu pielęgniarek i położnych (w latach 1991–1995)**

Przypadło Jej w udziale budowanie struktur samorządu, który powstał niemalże równolegle z nurtem przeobrażeń ustrojowych i demokratycznych w naszym kraju.

Pragnęła transformacji polskiego pielęgniarstwa i nie szczędziła sił, aby walczyć o budowanie samodzielności oraz prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej. Miała duszę pionierki oraz wizjonerki, a przy tym odwagę, by podejmować się trudnych wyzwań. Czas tworzenia samorządu opisywała słowami piosenki: „To były piękne dni, naprawdę piękne dni” i dodawała przy tym: „Tylko do tego musieliśmy mieć: zdrowie, silne nerwy, motywację i wiarę, że podołamy”.

Była autorką wielu publikacji, m.in. „Organizacja opieki pielęgniarstwa w Polsce na tle porównawczym” (1991), „Znać swój los” (1994), „Wartości duchowe w etosie pielęgniarstwa” (2005), „Idea samorządności – wspomnienia, rozmowy, fakty” (2011). Wydała dwa tomiki wierszy: „Wyrazić siebie” (1993) i „Pobądź ze mną” (1995).

Niemalże do ostatnich swoich dni nie traciła kontaktu z samorządem pielęgniarek i położnych, aktywnie uczestniczyła w wielu samorządowych uroczystościach, konferencjach organizowanych w całym kraju.

***Pozostanie w naszej pamięci i sercach.
Będzie nam Jej brakowało.
Rodzinie i Bliskim
składamy najserdeczniejsze wyrazy współczucia.***



NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

I N F O R M A C J A

w sprawie POROZUMIENIA z dnia 09-07-2018r.

Porozumienie z dnia 09 lipca 2018r. zawarte w Warszawie pomiędzy OZZPiP oraz NIPiP, a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ ma na celu doprowadzić do sukcesywnego polepszenia dotychczasowych warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w Polsce.

Porozumienie obejmuje następujące obszary:

Wynagrodzenia:

W celu trwałej gwarancji wypłaty podwyżki 4x400 brutto brutto po 2019 roku, wychodząc naprzeciw żądaniom środowiska ze sporów zbiorowych w roku 2015 (wzrost wynagrodzeń zasadniczych o 1500 zł), strony porozumiały się, że środki finansowe przekazywane przez NFZ do świadczeniodawców na podstawie OWU będą nadal przekazywane także po 31-08-2019r. tj. w kwocie po 1.600,-zł. brutto brutto miesięcznie na jeden etat lub równoważnik etatu.

Uzgodniono, że pielęgniarki i położne zatrudnione na podstawie stosunku pracy (umowy o pracę zawarte na podstawie Kodeksu pracy), które otrzymują aktualnie środki z podwyżki 4 x 400,-zł. brutto brutto otrzymają na ich podstawie **od 01-09-2018r.** wzrost miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w kwocie **nie mniejszej niż 1.100,-zł.** w przeliczeniu na pełen etat. Dodatkowo dla tej grupy osób **od 01-07-2019r.** miesięczne wynagrodzenie zasadnicze wzrośnie jeszcze o **dalsze 100,-zł.** (łącznie, zatem o kwotę 1.200,-zł.). Te obligatoryjne wzrosty wynagrodzenia może pracodawca pokryć z kwoty 1.600,-zł. brutto brutto, jaką będzie otrzymywał od 01-09-2018r. z NFZ na podstawie OWU.

Jeżeli w wyniku podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1.100,-zł. (a od 01-07-2019r. o kolejne 100,-zł.) koszty tej podwyżki dla danej pielęgniarki lub położnej **nie przekroczą łącznie z pochodnymi i składkami ZUS obciążającymi pracodawcę kwoty 1.600,-zł. brutto brutto to pracodawca będzie zobowiązany tej pielęgniarce lub położnej dopłacać nadal dodatek miesięczny do wynagrodzenia** (chyba, że będzie inne porozumienie w tej sprawie z Zakładową lub Międzyzakładową Organizacją Związkową OZZPiP). Wynika to z uzgodnienia, że w pozostałym zakresie warunki przekazywania świadczeń z OWU nie ulegną zmianie, w tym pozostaną niezmienione mechanizmy podziału środków w danym podmiocie leczniczym (**UWAGA! Zostaje zachowana zasada równego ich podziału w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat lub równoważnik etatu**).

Przykład:

W przykładzie najbardziej skrajnym pielęgniarka nowo zatrudniona (po studiach), na pełnym etacie, która nie ma dodatku stażowego i która pracuje w podstawowym systemie czasu pracy (zatem nie ma dodatków świątecznych oraz za prace w porze nocnej) otrzyma:

Pracodawca ma dla niej mieć od 01-09-2018r. do dyspozycji na wzrost miesięcznego wynagrodzenia kwotę 1.600,-zł. brutto brutto.

Zgodnie z zawartym porozumieniem od 01-09-2018r. pielęgniarka ta otrzyma podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1.100,-zł. miesięcznie. Zatem koszt tej podwyżki dla pracodawcy wynosi:

1.100,-zł. powiększone o składki ZUS obciążające pracodawcę (łącznie koszt pracodawcy w tym przypadku tzw. brutto brutto to) = ok. 1.330,-zł. – (a winno być brutto brutto 1600 zł.). Wobec tego pielęgniarka **będzie musiała otrzymać jeszcze dodatek wyrównujący do miesięcznego wynagrodzenia, na który pracodawca przeznaczy kwotę około 270 zł** (według wyliczenia 1.600,-zł. – 1.330 zł.). Przypominamy o potrąceniu z tych kwot składek ZUS i US po stronie pracownika.

Podkreślamy, zatem że żadna z osób pracujących na etacie, które będą miały włączone dotychczasowe dodatki do pensji zasadniczej od 01.09.2018 nie straci, a przeciwnie może w perspektywie roku 2018-2019 zyskać na pochodnych wynikających ze stażu pracy, godzin nocnych, świątecznych, funkcyjnych i nadgodzin, często obecnie podbieranych z kwoty dodatku $3 \times 400 = 1200$ brutto brutto. Kwoty na cele tej regulacji będą ujęte w nowelizacji Rozporządzenia MZ oraz w planach finansowych NFZ.

Porozumienie z 09-07-2018r. **nie zmienia zasady** dalszego przekazywania środków na podstawie OWU do pielęgniarek i położnych zatrudnionych **na podstawie umów zlecenia**.

Porozumienie nie kwestionuje również zasady udziału pielęgniarek i położnych w podziale środków przekazywanych na podstawie OWU, **jeżeli pracują w kilku miejscach pracy** w wymiarze przekraczającym miesięcznie jeden etat lub równoważnik etatu.

Informacja bardzo ważna i korzystna dla środowiska pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ). Porozumienie z 09-07-2018r. reguluje zasady wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w POZ.

1/ Pielęgniarki i położne środowiskowe oraz pielęgniarki szkolne otrzymają podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego od 01-09-2018r. o kwotę 1.100,-zł. (od 01-07-2019r. o dalszą kwotę 100,-zł.) **także w sytuacji, gdy z uwagi na zbyt niską liczbę zapisanych pacjentów wzrost stawki kapitałowej, jaki otrzymuje dla tych osób pracodawca z NFZ nie wystarczy na pokrycie tej podwyżki.**

2/ Dodatkowo **taki sam wzrost wynagrodzeń zasadniczych** otrzymają również pozostałe pielęgniarki i położne POZ (nie mające tzw. aktywnych list pacjentów, a pracujące w gabinetach lekarskich lub punktach szczepień tzw. **pielęgniarki praktyki**).

Strony w terminie 3 miesięcy powrócą na forum Rady Dialogu Społecznego do rozmów celem zmiany obowiązujących obecnie współczynników pracy **tak, aby odzwierciedlały one wykształcenie, kompetencje oraz odpowiedzialność pracowników.**

Duży wpływ na wynagrodzenia będzie mieć uzyskana zgoda Ministra Zdrowia oraz przede wszystkim Prezesa NFZ, aby **świadczeniodawcy dwa razy w roku uaktualniali zgłaszane do NFZ listy pielęgniarek i położnych na potrzeby uzyskania środków na podstawie OWU.** Ma to znaczenie szczególnie dla nowo wchodzących do zawodu pielęgniarek i położnych, które prawo do wykonywania zawodu otrzymują po 1 sierpnia danego roku. Zapis ten ma również znaczenie dla pielęgniarek i położnych, które w trakcie roku będą chciały zmienić pracodawcę, co może być jeszcze częstsze po wprowadzeniu obligatoryjnych norm zatrudnienia w lecznictwie szpitalnym.

Uzyskano również deklarację Ministra Zdrowia, że zapewni w **jednostkach podległych lub nadzorowanych przez MZ** finansowanych z budżetu państwa (a nie z NFZ) wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych **zgodnie z dotychczasową praktyką.** Pielęgniarki i położne w tych podmiotach były poza działaniem podwyżki 4 x 400,-zł. (bo ich pracodawca nie miał kontraktu z NFZ), ale dotąd praktyką było uzyskiwanie przez te pielęgniarki i położne analogicznych podwyżek wynagrodzeń, przy czym wymagało to, co roku rozmów z MZ. Ponadto MZ zgodził się objąć tą zasadą także pielęgniarki i położne wykonujące zawód w **stacjach sanitarno – epidemiologicznych.**

Ustalono wprowadzenie od 01-01-2019r. nowego świadczenia kontraktowanego przez NFZ tzw. **porady pielęgniarskiej**.

Warunki pracy:

Strony uzgodniły wejście w życie z dniem **01-01-2019r. norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jako warunku kontraktowania świadczeń przez NFZ w zakresie świadczenia leczenia szpitalne** (uzgodnienie obejmuje zasadę wyliczania zatrudnienia w oparciu o równoważniki zatrudnienia 0,6 w oddziałach zachowawczych i 0,7 w oddziałach zabiegowych na łóżko, **przy czym od 01-07-2019 r. dla oddziałów pediatrycznych równoważniki zatrudnienia będą wyższe – 0,8 w oddziałach zachowawczych i 0,9 w oddziałach zabiegowych na łóżko**).

Strony uzgodniły również sukcesywne wprowadzenie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w obszarach opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, leczenie uzdrowiskowe, stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Uzgodniono wprowadzenie od **01-01-2019r. płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze 6 dni rocznie**, który mogą pielęgniarki i położne przeznaczyć na indywidualne doszkącanie się, w szczególności na udział w konferencjach, szkoleniach oraz kursach naukowych.

Pozostałe kwestie:

Minister Zdrowia ma zapewnić realizację wsparcia wejścia do zawodu pielęgniarek i położnych poprzez wypłaty stypendiów dla studentów i absolwentów podejmujących pracę w Polsce.

Minister Zdrowia akceptuje postulat zmiany przepisów regulujących przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze w niektórych podmiotach leczniczych.

Minister Zdrowia ma podjąć działania umożliwiające **zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych podejmujących służbę w Wojskach Obrony Terytorialnej** (uatrakcyjni ofertę podjęcia częściowo odpłatnej służby), ale będzie zachowana zasada **całkowitej dobrowolności** (służbę w WOT podejmować będą tylko osoby tym zainteresowane).

Strony porozumiały się także, że w przypadku dokonywania w przyszłości zmian systemowych w ochronie zdrowia, zmiany te będą konsultowane ze środowiskiem pielęgniarek i położnych.

Dodatkowo strony umówiły się, że od marca 2019r. rozpoczną prace nad projektem ustawy, która docelowo zastąpi rozwiązania zawarte w rozporządzeniach dotyczących OWU. Ponadto Strony uznały, że jest potrzeba **dostosowania dokumentu „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, a także przedłożenia jego finalnej wersji – w terminie do 31-12-2018r. – do przyjęcia przez Radę Ministrów do realizacji, jako program rządowy.**

OZZPiP zobowiązał się do niepodjęcia ogólnokrajowych akcji protestacyjnych do dnia 01-01-2021r., ale pod warunkiem realizacji postanowień Porozumienia. Dodatkowo strony umówiły się, że w styczniu 2020r. podejmą rozmowy mające ocenić realizację postanowień Porozumienia.

Zawarte Porozumienie i związane z nim przekazanie zewnętrznych środków na wzrosty wynagrodzeń grupy zawodowej pielęgniarek i położnych oraz poprawa warunków pracy mają być jedynie **pomocą dla pracodawców do wdrożenia w swoich zakładach pracy własnych indywidualnych rozwiązań.**

Podane w Porozumieniu wzrosty wynagrodzeń zasadniczych **zostały zapisane, jako nie niższe.** Porozumienie z dnia 09-07-2018r. **nie zabrania i nie ogranicza możliwości prowadzenia w poszczególnych zakładach pracy negocjacji dot. przekazania dodatkowych środków (pochodzących od pracodawcy) dla uzupełnienia puli środków przekazywanych na podstawie w/w Porozumienia.** Zakładowe i Międzyzakładowe Organizacje Związkowe OZZPiP mają prawo prowadzić teraz jak i w przyszłości negocjacje płacowe, a także negocjacje dotyczące warunków pracy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, czy to w trybie zwykłym tj. z wykorzystaniem ustawy o związkach zawodowych, czy też w trybie nadzwyczajnym tj. z wykorzystaniem ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych.

Oczywiście Porozumienie z 09-07-2018r. nie zabrania i nie ogranicza również naszych Zakładowych i Międzyzakładowych Organizacji Związkowych OZZPiP do udziału w negocjacjach płacowych, jakie będą prowadzić w przyszłości pracodawcy ze wszystkimi innymi organizacjami związkowymi dotyczącymi ogólnozakładowych wzrostów wynagrodzeń.

OZZPiP i NRPIP zobowiązały się natomiast, że będą pomagały rozwiązywać lokalne spory w podmiotach leczniczych, w których uczestniczyć będą środowiska pielęgniarek i położnych.

POROZUMIENIE

NIPiP wraz z OZZPiP podpisały porozumienie z Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

Po trwających pół roku negocjacjach w dniu 9 lipca 2018 r. zostało zawarte porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie:

- Włączenia dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego;
 - Wprowadzenia rozporządzenia dotyczącego norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych od 1 stycznia 2019 roku;
 - Wprowadzenia porady pielęgniarskiej jako świadczenia gwarantowanego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - Zagwarantowania 6-dniowego, płatnego, urlopu szkoleniowego od stycznia 2019 roku;
 - Nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych oraz innych działań mających na celu poprawę warunków pracy pielęgniarek i położnych w Polsce.
- Strony zobowiązały się do wspólnej pracy nad dokumentem „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w celu jego dostosowania do bieżących potrzeb środowiska oraz wypracowania jego finalnej wersji w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r., celem przedłożenia Radzie Ministrów.

POROZUMIENIE

zawarte w dniu 9 lipca 2018 r. w Warszawie pomiędzy:

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych z siedzibą 00-252 Warszawa, ul. Podwale 11, reprezentowanym przez Panią Krystynę Ptok – Przewodniczącą Zarządu Krajowego OZZPiP, zwanym dalej „OZZPiP”,

i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych z siedzibą 02-757 Warszawa, ul. Pory 78/10, reprezentowaną przez Panią Zofię Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, zwaną dalej „NIPiP”,

a Ministrem Zdrowia – Panem Łukaszem Szumowskim, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, zwanym dalej „Ministrem Zdrowia”,

i Narodowym Funduszem Zdrowia z siedzibą 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186, reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Pana Andrzeja Jacynę, zwanym dalej „NFZ”, zwane łącznie „Stronami”.

Mając na uwadze:

przepisy ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1881), art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 916), art. 38 ust. 1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 762),

art. 102 ust. 5 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)

Strony dokonały analizy Porozumienia zawartego pomiędzy Stronami w dniu 23 września 2015 r., którego celem było m.in. zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej, potrzeba zadbania o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, a także stworzenie warunków powodujących wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej dla nowych, napływających do zawodu kadr, i doszły do wniosku, że dotychczasowe rozwiązania w tym zakresie nie spełniły oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych. Niezbędne jest zatem podjęcie działań zmierzających do stabilizacji wynagrodzeń pielęgniarek i położnych poprzez włączenie dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne do podstawy wynagrodzenia.

Dodatkowo zawarcie niniejszego Porozumienia poprzedziła analiza wniosków wynikających z dokumentu pn. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” opracowanego w Ministerstwie Zdrowia.

Strony potwierdzają, że konieczne były działania mające na celu przyspieszenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 6% Produktu Krajowego Brutto (PKB) w sposób określony w ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o

świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Mając na uwadze powyższe, Strony zawierają niniejsze Porozumienie o następującej treści:

§ 1

1. Minister Zdrowia na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokona nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w celu zapewnienia pielęgniarkom położnym, o których mowa w tych rozporządzeniach, zatrudnionym na podstawie stosunku pracy, wzrostu wynagrodzenia zasadniczego w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie od dnia 1 lipca 2019 r. w przeliczeniu na jeden pełen etat, z tym że od dnia 1 września 2018 r. – w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie w przeliczeniu na pełen etat. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego będzie pokrywany ze środków NFZ przeznaczonych na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zgodnie z mechanizmem określonym ww. rozporządzeniach, również po dniu 31 sierpnia 2019 r. Dotyczy to także innych pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej.

Mechanizm ten nie będzie podlegał zmianom:

1. w zakresie sposobu podziału środków, w szczególności zostanie zachowana zasada równego ich podziału w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej (w razie nieosiągnięcia porozumienia albo braku opinii pozytywnej),

2. w stosunku do pielęgniarek i położnych objętych ww. rozporządzeniami, wykonujących zawód na podstawie innej niż stosunek pracy,

3. w zakresie stosowania stanowiska Ministra Zdrowia stanowiącego załącznik do Porozumienia z dnia 23 września 2015 r.

Wzrost wynagrodzenia zasadniczego, o którym powyżej, uwzględni dotychczasową wysokość wzrostu tego wynagrodzenia pokrywaną w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia wejścia w życie zmian w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ze środków finansowych, o których mowa w tych rozporządzeniach. Informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących u danego świadczeniodawcy zawód będą przekazywane dwa razy do roku.

2. W celu dokonania zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia zapewni wejście w życie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295) w terminie od dnia 1 stycznia 2019 r. zgodnie z równoważnikami zatrudnienia na łóżko nie niższymi niż określone w projekcie rozporządzenia, który przy piśmie z dnia 12 kwietnia 2018 r. (znak ASG.4082.68.2018.KoM) został przekazany do konsultacji publicznych. Dodatkowo Minister Zdrowia zapewnia, że w wydanym rozporządzeniu w oddziałach pediatrycznych równoważniki zatrudnienia na łóżko zostaną podwyższone od dnia 1 lipca 2019 r. do poziomu 0,8 w oddziałach zachowawczych oraz 0,9 w oddziałach zabiegowych.

3. We wrześniu 2018 r. Minister Zdrowia zapewni wejście w życie zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386 i 1610), zgodnie z wypracowanymi w Ministerstwie Zdrowia w 2015 r. równoważnikami zatrudnienia na łóżko. Minister Zdrowia zastrzega sobie w tym zakresie wypracowanie rozwiązań przejściowych na podstawie zebranych danych.

4. We wrześniu 2018 r. Strony rozpoczną dialog dotyczący wprowadzenia zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w następujących rodzajach świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, leczenie uzdrowiskowe, stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

5. Minister Zdrowia zapewni realizację projektu pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków”, w ramach III edycji konkursu ogłoszonego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.5. Rozwój usług pielęgniarskich”, zgodnie ze zmienionymi zasadami przyznawania stypendiów dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa

oraz wynagradzania opiekunów grup.

6. Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie nie później niż od dnia 1 stycznia 2019 r. tzw. porady pielęgniarskiej do świadczeń gwarantowanych z wybranych zakresów, po zasięgnięciu opinii OZZPiP oraz NIPiP.

7. Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie płatnego urlopu szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych w wymiarze 6 dni rocznie od dnia 1 stycznia 2019 r., w szczególności w celu udziału w konferencjach, szkoleniach oraz kursach naukowych.

8. Minister Zdrowia rozważy zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia regulującego sposób przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w niektórych podmiotach leczniczych w zakresie składu komisji konkursowych, po przedłożeniu pisemnej propozycji przez OZZPiP oraz NIPiP.

9. Strony deklarują, że w ramach Rady Dialogu Społecznego w terminie trzech miesięcy od dnia zawarcia niniejszego Porozumienia zainicjują prace nad zmianą współczynników pracy określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), tak aby współczynniki te odzwierciedlały wykształcenie, kompetencje oraz odpowiedzialność.

10. NFZ dokona nowelizacji odpowiednich zarządzeń w celu realizacji niniejszego Porozumienia i znowelizowanych rozporządzeń dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

11. NFZ przeznaczy w planach finansowych NFZ środki finansowe umożliwiające realizację ust. 1.

12. Minister Zdrowia podejmie działania zmierzające do zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych podejmujących dobrowolnie służbę w Wojskach Obrony Terytorialnej.

13. Minister Zdrowia zapewni w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zgodnie z dotychczasową praktyką. To samo będzie dotyczyć pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

14. Minister Zdrowia deklaruje, że zamierza przeprowadzić ogólnopolskie kampanie informacyjne promujące wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej i zaprasza w tym zakresie do współpracy OZZPiP oraz NIPiP.

15. Minister Zdrowia deklaruje wolę konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek i położnych przy wprowadzaniu kolejnych zmian systemowych w ochronie zdrowia.

§ 2

1. Strony zgodnie oświadczają, że akceptują ustalenia określone w niniejszym Porozumieniu i będą zgodnie współdziałać w ich realizacji w ramach kompetencji własnych i wyłącznych danej Strony wynikających z przepisów ustawowych oraz przepisów prawa wewnętrznego.

2. OZZPiP zobowiązuje się do niepodjęwania ogólnokrajowych akcji protestacyjnych od dnia podpisania niniejszego Porozumienia do dnia 1 stycznia 2021 r., pod warunkiem realizacji postanowień niniejszego Porozumienia.

3. Strony zgodnie oświadczają, że będą dążyć do wspólnego rozwiązywania lokalnych sporów w podmiotach leczniczych, w których uczestniczą środowiska pielęgniarek i położnych.

4. W styczniu 2020 r. Strony odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji postanowień zawartych w § 1.

5. Strony przystąpią do prac nad projektem ustawy, który zastąpi regulacje zawarte w rozporządzeniach dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w § 1 ust. 1, w marcu 2019 r.

6. Strony zobowiązują się do pracy nad dokumentem pt. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w celu jego dostosowania do bieżących potrzeb środowiska oraz wypracowania jego finalnej wersji w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r. celem przedłożenia Radzie Ministrów.

§ 3

Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

§ 4

Porozumienie wchodzi w życie z dniem 9 lipca 2018 r.

POROZUMIENIE

OZZPiP, NIPiP, MZ, i NFZ

9 lipca 2018

**Wzrost podstawowego
wynagrodzenia
zasadniczego o 1100 zł
od 1 września 2018 r.
+ 100zł od 1 lipca 2019**

**Wrzesień 2018
kontynuacja prac nad
zmianą wskaźników w
ustawie o płacy
minimalnej**

**Wrzesień 2018
kontynuacja prac nad
normami zatrudnienia dla
aos, psychiatrii, opieki
długoterminowej, hospicja,
rehabilitacja
i uzdrowiska**

**Styczeń 2019
dodatkowe 6 dni płatnego
urlopu szkoleniowego**

**Styczeń 2019
porada pielęgniarska
świadczenie odrębnie
finansowane**

**Styczeń 2019
normy zatrudnienia
w lecznictwie szpitalnym**

**Lipiec 2019
Wzrost wskaźnika
zatrudnienia w oddziałach
pediatrycznych**

**Styczeń 2020
kontynuacja rozmów
płacowych**

**Stypendia dla studentów
i dodatkowe wynagrodzenia
dla opiekunów staży (POWER)**

**Dodatek dla absolwentów
podejmujących pracę w
Polsce oraz mentorów
(POWER)**

**Sierpień 2018
weryfikacja list
pielęgniarek
uprawnionych do
wzrostu wynagrodzeń**

**Możliwość dodatkowego
zatrudnienia (służby) w
wojskach obrony terytorialnej**

**Kampania promująca
pozytywny wizerunek
pielęgniarki i położnej**



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 31 sierpnia 2018 r.

Poz. 1681

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 29 sierpnia 2018 r.

w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, 1552 i 1669) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) po § 4 dodaje się § 4a w brzmieniu:

„§ 4a. Pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.²⁾), i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4.”.

§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z 2017 r. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 1373), informację, według stanu na dzień 1 sierpnia 2018 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.³⁾), oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

2. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitałowa stawka roczna, sporządza:

- 1) w 2018 r., także według stanu na dzień 1 października 2018 r., i przekazuje do dnia 14 października 2018 r.;
- 2) w 2019 r., według stanu na dzień:
 - a) 1 stycznia 2019 r. i przekazuje do dnia 14 stycznia 2019 r.,
 - b) 1 kwietnia 2019 r. i przekazuje do dnia 14 kwietnia 2019 r.,
 - c) 1 lipca 2019 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019 r.

3. W 2019 r. informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitałowa stawka roczna, sporządza według stanu na dzień 1 lipca 2019 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019 r.

4. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1–3, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej:

- 1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r.;
- 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4a rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

§ 3. W zakresie trybu oraz sposobu podziału środków przekazanych w drodze zmiany umowy, o której mowa w § 2 ust. 4, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4–8 rozporządzenia, o którym mowa w § 1.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. J. Szczurek-Żelazko



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 31 sierpnia 2018 r.

Poz. 1682

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 29 sierpnia 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, 1552 i 1669) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z 2017 r. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 1373) w załączniku w § 16:

- 1) ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Prezes Funduszu ustala kapitacyjną stawkę roczną w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018 r. poz. 1681).”;

- 2) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Określając współczynniki korygujące na podstawie ust. 3, Prezes Funduszu uwzględnia wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3 i § 4a tego rozporządzenia.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. J. Szczurek-Żelazko

WYCIECZKA

DRUGA EDYCJA WYCIECZKI DO WIEDNIA

W dniach 7-8-9 września 2018r. zgodnie z zapowiedzią odbyła się druga edycja wycieczki do Wiednia.

Uczestnicy odwiedzili tak jak w poprzedniej edycji Ziemię Kłodzką, Wiedeń i Morawski Kras.

Pogoda dopisywała i czas mijał szybko w doskonałym towarzystwie i niestety nadeszła chwila powrotu do domu ale z nadzieją na następną bardzo udaną wycieczkę.



UDAR MÓZGU I JEGO ZAGROŻENIA

Udar mózgu stanowi trzecią pod względem częstości przyczynę zgonów krajów rozwiniętych. U każdego chorego udar niedokrwienny może objawiać się czymś innym, u niektórych chorych zaczyna się on od zwykłego drżenia i niemożności poruszania dłońmi, u innych pierwszym symptomem może być pojawienie się niezrozumiałej bełkotliwej mowy.

Udar mózgu to nagle, miejscowe zaburzenie krążenia krwi w mózgu. W Polsce co roku udar mózgu osiąga ok. 70 tys. osób, z czego aż 30 tys. umiera w ciągu miesiąca. Spośród tych, którym udaje się przeżyć ostrą fazę udaru, 20 proc. wymaga stałej opieki, 30 proc. pomocy w niektórych codziennych czynnościach, zaś 50 proc. pacjentów po udarze mózgu odzyskuje niemal pełną sprawność, jest samodzielna, może wrócić do pracy.

Udar mózgu to obumarcie części mózgu wskutek zatrzymania dopływu krwi do tkanki mózgowej. Wyróżnia się dwa główne typy udaru: niedokrwienny i krwotoczny.

Udar niedokrwienny powstaje wtedy, gdy tętnica zaopatrująca jakąś część mózgu w krew staje się niedrożna, tzn. krew nie przepływa przez nią lub przepływa z ilości niewystarczającej, aby komórki mózgu otrzymały jej tyle, ile potrzebują. Najczęstszą przyczyną zwężenia lub zatkania tętnicy jest miażdżycza. Tak zwane blaszki miażdżycowe (składające się głównie z cholesterolu odkładającego się w ścianie naczynia krwionośnego) stopniowo narastają i coraz bardziej zwężają światło tętnicy, aż w końcu dochodzi do jej całkowitego zablokowania, zwykle wskutek powstania zakrzepu krwi w miejscu zwężenia (wówczas przepływ krwi nagle ustaje).

Inną, częstą przyczyną zatkania tętnicy jest jej zator, czyli zablokowanie przez skrzeplinę powstałą w sercu (np. w czasie migotania przedsionków albo na powierzchni zmienionych chorobowo lub sztucznych zastawek serca, bądź w lewej komorze serca po zawale) lub, sporadycznie, w żyłach kończyn – u osób, u których istnieje drożne połączenie między prawym i lewym przedsionkiem serca (tzw. przetrwały otwór owalny). Zator może też wystąpić, gdy fragmenty pękniętej blaszki miażdżycowej, np. w tętnicach szyjnych, odrywają się, docierają z prądem krwi do tętnicy mózgowej i ją zatykają. Kiedy doszło do samoistnego udrożnienia tętnicy, zanim niedokrwione komórki mózgu

zostały nieodwracalnie zniszczone, mamy do czynienia z „niedoszłym” udarem – napadem przemijającego niedokrwienia mózgu.

Udar krwotoczny powstaje w wyniku pęknięcia ściany tętnicy mózgowej i wylania się krwi poza naczynie, wskutek czego krew nie dociera do tkanki mózgowej w obszarze zaopatrywanym przez pękniętą tętnicę. Krew wydostająca się z uszkodzonego naczynia niszczy okoliczną tkankę nerwową i powoduje wzrost ciśnienia wewnątrz czaszki, co zaburza czynność całego mózgu (a nie tylko komórek w miejscu udaru).

Udary krwotoczne dzieli się na **krwotoki śródmózgowe** (uszkodzone naczynie znajduje się wewnątrz mózgu) i **krwotoki podpajęczynówkowe** (uszkodzone naczynie znajduje się na powierzchni mózgu, a krew gromadzi się między mózgiem a otaczającą go ochronną błoną, zwaną oponą pajęczą). Główną przyczyną krwotoku śródmózgowego jest wieloletnie nadciśnienie tętnicze, powodujące powstawanie tzw. mikrotętniaków (poszerzeń małych tętnic), których ściany są podatne na pęknięcie. Krwotok podpajęczynówkowy zwykle jest spowodowany pęknięciem większego tętniaka lub naczyniaka, będącego skutkiem wrodzonej wady ściany naczynia. Udary krwotoczne są zwykle cięższe niż udary niedokrwienne, częściej kończą się śmiercią lub znaczną niepełnosprawnością, a możliwości ich leczenia są bardziej ograniczone.

Miniudar to inaczej przemijające ataki niedokrwienne. Chociaż objawy ustępują dość szybko, nawet w ciągu godziny, i miniudar sam w sobie nie jest niegroźny, mogą wystąpić kilkakrotnie i są zwykle zwiastunem dużego udaru. Szacuje się, że u co piątej osoby po miniudarze prawdziwy udar może wystąpić w ciągu kilku dni lub tygodni.

Złośliwy udar mózgu - w rzadkich przypadkach udar niedokrwienny spowodowany nagłym zamknięciem światła dużego naczynia mózgowego (np. zatorem

tętnicy środkowej mózgu) może dawać objawy udaru krwotocznego.

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka niemodyfikowalne na które nie mamy wpływu:

- wiek (powyżej 55 lat – nie oznacza to, że młode osoby nie zapadają na udar, tylko że częstość występowania udarów rośnie z wiekiem)
- płeć (częściej u kobiet niż u mężczyzn)
- rasa (częściej chorują osoby rasy czarnej)
- czynniki genetyczne

Najczęstszy i najważniejszy czynnik ryzyka udaru mózgu to nadciśnienie tętnicze. Ustawienie ciśnienia tętniczego w granicach ideału (120/80 mm Hg) obniża ryzyko udaru aż o 30-40 proc.

Czynniki ryzyka modyfikowalne, na które mamy wpływ

- nadciśnienie tętnicze
- choroby serca (migotanie przedsionków, wady serca)
- palenie papierosów
- cukrzyca
- choroby naczyń (zwłaszcza zaawansowana miażdżyca)
- zaburzenia gospodarki lipidowej
- otyłość lub duża nadwaga
- zespół bezdechu sennego
- nadużywanie alkoholu

Czynniki ryzyka udaru typowe dla kobiet:

- hormonalna terapia zastępcza
- poziomy hormonów, a konkretnie niski poziom hormonu dehydroepiandrosteronu (DHEAS)
- antykoncepcja hormonalna
- wczesny wiek pierwszej miesiączki (mniej niż 10 lat)
- wczesny wiek menopauzy (poniżej 45 lat)
- powikłania ciążowe - cukrzyca ciążowa, stan przedrzucawkowy, nadciśnienie tętnicze w czasie ciąży lub bezpośrednio po niej

Naukowcy zwracają uwagę, że nie każda kobieta, u której występuje jeden lub więcej czynników, będzie miała udar mózgu. Jednak, ich zdaniem, lekarze powinni zwrócić szczególną uwagę na takie pacjentki.

Diagnostyka

Rozpoznanie choroby ustala się na podstawie:

- wywiadu lekarskiego,
- objawów klinicznych i badania neurologicznego,

• badań podstawowych krwi (wykluczając inne zaburzenia mogące dawać podobne objawy neurologiczne),

• badań neuroobrazowych, głównie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego (w początkowej fazie może nie być żadnych zmian w obrazie TK).

Innym narzędziami diagnostycznymi stosowanymi w rozpoznawaniu udaru niedokrwiennego są:

- EKG i RTG klatki piersiowej,
- badania biochemiczne,
- pulsoksymetria,
- nakłucie lędźwiowe (w razie podejrzenia krwawienia podpajęczynówkowego przy prawidłowym TK),
- badanie USG duplex tętnic szyjnych i przezczaszkowe,
- USG serca przezklatkowe,
- angiografia (ewentualnie angio MR/TK).

Ważna jest również ocena stanu ogólnego pacjenta wg specjalnych mierników np. Skala Glasgow (skala GSC) czy Skala Udarowa (skala NIHSS).

Nie istnieje jedna metoda, która w pełni potrafi rozpoznać lub wykluczyć udar mózgu.

Każdy udar mózgu, nawet z niewielkimi objawami, jest stanem zagrożenia życia i wymaga jak najszybszego leczenia w szpitalu, najlepiej na tzw. oddziale udarowym, wyspecjalizowanym w opiece nad chorymi z udarem. Dotyczy to także napadu przemijającego niedokrwienia mózgu (nawet krótkotrwałego), ponieważ bardzo często poprzedza on o kilka godzin lub dni udar mózgu.

Komórki mózgu są bardzo wrażliwe na niedotlenienie i zaczynają umierać już po 4 minutach od wystąpienia udaru. Wielu chorych kwalifikuje się do leczenia, które może odwrócić lub znacznie ograniczyć skutki udaru, pod warunkiem, że leczenie to zostanie zastosowane nie później niż 3 godziny od początku udaru. Liczy się zatem każda sekunda i najważniejsze, co można i należy zrobić, podejrzewając udar mózgu u siebie lub innej osoby, to jak najszybciej zadzwonić po pogotowie ratunkowe. Jak najszybsze dotarcie do szpitala może uratować życie lub uchronić przed ciężką niepełnosprawnością.

Objawy

Objawy udaru zależą od tego, jaka część mózgu została uszkodzona. Zatkanie tętnicy doprowadzającej krew do niewielkiego obszaru mózgu powoduje zazwyczaj niewielkie objawy, ale jeśli w tym obszarze znajdują się życiowo ważne struktury (np. ośrodki odpowiedzialne za krążenie krwi i oddychanie, w pniu

mózgu), to następstwa ich niedokrwienia mogą być bardzo poważne.

Najczęstsze objawy udaru to:

- osłabienie mięśni twarzy, przejawiające się np. opadnięciem kącika ust po jednej stronie;
- osłabienie (niedowład) kończyny górnej lub dolnej, albo i górnej i dolnej po tej samej stronie ciała (ale po przeciwnej stronie niż ognisko udaru); chory ma trudności w poruszaniu kończyną, a w skrajnych przypadkach nie może nią wykonać żadnego ruchu; niekiedy towarzyszy temu uczucie drętwienia połowy ciała lub jakiegoś obszaru w obrębie jednej połowy ciała;
- zaburzenia widzenia, takie jak podwójne widzenie, ograniczenie pola widzenia, a nawet całkowitą utratę widzenia (najczęściej w jednym oku);
- osłabienie mięśni języka i gardła, co może się ujawnić trudnościami w połykaniu i mówieniu; chory może się krztusić w czasie jedzenia, a jego mowa staje się niewyraźna i trudna do zrozumienia (tzw. dysartria);
- zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów – ruchy chorego nagle stają się niezgrabne, potyka się, upuszcza przedmioty, ma trudności w ubieraniu się;
- nagły, bardzo silny ból głowy – zwłaszcza w przypadku krwotoku podpajęczynówkowego;
- zaburzenia lub utrata przytomności – rozległy udar (znacznej części lub szczególnie ważnych części mózgu) może sprawić, że chory staje się senny, trudno go rozbudzić, mówi nieskładnie, nie wie, gdzie się znajduje i co się z nim dzieje, albo całkowicie traci przytomność.

Objawy udaru mózgu nie zawsze pojawiają się od razu. Najpierw mogą wystąpić objawy ostrzegawcze. Jest to tzw. mały udar, znany także pod nazwą przemijającego niedokrwienia mózgu. Objawy małego udaru utrzymują się zwykle 15-60 minut, najdłużej 24 godziny i same ustępują całkowicie. Co piąty chory ma objawy ostrzegawcze, zanim zachoruje na udar dokonany.

Najczęstsze objawy w tzw. ostrej fazie udaru mózgu to objawy motoryczne, a więc niedowłady kończyn, ręki lub nogi, albo jednocześnie górnej i dolnej kończyny najczęściej po tej samej stronie. Objawem udaru jest także asymetria dolnej części twarzy w zakresie ust. Kącik ust jest obniżony po jednej stronie, fałd nosowo-wargowy wygładzony i to również powoduje bardziej niewyraźną mowę. Kolejnym objawem świadczącym o udarze mózgu, są zaburzenia mowy i problemy z porozumiewaniem się. Rzadziej występują takie objawy jak np. podwójne widzenie. Czasami mogą wystąpić zawroty głowy i zaburzenia równowagi, zaburzenia chodu.

Leczenie

Postępowanie w ostrym okresie udaru niedokrwinnego

Leczenie okresu ostrego choroby jest wielokierunkowe, składa się ono z postępowania ogólnego oraz leczenia farmakologicznego.

Postępowanie ogólnomedyczne w pierwszych dobach udaru obejmuje głównie ściśle monitorowaniu stanu chorego:

- monitorowanie EKG, ciśnienia tętniczego, temperatury ciała, pulsoksymetrii (pomiar wysycenia tlenem krwi),
- nie obniżanie ciśnienia tętniczego w ostrej fazie udaru (leki obniżające ciśnienie podaje się, gdy przekroczy ono 220/120 mm Hg),
- kontrola gospodarki wodno-elektrolitowej – bilans płynów,
- ocena zaburzeń połykania, przy dysfagii – żywienie chorego przez zgłębnik żołądkowy,
- monitorowanie stanu neurologicznego – skale NIHSS, GCS,
- kontrola glikemii (czyli poziomu cukru we krwi, niekorzystny jest zarówno zbyt wysoki jak i zbyt niski poziom),
- przeciwdziałanie wzrostowi ciśnienia śródczaszkowego i zwalczanie obrzęku mózgu,
- profilaktyka zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej (stosowanie pończoch elastycznych, wczesna rehabilitacja ruchowa lub heparyny),
- odpowiednie ułożenie chorego w łóżku.

Leczenie farmakologiczne polega głównie na terapii przyczynowej, mającej na celu usunąć najczęstsze powody wystąpienia udaru niedokrwinnego mózgu tj. zatory lub zakrzepy. Stosuje się obecnie:

- leki antyagregacyjne – które zapobiegają tworzeniu się zakrzepów, uniemożliwiają agregację płytek krwi; włącza się je bardzo wcześnie, w pierwszych 48 godzinach od wystąpienia objawów klinicznych. Najczęściej stosowany jest kwas acetylosalicylowy (aspiryna);
- leki trombolityczne – których zadaniem jest rozpuszczanie materiału zatorowego, zamykającego światło naczynia. Najskuteczniejsze działanie obserwuje się, gdy zostaną one podane do 3 godzin od wystąpienia pierwszych objawów. W Polsce najchętniej stosowanym lekiem z tej grupy jest rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu (rtPA);
- leki przeciwwzakrzepowe – w ostrej fazie choroby mają one ograniczone zastosowania. Natomiast są one bardzo dobrymi lekami pomagającymi zapobiegać nawrotom schorzenia. Preparaty wykorzystywane w terapii udaru to heparyna niefrakcjonowana i drobnocząsteczkowa.

Początkowe leczenie ma celu zabezpieczenie podstawowych czynności życiowych. Lekarz może

zdecydować np. o podłączeniu kroplówki (w celu podawania leków lub uzupełniania płynów i substancji odżywczych), podaniu tlenu do oddychania przez maskę (w celu zwiększenia zaopatrzenia mózgu w tlen) lub podłączeniu respiratora, tj. urządzenia wspomagającego oddychanie (jeżeli chory ma trudności z oddychaniem).

Jeżeli od początku udaru (pojawienia się pierwszych objawów) upłynęło mniej niż 3 godziny (a w szczególnych przypadkach nawet do 6 godzin), możliwe jest zastosowanie tkankowego aktywatora plazminogenu (tPA, alteplazy) – leku rozpuszczającego zakrzep zatykający tętnicę. Takie leczenie upośledza jednak ogólną krzepliwość krwi i wiąże się z ryzykiem krwawienia. Stosuje się je wyłącznie u chorych z udarem niedokrwiennym. Alteplazy nie można więc zastosować w przypadku udaru krwotocznego ani u chorych, którzy niedawno przebyli zabieg chirurgiczny (mógłby wystąpić krwotok z rany).

Jeżeli jednak tętnica pozostaje zatkana dłużej niż kilka godzin, niedotlenione komórki mózgu ulegają nieodwracalnym zmianom i obumierają. Leczenie tkankowym aktywatorem plazminogenu nie jest już wówczas przydatne. Należy pamiętać, że początek udaru określa się jako ostatni punkt czasowy, kiedy pacjent na pewno był zdrowy (tzn. nie miał objawów udaru). Ponieważ w około jednej trzeciej przypadków do udaru dochodzi w czasie snu, w chwili, gdy chory zauważa objawy (po obudzeniu się), bywa już często za późno na podjęcie leczenia tkankowym aktywatorem plazminogenu (wiadomo jedynie, że pacjent na pewno był zdrowy poprzedniego dnia przed pójściem do łóżka).

Jeśli chory nie otrzymał alteplazy, to lekarz zwykle zleca aspirynę (kwas acetylosalicylowy), a niekiedy heparynę.

W przypadku udaru krwotocznego nie stosuje się wymienionych wyżej leków. Jeśli wylew krwi spowodował niebezpieczny wzrost ciśnienia wewnątrz czaszki, konieczny bywa zabieg neurochirurgiczny. Gdy przyczyną krwawienia śródczaszkowego jest naczyniak mózgu, to czasami wykonuje się zabieg wewnątrznaczyniowy.

Opieka pielęgniarska

Głównym celem opieki pielęgniarskiej nad chorym we wczesnej fazie udaru mózgu jest zapobieganie powikłaniom pielęgnacyjnym oraz współudział w zapobieganiu powikłaniom klinicznym. Po uzyskaniu stabilizacji stanu klinicznego pacjenta, zasadniczym celem działań pielęgniarskich jest przygotowanie chorego do samoobsługi i samodzielnego funkcjonowania, kształtowanie umiejętności zapobiegania powikłaniom wtórnym, wzmacnianie efektów rehabilitacji. Ponadto pielęgnowanie ukierunkowane jest na motywowanie

do zachowań prozdrowotnych i przestrzegania zasad profilaktyki wtórnej.

We wczesnej fazie udaru istotnym elementem opieki pielęgniarskiej jest monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, ocena dominujących objawów neurologicznych i dokumentowanie wyników obserwacji, prowadzenie bilansu płynów, podawanie tlenu na zlecenie, ułożenie głowy chorego w pozycji uniesionej o 30°, w ramach profilaktyki wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego, udział w postępowaniu diagnostycznym i farmakologicznym. Pielęgniarka uczestniczy w zapobieganiu powikłaniom oddechowym poprzez nauczanie pacjenta skutecznego odksztuszania zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych, prowadzenie gimnastyki oddechowej, oklepywanie klatki piersiowej a w razie konieczności odsysanie zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego, częsta zmiana pozycji złożeniowej (co 2-3 godz.). Gdy tylko stan chorego się ustabilizuje, konieczna jest odpowiednia pielęgnacja chorego – w zależności od występujących zaburzeń neurologicznych np. odpowiednie żywienie, zapobieganie odleżynom – oraz intensywna rehabilitacja. Zabiegi te mają podstawowe znaczenie w ograniczeniu niepełnosprawności po udarze mózgu. W początkowym okresie udaru u chorego nieprzytomnego lub mającego porażone kończyny rehabilitacja polega na odpowiednim układaniu i zmianach pozycji ciała w celu zapobieżenia odleżynom i przykurczom. W miarę poprawy stanu chorego program rehabilitacji jest stopniowo rozszerzany o ćwiczenia fizyczne i zabiegi fizjoterapeutyczne, poprawiające sprawność ruchową i ogólne samopoczucie pacjenta. Chorego przygotowuje się do siadania w łóżku i chodzenia. U chorych z niedowładem kończyn potrzebna może być nauka chodzenia z pomocą chodzika lub laski oraz ćwiczenia poprawiające sprawność palców ręki.

U niektórych chorych skutkiem udaru może być afazja, czyli trudności w mówieniu lub rozumieniu mowy spowodowane uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu. Chory cierpiący na afazję może mieć trudności w nazywaniu przedmiotów, nie może sobie przypomnieć imion znajomych osób lub nie potrafi właściwie budować zdań. Pomocą chorym z afazją służy logopeda.

Leczenie rehabilitacyjne rozpoczęte w ostrym okresie udaru może być później kontynuowane na specjalistycznym oddziale rehabilitacji neurologicznej. Celem pobytu na takim oddziale jest m.in. terapia zajęciowa i nauka funkcjonowania w życiu codziennym oraz przystosowanie do pracy zawodowej pomimo ewentualnych ograniczeń wynikających z zaburzeń neurologicznych pozostałych po udarze. Pokonanie trudności emocjonalnych ułatwia psychoterapia. Pomocy udzielają też stowarzyszenia chorych.

Udar mózgu – zapobieganie

Profilaktyka pierwotna

◦ Kontrola ciśnienia tętniczego - zaleca się utrzymywanie wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mm Hg, a u osób obciążonych cukrzycą i chorobami nerek do 130/80 mm Hg

◦ Nie pal tytoniu i nie pij alkoholu

◦ U osób pijących alkohol zaleca się ograniczenie jego spożycia najwyżej do 2 drinków dziennie u mężczyzn i 1 u kobiet.

◦ Zwiększenie aktywności fizycznej - skutkuje to zmniejszeniem zapadalności na schorzenia sercowo-naczyniowe, także udar mózgu. Rekomendowany jest regularny wysiłek fizyczny, umiarkowanie intensywny, przez min. 30 minut dziennie (szybki marsz, jogging, jazda na rowerze, aerobik).

◦ Stosuj dietę ubogą w sód i bogatą w potas (sprzyja redukcji nadciśnienia tętniczego), częste spożywanie owoców i warzyw oraz ograniczenie tłuszczów zwierzęcych.

◦ Utrzymanie wagi ciała w normie. Jeśli masz nadwagę lub otyłość, zrzuć zbędne kilogramy - szczególnie, że jest otyłość lub nadwaga jest powiązana z innymi czynnikami ryzyka jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, cukrzyca.

◦ Kontrola poziomu cukru we krwi

◦ Ograniczenie stresu.

Profilaktyka wtórna – skierowana jest do osób, które przebyły już udar niedokrwienny bądź przemijający napad niedokrwienny. Opiera się ona na:

• Zastosowaniu farmakoterapii i/lub leczenia naczyniochirurgicznego. Lekami wykorzystywanymi w zapobieganiu udarom są kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel lub tiklopidyna (w razie nietolerancji kwasu acetylosalicylowego) czy dipirydamol.

• U pacjentów cierpiących dodatkowo na migotanie przedsionków lekami preferowanymi są doustne antykoagulanty (warfaryna lub acenokumarol).

• Leczenie chirurgiczne polega głównie na poszerzeniu światła tętnicy szyjnej wewnętrznej (tzw. endarterektomii) zwężonego przez blaszki miażdżycowe.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa: dr med. Marek Bodzioch: Udar mózgu, WWW.udar.mp.pl Magdalena Kowalkowska: Udar niedokrwienny mózgu – diagnostyka i leczenie, WWW.wylecz.to.

Monika Majewska: Udar mózgu: przyczyny, objawy, rodzaje i leczenie.

Wojciech Kozubski, Radosław Kaźmierczak: Podstawy kliniczne chorób naczyniowych mózgu, Pielęgniarstwo neurologiczne, PZWL. 2008

Kazimiera Adamczyk:
diagnoza pielęgniarstwa i plan opieki
nad chorym po udarze mózgu,
Pielęgniarstwo neurologiczne,
PZWL, 2008.

DOSKONALENIA ZAWODOWE

ZORGANIZOWANE PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Wiosną rozpoczęły się trzy edycje specjalizacji:

dwie z nich w dziedzinie Pielęgniarstwa geriatrycznego i Pielęgniarstwa anestezjologicznego intensywnej opieki odbywają się w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, natomiast trzecia w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego na wniosek pielęgniarek z Centrum Psychiatrycznego w Warcie realizowana jest w Warcie. Uczestniczkami tej specjalizacji są także pielęgniarki z naszego regionu.

W trakcie realizacji są również kursy specjalistyczne w zakresie: Leczenia ran, Wykonanie

i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego oraz Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, które odbywają się w

Szpitalu Powiatowym w Jarocinie na wniosek Kierownika ds. Pielęgniarek i innego personelu medycznego mgr Wandy Olesińskiej, zakończony został natomiast kurs doszkalcący Obsługa portu donaczyniowego.

W Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu realizujemy kursy specjalistyczne w zakresie: Resuscytacji krążeniowo-oddechowej i Wywiad i badanie fizykalne.

W październiku tego roku zakończona zostanie specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa chirurgicznego.



Ośrodek Kształcenia Poddyplomowego
Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o.

ul. Rymanowska 1, 35-083 Rzeszów
813-303-94-42
690679626

Adres do korespondencji:
ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

13 437 27 81
krosno@okppip.pl
okppip.pl

NABÓR NA BEZPŁATNE SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA NEONATOLOGICZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Ośrodek Kształcenia Poddyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa w Krośnie ogłasza nabór na bezpłatne szkolenie specjalizacyjne dofinansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego dla pielęgniarek i położnych.

Szkolenie specjalizacyjne obejmuje:

- zajęcia teoretyczne - 475 godz. realizowanych w systemie weekendowym;
- zajęcia stażowe - 365 godz. realizowanych w systemie stacjonarnym w placówkach na terenie województwa wielkopolskiego.

Warunkiem zakwalifikowania do udziału w szkoleniu specjalizacyjnym jest spełnianie wymogów formalnych:

- udokumentowanie co najmniej 2 lat stażu pracy w ciągu ostatnich 5-ciu lat;
- posiadanie aktualnego Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej;
- niekorzystanie w ciągu ostatnich pięciu lat ze szkolenia specjalizacyjnego dofinansowanego ze środków publicznych;
- uzyskanie pozytywnego wyniku z testu kwalifikacyjnego - 60 pytań.

Zakres literatury do testu:

1. Podstawy pielęgniarstwa- Zahardniczek K., Zarzycka D., Ślusarska B. (red.): PZWL Warszawa 2008 r.
2. Podstawy neonatologii- Szczapa J. (red.): PZWL, Warszawa 2008 r.

Uczestnik specjalizacji do ukończenia szkolenia specjalizacyjnego powinien przedstawić zaświadczenia o ukończeniu następujących kursów specjalistycznych:

1. *Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych* lub dyplom specjalisty uzyskany po 2001 roku lub dyplom uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa począwszy od naboru 2012/2013 r.

KWALIFIKACJE

Termin kwalifikacji: 16.10.2018 r. godz. 11:00

Miejsce kwalifikacji: Centrum Księdza Oriona, ul. Kościuszki 24, 62-800 Kalisz

Obowiązkowo na kwalifikacji każdy uczestnik musi mieć przy sobie:

- Prawo wykonywania zawodu
- Oryginał dokumentu potwierdzającego 2 letni staż pracy w zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat

Kontakt do organizatora: 508 867 756; 1343 72 781; krosno@okppip.pl

UWAGA!!!

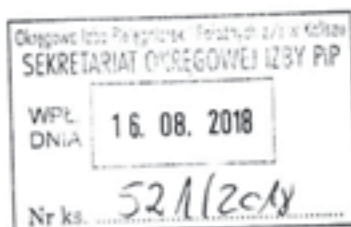
Informujemy, iż od 1 lipca 2017 r. obowiązuje System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), który obliguje wszystkie pielęgniarki/położne do zarejestrowania się w SMK pod adresem smk.ezdrowie.gov.pl oraz złożenia wniosku na wybrane szkolenie specjalizacyjne, co jest warunkiem dopuszczenia do postępowania kwalifikacyjnego.

Dane do logowania są dostępne na stronie internetowej OKPPiP.



PPK.0762.7.2018.JS

Warszawa, 08.08.2018



Pani
Hanna Philips
Zastępca Dyrektora ds.
medycznych
Wielkopolski Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
60-309 Poznań
ul. Grunwaldzka 158

Przełomna Pani Dycento!

W związku z pismem znak NIPiP-NRPIP-DM-002.90.2018.TK, z dnia 13 lipca 2018 r., Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych skierowanym do Ministra Zdrowia, przekazującym pismo znak OIPIP/429/2018, z dnia 4 lipca 2018 r. Przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, w sprawie wydawania przez lekarzy zleceń do pielęgniarek poz., dotyczących podania pacjentom w warunkach domowych lub w gabinecie pielęgniarki poz. iniekcji z produktu leczniczego ZYPADHERA, zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie działań w przedmiotowej sprawie.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi oraz pielęgniarence, która podaje ten produkt leczniczy, szczególnie biorąc pod uwagę przepisy przywołane w korespondencji oraz charakterystykę produktu leczniczego Zypadhera, a zwłaszcza konieczność zabezpieczenia po każdym wstrzyknięciu pobytu pacjenta w placówce ochrony zdrowia pod obserwacją wykwalifikowanego personelu przez przynajmniej trzy godziny, ze względu na możliwość wystąpienia objawów niepożądanych, a w przypadku ich wystąpienia ścisłego nadzoru medycznego i kontroli stanu pacjenta i podjęcia zalecanych działań, takich które mogą być wykonane wyłącznie w podmiocie leczniczym, koniecznym wydaje się skierowanie do świadczeniodawców niezbędnych informacji dotyczących opisywanej sprawy.

Uprzejmie proszę o przekazanie do Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu informacji o podjętych przez Państwa działaniach.

Do wiadomości:

1. Pani Zofia Małas

Prezes NRPIP
02-757 Warszawa
ul. Pory 78 lok. 10

2. Pan Marek Przybył

Przewodniczący ORPIP
62-800 Kalisz
ul. Korczaka 4a

[Signature]
DIREKTOR
Departament Pielęgniarek i Położnych
[Signature]
drn. o zdr. Beata Cholewka

NFZ**Narodowy Fundusz Zdrowia**
Wielkopolski Oddział Wojewódzki w PoznaniuWSOZ-SSP.401.41.2018
POZ.41.210346.KW.201805.09.2018
Poznań, dnia

Pani
Beata Cholewka
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

W odpowiedzi na pismo PPK.0762.7.2018.JS z dnia 8 sierpnia 2018 roku (data wpływu 13 sierpnia 2018 roku) w przedmiocie wydawania przez lekarzy zleceń do pielęgniarek poz, dotyczących podania pacjentom w warunkach domowych lub w gabinecie pielęgniarki poz iniekcji z produktu leczniczego ZYPADHERA, Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu informuje, iż skierował do świadczeniodawców za pośrednictwem informatycznego kanału wymiany informacji (SZOI) komunikat, zgodnie z załączoną treścią.

W załączeniu – Komunikat w sprawie warunków realizacji zlecanych zabiegów, w tym podawania iniekcji z produktu leczniczego ZYPADHERA

Dr. Przybył
PRZEWODNICZĄCY
Główną Radę Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu
mgr Marek Przybył 18.09.2018

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Hanna Philips

Komunikat w sprawie warunków realizacji zlecanych zabiegów, w tym podawania iniekcji z produktu leczniczego ZYPADHERA.

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina, że zlecenie wykonania zabiegu, np. podania iniekcji dożylniej, powinno uwzględniać warunki konieczne do podania danego leku (w domu pacjenta, w gabinecie pielęgniarki poz, gabinecie diagnostyczno-zabiegowym lekarza poz, gabinecie lekarza specjalisty, warunkach szpitalnych, bez obecności lekarza lub przy jego udziale), które zależą od specyfiki produktu leczniczego oraz stanu zdrowotnego pacjenta. Lekarz ordynujący lek do podawania parenteralnego jest zobowiązany do postępowania zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami medycznymi. Musi także przestrzegać zaleceń producenta zawartych w charakterystyce produktu leczniczego.

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi podawania produktu leczniczego Zypadhera 210 mg, 300 mg, 405 mg, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu podawany w iniekcji domięśniowej, Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje, że zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego Zypadhera:

- Produkt leczniczy powinien być podawany przez pracownika służby zdrowia przeszkolonego w zakresie właściwej techniki wykonywania iniekcji i w warunkach, w których istnieje możliwość obserwacji pacjenta po wstrzyknięciu, oraz zapewniony jest dostęp do właściwej opieki medycznej w przypadku przedawkowania produktu.

- Po każdym wstrzyknięciu leku przez co najmniej 3 godziny pacjenta należy obserwować w placówce służby zdrowia przez odpowiednio przeszkolony personel w celu identyfikacji możliwych objawów podmiotowych i przedmiotowych przedawkowania.

- Bezpośrednio przed opuszczeniem placówki służby zdrowia przez pacjenta należy upewnić się, że jest on świadomy, zorientowany i nie występują u niego żadne objawy podmiotowe i przedmiotowe przedawkowania.

- Jeżeli istnieje podejrzenie przedawkowania produktu, należy zapewnić ścisły nadzór medyczny i obserwować pacjenta do czasu ustąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych. Należy wydłużyć 3 godzinny okres obserwacji, jeżeli jest to wskazane ze względów

klinicznych, w przypadku pacjentów, u których występują objawy podmiotowe i przedmiotowe przedawkowania leku.

-Jeżeli w celu leczenia działań niepożądanych występujących po wstrzyknięciu niezbędne jest pozajelitowe podanie benzodiazepin, zaleca się przeprowadzenie dokładnej oceny stanu klinicznego pacjenta pod kątem występowania nadmiernego uspokojenia polekowego i depresji krążeniowo-oddechowej.

-Leczenie objawowe i monitorowanie czynności życiowych powinno być wdrożone zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta i powinno uwzględniać

leczenie niedociśnienia oraz zapaści krążeniowej oraz podtrzymywanie czynności oddechowych. Konieczne jest monitorowanie czynności układu sercowo-naczyniowego w celu wykrycia ewentualnych zaburzeń rytmu serca. Ścisła kontrola lekarska oraz monitorowanie powinny trwać do całkowitego powrotu pacjenta do zdrowia.

Zalecając podanie parenteralne produktu leczniczego Zypadhera należy bezwzględnie przestrzegać przytoczonych na wstępie zasad (w tym zaleceń wynikających z charakterystyki leku), w szczególności w przedmiocie skierowania pacjenta do podmiotu leczniczego zapewniającego odpowiednie warunki dla jego podania.

KONDOLENCJE

Składamy kondolencje i wyrazy współczucia

Katarzynie Rutkowskiej

z powodu śmierci **Mamy**

Łączymy się w żałobie i smutku :
Pracownicy Administracji
oraz Pielęgniarki i Położne OCZ w Ostrzeszowie

Wyrazy głębokiego współczucia naszej Koleżance

Elwirze Koniecznej

z powodu śmierci **Ojca**

składają Pielęgniarki i Położne OCZ
w Ostrzeszowie

Wyrazy głębokiego współczucia naszej Koleżance

Bożenie Krysiak

z powodu śmierci **Ojca**

składają Pielęgniarki i Położne Oddziału
Pediatriczno-Noworodkowego
oraz Pielęgniarki i Położne OCZ w Ostrzeszowie

Wyrazy szczerzego współczucia dla Koleżanki

Grażyny Ulatowskiej

z powodu śmierci **MAMY**

składają Pielęgniarki i Położne
Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie

Wyrazy szczerzego współczucia dla Koleżanki

Renaty Olszanowskiej

z powodu śmierci **Mamy**

składają Pielęgniarki i Położne
Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie.

Wyrazy szczerzego współczucia dla Kolegi

Ireneusza Sobczaka

z powodu śmierci **Mamy**

składają Pielęgniarki i Położne
Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie.

Wyrazy współczucia dla naszej Koleżanki

Janiny Machowicz

z powodu śmierci **Mamy**

składają: Kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska oraz
koleżanki z Oddziału Położnictwa
i Ginekologii Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Wyrazy współczucia dla Pielęgniarki

Angeliki Kopydłowskiej

z powodu śmierci **Mamy**

składają: Kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska
oraz koleżanki z Oddziału Wewnętrznego
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Wyrazy współczucia dla naszej Koleżanki

Bożenki Sobczakz powodu śmierci **Mamy**składają: Kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska
oraz Pielęgniarki i Położne Szpitala Powiatowego
w Jarocinie*Zawsze myśląc o innych - nigdy o sobie
cicho i spokojnie w cierpieniu,
odeszła w wieku 56 lat
nasza serdeczna koleżanka***Pielęgniarka
Jolanta Waszak**żegnają Pielęgniarki
Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej
WSZ w Kaliszu**PIELĘGNIARZ - STRAŻAK - RATOWNIK****MICHAŁ OLEJNIK O SWOJEJ PRACY ZAWODOWEJ**

Pan Michał jest pielęgniarzem i strażakiem. Jest jedną z osób, która uczestniczyła w akcji gaszenia pożaru w Szwecji. Oto co powiedział o sobie i swojej pracy.

Studia pielęgniarskie ukończyłem w 2008 r. broniąc pracy licencjackiej w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu. Niemal od razu rozpocząłem pracę w szpitalnym oddziale ratunkowym i zespołach ratownictwa medycznego jarocińskiego szpitala. Przez okres 6 lat zdobywałem doświadczenie teoretyczne i praktyczne z ratownictwa medycznego wykonując czynności pielęgniarskie ratunkowe, ucząc się od doświadczonych pielęgniarek i ratowników medycznych co procentuje do dnia dzisiejszego.

Przełomowym był rok 2015, kiedy udało mi się przejść kolejne etapy naboru i zostałem strażakiem - ratownikiem w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Jarocinie. Od początku swojej służby jestem członkiem zastępu wchodzącego w skład modułu Gaszenia Pożarów Lasów z Ziemi, który składa się z pojazdów i ludzi pełniących służbę w różnych jednostkach PSP w Wielkopolsce. Polska ma 6 takich modułów a ideą tych grup jest szybka pomoc na terenach zagrożonych takimi pożarami nie stwarzając problemów gospodarzom. Dlatego wyjeżdżając jesteśmy właściwie samowystarczalni posiadając własne namioty, wyżywienie, a nawet kontenery sanitarne z możliwością wzięcia prysznica.

Szwecja nie pamiętała od lat tak długiego okresu bez opadów deszczu przy wysokiej temperaturze co stworzyło warunki dla powstania pożarów na bardzo dużym obszarze. Dlatego kiedy ogniem zostały objęte bardzo duże połacie lasów tamtejszy rząd poprosił o pomoc Unię Europejską,

między wieloma krajami także Polska wyraziła swoją gotowość.

Na spakowanie i gotowość do wyjazdu mieliśmy z kolegami ok 2 godzin. Potem długa droga (ok. 1000 km.) do miejscowości Sveg, gdzie zbudowaliśmy obóz. Przez dwa tygodnie była to nasza baza wypadowa w okolicy miejscowości Karbole oddalonej o 50 km.

Naszym zadaniem była praca na odcinku ok 7, gdzie budowaliśmy linie i planowana była obrona powyższej miejscowości. Najbardziej doskwierało zmęczenie z powodu małej ilości snu, ale również momentami nasze obowiązki utrudniało zadymienie. Po dwóch tygodniach działań udało się osiągnąć zaplanowany cel, czyli niedopuszczenie do przejścia ognia. Uczestniczyliśmy również w dogaszaniu co wiązało się z mozolną pracą i trudnościami związanymi z dostaniem się w różne miejsca. Kilkakrotnie budowaliśmy linie gaśniczą i zwijaliśmy ją przesuwając się wzdłuż frontu pożaru.

Po zakończeniu i przekazaniu terenu działań cieszyliśmy się, że wracamy do domów, ale również, że udało się pomóc ludziom. Cały czas pewną motywacją było też powitanie nas przez Szwedów, którzy spontanicznie pojawiali się na trasach naszego dojazdu ale i powrotu z flagami i różnymi transparentami. Wielokrotnie nam dziękując co było bardzo budujące. Nie chcieliśmy ich zawiść.

Dla mnie była to przygoda, ale także duże doświadczenie, które długo będę pamiętał.





INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

■ Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

■ Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.

Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów	Wariant B Świadczenie 300 zł dziennie / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Niniejsza ulotka nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Przedstawicielstwo w Kaliszu
ul. Narutowicza 2A
62-800 Kalisz
tel. +48 62 757 16 22
tel. kom. 602 291 884

inter
UBEZPIECZENIA