

Biuletyn

3/2019

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu



Rejony wyborów	4
Regulamin Okręgowej Komisji Wyborczej	6
Pismo do Ministra Zdrowia	10
Odpowiedź z Ministerstwa	11
Bezpłatne szkolenia specjalistyczne	13
Kształcenie pielęgniarek	14
Szkolenia	15
Konferencja	16
Przewłkła opturacyjna choroba płuc	19
Choroby żył	22
Choroby odkleszczowe	24
Informacja w sprawie ustawy	26
Majowa wycieczka w obiektywie	27

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 drugą i czwartą środę 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
 Marek Przybył

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 2019

Nakład:

750 egz.

Druk:

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

Czas wakacji nieubłagalnie dobiegł końca. Przed nami nowy rok szkolny, akademicki, kontynuacja wcześniejszych działań. Okres letniego wypoczynku był też czasem wejścia w życie nowych aktów prawnych związanych z naszymi zawodami.

- 26 lipca 2019 roku weszło w życie **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień**. Pomimo okresu przejściowego do 31 grudnia 2020 roku nowe rozporządzenie określając minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w lecznictwie psychiatrycznym uchyla dotychczasowe rozporządzenie dotyczące ustalania minimalnych norm zatrudnienia. Osoby, które podnoszą przerost wskaźników w stosunku do realnych potrzeb, odsyłam do codzienności dyżurów w oddziałach psychiatrycznych przy obecnym stanie zatrudnienia. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz personelowi jest podstawowym obowiązkiem kierownika podmiotu leczniczego.

- po raz kolejny wspólne działania Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zakończyły się powodzeniem i doprowadziły do przedłużenia zmiany rozporządzenia, które gwarantuje kontynuację wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej** przedłuża do 31 marca 2020 r. obowiązujące przepisy regulujące tryb przekazywania przez świadczeniodawców informacji o liczbie pielęgniarek i położnych, które są objęte podwyżkami na mocy przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz obowiązujących zasad wypłacania dodatkowych środków na wzrost wynagrodzeń tych pielęgniarek i położnych.

- **ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami** jest pierwszym tego typu aktem prawnym, który zapewnia kompleksowość oraz integrację działań osób sprawujących opiekę zdrowotną (pielęgniarki, lekarza) nad uczniami. Podnosi również znaczenie promocji zdrowia, profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej dla zachowania zdrowia. W przypadku świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę, świadczenie będzie realizowane w gabinetach profilaktyki zdrowotnej. Za zapewnienie gabinetu profilaktyki zdrowotnej oraz gabinetu dentystycznego odpowiada organ prowadzący szkołę, który będzie udostępniać pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania albo higienistce szkolnej gabinet profilaktyki zdrowotnej nieodpłatnie. Monitorowanie opieki zdrowotnej nad uczniami realizowane będzie przez wojewodów oraz Instytut Matki i Dziecka. Nowe przepisy wejdą w życie 12 września 2019 r.

Przed nami pracowity okres związany z wyborami delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, który odbędzie się w marcu 2020 roku. To ważne wydarzenie dla całego środowiska zawodowego, dlatego już teraz należy zastanowić się, kogo warto wskazać do reprezentowania interesów pielęgniarek i położnych w danym okręgu. Od zaangażowania, pracowitości i rozwagi wybranych delegatów, zależeć będzie przyszłość samorządu, ponieważ ich decyzje będą miały wpływ na codzienne funkcjonowanie każdej pielęgniarki i położnej. Do końca marca 2020 r. w całej Polsce odbywać się będą okręgowe zjazdy, na których wybrani zostaną delegaci na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Zjazd wyborczy odbędzie się w dniach 19-20 maja 2020 r. w Warszawie. **Szczegółowe informacje dotyczące terminów wyborów znajdują się wewnątrz numeru, na stronie internetowej www.oipip.kalisz.pl oraz można uzyskać w siedzibie OIPiP w Kaliszu, ul. Korczak 4A.**

Zapraszam serdecznie do lektury nowego numeru Biuletynu oraz do udziału w zebraniach wyborczych w poszczególnych rejonach.

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
(-) Marek Przybył

REJONY WYBORCZE

TERMINY WYBORÓW DLA POSZCZEGÓLNYCH REJONÓW WYBORCZYCH

Rejon wyborczy nr 1:

KALISZ

Praktyki indywidualne i grupowe pielęgniarek i położnych, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, zakłady pracy chronionej, zakłady opieki zdrowotnej, przychodnie, praktyki lekarskie zatrudniające pielęgniarki i położne.

Data i miejsce spotkania wyborczego: 09.10.2019r. godz. 14.00 Sala szkoleniowa OIPiP ul. Korczak 4a

Rejon wyborczy nr 2:

JAROCIN I POWIAT JAROCIŃSKI

Szpital Powiatowy, placówki podstawowej opieki zdrowotnej i zakłady zatrudniające pielęgniarki i położne, DPS Zakrzew, DPS Raszewy, Ośrodek Wychowawczy Cerekwica, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, Jednostka Wojskowa, Ośrodek Terapii Uzależnień, PSSE

Data i miejsce spotkania wyborczego: 10.10.2019 godz. 13.30 -sala konferencyjne Powiatowego Szpitala w Jarocinie ul. Szpitalna 1

Rejon wyborczy nr 3:

KALISZ

Wojewódzki Szpital Zespolony, Narodowy Fundusz Zdrowia O/Kalisz, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Żłobki, PWSZ, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Zakład Karny, Wielkopolskie Centrum Onkologii o/Kalisz.

Data i miejsce spotkania wyborczego: 10.10.2019 godz. 12.00 – sala audiowizualna WSZ w Kaliszu ul. Poznańska 79

Rejon wyborczy nr 4:

WOJEWÓDZKI ZAKŁAD OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W SOKOŁÓWCE

Data i miejsce spotkania wyborczego: 09.10.2019 godz. 11.00 – stolówka w oddz. psychiatrycznym Sokółówka 62-840 Koźminek

Rejon wyborczy nr 5:

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY ZZOZ CHORÓB PŁUC I GRUŻLICY W WOLICY K/ KALISZA,

Data i miejsce spotkania wyborczego: 15.10.2019r. godz. 11.30 – sala konferencyjna budynku szpitala

Rejon wyborczy nr 6:

KĘPNO I POWIAT KĘPIŃSKI

Szpital, DPS Rzetnia, PSSE, placówki podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zakłady zatrudniające pielęgniarki i położne, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, MGOPS, żłobki

Data i miejsce spotkania wyborczego: 16.10.2019 godz.12.30 – sala konferencyjna SPZOZ Kępno ul Szpitalna 7

Rejon wyborczy nr 7:**KROTOSZYN, KOŹMIN I POWIAT KROTOSZYŃSKI**

Szpital, DPS Zduny, DPS Baszków, placówki podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej i zakłady zatrudniające pielęgniarki i położne, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, żłobki, PSSE.

Data i miejsce spotkania wyborczego: 16.10.2019r. godz. 14.00 – świetlica SPZOZ Krotoszyn ul. Młyńska 2

Rejon wyborczy nr 8:**OSTRÓW WIELKOPOLSKI**

Szpital, Caritas Ostrów, Żłobek Miejski, Medyczne Studium Zawodowe, Centrum Dializ, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa O/Ostrów Wlkp., DPS Ostrów Wlkp., PSSE, Areszt Śledczy, Centrum Pomocy Rodzinie, Poradnia Pulmonologiczna

Data i miejsce spotkania wyborczego: 16.10.2019 godz. 13.30 – Stołówka ZZOZ ul. Limanowskiego 20-22

Rejon wyborczy nr 9:**OSTRÓW WLKP. I POWIAT OSTROWSKI**

Placówki podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz zakłady zatrudniające pielęgniarki i położne, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, DPS Psary.

Data i miejsce spotkania wyborczego: 24.10.2019r. godz. 13.00 – Medyczne Studium Zawodowe w Ostrowie Wlkp.

Rejon wyborczy nr 10:**OSTRZESZÓW I POWIAT OSTRZESZOWSKI**

Szpital, DPS Kobyła Góra, DPS Kochłowy, DPS Marszałki, Kraszewice, Czajków, Grabów, placówki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zakłady zatrudniające pielęgniarki i położne, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, PSSE.

Data i miejsce spotkania wyborczego: 22.10.2019 godz. 13.00 – Świetlica Budynek administracji ul. Wolności 4

Rejon wyborczy nr 11:**PLESZEW I POWIAT PLESZEWSKI**

Pleszewskie Centrum Medyczne, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, GOPS, placówki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zakłady zatrudniające pielęgniarki i położne, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, Stacja Dializ, PSSE

Data i miejsce spotkania wyborczego: 24.10.2019 godz. 13.00 – sala konferencyjna Pleszewskiego Centrum Medycznego ul. Poznańska 125a

Rejon wyborczy nr 12:**POWIAT KALISKI**

Placówki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zakłady zatrudniające pielęgniarki i położne, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, Hospicjum Rożdżały, Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy w Kaliszu, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kaliszu, DPS Kalisz, OIPiP Kalisz.

Data i miejsce spotkania wyborczego: 23.10.2019 godz. 13.30 -Sala szkoleniowa OIPiP w Kaliszu ul. Korczak 4a

Rejon wyborczy nr 13:**DPS PLESZEW, DPS BRONISZEWICE, DPS FABIANÓW.**

Data i miejsce spotkania wyborczego: 25.10.2019 godz. 13.00 – biblioteka DPS Pleszew Pl. Wolności 5

Regulamin Okręgowej Komisji Wyborczej

§ 1.

1. Pierwsze posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej zwołuje Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.
2. Na posiedzeniu, o którym mowa w ust. 1, w głosowaniu jawnym dokonuje się wyboru:
 - a) przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej;
 - b) wiceprzewodniczącego;
 - c) sekretarza.
3. Zawiadomienie o terminie i miejscu posiedzeń przesyła się na 7 dni przed datą spotkania. Zawiadomienie o posiedzeniu może być również przekazywane telefonicznie, faksem lub drogą elektroniczną.

§ 2.

1. Pracami Okręgowej Komisji Wyborczej kieruje jej przewodniczący, a w razie jego nieobecności - wiceprzewodniczący.
2. Decyzje o zwołaniu kolejnych posiedzeń Okręgowej Komisji Wyborczej podejmuje jej przewodniczący, a w razie jego nieobecności - wiceprzewodniczący.
3. Obsługę biurową Okręgowej Komisji Wyborczej zapewnia pracownik Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.

§ 3.

1. Decyzje Okręgowej Komisji Wyborczej podejmowane są na posiedzeniach, zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy członków Komisji.
2. Z przebiegu posiedzenia sporządza się protokół, który zawiera opis przebiegu obrad oraz stosunek głosów przy podejmowanych decyzjach. Do protokołu załącza się listę obecności.

§ 4.

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje rejestr wyborczy, który obejmuje osoby wpisane do rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego w okręgowej izbie na dzień 1 września 2019 r., którym przysługuje czynne prawo wyborcze.
2. Rejestr wyborczy, o którym mowa w ust. 1, jest jawny i wgląd do niego możliwy jest w Biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.
3. Osobom, które z powodu przeniesienia się na teren działania innej okręgowej izby dokonują skreślenia z rejestru członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, a nie brały udziału w wyborach delegatów tej izby, na ich żądanie Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu wydaje zaświadczenie potwierdzające ten fakt.
4. Do rejestru wyborczego mogą być dopisane pielęgniarki i położne wpisane do rejestru członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu po dacie sporządzenia rejestru wyborczego, o ile przedstawią zaświadczenie, o którym mowa w ust. 3, wydane przez właściwą okręgową izbę, do której poprzednio dana pielęgniarka lub położna przynależała.
5. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu niewykonyjący zawodu, w tym emeryt lub rencista, może uczestniczyć w wyborach we wskazanym przez siebie rejonie wyborczym na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.

§ 5.

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje rejestr wyborczy oddzielnie dla każdego rejonu wyborczego. Wykaz rejonów wyborczych stanowi załącznik nr 2 do uchwały nr 43/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.
2. Rejestr wyborczy zawiera następujące dane:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) określenie zawodu (pielęgniarka/położna);
 - c) numer prawa wykonywania zawodu;
 - d) informacja o miejscu pracy;

3. Rejestr wyborczy udostępnia się do wglądu u pełnomocnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu w rejonie wyborczym na co najmniej 30 dni przed terminem zebrania wyborczego.

§ 6.

1. Reklamacje związane z rejestrem wyborczym składane są na piśmie w terminie najpóźniej 14 dni przed terminem wyborów.
2. Reklamacje, o których mowa w ust. 1, rozpatrywane są przez Okręgową Komisję Wyborczą w terminie 7 dni od daty wpłynięcia wniosku, a o podjętych decyzjach niezwłocznie informuje się Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu. Decyzja Okręgowej Komisji Wyborczej jest decyzją ostateczną.
3. O podjętych decyzjach w sprawie złożonych reklamacji powiadamia się na piśmie osoby wnoszące reklamację, niezwłocznie po zakończeniu prac Okręgowej Komisji Wyborczej.
4. Okręgowa Komisja Wyborcza nie rozpoznaje reklamacji niepodpisanych lub opatrzonych nieczytelnym podpisem.

§ 7.

1. Zawiadomienia o terminie i miejscu zebrań wyborczych dokonuje się na co najmniej 14 dni przed wyznaczonym terminem zebrania poprzez:
 - a) przekazanie zawiadomienia do rejonu wyborczego wraz z listą do podpisu potwierdzającą przyjęcie treści zawiadomienia do wiadomości lub
 - b) wywieszenie zawiadomienia w sposób określony w niniejszym Regulaminie, a umożliwiający zapoznanie się z zawiadomieniem wszystkich osób wpisanych do rejestru wyborczego lub
 - c) opublikowanie zawiadomienia w Biuletynie Informacyjnym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu oraz na stronie internetowej izby, tj.: www.oipip.kalisz.pl
2. Do zawiadomienia o zebraniu wyborczym należy dołączyć porządek zebrania wyborczego, w którym zawiera się dokładną informację o planowanym przebiegu wyborów w danym rejonie wyborczym.

§ 8.

1. Zebranie wyborcze przeprowadza się w ciągu jednego dnia, w trakcie którego wybiera się komisję mandatowo-skrutacyjną. W razie niemożności wyboru komisji mandatowo-skrutacyjnej spośród uczestników zebrania wyborczego, członkami komisji mandatowo-skrutacyjnej mogą zostać członkowie komisji wyborczej będący na zebraniu wyborczym.

§ 9.

Zebranie wyborcze otwiera przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej i prowadzi je do momentu wyboru przewodniczącego zebrania wyborczego, po czym sprawuje nadzór nad prawidłowym przebiegiem zebrania wyborczego oraz pełni funkcję doradcy.

§ 10.

Zebranie wyborcze rejonu wyborczego odbywa się niezależnie od liczby obecnych na nim pielęgniarek i położnych należących do tego rejonu wyborczego.

§ 11.

1. Zgłoszenia kandydatów na delegatów przyjmuje się na ustny albo pisemny wniosek wyłącznie od członka samorządu uczestniczącego w zebraniu wyborczym, w tym od samego kandydata.
2. Zgłoszenie powinno zawierać :
 - a) imię i nazwisko zgłaszającego;
 - b) imię, nazwisko oraz zawód kandydata;
 - c) miejsce pracy kandydata.
3. Zgłoszony kandydat musi być obecny na zebraniu wyborczym i powinien wyrazić ustnie zgodę na kandydowanie.
4. Członkowie komisji mandatowo-skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach przeprowadzanych przez zebranie wyborcze rejonu wyborczego.
5. Listę kandydatów zamyka się, jeżeli po trzykrotnym zapytaniu przez przewodniczącego zebrania wyborczego brak jest kolejnych zgłoszeń.

6. Te same zasady stosuje się do wszystkich zgłaszanych kandydatur we wszystkich rejonach wyborczych.

§ 12.

1. Karta do głosowania obejmuje następujące dane:
 - a) oznaczenie rejonu wyborczego;
 - b) alfabetyczną listę kandydatów, a w przypadku zachowania proporcjonalności, dwie listy kandydatów ze wskazaniem zawodu;
 - c) informację, jaka jest dopuszczalna liczba wskazań/mandatów;
 - d) pouczenie o sposobie głosowania.
2. Wzór karty do głosowania stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

§ 13.

1. Komisja mandatowo-skrutacyjna przygotowuje odpowiednią liczbę kart do głosowania, równą liczbie osób zarejestrowanych w rejestrze wyborczym danego rejonu wyborczego.
2. Każda osoba znajdująca się w rejestrze wyborczym rejonu wyborczego otrzymuje, po okazaniu dowodu osobistego, prawa wykonywania zawodu lub innego stanowiącego dowód tożsamości dokumentu ze zdjęciem oraz po podpisaniu listy obecności, kartę do głosowania. W przypadku błędnego wypełnienia nie wydaje się drugiej karty do głosowania.
3. W przypadku zebrania wyborczego o mniejszej liczbie uczestników komisja mandatowo-skrutacyjna przed przystąpieniem do głosowania wyczytuje kolejno osoby z listy obecności, którym wręcza kartę do głosowania.

§ 14.

1. Głosować można tylko osobiście.
2. Głosuje się poprzez postawienie znaku „X” przy nazwisku kandydata, na którego oddaje się głos.
3. Głos jest nieważny, jeżeli:
 - a) znaków „X” jest więcej, niż wynosi liczba dopuszczalnych wskazań;
 - b) karta do głosowania została przekreślona.

§ 15.

Okręgowa Komisja Wyborcza zapewnia odpowiednie warunki podczas wypełniania kart do głosowania i zabezpiecza urnę, w celu zachowania tajności głosowania.

§ 16.

Określa się następujące zasady pracy komisji mandatowo-skrutacyjnej:

- a) pracami komisji mandatowo-skrutacyjnej kieruje jej przewodniczący wyłoniony spośród wybranych członków komisji;
- b) karty do głosowania niewydane w związku z nieobecnością danych osób przelicza się i sprawdza, czy ich liczba odpowiada liczbie osób, które nie wzięły udziału w głosowaniu. W przypadku braku kart do głosowania należy powtórzyć cały cykl głosowania;
- c) przed przystąpieniem do liczenia głosów oddanych na poszczególnych kandydatów, należy w pierwszej kolejności:
 - policzyć oddane głosy;
 - policzyć i zabezpieczyć głosy nieważne;
- d) prace związane z realizacją pkt b i c wykonywane są przez komisję mandatowo-skrutacyjną w pełnym składzie;
- e) liczenie głosów na poszczególnych kandydatów może odbywać się poprzez rozdzielanie zadań, jednakże wyniki powinny być weryfikowane, choćby wrywkowo, przez przewodniczącego komisji;
- f) karty do głosowania wraz z dołączoną dokumentacją z liczenia głosów, którą podpisują osoby biorące udział w liczeniu, zabezpiecza się w zaklejonej kopercie. Na miejscu zaklejenia podpis składa przewodniczący komisji.

§ 17.

1. Z prac komisji mandatowo-skrutacyjnej sporządza się protokół, który powinien zawierać:
 - a) alfabetyczną listę zgłoszonych kandydatów;
 - b) liczbę uprawnionych do głosowania;
 - c) liczbę oddanych głosów;

- d) liczbę oddanych głosów ważnych;
 - e) liczbę oddanych głosów nieważnych;
 - f) liczbę oddanych głosów na poszczególnych kandydatów;
 - g) listę wybranych delegatów;
 - h) podpisy członków komisji.
2. Przewodniczący komisji mandatowo-skrutacyjnej niezwłocznie po zakończeniu pracy komisji odczytuje protokół z przebiegu głosowania.
 3. Karty z oddanymi głosami i protokół z głosowania stanowią załącznik do protokołu z zebrania wyborczego.

§ 18.

1. Dokumentację zebrania wyborczego stanowią:
 - a) zawiadomienie o zebraniu wyborczym;
 - b) protokół z przebiegu zebrania wyborczego;
 - c) listy obecności;
 - d) listy zgłoszonych kandydatów na delegatów;
 - e) protokół komisji mandatowo-skrutacyjnej;
 - f) zabezpieczone głosy.
2. Dokumentacja z zebrania wyborczego, o której mowa w ust. 1, dostarczana jest bez zbędnej zwłoki Okręgowej Komisji Wyborczej, która sprawdza poprawność przeprowadzenia wyborów.
3. W przypadku stwierdzenia uchybień, które mogły mieć wpływ na wynik wyborów, Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.
4. Dokumentacja z zebrania wyborczego udostępniana jest do wglądu członkom zebrania wyborczego z danego rejonu wyborczego w Biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.
5. Członkowie zebrania wyborczego mają prawo wniesienia skargi na przebieg wyborów do Okręgowej Komisji Wyborczej w terminie 2 tygodni od daty zebrania wyborczego.
6. Skargi, o których mowa w ust. 5, rozpatrywane są na posiedzeniu Okręgowej Komisji Wyborczej.
7. W przypadku uznania skargi za zasadną i stwierdzenia uchybień, które mogły mieć wpływ na wynik wyborów, Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.
8. W przypadku odrzucenia skargi przez Okręgową Komisję Wyborczą, wnoszącemu przysługuje odwołanie do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu w terminie 2 tygodni od dnia doręczenia uchwały Okręgowej Komisji Wyborczej oddalającej skargę. Uchwała okręgowej rady w przedmiocie odwołania jest ostateczna.
9. Terminy, o których mowa w ust. 5 i 8, są zachowane, jeśli skarga lub odwołanie wpłyną w tych terminach do Biura Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.
10. Po upływie terminu do wniesienia skargi, a jeżeli skargi zostały wniesione po zakończeniu procedur odwoławczych, o których mowa w ust. 5 i 8, i ewentualnie po przeprowadzeniu ponownych zebrań wyborczych, Okręgowa Komisja Wyborcza, na podstawie otrzymanych protokołów, stwierdza ważność wyborów i sporządza listę delegatów na okręgowy zjazd, którą przekazuje Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.

§ 19.

1. Dokumentację z wyborów, o której mowa w § 18, należy zabezpieczyć przed jej utratą wskutek wystąpienia zdarzeń losowych.
2. Dokumentacja przechowywana jest w Biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu przez okres jednej kadencji – do czasu zakończenia następnych wyborów. Po tym okresie podlega brakowaniu i zniszczeniu.

§ 20.

1. Załączniki do Regulaminu Okręgowej Komisji Wyborczej stanowią:
 - 1.1. Załącznik nr 1 – „Rejestr wyborczy”;
 - 1.2. Załącznik nr 2 – „Zawiadomienie o zebraniu wyborczym”;
 - 1.3. Załącznik nr 3 – „Karta zgłoszenia kandydata na delegata”;
 - 1.4. Załącznik nr 4 – „Karta do głosowania”;
 - 1.5. Załącznik nr 5 – „Protokół Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej”;
 - 1.6. Załącznik nr 6 – „Protokół z zebrania rejonu wyborczego”.



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-OIE.060.111.2019

Warszawa, 9 lipca 2019 r.

Pan

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z postulatami zgłaszanymi przez pielęgniarki systemu wykonującymi zawód w zespołach ratownictwa medycznego u podwykonawcy zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie działań mających na celu zagwarantowanie ww. pielęgniarkom wzrostu wynagrodzenia miesięcznego w wysokości analogicznej jak obowiązująca aktualnie wysokość wynagrodzenia miesięcznego dla pielęgniarek wykonujących te same zadania w ratownictwie (pogotowiu ratunkowym) - tj. w wysokości 1600 zł brutto brutto.

Należy wskazać, iż zgodnie z postanowieniami porozumienia z dnia 24 września 2018 r. zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia a Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność”, ww. strony Porozumienia powrócą do rozmów najpóźniej do grudnia w 2019 r., które będą dotyczyć m.in. zrównania wysokości dodatku miesięcznego w zawodach wskazanych w tym porozumieniu (miedzy innymi dla wyżej wymienionych pielęgniarek) z wysokością dodatku dla pielęgniarek i położnych wykonujących te same zadania w ratownictwie – tj. 1600 zł brutto brutto.

W świetle treści ww. porozumienia wydaje się zatem uzasadnione podjęcie działań mających na celu zmianę zapisów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34), które stanowiłyby realizację ww. postanowień porozumienia z dnia 24 września 2018 r.

Zofia Malas
Zofia Malas

Z Malas
Prezes NRPiP

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

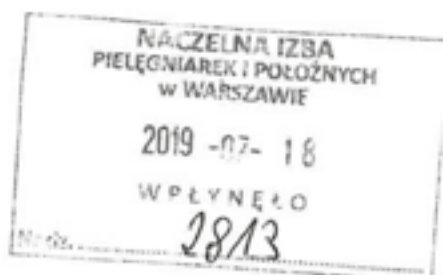


Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 18 lipca 2019

ROR.450.5.71.2019.TM



Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

nawiązując do pisma z dnia 9 lipca br. (znak: NIPiP-NRPIP-OIE.060.111.2019) dotyczącego wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach zespołów ratownictwa medycznego u podwykonawcy, proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 poz. 1681) nie obejmuje pielęgniarek wykonujących zawód u tzw. podwykonawców, w tym również pielęgniarek udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zespołach ratownictwa medycznego będących podwykonawcami.

Należy wyjaśnić, że na mocy powyższego rozporządzenia oraz *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, ze zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628)* wzrostem średniego wynagrodzenia zostały objęte te pielęgniarki i położne, które mogą wykazać tzw. bezpośrednie powiązanie z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej między świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dlatego pielęgniarki i położne zatrudnione lub świadczące usługi w ramach innych umów nie są objęte wzrostem wynagrodzeń w ramach ww. przepisów przedmiotowych rozporządzeń, gdyż wykonują zawód i świadczą usługi na rzecz podmiotu, który nie jest bezpośrednio powiązany finansowaniem objętym w ramach zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Powyższe regulacje wynikają z realizacji porozumień zawartych w dniu 23.09.2015r. oraz z dnia 9.07.2018r. między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

Natomiast pielęgniarki systemu wykonujące zawód w zespołach ratownictwa medycznego u podwykonawców w pozaszpitalnym sektorze systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne otrzymują podwyżki przyznane na mocy porozumień zawartych w dniach 18.07.2017 i 24.09.2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność. Wówczas środowisko ratowników medycznych zgłosiło do resortu zdrowia postulat, aby pielęgniarki zatrudnione u podwykonawców, będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego nie były pominięte w przyznawaniu dodatków i zyskały takie same uprawnienia jak ratownicy medyczni. Ministerstwo Zdrowia do tego żądania się przychyliło.

Wypłata dodatków, o których mowa wyżej uregulowana jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 34). Zgodnie z § 3 przedmiotowego rozporządzenia świadczeniodawca oraz podwykonawca, są obowiązani przeznaczyć środki otrzymane w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz ratownictwo medyczne, w taki sposób, aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia w wysokości 1200 zł, w tym składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Emerytur Pomostowych, dla osób o których mowa w § 2 ust. 1, w tym również dla pielęgniarek systemu wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy, w przeliczeniu na jeden etat albo równoważnik etatu w wysokości 1200 zł za okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. Po 1 września 2019 r. dodatki zostaną utrzymane w tej samej wysokości z tym, że środki na ich wypłatę wkalkulowane zostaną w wysokość stawki ryczału dobowego za dobokaretkę.

Biorąc powyższe pod uwagę należy stwierdzić, że Minister Zdrowia podejmuje wszelkie działania zmierzające do wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek. Ministerstwo Zdrowia regularnie prowadzi rozmowy z poszczególnymi grupami zawodowymi wykonującymi zawód medyczny, tak aby zapewnić możliwie optymalne warunki wykonywania zawodu. Jedną z istotnych kwestii jest również możliwość otrzymania odpowiedniego wynagrodzenia za wykonaną pracę. Wymaga to jednak działania wielu podmiotów - nie tylko Ministra Zdrowia, ale również pracodawców. Ministerstwo Zdrowia ze swej strony będzie dążyć do kolejnej zmiany przepisów - zgodnie z Państwa postulatem.

Z poważaniem

Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

Idokument podpisany elektronicznie!



**BEZPŁATNE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE NA TERENIE
WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
W DZIEDZINIE**

**PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI
DLA PIELĘGNIAREK
PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO DLA PIELĘGNIAREK
PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO DLA PIELĘGNIAREK**

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie, **Placówka Szkoleniowa w Krośnie** informuje, że bezpłatne szkolenia specjalizacyjne **dofinansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia** w podanych dziedzinach mogą odbyć się na terenie i przy współpracy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.

Osoby zainteresowane udziałem w bezpłatnym szkoleniu proszone są o kontakt z **Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu** pod numerem telefonu: 6275704 31 lub izba@oipip.kalisz.pl

ORAZ

**PIELĘGNIARSTWA INTERNISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK
PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNE DLA PIELĘGNIAREK
PIELĘGNIARSTWA NEOEOANTOLOGICZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie, **Placówka Szkoleniowa w Krośnie** informuje, że bezpłatne szkolenia specjalizacyjne **dofinansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia** w podanych dziedzinach mogą odbyć się na terenie i przy współpracy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koninie.

Osoby zainteresowane udziałem w bezpłatnym szkoleniu proszone są o kontakt z **Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Koninie** pod numerem telefonu: 63 2444450 lub oipip@konin.home.pl

Warunkiem zakwalifikowania do bezpłatnego 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;
- niekorzystanie w ciągu ostatnich pięciu lat ze szkolenia specjalizacyjnego dofinansowanego ze środków publicznych;
- uzyskanie pozytywnego wyniku z testu kwalifikacyjnego - 60 pytań.

Liczba bezpłatnych miejsc w każdej specjalizacji – 25 osób

Termin kwalifikacji: październik/listopad 2019r. (dokładny termin podany będzie na stronie internetowej OKPPiP)

Miejsce kwalifikacji: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu lub Okręgowa Izba Pielęgniarek i położnych w Koninie

Kontakt do organizatora: 508 867 756, 508 867 946, 508 868 063; 1343 72 781; krosno@okppip.pl

UWAGA!!!

Informujemy, iż od 1 lipca 2017 r. obowiązuje **System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)**, który obliuguje 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.**

Coraz więcej uczelni chce kształcić pielęgniarki

Wzrasta liczba uczelni, które chcą kształcić pielęgniarki. O czym to świadczy? Najkrócej mówiąc o tym, że zwiększa się zainteresowanie tym kierunkiem studiów, czyli procentuje wysiłek włożony w promocję zawodu czy poprawę warunków pracy i płacy.

Od 2015 r. zwiększyła się liczba uczelni, które kształcą pielęgniarki – w 2014 roku w Polsce były 74 szkoły, które prowadziły studia na kierunku pielęgniarstwo, w 2018 roku już 93. Równocześnie wzrasta także liczba miejsc na kierunkach pielęgniarstwach.

W roku akademickim 2014/2015 kształcono na I roku pielęgniarstwa 5431, a 2018/2019 już 6663 studentów. Co prawda sytuacja nadal jest bardzo trudna, bo aż 9 tys. Pielęgniarek co roku powinno podjąć pracę by zastąpić te, które wkrótce zaczną odchodzić na emeryturę. Tymczasem studia kończy ok. 5 tys. Absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa. Dotychczas co roku traciliśmy nawet 2 tys. Potencjalnych pielęgniarek i pielęgniarzy, bo wybierali pracę w innym zawodzie.

Niepokój Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych budzi fakt, że obecnie pielęgniarki chcą kształcić uczelnie, które do tej pory nie były związane z medycyną.

Jak może to wpłynąć na poziom edukacji przyszłych kadr medycznych. NRPIP weryfikuje wszystkie sygnały, które wskazują na to, że kierunki medyczne budują prestiż uczelni, ale nie mogą być traktowane wyłącznie jako źródło przychodów.

Informacje wykorzystano z:
Biuletyn OIPiP Białystok 2(110) 2019

Pochwała dla pielęgniarek

Piszę do Państwa w imieniu swoim jak i wielu pacjentów należących do Przychodni "ARSMEDICA" sp.p. lekarzy w Kaliszu przy ul. Skalmierzycka 1. z prośbą o pochwałę dla Pani Zofii Piekielny i Pani Joanny Urban pielęgniarek.

Pani Zofia Piekielny to oddana pacjentom pielęgniarka i najlepiej w całym Kaliszu pobiera krew i daje zastrzyki. Jest to osoba bardzo miła sympatyczna świetna pielęgniarka a przede wszystkim człowiek umiejąca w sposób dokładny czysty bezbolesny pobrać krew i robić zastrzyki. Ja mam lat 60 wiele razy miałam pobieraną krew i zawsze po pobraniu miałam popuchnięte i sine ręce a Pani Piekielny Zofia robi to tak że nie mam tego. Pierwszy raz po pobraniu to aż się popłakałam ze szczęścia że nic mnie nie bolało i nie spuchła mi ręka i nie miałam najmniejszego siniaka. Pani pielęgniarka ta jest osobą bardzo doświadczoną umie rozmawiać z pacjentami by czuli się komfortowo i byli nieskrępowani. Również Pani Joanna Urban pielęgniarka tej samej przychodni jest oddana pacjentom. Potrafi dbać o nich nie tylko dać profesjonalnie zastrzyk ale zadbać o niego zapytać jak się czuje, w razie czego pomóc. Również oddana jest pacjentom. Jest miła i sympatyczna. Bardzo dobrze znająca swój fach bardzo trudny pielęgniarstwa. Bardzo mało jest takich pielęgniarek obecnie które oddają swoją wiedzę pielęgniarstwa swoim pacjentom. Nie jest to tylko moja opinia o tych pielęgniarkach ale wielu ludzi. Takie pielęgniarski zasługują na uznanie przełożonych, pacjentów. Powinniśmy je szanować bo na pewno lepszych mieć nie będziemy. Ja osobiście, mój mąż i wielu innych ludzi podpisujemy się pod tym podziękowaniem.

*Z poważaniem
Iwona Mziejewska i pacjenci Przychodni.*

SZKOLENIE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE - WARSZAWA



NACZELNA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Program szkolenia

25 września 2019 r.

10:15	Rejestracja uczestników, odbiór materiałów, przerwa kawowa.
10:30-11:00	Rozpoczęcie szkolenia.
11:00-12:30	Zjawisko przemocy w rodzinie - skala zjawiska, źródła, rodzaje i mechanizmy przemocy w rodzinie. Przemoc a alkohol.
12:30-12:45	Przerwa.
12:45-14:15	Prawo jako narzędzie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zadania przedstawicieli ochrony zdrowia w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
14:15-15:15	Przerwa obiadowa.
15:15-16:45	Sytuacja psychologiczna członków rodziny z problemem przemocy. Konsekwencje doznawania przemocy w rodzinie.
16:45-17:00	Przerwa.
17:00-18:30	Jak podejmować interwencje w sytuacji zetknięcia się z sytuacją przemocy, w tym wobec dziecka. Jak rozmawiać z rodzicem krzywdzącym i niekrzywdzącym.
18:30	Kolacja.

26 września 2019 r.

8:00-8:45	Śniadanie.
9:00-12:00	Podejmowanie interwencji w sytuacji przemocy w rodzinie. Nawiązanie kontaktu i prowadzenie rozmowy z osobami krzywdzonymi oraz rodzicami krzywdzonych dzieci - ćwiczenie umiejętności niezbędnych w interwencji i pomaganiu – zajęcia seminaryjno-warsztatowe w małych grupach.
12:00-12:45	Przerwa obiadowa.
12:45-14:15	c.d. Podejmowanie interwencji w sytuacji przemocy wobec dziecka. Nawiązanie kontaktu i prowadzenie rozmowy z osobami krzywdzonymi rodzicami krzywdzonych dzieci - ćwiczenie umiejętności niezbędnych w interwencji i pomaganiu.
14:15	Zakończenie szkolenia.



SZKOLENIA REALIZOWANE PRZEZ OIPiP I W OIPiP W KALISZU

OIPiP prowadzi Kurs specjalistyczny w zakresie Leczenia ran, który odbywa się w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie.

W OIPiP odbywa się szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego (dofinansowana przez MZ) - organizatorem jest OIPiP w Rzeszowie - Placówka Szkoleniowa Krosno.

KONFERENCJA

III OGÓLNOPOLSKIE FORUM PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

11-12 PAŹDZIERNIKA 2019 - Szczyrk

Program konferencji

PIĄTEK 11.10.2019

14:00 – 15:00 UROCZYSTE OTWARCIE KONFERENCJI – Sesja Inauguracyjna

15:00 – 16:30 SESJA I PEDIATRIA – co pielęgniarka i położna wiedzieć powinny

- EKG w pediatrii, zaburzenia rytmu serca u dzieci
- Badanie moczu, morfologia krwi – podstawowe badanie o dużych możliwościach i interpretacji
- Nowe fakty w leczeniu mukowiscydozy
- Wstrząs bólowy- praktyka pielęgniarska w ocenie i leczeniu bólu
- Dyskusja

16:30 – 17:00 PRZERWA KAWOWA / POCZĘSTUNEK

17:00 – 18:10 SESJA II DERMATOLOGIA – choroby skóry w praktyce pielęgniarskiej

- Dermokosmetyki i ich praktyczne zastosowanie
- Atopowe Zapalenie Skóry - problem całej rodziny
- Nietypowe zmiany skórne u dzieci i dorosłych
- Dyskusja

18:10 – 19:10 SESJA III PSYCHIATRIA - współczesne problemy cywilizacyjne

- Pułapki cywilizacji, czyli kilka słów o uzależnieniach behawioralnych
- Samookaleczenia i samobójstwa plagą XXI wieku
- Dyskusja

19:30 KOLACJA

SOBOTA 12.10.2019

9:30 – 10:30 SESJA IV ŻYWIENIE w okresie noworodkowym i niemowlęcym

- Rola pielęgniarki w leczeniu żywieniowym pacjenta pediatrycznego
- Kolka niemowlęca- co robić?
- Alergia pokarmowa u niemowląt i małych dzieci - wiedza a praktyka
- Dyskusja

10:30 – 11:45 SESJA V SZCZEPIENIA- 2019, rola pielęgniarki w realizacji PSO

- Praktyczne aspekty realizacji programu szczepień A.D. 2019
- Szczepienia wciąż potrzebne, czyli jak przekonać rodziców do szczepienia dzieci
- Powikłania poszczepienne – fakty i mity
- Szczepienia ciężarnych
- Dyskusja

11:45 – 12:15 PRZERWA KAWOWA

12:15 – 13:30 SESJA VI CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

- Astma – od ogółu do szczegółu
- Nebulizacja dzieci i dorosłych – aspekty praktyczne
- Kaszel niejedno ma imię
- Alergiczny nieżyt nosa
- Dyskusja

13:30 – 14:40 SESJA VII GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO – różnorodność bez tajemnic

- Depresja poporodowa – jak rozpoznawać?
- Rola położnej w profesjonalnym wsparciu i edukacji w trakcie i po ciąży
- Wysiłkowe nietrzymanie moczu i inne problemy uroginekologiczne – rola pielęgniarki i położnej
- Dyskusja

14:40 ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI / LUNCH

KONSULTANT KRAJOWY

w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego – *Beata Ostrzycka*

Miejsce pracy: Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach

11-001 Dywity, ul. Jeżynowa 16, e-mail: bostrzycka@wp.pl, tel. 89 5120 122, 605 099 120

Dywity, 10 czerwiec 2019 rok

KKPR- 08/ 06 /2019

OPINIA

W sprawie podawania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej produktów leczniczych o nazwie Olfen 75 mg – roztwór do wstrzykiwań oraz Dicloratio 75 mg – roztwór do wstrzykiwań w warunkach domowych, gabinecie pielęgniarki POZ oraz gabinecie zabiegowym lekarza POZ.

Mając na uwadze zgłaszane problemy przez świadczeniodawców realizujących - świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku – Dz.U. 2016 poz.86) przedstawiam przedmiotową opinię:

Wszystkie preparaty lecznicze zarejestrowane w Rzeczypospolitej Polskiej powinny być podawane z bezwzględnym przestrzeganiem zaleceń producenta produktu leczniczego.

Preparat o nazwie Olfen 75 mg zawiera informacje w charakterystyce produktu leczniczego takie jak: „ ze względu na możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej, również wstrząsu, pacjenci muszą być pod obserwacją przez co najmniej godzinę po wstrzyknięciu domięśniowym produktu Olfen 75mg, w pobliżu działającej aparatury ratowniczej, preparat o nazwie Dicloratio 75mg zawiera opis „ w związku z możliwością wystąpienia reakcji anafilaktycznej , w tym wstrząsu anafilaktycznego , musi być dostępny prawidłowo funkcjonujący sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach. Pacjenta należy obserwować, co najmniej 1 godzinę, po wstrzyknięciu produktu leczniczego.

Wobec powyższego zapisu pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, realizująca świadczenia w zakresie pielęgniarstwa POZ - nie zapewnia w gabinecie pielęgniarki POZ aparatury ratowniczej, gdyż nie wynika to z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa POZ oraz warunki realizacji. Jednocześnie w warunkach domowych również nie zapewnia w neseserze pielęgniarki aparatury ratowniczej.

Dlatego też pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki POZ oraz w warunkach domowych nie może realizować świadczenia jakim jest podawanie drogą domięśniową preparatów Olfen 75 mg i Dicloratio 75 mg.

Jednocześnie zapisy **rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, załącznik nr 1** – wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji wskazują na obowiązek posiadania sprzętu i aparatury niezbędnej do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w sytuacji zagrożenia życia i stanowią niezbędną część wyposażenia gabinetu zabiegowego.

Dlatego też w przypadku , gdy gabinet pielęgniarki POZ jest jednocześnie gabinetem zabiegowym lekarza POZ, **lub oba te świadczenia są realizowane pod jednym adresem nie ma podstaw do odmowy wykonania świadczenia jakim jest iniekcja domięśniowa preparatu Olfen 75 mg oraz Dicloratio 75 mg.**

Ponadto pielęgniarka może odmówić udzielenia świadczenia na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014, poz. 1435). Ustawa określa zasady i prawo odmowy do wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadkach określonych przedmiotową ustawą. Wykonanie świadczenia zleconego przez lekarza, które jest niezgodne z zaleceniami producenta może być podstawą do odmowy wykonania tego zlecenia.

Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego wydając skierowanie na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ powinni zapoznać się z zaleceniami producenta i zgodne z nimi wydać skierowanie do pielęgniarki POZ uwzględniając jednocześnie zapisy obowiązujących rozporządzeń.

KONSULTANT KRAJOWY
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
Beata Ostrzycka

PRZEWLEKŁA OBTURACYJNA CHOROBA PŁUC

Przewlekła obturacyjna choroba płuc według GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) jest „ chorobą charakteryzującą się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe; ograniczenie to jest zwykle postępujące i wiąże się z nieprawidłową odpowiedzią zapalną płuc na szkodliwe pyły i gazy”

W Polsce choruje na POChP ok 10% populacji po 40. roku życia. Choroba częściej występuje u mężczyzn. Według Światowej Organizacji Zdrowia jest ona 5. przyczyną zgonów na świecie.

Zachorowanie na POChP zależy od reakcji organizmu na otaczające go środowisko. Nie jest powiedziane, że wszystkie osoby, narażone na szkodliwe warunki środowiskowe lub palące tytoń, zachorują na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Uzależnione to jest w głównej mierze od czynników genetycznych i długości życia.

Główne przyczyny rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc to:

- palenie tytoniu,
- zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego w miejscu pracy lub zamieszkania,
- infekcje układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie,
- nawracające infekcje oskrzelowo-płucne,
- palenie bierne,
- nadreaktywność oskrzeli/astma,
- uwarunkowania genetyczne.

Czynniki te powodują przewlekły proces zapalny, który rozwija się w drogach oddechowych, w miąższu płuc. Przyczyną niszczenia miąższu płuc i nieodwracalnych zmian w obrębie dróg oddechowych jest nie tylko przewlekły proces zapalny ale również zaburzenia równowagi między aktywnością proteaz i antyproteaz oraz stres oksydacyjny.

Postępujący i nieodwracalny charakter zmian w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc doprowadza do stopniowego narastania zaburzeń wentylacji.

Pierwszym objawem POChP jest najczęściej kaszel, który na początku występuje okresowo. Podejrzewa się przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, gdy stwierdza się u pacjenta występowanie kaszlu przez co najmniej 2 lata i w każdym roku przez nie mniej niż 3 miesiące. W miarę postępu choroby kaszel pojawia się codziennie. Chorzy po napadzie kaszlu odkrztuszają niewielką ilość lepkiej płwociny. W miarę pogarszania się czynności płuc występuje duszność, początkowo po wysiłku.

W okresie zimowym dochodzi do zaostrzenia objawów. Płwocina wówczas często zmienia się w ropną. Chory odczuwają ucisk w klatce piersiowej. W zaawansowanej chorobie występują objawy niewydolności krążenia, widoczna jest wzmożona czynność dodatkowych mięśni oddechowych, zapadnię dolnych przestrzeni międzybrownych, sinica. W badaniu przedmiotowym w okresie zaostrzeń choroby stwierdza się świsty i fuczzenia nad polami płucnymi. Z powodu niedotlenienia mogą występować zaburzenia neurologiczne.

Występuje tzw. hipoksemia nocna. W czasie snu, zwłaszcza w fazie REM, może dochodzić do spadku ciśnienia parcjalnego tlenu. Chorzy zgłaszają również uczucie zmęczenia, senność, nietolerancję wysiłku fizycznego.

Długoletni czas trwania choroby ma wpływ na wygląd chorego : wyróżnia się typ różowego dmuchacza (osoba wychudzona o małej wydolności fizycznej, występuje duszność nawet przy małym wysiłku), typ siniego sapacza (nadmierna otyłość, wyraźna sinica warg, obrzęki kończyn dolnych, produktywny kaszel, przeważa stan zapalny oskrzeli i niewydolność prawokomorowa).

Astma oskrzelowa w starości może przejść w przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.

Diagnostyka

Chorobę rozpoznaje się na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego, spirometrii. Dodatkowe badania to gazometria, RTG klatki piersiowej, posiew płwociny z antybiogramem, pulsokymetria – badanie oceniające stopień niedotlenienia i warunkujące wprowadzenie tlenoterapii, pomiar stężenia

$\alpha 1$ – antytrypsyny u osób poniżej 45 lat z wywiadem rodzinnym , w którym występowało POChP.

Biorąc za podstawę pomiary uzyskane w spirometrii oraz zgłaszane przez chorego objawy kliniczne, GOLD wyróżniło cztery stopnie zaawansowania POChP:

stopień I – łagodna postać POChP (FEV1% FVC<70%, FEV1 w normie + duszność wysiłkowa);

stopień II – umiarkowana postać POChP (FEV1% FVC<70%, 50% ≤ FEV1<80% wartości należnej + narastanie objawów: kaszel, odkrztuszanie płwociny, duszność wysiłkowa);

stopień III – ciężka postać POChP (FEV1% FVC<70%, 30% ≤ FEV1<50% wartości należnej + nasilenie objawów i powtarzające się zaostrzenia);

stopień IV – bardzo ciężka postać POChP (FEV1% FVC<70%, FEV1<30% wartości należnej lub FEV1<50% wartości należnej + niewydolność oddechowa lub kliniczne objawy prawokomorowej niewydolności serca; częste zaostrzenia, które mogą być zagrożeniem życia).

Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc należy różnicować z astmą oskrzelową. Inne choroby, które powinny być uwzględnione w diagnostyce różnicowej POChP , to m. in.: rozstrzenie oskrzeli, rak płuca, zastoinowa niewydolność krążenia, mukowiscydoza, zarostowe zapalenie oskrzelików.

Różnicowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) i astmy**Cechy wyróżniające POChP:****Wywiad**

początek w średnim wieku,
wieloletnie palenie tytoniu

objawy

narastające powoli,
duszność wysiłkowa, potem spoczynkowa,
w większości nieodwracalne ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe

Czynnik wyzwalający

Wysilek fizyczny, zimne powietrze

Badania dodatkowe

Spirometria
stale obniżone
FEV1 FEV1/FVC

RTG klatki piersiowej

cechy rozedmy i nadciśnienia płucnego

EKG

cechy przerostu lub przeciążenia prawej komory

Cechy wyróżniające astmę:**Wywiad**

wczesny i nagły początek, często w dzieciństwie, astma w wywiadzie rodzinnym

objawy

zmieniające się w ciągu dnia i z dnia na dzień o charakterze raczej napadowym,
objawy w nocy lub wcześniej rano,
w większości odwracalne ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, współistnienie alergii

Czynnik wyzwalający

Wysilek fizyczny, zimne powietrze i alergeny

Badania dodatkowe

Spirometria
FEV1 i FEV1/FVC obniżone w czasie objawów, wracają do normy po leczeniu

RTG klatki piersiowej

prawidłowy lub cechy rozedęcia płuc w zaostrzeniach

EKG

Zapis prawidłowy w okresie stabilnym

Źródło Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.(red.): Choroby wewnętrzne.

Leczenie

Sposób leczenia, uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby. Nagłe zaostrzenie objawów choroby pogarsza jakość życia i ogólny stan zdrowia. Celem leczenia jest złagodzenie objawów, zapobieganie postępowi choroby, poprawa ogólnego stanu zdrowia, ograniczenie narażenia na dym tytoniowy, zanieczyszczone powietrze, zwiększenie tolerancji wysiłku, zapobieganie powikłaniom, zaostrzeniom choroby.

Farmakoterapia

Celem farmakoterapii jest złagodzenie objawów, ograniczenie powikłań choroby.

W terapii POChP stosuje się :

- leki rozkurczające oskrzela, krótko jak i długodziałające, które zwiększają wydolność wysiłkową chorych,
- glikokortykosteroidy,
- leczenie substytucyjne $\alpha 1$ – antytrypsyną, u młodych chorych w przypadku jej niedoboru,
- antybiotyki,
- leki mukolityczne,
- antyoksydanty,
- leki przeciwkaszlowe,
- leki przeciwbólowe,
- leczenie tlenem.

Leczenie w POChP obejmuje również postępowanie niefarmakologiczne. W pierwszej kolejności wskazane jest bezwzględne zaprzestanie palenia tytoniu ponieważ palenie wpływa znacznie na niekorzystne rokowanie w chorobie. Na każdym etapie choroby zalecana jest także aktywność fizyczna. Ważnym aspektem leczenia jest rehabilitacja pulmonologiczna, która powinna trwać co najmniej 6 tygodni. Kompleksowy program rehabilitacji oddechowej obejmuje ćwiczenia fizyczne, edukację, poradnictwo w zakresie odżywiania. U każdego uczestnika programu ocenia się wyjściowy stan zdrowia oraz stan po zakończeniu rehabilitacji (wywiad, badanie przedmiotowe, spirometrię, ocenę wydolności wysiłkowej ocenę siły mięśni wdechowych i wydechowych, siłę mięśni kończyn. W przypadku wystąpienia niewydolności oddechowej z powodu POChP chory może zostać zakwalifikowany do domowego leczenia tlenem – tlenoterapii, lub leczenia w szpitalu.

Leczenie chirurgiczne (bulektomia) – u niektórych chorych.

Profilaktyka

Zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie lub wyeliminowanie szkodliwych czynników środowiska. Szczepienia przeciwko grypie.

Wskazania do hospitalizacji:

- narastająca duszności,
- zaawansowane stadium POChP,
- pojawienie się nowych objawów przedmiotowych: sinicy, obrzęków obwodowych,
- nieskuteczność leczenia ambulatoryjnego,
- choroby towarzyszące, np. niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca,
- częste zaostrzenia choroby,

- zaawansowany wiek chorego,
- problemy socjalne.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc stwarza choremu różnego rodzaju problemy zarówno fizyczne jak i psychiczne.

Najczęściej występujące problemy to:

- duszność, która utrudnia normalne funkcjonowanie tzn. trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego. Powoduje to złość, frustrację, załamanie, niechęć do podejmowania jakichkolwiek działań,
- kaszel, który męczy chorych. Czują się skrępowani, obawiają się reakcji innych osób na kaszel, zamykają się w sobie, rezygnują z kontaktów towarzyskich,
- utrudniony oddech. Z tego powodu występują bóle i zawroty głowy, trudności z koncentracją uwagi, zapamiętywaniem,
- obawa o przyszłość i dalsze funkcjonowanie w życiu, często muszą zrezygnować z pracy co pogarsza status materialny. Konieczność wprowadzenia zmian w trybie życia jest niekiedy trudna do zaakceptowania. Zwiększa się lęk z powodu możliwej niesprawności fizycznej,
- konieczność przyjmowania leków,
- brak umiejętności korzystania z inhalatora może zniechęcać do przyjmowania leku,
- skutki uboczne przyjmowanych leków (nadżerki, owrzodzenia, grzybica, otyłość, kruchość naczyń, zaczerwienienie twarzy, wzmożone pocenie się),
- tlenoterapia w domu, która powoduje lęk przed korzystaniem z butli tlenowej lub koncentratora tlenu,
- rehabilitacja, która może powodować niezadowolone z powodu małych efektów.

Z powodu znacznego pogorszenia jakości życia i utrudnień spowodowanych przewlekłą obturacyjną chorobą płuc ważne jest holistyczne podejście do pacjenta.

Opieka pielęgniarki musi być indywidualna, profesjonalna, dostosowana do potrzeb i wydolności organizmu osoby chorej. Polega na wykonaniu wielu działań, które przyniosą ulgę w chorobie, zapewnią choremu bezpieczeństwo, nauczą żyć z chorobą.

- Do nich między innymi należą:
- pomiary parametrów życiowych,
 - ocena stanu fizycznego pod kątem objawów choroby,
 - rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych,
 - rozpoznanie potrzeb,
 - ustalenie hierarchii problemów i potrzeb,
 - ocena stanu psychicznego,
 - podawanie leków zgodnie ze zleceniem,
 - pomoc w przyjmowaniu leków drogą wziewną,
 - udział w tlenoterapii w oddziale i w domu,
 - udział w rehabilitacji oddechowej,
 - pomoc przy myciu, ubieraniu, spożywaniu posiłków,
 - pacjentowi leżącemu zapewnienie właściwej pozycji w łóżku,
 - prawidłowa pielęgnacja skóry,
 - zapewnienie mikroklimatu – w pomieszczeniach temp. 18-20 °C, wilgotność ok 50-70 % ,
 - udzielenie wsparcia psychicznego,
 - pomoc w zaakceptowaniu choroby,
 - dostarczenie wiedzy o chorobie,
 - nauczanie pacjenta życia z chorobą,
 - pomoc w eliminowaniu złych nawyków,
 - zapoznanie z zasadami przyjmowania leków,
 - przedstawienie zasad prawidłowego trybu życia,
 - udział w profilaktyce infekcji układu oddechowego – działania edukacyjne w tym zakresie.

Przygotowane na podstawie literatury.

Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.(red.): Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009

Jurkowska G., Łagoda K. (red.): Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011

Wieczorkowska – Tobiś K., Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008

Krzyszyna Połomska

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że w dniu 26 lipca 2019 roku, w wieku 63 lat, odeszła od nas na zawsze

mgr Ewa Leporowska Kisiela

**- Pielęgniarka
Wychowawca, Nauczyciel i Mentor wielu pielęgniarek.**

Rodzinie i bliskim składamy najszczerze wyrazy współczucia.

**Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu**

Jak trudno żegnać kogoś, kto jeszcze mógł z nami być...

Dnia 18 sierpnia 2019 roku odeszła od nas nasza ukochana i oddana koleżanka

Elżbieta Popeda

Od 30 lat służyła uczniom w Zespole Szkół Ekonomicznych w Kaliszu. Z wielkim zaangażowaniem współpracowała w Grupowej Praktyce „Septima” Zawsze pomocna, czynna i przyjacielska.

**Dziękujemy Ci Elu za wszystko
Koleżanki z „ Septima”**

ZAKRZEPOWE ZAPALENIE ŻYL POWIERZCHOWNYCH ZAKRZEPICA ŻYL GŁĘBOKICH

Trudno sobie wyobrazić, że nogi mogą nas zawieść. Dlatego kiedy bolą często stosuje się domowe sposoby leczenia, czasem zbyt długo zamiast zgłosić się do lekarza. Choroby żył kończyn występują dość często i mogą być niebezpieczne. Dlatego nie powinno się lekceważyć bólu, obrzęku, zmian na skórze.

Zakrzepowe zapalenie żył spowodowane jest stanem zapalnym żył powierzchownych i głębokich najczęściej kończyn dolnych. Zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych charakteryzuje się odczynem zapalnym ściany żyły o charakterze pierwotnym oraz obecnością skrzepliny w jej świetle. Skrzeplina jest związana ze ścianą naczynia – zapobiega to jej oderwaniu się i spowodowaniu zatoru.

Wtórny charakter zakrzepu w zapaleniu żył powierzchownych sprawia, że jest on mocno związany z żyłą i w większości przypadków nie przemieszcza się do dystalnych naczyń o mniejszej średnicy. Wówczas ryzyko oderwania zakrzepu, jego przemieszczenia z prądem krwi i w konsekwencji wystąpienia zatoru np. zatoru płucnego nie jest duże. Zatorowość płuc może wystąpić wyjątkowo, gdy zapalenie dotyczy ujścia żyły odpiszczelowej - wówczas wskazane jest jej podwiązanie.

Istotną rolę w zakrzepowym zapaleniu żył powierzchownych ma odczyn zapalny, który obejmuje nie tylko ściany naczyń, a także tkanki otaczające i skórę. Przyczyną zakrzepowego zapalenia żył powierzchownych najczęściej są:

- żylaki kończyn dolnych,
- urazy mechaniczne, chemiczne uszkodzenie naczynia żylnego,
- Infekcje,
- choroby układu krzepnięcia,
- zapalenie żył powierzchownych kończyn górnych mogą spowodować długotrwałe wlewy dożyłne, pH płynów infuzyjnych.

Zapalenie żył powierzchownych może występować jako odcinkowe zapalenie żyły odpiszczelowej lub zapalenie żyłakowato rozszerzonych żył. Zakrzepowemu zapaleniu żył powierzchownych może towarzyszyć zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych. Wówczas zwiększa się ryzyko zatorowości płucnej. Szczególnym typem zakrzepowego zapalenia żył powierzchownych jest wędrujące zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych. Taki stan może występować w przebiegu innych chorób, a czasami wyprzedzać ich wystąpienie np. nowotwór żołądka, trzustki, okrężnicy, sutka.

Pierwsze objawy zakrzepowego zapalenia żył powierzchownych mogą być mało wyraźne. Najczęściej występuje bolesne stwardnienie żył, zaczerwienienie oraz miejscowe podwyższenie ciepłoty skóry. Najczęstszymi objawami za-

krzepowego zapalenia żył powierzchownych spowodowanych założeniem cewnika do światła żyły jest: powrózkowate zgrubienie w przebiegu żyły, bolesność tej okolicy, rumień, obrzęk palców, dłoni, przedramienia, ramienia, czasem barku.

Po kilku lub kilkunastu dniach zaczerwienienie i bolesność ustępuje ale obecne skrzepliny w żyłach mogą być wyczuwalne przez wiele tygodni.

Postępowanie w zakrzepowym zapaleniu żył powierzchownych.

Leczenie polega na stosowaniu leków przeciwzapalnych, stosowaniu okładów, układaniu chorej kończyny wyżej, podczas chodzenia na zakładaniu opaski elastycznej. Wskazane jest ograniczenie stania i chodzenia. Przy nawracającym zapaleniu żył powierzchownych, należy ustalić przyczyny choroby.

Zakrzepica żył głębokich kończyn

Zakrzepica żył głębokich kończyn nazywana jest również chorobą zakrzepowo-zatorową. Choroba może przebiegać skrycie, jest podstępna i groźna. Często zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych przebiega bez objawów. W powstaniu zakrzepicy biorą udział trzy czynniki podane przez Virchowa: uszkodzenie śródbłonna żył, zwolnienie przepływu krwi, zmiany w składzie krwi.

Czynniki zwiększające ryzyko zakrzepicy żył głębokich:

- wiek – częściej chorują osoby starsze,
- przebyta zakrzepica,
- unieruchomienie,
- praca stojąca,
- siedzenie przez wiele godzin ze zgiętymi nogami np. przy komputerze, w samolocie, samochodzie,
- nowotwory złośliwe- u osób z chorobą nowotworową występują wszystkie trzy elementy Triady Virchowa,
- ciąża, połóg,
- doustne środki antykoncepcyjne,
- otyłość,
- niektóre choroby krwi,
- palenie papierosów,
- zastoinowa niewydolność krążenia,
- udar mózgu,
- hormonalna terapia zastępcza,

- zaburzenia układu krzepnięcia – niedobór białka C i S, antytrombiny III.

Objawy zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych zależą od stopnia upośledzenia odpływu krwi żyłnej z kończyn.

Wśród objawów dominują: bolesność i zwiększona spistość łydki, blady obrzęk w przypadku zakrzepicy żyły udowej i biodrowej lub siniczy w przypadku zakrzepicy większości żył kończyny, zwiększona ciepłota kończyny, ból przy grzbietowym zgięciu stopy, asymetria kończyn. W zakrzepicy żył głębokich występują objawy miejscowe: Homansa, Louvela, Payera, Loewenberga. Zastój krwi żyłnej jest większy gdy zakrzepica jest rozległa i umieszczona proksymalnie. Jeśli częściowo zamyka światło żył może nie dawać objawów.

W przypadku zakrzepicy żył głębokich, gdzie zakrzepka ma charakter pierwotny, ryzyko wystąpienia zatoru tętnicy płucnej jest znacznie większe, dlatego podejrzenie lub rozpoznanie zakrzepicy żył głębokich jest wskazaniem do leczenia szpitalnego

Rozpoznanie zakrzepowego zapalenia żył powinno zostać potwierdzone badaniami diagnostycznymi:

- laboratoryjne – leukocytoza, stężenie D- dimeru, stężenie kompleksu trombina-antytrombina (TAT), stężenie monomerów fibryny (EN),
- badania obrazowe – badanie ultrasonograficzne metodą Doplera, pletyzmograficzne, flebografia.

Zakrzepicę żył głębokich należy różnicować z:

- stanami zapalnymi,
- uszkodzeniem mięśni i ścięgien,
- różą,
- zapaleniem żył powierzchownych,
- ostrym niedokrwieniem kończyny.

Leczenie

Farmakologiczne – to podawanie heparyny niefrakcjonowanej, drobnocząsteczkowej, doustnych leków przeciwzakrzepowych, fibrynolitycznych.

W zakrzepicy żył głębokich nieskuteczne leczenie zachowawcze jest wskazaniem do leczenia chirurgicznego, które polega na usunięciu skrzeplin z żył kończyny i żył biodrowych.

Najczęstsze problemy występujące u chorego z zakrzepicą żył głębokich.

1. Ból kończyny.
2. Obrzęk kończyny.
3. Deficyt samoopieki.
4. Możliwość wystąpienia objawów ubocznych w wyniku stosowania farmakoterapii.
5. Możliwość wystąpienia powikłań w postaci zatoru.
6. Możliwość wystąpienia zespołu pozakrzepowego.
7. Obniżenie nastoju, złość, frustracja z powodu unieruchomienia w łóżku w ostrym okresie choroby.

Elementy opieki nad pacjentem z zakrzepicą żył głębokich.

Działania powinny być wielokierunkowe i polegać m.in. na:

- unieruchomieniu w łóżku przez 24h,
- kończyna powinna być uniesiona powyżej tułowia skośnie,
- obserwacji w kierunku działań niepożądanych przy stosowaniu leków przeciwzakrzepowych (wylewy krwawe, krwawienia,
- stosowaniu kompresjoterapii z użyciem bandaża elastycznego,
- pozyskaniu pacjenta do współpracy,
- pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego (pomoc powinna być uzależniona od stanu chorego i jego samodzielności),
- dbaniu o właściwe odżywianie, higienę ciała i otoczenia,
- zapobieganiu powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,
- obserwacji w kierunku powikłań zatorowych,
- dbaniu o stopniowe usprawnianie poprawiające ogólną wydolność fizyczną – należy pamiętać, że obecność świeżej skrzepliny w żyłach głębokich jest przeciwwskazaniem do uruchamiania,
- realizowaniu zadań związanych z profilaktyką zakrzepowego zapalenia żył głębokich, które powinny polegać na : ograniczeniu czynników ryzyka ponownego wystąpienia choroby, profilaktycznym stosowaniu leków przeciwzakrzepowych w niektórych sytuacjach, wykonywaniu ćwiczeń czynnych stóp (zginanie grzbietowe i podeszwowe stóp, napinanie mięśni kończyn dolnych), stosowaniu kompresjoterapii, unikaniu siedzenia w łóżku ze stopami zwisającymi z łóżka, w czasie długich podróży w pozycji siedzącej wykonywaniu ćwiczeń ruchowych kończynami, ćwiczeń izometrycznych nie rzadziej niż co 1 -2 h, osoby, które podróżują samolotem ponad 6h powinny stosować podkolanówki zapewniające ucisk na poziomie kostki lub pojedynczą dawkę heparyny, stosowaniu codzienne kompresjoterapii w celu spowolnienia rozwoju przewlekłej niewydolności żyłnej. Pończochy uciskowe powinny być dobierane indywidualnie. Pomiar w celu dobrania odpowiedniego rozmiaru powinien być wykonany rano, nie później niż 20 min po wstaniu z łóżka. W prawidłowo dobranej pończosze największy ucisk powinien być na wysokości stawów skokowych.
- edukacji pacjenta, która powinna polegać na nauczaniu eliminowania czynników ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowej (zmniejszenie masy ciała, rezygnacja z palenia papierosów, picia alkoholu, niekorzystanie z sauny, unikanie gorących kąpielii w wannie, korzystanie z prysznicy, unikanie urazów, nauczanie prawidłowego bandażowania kończyn, techniki zakładania podkolanówek i pończoch, odpowiedniego odżywiania .

Przygotowane na podstawie literatury.

Fibak J. Chirurgia - podręcznik dla studentów. PZWL 2002.
Jurkowska G., Łagoda K. (red.): Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
Noszczyk W. : Żylaki i inne choroby żył. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

Pączek L., Mucha K., Foronczewicz B.(red.): Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

CHOROBY ODKLESZCZOWE

Dane epidemiologiczne dotyczące Polski świadczą o narastającym problemie i coraz większej zachorowalności na choroby odkleszczowe. Kiedy mówimy o chorobach przenoszonych przez kleszcze, większość z nas najczęściej wymienia boreliozę oraz kleszczowe zapalenie mózgu. Pierwsza z nich jest najbardziej rozpowszechniona, a druga najbardziej niebezpieczna. Niestety, pasożyty te przenoszą również inne choroby. W okresie letnim chętnie przebywamy na łonie natury. Dlatego warto zapoznać się jeszcze raz z tymi znanymi i mniej znanymi chorobami, które przenoszą kleszcze.

Wzrost aktywności kleszczy występuje najczęściej od połowy kwietnia do początku listopada.

Kleszcze to pajęczaki z podgromady roztoczy. Znanych jest około 900 gatunków. Nie mają one naturalnych wrogów, dlatego jest ich coraz więcej. Kleszcze lubią parki liściaste i wysokie trawy.

Wszystkie kleszcze są pasożytami zewnętrznymi kręgowców, a w trakcie żerowania przenoszą groźne choroby odkleszczowe.

Żyjące w Polsce kleszcze najczęściej przenoszą takie choroby, jak: kleszczowe zapalenie mózgu,

boreliozę, anaplazmozę, babeszjozę, tularemię, riketsjozę.

Najgroźniejszą chorobą jest **kleszczowe zapalenie mózgu**. Okres wylegania wynosi 7 – 14 dni. W 70-80 % przypadkach zostaje ona zahamowana w pierwszej fazie. U reszty zakażonych osób wirusy przedostają się do centralnego układu nerwowego.

Do zakażenia dochodzi w wyniku ukłucia przez zakażonego kleszcza. Rezerwuarem są małe gryzonie i a wektorem kleszcze. Typowymi miejscami ukłucia u człowieka to głowa, uszy, zgięcia dużych stawów, ręce i nogi. Ponieważ ślina kleszczy posiada właściwości znieczulające, ukłucie na ogół nie zostaje zauważone i dlatego bardzo często osoby, które zachorują na kleszczowe zapalenie mózgu nie przypominają sobie momentu ukłucia.

Kleszczowe zapalenie mózgu to wirusowa choroba ośrodkowego układu nerwowego, wywołwana przez wirusy z rodziny i rodzaju *Flaviviridae* przenoszone przez kleszcze. Podobnie jak w przypadku boreliozy, wirus przekazywany jest do krwiobiegu człowieka wraz ze śliną lub wymiocinami kleszcza, który wcześniej ukąsił zarażone zwierzęta leśne, ptaki lub gryzonie. W odróżnieniu od boreliozy wirus kleszczowego zapalenia mózgu jest przenoszony w ciągu kilku pierwszych minut od momentu rozpoczęcia ssania, gdyż bytuje w gruczołach ślinowych. Z tego powodu szybkie usunięcie kleszcza nie stanowi skutecznej ochrony. KZM rozpoznaje się poprzez wykrycie wirusa w płynie mózgowo-rdzeniowym lub krwi oraz wykonaniu badań serologicznych. Rozwinięte postacie kliniczne dzielą się na: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu i postać mózgowo-rdzeniową. Zazwyczaj choroba przebiega w dwóch fazach. Pierwsza, trwa do tygodnia. Charakteryzuje się objawami grypopodobnymi: ogólnym zmęczeniem organizmu i brakiem apetytu, gorączką. Nie występuje natomiast rumień na skórze ani zapalenie stawów. Po samoistnym ustąpieniu objawów, druga faza rozwija się przez około 2-3 tygodnie jako groźna neu-

roinfekcja. W postaci mózgowej występują zaburzenia czucia, upośledzenie pamięci, niedowład, zaburzeniami świadomości, oczopląs, drżenie zamiarowe, niekiedy porażenie nerwów czaszkowych. W postaci mózgowo-rdzeniowej zmiany zapalne występują najczęściej w odcinku szyjnym i umiejscawiają się w rogach przednich rdzenia. Dlatego występuje asymetryczny niedowład kończyn górnych z zanikiem mięśni. Zaniki cofają się powoli czasem mogą pozostać. Tak jak wskazuje literatura postacie zapalenia mózgu zazwyczaj kończą się pomyślnie.

W profilaktyce zapalenia mózgu stosuje się szczepienia, immunoglobulinę ludzką.

Problemem pielęgnacyjnym są objawy neuroinfekcji, które niekiedy mogą być mocno nasilone. Zadaniem pielęgniarki między innymi jest poprawa samopoczucia pacjenta – chłodne okłady na czoło i skronie, ułożenie z głową uniesioną o 15 – 30 stopni, obniżanie gorączki za pomocą zabiegów fizykalnych, zapewnienie mikroklimatu w pokoju chorego, w przypadku wymiotów ułożenie w pozycji zapobiegającej zachłyśnięciu, monitorowanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, obserwacja świadomości, zapewnienie bezpieczeństwa chorym pobudzonym, dbanie o higienę.

Borelioza

Bardzo niebezpieczną, najbardziej znaną i najczęściej przenoszoną przez kleszcze chorobą jest borelioza.

Jeśli wystąpi rumień wędrujący, to diagnoza jest prosta, jednak często konieczne są badania w kierunku boreliozy.

Borelioza, bez względu na rodzaj i stopień zaawansowania atakuje tkankę łączną, mięśniową i nerwową. Pierwsze objawy choroby rozwijają się w ciągu 1-3 tygodni od ukąszenia.

Mogą pojawić się objawy skórne tzw. rumień wędrujący – zaczerwienienie o średnicy od kilku do kilkunastu centymetrów, które może być lekko wypukłe, ciepłe, bolesne przy dotyku. Typowy rumień po ukąszeniu kleszcza jest jaśniejszy od środka.

Rumień wędrujący występuje jednak tylko w ok. 30 % przypadków boreliozy (u dzieci tylko w 10 %).

W tej fazie mogą pojawić się objawy grypopodobne. Jeśli nie zostaną podane antybiotyki, borelioza przechodzi w fazę rozsianą. W ciągu 2 tygodni do kilku miesięcy pojawiają się objawy wtórne. Może to być zapalenie stawów, zaburzenia neurologiczne i kardiologiczne. Po około roku od zakażenia borelioza przechodzi w postać przewlekłą. Lista objawów, jakie daje borelioza przewlekła, jest długa. Pojawiają się m.in. objawy neurologiczne. Chory może podwójnie widzieć, mieć paraliż mięśni twarzy, zawroty głowy, problemy z mówieniem, orientacją przestrzenną.

Borelioza, ze względu na miejsce pierwszego zdiagnozowania zwana również chorobą z Lyme, to najpowszechniej występująca choroba odkleszczowa w Polsce oraz na świecie. Wywołują ją bakterie *Borrelia burgdorferi* przenoszone przez kleszcza, który wcześniej ukąsił chorą sarnę, zającą lub leśnego gryzonia, a następnie człowieka. Nieleczona borelioza w przeciągu kilku lat może się spowodować bardzo poważne problemy zdrowotne w postaci powikłań neurologicznych, np. zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, nerwów obwodowych, a także zapa-

lenia mięśnia sercowego. Rozpoznanie stawia się na podstawie objawów. Borelioza diagnozowana jest również przy użyciu testów serologicznych (oznaczenie przeciwciał w klasie IgM i IgB metodą immunoenzymatyczną. Jeśli wynik jest dodatki lub wątpliwy należy wykonać oznaczenie techniką „Western blot”), a jej skuteczne leczenie możliwe jest za pomocą antybiotyków. W przypadku boreliozy nie istnieje skuteczna profilaktyka w postaci szczepień ochronnych. Istotne znaczenie ma szybkie usunięcie kleszcza. Ryzyko przeniesienia bakterii znacząco rośnie, gdy kleszcz przebywa w skórze co najmniej 36 godzin. Spowodowane jest to faktem, iż krętki *Borrelia burgdorferi* bytują w przewodzie pokarmowym kleszcza i uaktywniają się po wypełnieniu jego jelit krwią w trakcie żerowania na skórze żywiciela.

Borelioza układu nerwowego, czyli neuroborelioza, stanowi 15-40 % spośród wszystkich przypadków boreliozy, a jej objawy mogą pojawić się wiele lat po ukąszeniu przez kleszcza i narastać z czasem.

Anaplazmoza, a dokładnie ludzka anaplazmoza granulocytarna, to choroba, w której bakteria po dostaniu się do organizmu, wędruje z krwią do szpiku kostnego, a tam w białych krwinkach, zaczyna się namnażać. Okres wylegania – od ukąszenia przez kleszcza wynosi 8 -9 dni. W 60 % przypadków choroba przebiega bezobjawowo. W pozostałych pojawiają się mało charakterystyczne objawy, które przypominają objawy grypy: wysoka temperatura, bóle głowy, pocenie się, kaszel, bóle stawowo-mięśniowe.

U niektórych osób występują objawy ze strony układu pokarmowego (nudności, bóle brzucha, biegunka), a także zapalenie płuc z zaburzeniami oddychania lub niewydolność nerek i objawy neurologiczne (np. drgawki).

Anaplazmoza granulocytarna (HGA) to choroba dawniej zwana erlichiozą. Jej nazwa pochodzi od wywołującej ją Gram – ujemnej bakterii - *Anaplasma phagocytophilum*. W badaniach laboratoryjnych widoczne jest obniżenie krwinek białych, płytek i wzrost enzymów wątrobowych. Jest to choroba samoograniczająca się i samowyleczalna, niebezpieczna jednak dla osób z upośledzoną odpornością lub chorobami przewlekłymi. Inna odmiana anaplazmozy to anaplazmoza monocytowa – częściej objawia się uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego: zaburzenia świadomości, drgawki. Może wystąpić uszkodzenie nerek i krwawienie z przewodu pokarmowego. W obu odmianach może wystąpić wysypka skórna, leukopenia, trombocytopenia, podwyższenie aminotransferaz. Chorobę rozpoznaje się na podstawie obrazu klinicznego, rozmazu krwi i szpiku oraz testów serologicznych.

Profilaktyka choroby polega na unikaniu ukąszeń kleszczy.

Babeszjoza (babezjoza,piroplazmoza)

W Polsce babeszjoza jest stosunkowo rzadko występuje, postępowanie diagnostyczne wdrażane jest u osób, które wróciły z miejsca występowania tej choroby.

Choroba ta może występować równocześnie z boreliozą. Wywoływana jest przez pierwotniaka *Babesia microti*, przenieszonego przez ten sam gatunek kleszcza, który przenosi wirusy kleszczowego zapalenia mózgu i krętki boreliozy. Objawy babeszjozy, przypominają objawy grypy z wysoką temperaturą.

Babeszjoza rzadko występuje u człowieka. Może być wtórnym następstwem ukąszenia przez kleszcza i może występować jednocześnie z boreliozą.

Wśród ludzi najbardziej narażone na babeszjozę są: osoby młode, chore, starsze, o obniżonej odporności, chore na AIDS.

Objawy babeszjozy u ludzi.

Choroba na początku przebiega bez charakterystycznych objawów. Jej objawy występują po około 6-8 tygodniowym okresie utajenia i przypominają grypę. Można zaobserwować okresowo znaczny wzrost temperatury ciała, dreszcze i zwiększoną potliwość. Może wystąpić niewydolność narządów, duszność, bóle mięśni i stawów.

Najczęściej narażone na babeszjozę są czworonogi. *Babesia canis* dostaje się do krwi psa ze śliną kleszcza i wnika do czerwonych krwinek. Szybko wykryta jest uleczalna.

Tularemia

Tularemia jest chorobą występującą na całej półkuli północnej, z wyjątkiem Wielkiej Brytanii. Nie opisywano przypadków tularemii pochodzących z Afryki czy Ameryki Południowej. Choroba występuje również w Polsce. Według danych Państwowego Zakładu Higieny, rocznie w Polsce rozpoznawanych jest około 10 przypadków tularemii.

Do zakażenia ludzi dochodzi poprzez ukąszenia kleszczy oraz much jelenich, przez kontakt skóry z zakażonym zwierzęciem, spożycie skażonej wody, ekspozycję zawodową (np. w laboratorium), inhalację zanieczyszczonego kurzu lub aerozolu. W miejscu ukąszenia powstają rumieniowate grudki, powiększające się w ciągu dwóch dni, zmieniające w krosty, a następnie owrzodzenie. Charakterystyczne dla tularemii jest pojawienie się objawów grypopodobnych po mniej więcej 3-6 dniach od ukąszenia kleszcza. Jest to najczęstsza postać choroby.

Riketsjoza

Charakterystyczne dla niemal wszystkich riketsjoz jest zapalenie naczyń, z którym mogą się wiązać powikłania narządowe – zależnie od tego, które naczynia zostały objęte procesem zapalnym. W najgroźniejszych przypadkach dochodzi do zespołu wykrępienia wewnątrznaczyniowego, co może zagrażać życiu chorego.

W Polsce riketsje są przenoszone wyłącznie przez kleszcze.

Charakterystycznym objawem dla chorób wywołanych przez riketsje jest bardzo wysoka temperatura ciała – do 40 stopni C. Ponadto pojawia się krwotoczna, plamista wysypka, bóle mięśni, niekiedy wymioty, bradykardia, zacerwienie gałek ocznych i zapalenie spojówek. Powstające w naczyniach zakrzepy mogą prowadzić do zgorzeli kończyn.

W niektórych regionach Polski nawet do 30% żyjących tam kleszczy może przenosić przynajmniej jeden z patogenów przedstawionych powyżej chorób.

Przygotowane na podstawie literatury.

Kozubski W. : Neurologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006

Jaracz K., Kozubski W. (red.): Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012

Dziubek Z. : Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

NIPiP-NRPiP-DM.0028.8.2019.MK

Warszawa, dnia 21 sierpnia 2019 r.

Szanowni Państwo,

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych organizuje **bezpłatne**, dwudniowe szkolenie dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek pediatrycznych, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarek zatrudnionych w izbach przyjęć, szpitalnych oddziałach ratunkowych na temat *Przeciwdziałania przemocy w rodzinie*, w dniach 25-26 września 2019 r. w Warszawie.

Organizatorzy zapewniają wyżywienie, materiały dydaktyczne oraz nocleg z 25 na 26 września 2019 r.

Liczba miejsc ograniczona (54), o zakwalifikowaniu na szkolenie decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia za pośrednictwem elektronicznego formularza dostępnego na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych: <https://nipip.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinie/>.

Szkolenie odbędzie się w Warszawie. Szczegółowe informacje dotyczące ośrodka, w którym odbędzie się szkolenie, zostaną przekazane do Państwa przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

W załączeniu przesyłam Komunikat z programem szkolenia.

Z poważaniem

Prezes NRPiP

Zofia Malas

INFORMACJA W SPRAWIE USTAWY

Informacja w sprawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Prezydent RP podpisał ustawę o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Celem ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych jest modyfikacja „kwoty bazowej” służącej do obliczania, w okresie przejściowym, najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych objętych ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ustawa zmienia kwotę bazową, na podstawie której oblicza się najniższe wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych w okresie od 1 lipca 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. – z kwoty 3900 zł, na kwotę 4200 zł. Ponadto ustawa wydłuża o 6 miesięcy okres stosowania przepisu przejściowego w art. 7 ustawy, z 31 grudnia 2019 r., na 31 czerwca 2020 r.

W art. 2 ustawy wprowadzono przepisy dostosowujące, zgodnie z którymi określono termin na zawarcie porozumienia lub zarządzenia, jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte, o sposobie podwyższania na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzeń zasadniczych w podmiocie leczniczym, w zakresie wynikającym ze zmian wprowadzanych ustawą.

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

MAJOWA WYCIECZKA W OBIEKTYWIE





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

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