



# BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

Nr 2 (126) 16 ISSN 1429-9275

Gorzów Wlkp., Maj 2016 r.

*Z okazji*

*Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej*

*wszystkim wykonującym ten piękny i odpowiedzialny zawód*

*życzę*

*dużo radości na co dzień, dobrego zdrowia,*

*wszelkiej pomysłowości*

*w życiu osobistym i zawodowym,*

*a przede wszystkim satysfakcji płynącej*

*z pasji i możliwości wykonywania trudnej i odpowiedzialnej pracy*

*na rzecz drugiego człowieka.*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek*

*i Położnych w Gorzowie Wlkp.*

*Marta Powchowiec*

## BIULETYN INFORMACYJNY Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

### WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)  
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 729 67 84

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.  
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

**ZESPÓŁ REDAKCYJNY:** Marta Powchowicz, Wiesława Kandefer, Alicja Świątek

**OPRACOWANIE TECHNICZNE:** Bartosz Kaczmarek

**SKŁAD I DRUK:** SONAR Sp. z o.o., ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 72 50 335  
e-mail: biuro@sonar.pl; www.sonar.pl

ISSN 1429-9275

### W BIULETYNIE

1. VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych .....	3
2. Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 .....	5
3. Pismo w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej .....	6
4. Stanowisko Nr 1 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 lutego 2016 r. ....	7
5. Informacja, dotycząca rozpatrzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia uwag Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia .....	11
6. Stanowisko Nr 2 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. ....	14
7. Stanowisko Nr 3 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. ....	15
8. Stanowisko Nr 4 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 8 marca 2016 r. ....	16
9. Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego .....	17
10. Koordynowana Opieka nad kobietą w ciąży .....	18
11. Nowe standardy w okołoporodowej opiece położniczo – ginekologicznej .....	19
12. Konkurs „Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem” .....	19
13. Rola Szkół Rodzenia w opiece przedporodowej .....	22
14. Wyciąg z Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Gorzowie Wlkp. ....	24
15. Plan kursów .....	25
16. Moja pasja - decoupage .....	26
17. Podziękowania i gratulacje .....	29
18. Kondolencje .....	30

### INFORMACJE BIURA OIPIP w Gorzowie Wlkp.

#### **BIURO:**

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,  
tel. 95 729 67 84,

#### **Izba czynna:**

**poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 15.00**  
**czwartek w godz. 7.00 - 17.00**

#### **PRZEWODNICZĄCA ORPIP**

**Marta Powchowicz**

przyjmuje interesantów

od poniedziałku do piątku od 7.00 - 15.00 po wcześniejszym  
telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania

#### **WICEPRZEWODNICZĄCE ORPIP**

**Beata Dunal**

**Dorota Górecka**

#### **RADCA PRAWNY**

**Halina Łagocka** przyjmuje interesantów

w każdy piątek w godz. 11.00 - 13.00

#### **Sekretarz**

**Elżbieta Majdańska**

**Skarbnik**

**Maria Teresa Ziółkowska**

#### **OKRĘGOWY RZECZNIK**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**

**Anna Herodowicz**

tel. 95 720 23 03

#### **ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**

**Beata Majchrzak**

**Joanna Banicka**

**Anna Kisson**

**Danuta Kosecka**

**Violetta Zając**

Dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca  
od 15.00 do 16.00

#### **PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU**

**PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**Renata Głowacz**

## VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

W dniach 18-20 stycznia 2016 r. odbył się w Warszawie, VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Delegatami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. uczestniczącymi w zjeździe były: Anna Herodowicz, Monika Rubaszewska, Aldona Stańko, Violetta Zajac.

W pierwszej części Zjazdu nastąpiło uroczyste wręczenie odznaczeń brązowych, srebrnych i złotych za zasługi dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Srebrną odznaką została odznaczona Monika Rubaszewska, Zastępca Naczelnej Komisji Rewizyjnej, a złotą Aldona Stańko, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. V i VI kadencji. Jest to duże wyróżnienie dla odznaczonych osób z naszego środowiska, a także docenienie zaangażowania jaką wniosły w pracę na rzecz samorządu zawodowego.

Po części oficjalnej wystąpienia zaproszonych gości oraz wręczeniu odznaczeń przystąpiono do wyboru komisji zjazdowych, przewodniczącego i prezydium Zjazdu, a następnie rozpoczęto obrady VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych. Dokonano wyboru komisji zjazdowych: uchwał i wniosków, wyborczej, skrutacyjnej



oraz przyjęto porządek obrad. Odczytano sprawozdania kadencyjne VI kadencji z działalności Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, sprawozdania finansowe oraz podjęto uchwały o przyjęciu sprawozdań.

W pierwszym dniu obrad Zjazdu dokonano wyboru Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczącej Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Przewodniczącej Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

Decyzją delegatów VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych: Prezesem Naczelnej Rady pielęgniarek i Położnych VII kadencji została **Zofia Małas**, mgr zdrowia publicznego, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i epidemiologicznego. Przez dwie poprzednie kadencje była Przewodniczącą Świętokrzyskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.



Przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej wybrana została **Kamilla Gólcz**.

Przewodniczącą Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych została **Beata Rozner**.

Naczelny Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych została **Grażyna Rogala-Pawelczyk**

Na członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wybrano:

Pielęgniarki:

- **Adamek Danuta**
- **Bednarek Urszula**
- **Borchulska Iwona**
- **Czech Tomasz**
- **Czepczarz Jarosław**
- **Drózd – Kubicka Elżbieta**
- **Frymorgen Barbara**
- **Gawłowski Jacek**
- **Głowacka Mariola**
- **Grabowska Maria**
- **Irzykowski Sebastian**
- **Kachaniuk Jan**
- **Kacprzak Iwona**
- **Kaczmarek Tomasz**
- **Król Anna Maria**
- **Kuziara Teresa**
- **Łodzińska Mariola**
- **Matusiak Maria**
- **Molka Ewa**
- **Olejniak Beata**
- **Ptok Krystyna**
- **Raj Anna**
- **Stanikowska Alicja**
- **Sworacki Rafał**
- **Tetlak Bernadeta**
- **Walewander Joanna**
- **Zielonka Wiesław**

Położne:

- **Adamczyk-Wiśniewska Danuta**
- **Janiuk Ewa**
- **Żółkiewska Beata**



Na członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej wybrano:

Pielęgniarki:

- **Adamczyk Ewa**
- **Arendarczuk Jolanta**
- **Grabowska Krystyna**
- **Jakubowska Urszula**
- **Kowalska Monika**
- **Maliszewska Regina**
- **Nawrocki Marcin**
- **Serzysko Bogusława**
- **Sobania Małgorzata**
- **Zborowska Agnieszka**

Na członków Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych wybrano:

Pielęgniarki:

- **Błaszowska Aneta**
- **Fichtner-Jeruzel Franciszka Teresa**
- **Goldmann Monika**
- **Górska Beata**
- **Kaczmarek Anna**
- **Kałasz Jadwiga**
- **Klimaszewska Krystyna**
- **Kuźmiński Sebastian**
- **Łysak Jolanta**
- **Malinowska Barbara**
- **Mazur Elżbieta**
- **Nowak Agnieszka**
- **Przybek-Mita Joanna**
- **Ślęzak Jan**
- **Tymińska Katarzyna**

Położne:

- **Chmielarz Ewa**
- **Krokocka Elżbieta**
- **Madej Ewa**

Na zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wybrano:

Pielęgniarki:

- **Czepiel-Kloc Franciszka**
- **Czyż Zofia**
- **Dziedzic-Płanda Janina**
- **Falerowska Zofia**
- **Gos Alicja**
- **Huptas Marzena**
- **Łoś Jolanta**
- **Miller Marzena**
- **Rasińska Bożena**
- **Rogula Ewa**
- **Rubaszewska Monika**
- **Siedlecki Robert**
- **Siwiec Lucyna**
- **Tomsza Beata**

Położne:

- **Rusin-Hajdasz Beata**
- **Stefaniak-Gromadka Wiesława**

## Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r., o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zrn.) uchwała się, co następuje;

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna,

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;

2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;

3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej - indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);

2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem\*;

3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu;

4) przebywające na urlopie macierzyńskim/tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim;

5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu;

6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu;

7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy;

8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 4% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni;

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

\* dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia, 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, ze zm.) informują OIPIP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia  
Szanowny Panie Ministrze

Do Naczelnej izby Pielęgniarek i Położnych wpływają zapytania dotyczące problemu wydawania pacjentom przez świadczeniodawców oryginałów dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku *a prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn. zm.) dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków.
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Pojawiły się dwa kierunki interpretacyjne powyższych przepisów. Zgodnie z pierwszym art. 27 pkt 3 uw. ustawy daje każdemu uprawnionemu, także pacjentowi, prawo do otrzymania oryginału dokumentacji medycznej. Zgodnie z drugim - prawo do otrzymania oryginału dokumentacji przysługuje jedynie podmiotom wymienionym w art. 26 ust. 3 cytowanej ustawy, bowiem ustawodawca w przedmiotowej ustawie wyraźnie rozróżnił kategorie uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznych, przede wszystkim używając sformułowań: pacjent, organ i podmiot.

W związku z powyższym, uprzejmie proszę o odpowiedź na pytanie: czy w świetle norm art. 27 pkt. 3 ustaw z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn. zm.) przez podmiot, który może żądać udostępnienia oryginałów dokumentacji należy rozumieć także pacjenta, a tym samym, czy pacjent może żądać od świadczeniodawcy wydania oryginału dokumentacji medycznej.

Powyższe pytanie związane jest z problemem interpretacyjnym ww. przepisu i wynikającymi z tego wątpliwościami: czy pacjenci mogą żądać od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych wydania oryginałów dokumentacji medycznej.

**Z poważaniem**  
**Prezes NRPiP**  
**Grażyna Rogala - Pawelczyk**

Pani  
Zofia Małas  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na otrzymane pismo w dniu 18 stycznia 2016 r., w sprawie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej, uprzejmie informuję, co następuje:

Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej określa art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Jednym z wymienionych w tym przepisie sposobów jest wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli żąda tego uprawniony organ lub podmiot. Katalog podmiotów i organów, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną zawiera art. 26 ustawy. Przede wszystkim jest to pacjent (jego przedstawiciel ustawowy) lub osoba przez niego upoważniona (ust. 1 i 2), a dodatkowo inne organy i podmioty w określonym zakresie (ust. 3 i 4). Ustawa przyznaje zatem każdemu z uprawnionych podmiotów i organów prawo żądania udostępnienia oryginału dokumentacji, przy czym jest to obwarowane pewnymi ograniczeniami, gdyż dokumentacja oryginalna może być jedynie „wypożyczona”, zaś po wykorzystaniu musi być zwrócona podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych.

Należy zauważyć, iż w art. 27 ustawy zostały wskazane sposoby udostępniania dokumentacji medycznej, bez wskazywania kręgu odbiorców, co sugeruje, że wymienione sposoby udostępniania dotyczą każdego z podmiotów i organów wskazanych w art. 26, w tym również pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego) lub osobę przez niego upoważnioną. Istotnie w art. 27 pkt 3 ustawa posługuje się pojęciem organu i podmiotu, jednakże nie w celu określenia kręgu adresatów tego przepisu, a zaznaczenia, że wydanie oryginału następuje na żądanie określonego organu czy podmiotu.

Powyższe stanowisko dodatkowo potwierdza fakt, iż Ministerstwo Zdrowia rozważało w ramach procedowanego w ubiegłym roku projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, zmianę art. 27 pkt 3 ustawy w kierunku ograniczenia możliwości wydawania oryginału dokumentacji medycznej, bowiem praktyka wskazywała na częste przypadki braku zwrotu oryginału dokumentacji medycznej po wykorzystaniu przez pacjenta. Projektowany przepis art. 27 przewidywał, że dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej mogłaby być udostępniana przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na zadanie organów władzy publicznej, w tym Rzecznika Praw Pacjenta albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

Należy zatem stwierdzić, iż w świetle obowiązującego obecnie przepisu art. 27 pkt 3 ustawy, przez podmiot, który może żądać udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej należy rozumieć także pacjenta, a co za tym idzie może on żądać od świadczeniodawcy wydania mu oryginału dokumentacji medycznej.

**Z poważaniem**  
**Konstanty Radziwiłł**

**Stanowisko Nr 1  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 3 lutego 2016 roku  
w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
zmieniającego zarządzenie  
w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju  
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy  
zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa, że w ostatnim czasie został stworzony system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem, określony w szczególności poprzez:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

Wspomniany system dopiero zaczyna działać, głównie za sprawą wprowadzenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1514), mającego na celu uszczelnienie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą oraz noworodkiem, których efekty oraz skuteczność będzie można ocenić w dłuższej perspektywie czasu.

W świetle powyższego należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań organizacyjnych i prawnych w zakresie opieki nad kobietą w ciąży,

w porodzie i połogu oraz noworodkiem. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istniejący system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem w swoich założeniach zabezpiecza właściwą opiekę pod warunkiem realizacji przepisów prawa zawartych w wyżej wymienionych aktach prawnych. Zgodnie z założeniami na etapie tworzenia standardów opieki okołoporodowej miały być przeprowadzone szkolenia dla personelu medycznego poszczególnych szczebli opieki i szeroka kampania informacyjna dla społeczeństwa. Spełnienie tych warunków pozwoliłoby na zaistnienie w pełni skutecznego i efektywnego systemu opieki.

Jednocześnie poniżej przedstawiamy uwagi do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC):

- 1) W treści projektu wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu – nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki w środowisku domowym (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa, że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) daje kobietom ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu narodzin, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych i socjalnych oraz edukacji zdrowotnej rodziny.
- 2) Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki

z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świadczeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolenie pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu).

- 3) Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).
- 4) Nie widzimy możliwości, aby była jednocześnie możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, porodu, położu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece – inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu i w czasie położu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego.
- 5) Projekt przewiduje wprowadzenie nowych definicji pojęć: „rozporządzenie o opiece okołoporodowej” i „rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej”, odpowiadających odpowiednio rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), przewidujących określone standardy związane z opieką okołoporodową, co należy uznać za konsekwencję wprowadzenia do zarządzenia nowego zakresu świadczeń zdrowotnych – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Jednocześnie zauważyć należy, że projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia, w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Chociaż standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (§ 2 cyt. rozporządzenia), to – zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC) – przedmiotem tej umowy ma być udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej również w zakresie leczenia szpitalnego. Rozporządzenie to – jak się wydaje – powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Nieuzasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu;

- 6) Projekt wprowadza zmianę do zarządzenia, zgodnie z którą świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC) obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej realizacji świadczeń w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11) wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 7) Projekt wprowadza określone zasady dotyczące rozliczania świadczeń udzielanych w ramach nowego zakresu świadczeń medycznych. Przede wszystkim, zgodnie z propozycją niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i położem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wskazano również, że w przypadku



- przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz leczenia szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma finansowania za świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych;
- 8) Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić – biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia – że załącznik ten powinien zostać umieszczony po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu do umowy);
- 9) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”. Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki. Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym”. W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia. Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami.
- 10) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 5, wskazano parametr jakościowy do oceny udzielania świadczeń dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego – „odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został pełny schemat opieki, przewidziany dla ciąży fizjologicznej i patologicznej zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia o opiece okołoporodowej oraz o opiece w ciąży patologicznej – 100%”. Powstaje wątpliwość, czy taki parametr jest możliwy do osiągnięcia.
- 11) Finansowanie i rozliczanie świadczenia Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC):
- Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia.
  - Brak informacji o podziale środków, a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów.
- 12) Załącznik nr 2 – Warunki wymagane:
- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.3** – w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczbą położnych wchodzących w zespół (6 lekarzy + 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukację, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością jest dodanie położnej: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem.”
- Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku. W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwojgiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarstwa.
- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki – minimalna l. porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t. c. – 600 rocznie)** – warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach.
  - **W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel** - należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudniania, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym.
- 13) Załącznik nr 3 – Opis przedmiotu umowy, część P – opis świadczenia Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży:

- **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym** – zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki.
  - **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) [podmiot koordynujący] współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży** - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że **w ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia** znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej.
  - **W pkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia** - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty.
  - **W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń** - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich – poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).
- 14) Załącznik nr 5 – ankieta satysfakcji: Pytanie S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków – czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki.
- 15) Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i połogu oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację

dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów.

Proponowane zmiany, przedstawione w projekcie zarządzenia wpłyną niekorzystnie na zdrowie matki i noworodka, ponieważ:

- Wprowadzą chaos do dotychczas sprawnie funkcjonującej opieki nad matką i noworodkiem.
- Ograniczą wolność pacjentki w zakresie wyboru położnej POZ narzucając położną zatrudnioną w opiece skoordynowanej.
- Wprowadzą nierówny dostęp do opieki kobiet zamieszkujących miasto i wieś.
- Podmioty medyczne realizujące świadczenia położnej poz prowadzone przez położne, jak również indywidualne grupowe praktyki położnej jak wykazują statystyki realizują świadczenia opieki okołoporodowej w sposób właściwy, co ma również odzwierciedlenie w poziomie satysfakcji pacjenta. Fakt ten należy łączyć z dużą świadomością położnych decydujących się na samodzielne realizowanie usług oraz roli samorządu pielęgniarek i położnych jako instytucji nadzorującej. Proponowana zmiana może wyeliminować z rynku dobrze funkcjonujące praktyki i zakłady.

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wprowadzenie w życie przedmiotowego projektu zarządzenia Prezesa NFZ jest niezasadne, a wręcz może przynieść więcej szkód niż korzyści i w związku z tym, opiniuje go negatywnie i wnosi o odrzucenie w całości. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje usprawnienie wdrażania istniejącego już i dobrze opracowanego standardu opieki okołoporodowej, wzmocnienie pozycji położnej, zapewnienie finansowania świadczeń dla położnych poz, w celu prowadzenia ciąży oraz umożliwienie równej dostępności wyboru miejsca porodu kobietom w ciąży (bezpłatny dostęp do świadczeń okołoporodowych w domu, domu narodzin, szpitalu). Jednakże w przypadku podjęcia decyzji o dalszym procedowaniu projektu Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o przekazanie do ponownego uzgodnienia przedmiotowego projektu w wersji uwzględniającej powyższe stanowisko.

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Zofia Małas

## Informacja, dotycząca rozpatrzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia uwag Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, który wprowadza nowy zakres świadczeń: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży”

Ponieważ znaczna część uwag nie zawiera propozycji zmian w projekcie, a jedynie wyraża ogólną opinię co do jego treści (w podsumowaniu stwierdzono wprost, że wprowadzenie w życie projektu jest niezasadne i NRPiP wnosi o jego odrzucenie w całości), dlatego uwzględnienie uwag o takim charakterze było niemożliwe.

1) W odniesieniu do uwagi nr 1: „wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu -nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki, w środowisku domowym, (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów fizjologicznej ciąży (...) daje kobietom, ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu narodzin, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych, i socjalnych oraz edukacji, zdrowotnej rodziny”;

wyjaśniam, że ryczałt obejmuje wszystkie formy opieki nad ciężarną, w tym także opiekę w domu, stosownie do potrzeb, ponadto podmiot koordynujący zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC, dlatego uwaga jako niezasadna nie będzie uwzględniona.

2) W odniesieniu do uwagi nr 2: „Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i w środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świadczeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolone pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu)”;

wyjaśniam, że świadczenie w żaden sposób nie dyskryminuje kobiet z ww. obszarów, ponadto świadczenie ma charakter pilotażowy, zatem równolegle zostanie zachowany dotychczasowy system opieki, dlatego nie istnieje opisane powyżej ryzyko. Po okresie pilotażu, jeśli przedstawione obawy znajdą potwierdzenie w rzeczywistości, wówczas zostaną dokonane stosowne zmiany. Dlatego uwaga jako niezasadna nie będzie uwzględniona. Jednocześnie zauważyć trzeba, że NRPiP zgłaszając uwagę nie przedstawiła propozycji zmian.

3) W odniesieniu do uwagi nr 3: „Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów fizjologicznej ciąży”.

wyjaśniam, że świadczenie ma charakter pilotażowy, zatem równolegle zostanie zachowany dotychczasowy system opieki, dlatego ciężarna zachowa możliwość wyboru lekarza/położnej. Ponadto nadal zachowuje możliwość wyboru świadczeniodawcy realizującego przedmiotowe świadczenie. Natomiast jeśli wszyscy świadczeniodawcy z danego terenu udzielali świadczeń wyłącznie w ramach pilotażu, wówczas i tak ciężarna miałaby wybór spośród wszystkich dostępnych na danym terenie lekarzy/położnych. Uwaga jako niezasadna nie będzie uwzględniona. Także tutaj, NRPiP zgłaszając uwagę nie przedstawiła propozycji zmiany.

4) W odniesieniu do uwagi nr 4: „Nie widzimy możliwości, aby była jednocześnie możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, porodu, połogu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece - inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu, i w czasie połogu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego”;

wyjaśniam, że nie przedstawiono żadnego uzasadnienia takiej opinii. W projekcie nie ma żadnych przeszkód aby ta sama położna sprawowała opiekę nad ciężarną. Uwaga jako niezasadna nie może zostać uwzględniona.

5) W odniesieniu do uwagi nr 5: „(...) projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada, 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. póź. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Chociaż standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia, bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju, świadczenia szpitalne (§ 2 cyt rozporządzenia). Rozporządzenie to - jak się wydaje - powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy 1, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Niezasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu”

wyjaśniam, że uwaga jako uzasadniona, została uwzględniona. Do projektu zarządzenia wprowadzono odwołanie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada, 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego.

- 6) W odniesieniu do uwagi nr 6: „(...) Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011. r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. póź. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11). wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia”

wyjaśniam, że uwaga jako uzasadniona, została uwzględniona. Z projektu zarządzenia usunięto termin. „elektroniczna dokumentacja”.

- 7) W odniesieniu do uwagi nr 7: „(...) zgodnie z propozycją projektu niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet, w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 1.1. póź. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia, wskazano również, że w przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz leczenia szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma finansowania świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem, udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych”

wyjaśniam, że w przypadku udzielenia świadczenia w trybie nagłym, np. w związku z porodem istnieje możliwość objęcia pacjentki opieką w ramach KOC, a tym samym sfinansowania udzielonych

świadczeń. Należy też mieć na uwadze, że ze względu na pilotażowy charakter świadczenia mogłoby powstać ryzyko podwójnego finansowania tych samych świadczeń przez NFZ. Odpowiednie przepisy zawarte w projekcie zarządzenia mają zapobiec wystąpieniu tego problemu a więc niegospodarnego wydatkowania środków publicznych. Tym samym uwaga jako niezasadna, nie może zostać uwzględniona,

- 8) W odniesieniu do uwagi nr 8: „Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić - biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia - że załącznik ten powinien zostać umieszczony po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu, do umowy),

wyjaśniam, że w treści projektu prawidłowo oznaczono załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Można domniemywać, że uwaga wynika z niedostrzeżenia przez NRPiP wszystkich zarządzeń zmieniających zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wprowadzających załączniki aż do numeru 2e. Dlatego pierwszą wolną pozycją jest 2f. Uwaga jako nieuzasadniona nie może zostać uwzględniona.

- 9a) W odniesieniu do uwagi nr 9: „W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”. Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i położenia”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki,

wyjaśniam, że ponieważ intencją wprowadzenia świadczenia kompleksowego jest objęcie pacjentki opieką przez cały okres, dlatego w takiej sytuacji świadczenie nie może zostać rozliczone przez ośrodek realizujący KOC,

- 9b) cd. w odniesieniu do uwagi nr 9: „Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym”. W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia,”

wyjaśniam, że w takiej sytuacji świadczenie może zostać rozliczone przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń na III poziomie referencyjnym.

- 9c) cd. w odniesieniu do uwagi nr 9: „Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po

porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami”;

wyjaśniam, że w takiej sytuacji świadczenie zostanie rozliczone w zależności od tego czy poród odbył się u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w ramach KOC.

10) W odniesieniu do uwagi nr 10: „w załączniku nr 3 do projektu w pkt 5. wskazano parametr jakościowy do oceny udzielania świadczeń dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego - „odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został pełny schemat opieki,, przewidziany dla ciąży fizjologicznej i patologicznej zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia o opiece okołoporodowej oraz o opiece w ciąży patologicznej - 100%”. Powstaje wątpliwość, czy taki parametr jest możliwy do osiągnięcia,

wyjaśniam, że ze względu na konieczność dążenia do jak najwyższej jakości świadczeń zasadne jest dążenie do uzyskania 100% odsetka ciężarnych, u których zrealizowany zostanie pełny schemat opieki.

11) W odniesieniu do uwagi nr 11: „Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia. Brak informacji o podziale środków; a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów”.

wyjaśniam, że wartość punktu będzie wynikiem przeprowadzonego postępowania, zaś wartości procentowe odnoszą się do wartości świadczenia. Natomiast sprawa podziału środków z ryczałtu pomiędzy członków zespołu pozostaje w gestii świadczeniodawcy. Uwaga, jako wynikła z niezrozumienia całości projektu, nie będzie uwzględniona,

12a) W odniesieniu do uwagi nr 12, dotyczącej załącznika nr 2: „w pkt 23.4 w ppkt 23.4.3 -w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczbę położnych wchodzących w zespół (6 lekarzy +- 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukację, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością, jest dodanie położnej: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem”;

Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku, W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwójkiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarskich”, wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, w projekcie zarządzenia dodano przepis: „równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej

na 1 łóżko w systemie „matka z dzieckiem” - zapewniające całodobową opiekę okołoporodową nad kobietą w KOC we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej \*”.

12b) cd. - w odniesieniu do uwagi nr 12, dotyczącej załącznika nr 2: „W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki - Minimalna liczba porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych, dzieci powyżej 22 t. c. - 600 rocznie) - warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach”

wyjaśniam, że z uwagi na pilotażowy charakter świadczenia nie ma konieczności, aby wszystkie szpitale na terenie województwa zawierały na niego umowę.

12c) cd.-w odniesieniu do uwagi nr 12, dotyczącej załącznika nr 2: „W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel-należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględniamy ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudnienia, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym”;

wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, w projekcie zarządzenia dodano przepis: „Równoważnik co najmniej 1 etatu - położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.”

13a) W odniesieniu do uwagi nr 13. dotyczącej załącznika nr 3: „W pkt L2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym ~ zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki”, wyjaśniam, że uwaga, została, rozważona, zaś przepis w projekcie zarządzenia otrzymał brzmienie: „zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC”.

13b) cd, - w odniesieniu do uwagi nr 13, dotyczącej załącznika nr 3: „W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) podmiot koordynujący współpracuje z lekarzem POZ., na liście którego znajduje się kobieta w ciąży - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej

opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że w ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia znajduje się procedura 89,04 opieka pielęgniarki lub położnej”;

wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, zaś przepis w projekcie zarządzenia otrzymał brzmienie: „współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką środowiskową na liście których znajduje się kobieta w ciąży”.

13c) cd - w odniesieniu do uwagi nr 13. dotyczącej załącznika nr 3: „W pkt 1,5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np, procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty”;

wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, w projekcie zarządzenia dodano odpowiednie procedury.

13d) cd, - w odniesieniu do uwagi nr 13, dotyczącej załącznika nr 3; „W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich -poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).”

Wyjaśniam, że z uwagi na pilotażowy charakter świadczenia nie ma konieczności, aby wszystkie oddziały położnicze na danym terenie zawierały na ten zakres świadczeń. Konieczne jest dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości.

14) W odniesieniu do uwagi nr 14, dotyczącej załącznika nr 5 ankieta satysfakcji: „Pytanie S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków - czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki”;

wyjaśniam, że także subiektywna ocena pacjentki powinna być brana pod uwagę, nie można pozbawiać jej prawa do wyrażenia opinii.

15) W odniesieniu do uwagi nr 15: „Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i porodu oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów”;

wyjaśniam, że z uwagi na pilotażowy charakter świadczenia nie może dojść do dezorganizacji dotychczasowej opieki, gdyż dotychczasowy system będzie funkcjonował równolegle do pilotażu.

## Stanowisko Nr 2 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zgadza się z treścią zawartą w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie *medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego*.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż niedopuszczalne jest umożliwienie ratownikom medycznym wykonywania zawodu w innych podmiotach leczniczych niż te, które posiadają zespół ratownictwa medycznego bądź szpitalny oddział ratunkowy, z uzasadnieniem że może stanowić uzupełnienie braku

wystarczającej liczby pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia (*vide* uzasadnienie do projektu, str. 1, i Ocena Skutków Regulacji, pkt 1). Brak wystarczającej liczby pielęgniarek bezsprzecznie powinien być uzupełniany nowymi kadrami pielęgniarskimi, nie zaś poprzez powierzenie zadań pielęgniarek przedstawicielom innym zawodów medycznych.

Ponadto świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie w podmiotach leczniczych (zał. nr 4 do rozporządzenia), odnoszą się do działań ratunkowych, co znajduje odzwierciedlenie

w założeniach kształcenia grupy zawodowej ratowników medycznych. W związku z powyższym, ze względu na specyfikę i zaproponowany zakres czynności ratownika medycznego, nie jest zasadne zatrudnianie go na innych niż szpitalne oddziały ratunkowe z uwagi na to, że niewielka jest możliwość zastosowania jego kompetencji zawodowych na innych oddziałach. Z ustawy o działalności leczniczej, która definiuje świadczenie szpitalne *jako działania polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji* oraz z definicji świadczeń innych niż szpitalne, tj. *świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień*, nie wynika iż zakres obowiązków i uprawnień ratownika medycznego będzie miało zastosowanie w realizacji świadczeń w podmiotach leczniczych. Kwalifikacje ratownika medycznego nie odpowiadają zakresowi udzielanych świadczeń w oddziałach szpitalnych zagwarantowanych pacjentowi w ramach przedmiotowych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zatrudnianie ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych będzie łączyło się z odpowiedzialnością kierownika podmiotu leczniczego za powierzanie realizacji świadczeń zdrowotnych osobom o nieodpowiednich kwalifikacjach.

Przyjęta w 2006 roku ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym określiła rolę i zadania ratowników medycznych oraz w rozporządzeniu wymieniła katalog czynności, które mogą wykonywać ratownicy medyczni odpowiadający uzyskanym kwalifikacjom oraz potrzebom systemu ratownictwa medycznego. Od tego czasu system kształcenia i uzyskiwane przez ratowników medycznych kwalifikacje nie zmieniły się, stąd też rozszerzenie kompetencji jest nieuzasadnione.

Należy podkreślić, że przyznanie ratownikom medycznym kompetencji określonych w projekcie rozporządzenia w załącznikach 3 i 5 spowoduje sytuację będącą ewenementem na skalę światową, gdzie ratownik medyczny będzie mógł wykonywać czynności przypisane do systemu ratownictwa medycznego poza tym systemem.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że Minister Zdrowia powinien wydać rozporządzenie określające wykaz medycznych czynności ratunkowych odpowiadający zakresem medycznym czynnościom ratunkowym przewidzianym w dotychczasowych przepisach.

**Sekretarz NRPiP**  
**Joanna Walewander**

**Prezes NRPiP**  
**Zofia Małas**

## **Stanowisko Nr 3** **Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych** **z dnia 4 lutego 2016 r.**

### **w sprawie zabezpieczenia środków finansowych dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o spowodowanie należnych wypłat z tytułu wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień.

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 roku w Warszawie pomiędzy OPZZPiP, NRPiP a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia wskazuje między innymi, iż Pielęgniarki wykonujące zawód u świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna są upoważnione do otrzymania podwyżki.

W świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jasno została określona definicja pielęgniarki POZ, ustawa i zawarte Porozumienia nie wskazują, że ma być to pielęgniarka posiadająca aktywną listę świadczeniobiorców tylko pielęgniarka POZ. Naszą intencją podczas rozmów było objęcie podwyżką wszystkich pielęgniarek i położnych, aby zapewnić im średnio wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400,00 zł. Każdy świadczeniodawca, który wykazał uprawnione pielęgniarki i położne miał otrzymać po 400,00 zł na etat pielęgniarki albo położnej albo równoważnik etatu.

W świetle zebranych informacji z okręgowych izb pielęgniarek i położnych, NRPiP stwierdza iż ponad 3 tysiące pielęgniarek w skali kraju wykonujących świadczenia zdrowotne w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień nie zostało objętych podwyżkami z uwagi na mylną interpretację zapisów rozporządzenia MZ z dnia 14 października 2015 roku zmieniające rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej która spowodowała jedynie podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania i higienistki szkolnej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o pilne działania Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ w celu ujednoczenia postępowań i naprawienia powyższych błędnych interpretacji przez niektórych świadczeniodawców zatrudniających pielęgniarki w gabinetach i punktach szczepień.

**Sekretarz NRPiP**  
**Joanna Walewander**

**Prezes NRPiP**  
**Zofia Małas**

**Stanowisko Nr 4**  
**NRPiP z 8 marca 2016 r.**  
**w sprawie odrzucenia propozycji**  
**założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przygotowywanych**  
**w ramach prac Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy**  
**o podstawowej opiece zdrowotnej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż w toku prac *Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej* zostały przyjęte propozycje, wobec których Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw, uważając, iż naruszają one zasadę wolności gospodarczej, wyrażoną w Konstytucji RP jako jedną z elementów społecznej gospodarki rynkowej. W szczególności dotyczy to propozycji tworzenia „zespołów lekarsko-pielęgniarskich” z rolą lekarza jako koordynatora podstawowej opieki zdrowotnej oraz tworzenia wspólnych list pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę i położną.

W świetle proponowanych zmian należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, które stanowią zagrożenie dla samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz przyniosą negatywne skutki dla pacjentów.

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) określa działania, które należy uznawać za wykonywanie zawodu pielęgniarki albo zawodu położnej. Przede wszystkim jest to udzielanie świadczeń zdrowotnych wyrażone w art. 4 i 5 cyt. ustawy. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) określa świadczenia, które mogą być wykonywane przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Ponadto, pielęgniarki i położne w określonym zakresie mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, a także ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, w myśl art. 15a ust. 1 cytowanej ustawy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się propozycjom zapisu do projektu ustawy o POZ które doprowadzą do likwidacji samodzielnie funkcjonujących podmiotów pielęgniarskich i położniczych.

Należy podnieść, iż kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Propozycja łącznego kontraktowania świadczeń w zakresie kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej przez jednego świadczeniodawcę

– lekarza i tworzenie jednej wspólnej deklaracji wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z art. 28, w związku z art. 56 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), w myśl którego, świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, potwierdzając powyższe oświadczeniem woli, zwanym deklaracją wyboru. Oddzielne deklaracje pozwalają wszystkim świadczeniodawcom na rynku świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej działać na równych zasadach i nie stanowią żadnego obciążenia dla pacjenta. Wręcz przeciwnie, sprawiają, iż pacjent w sposób świadomy może wybrać lekarza, pielęgniarkę, położną. Potwierdzają to przepisy wprowadzające w 2014 roku odrębne druki deklaracji wyboru.

Nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, ani celowościowego dążenie do tworzenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej tzw. zespołów lekarsko-pielęgniarskich przy jednoczesnym ograniczaniu samodzielności praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych. Od 18 lat, funkcjonują indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych oraz podmioty lecznicze założone przez pielęgniarki i położne, które zawierają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się dążeniom do likwidacji dobrych, sprawdzonych rozwiązań funkcjonujących na rynku usług medycznych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy utrzymać możliwość oddzielnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach poszczególnych zakresów: pielęgniarki poz, położnej poz, lekarza poz oraz świadczeń w środowisku nauczania i wychowania. Należy zachować swobodę działalności gospodarczej i umożliwić świadczeniodawcom udzielanie świadczeń zdrowotnych w formach przewidzianych przez obowiązującą obecnie ustawę o działalności leczniczej.

Samodzielne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych zapewnia pacjentom wysoką jakość świadczonych usług, holistyczną, kompleksową i profesjonalną opiekę nad rodziną, jej członkami i społecznością lokalną, a przede wszystkim dostępność do świadczeń zdrowotnych. Liczba udzielanych świadczeń w domu pacjenta jest znacznie większa niż w przypadku praktyk prowadzonych przez innych profesjonalistów.

Praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych są optymalną i oczekiwaną formą udzielania świadczeń zdrowotnych, realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta, co jest



szczególnie ważne w kontekście zmian demograficznych, starzejącego się społeczeństwa i wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Wnosimy o zastosowanie rozwiązań gwarantujących utrzymanie samodzielnego funkcjonowania podmiotów gospodarczych prowadzonych przez pielęgniarki i położne

w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, położnictwa rodzinnego i pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, z jednoczesnym zachowaniem finansowania przez płatnika świadczeń zdrowotnych.

**Sekretarz NRPiP**  
Joanna Walewander

**Prezes NRPiP**  
Zofia Małas

mgr Beata Majchrzak  
Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego  
na województwo lubuskie

Gorzów Wlkp., dnia 04 lutego 2016 r.

### **Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego województwa lubuskiego w sprawie pozostawiania u pacjenta leczonego w domu kaniuli dożylniej - wenflonu.**

W podstawowej opiece zdrowotnej stosuje się na zlecenie lekarza podawanie leków drogą dożylną. Zlecenia te wykonuje się z zachowaniem określonych zasad postępowania zgodnych z sztuką zawodu pielęgniarki i położnej.

Zasady podawania leku drogą dożylną oraz zakładania wkłucia dożylnego, jego pielęgnacji i monitorowania znajdują się m.in. w podręczniku do nauki zawodu pt. *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa*, Tom II - Wybrane działania pielęgniarские, str. 911.

Z powodu licznych powikłań jakie mogą wystąpić podczas kaniulacji, np. przekłucie albo pęknięcie żyły, podanie leku czy przetoczenie płynu poza żyłę, złe unieruchomienie kaniuli, zapalenie żyły w miejscu wkłucia, zakrzepowe zapalenie nakłutej żyły, nagła posocznica odcewnikowa, oraz liczne reakcje uczuleniowe na materiał z którego wykonana jest kaniula i wiele innych powikłań, wyklucza się pozostawienie cewnika dożylnego jakim jest wenflon na czas leczenia w żyłę i odesłanie pacjenta do domu z kaniulą.

Ograniczone monitorowanie wkłucia u pacjenta będzie wówczas wpływało na podniesienie czynników ryzyka i wystąpienia zakażeń cewnika.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. *o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (DZ.U.nr 234, poz. 1570) w rozdziale 3 art. 11 pkt. 1, 2 i 3 nakłada odpowiedzialność i zobowiązuje kierowników podmiotów leczniczych i personel medyczny wykonujący świadczenia medyczne, do odpowiednich działań służącym zapobiegania zakażeniom powstałym na skutek udzielania świadczeń zdrowotnych, a które związane są z zerwaniem ciągłości tkanek ludzkich.

Jedną z takich czynności związanych z zerwaniem ciągłości tkanek jest kaniulacja, czyli założenie „wenflonu” do żył obwodowych celem wprowadzenia leku, nawodnienia pacjenta czy też żywienia pozajelitowego itp.

Pielęgniarka odpowiada za zabezpieczenie i pielęgnację miejsca wkłucia. Gdy pacjent znajduje się w domu, pielęgniarka nie ma takiej możliwości.

Jeżeli więc w trakcie pobytu pacjenta z wenflonem w domu dojdzie do infekcji, a nawet posocznicy, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej utraci kontrolę nad wkłuciem.

Podsumowując pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z zasadami postępowania i w związku z ryzykiem związanym z tą procedurą, nie może zostawiać kaniuli dożylniej w naczyniu i odesłać pacjenta do domu.

Nadto należy pamiętać, że jeżeli jest to zlecenie lekarskie, to powinno być ono sporządzone na piśmie, z określeniem pełnej odpowiedzialności wydającego to zlecenie.

## Koordynowana Opieka nad kobietą w ciąży (KOC)- czy zyskają Położne które pozornie „otrzymały” nowe kompetencje prowadzenia ciąży?

Dnia 13 kwietnia 2016 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – przez wprowadzenie nowego zakresu świadczeń: **Koordynowana Opieka nad kobietą w ciąży (KOC)**

**Jedno z założeń systemu: Położna podwykonawca w skoordynowanej opiece, gdzie koordynatorem – podmiotem wiodącym może być szpital.**

WARUNKI WYMAGANE wobec podmiotów na podstawie: art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach:

Najistotniejsze wymagania formalne:

Posiadanie w strukturze organizacyjnej:

- 1) Oddziału szpitalnego o profilu położniczo - ginekologicznym lub innym zgodnym z zakresem realizowanych świadczeń - co najmniej pierwszy poziom referencyjny;
- 2) Poradni położniczo - ginekologicznej; - **dotatkowo możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo - ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;**
- 3) Oddziału szpitalnego o profilu neonatologia;
- 4) Posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **położnych** zapewniających realizację zadań edukacji przedporodowej oraz opieki w okresie ciąży, porodu i połogu, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu poz, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej.

**WARUNKI WYMAGANE wobec personelu - położna posiadająca kwalifikacje określone w obowiązujących przepisach prawa.**

- 1) **Równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na 1 łóżko w systemie „matka z dzieckiem” - zapewniające całodobową opiekę okołoporodową nad kobietą w KOC we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej (od 1.06.2016);**
- 2) **Równoważnik co najmniej 3 etatów położnej - zapewniające realizację zadań edukacji przedporodowej oraz opieki w okresie ciąży i połogu zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu**

**poz, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej.**

- 3) Minimalna liczba porodów (urodzeń żywych lub martwych) w podmiocie koordynującym (**600** rocznie w poprzednim roku kalendarzowym);
- 4) **Koordinacja wszystkich działań związanych z opieką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieką nad noworodkiem a następnie niemowlęciem do 6 tyg. życia;**

Warunki dodatkowo oceniane:

**Położne:**

- 1) **Równoważnik co najmniej 1 etatu - położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego;**
- 2) **Równoważnik co najmniej 1 etatu - położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego;**
- 3) **Równoważnik co najmniej 1 etatu - położna lub pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego;**
- 4) **Równoważnik co najmniej 1 etatu - położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.**

**Pozostały personel:**

- 1) **Równoważnik co najmniej 0,5 etatu - psycholog;**
- 2) **Edukator lub konsultant lub doradca do spraw laktacji (położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub położna z co najmniej rocznym doświadczeniem zawodowym, która ukończyła kurs specjalistyczny z zakresu laktacji zgodnie z programem opracowanym przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych).**

Wymagania sprzętowe

- 1) **Posiadanie systemu komputerowej analizy zapisu KTG w miejsku;**
- 2) **Aparat ultrasonograficzny z opcją kolorowego Dopplera w lokalizacji.**
- 3) **Prowadzenie zorganizowanej szkoły rodzenia.**

Rozporządzenie obowiązuje od 1 czerwca 2016 r. a jak położna ma znaleźć się w tym systemie koordynowanej opieki dowiedzą się położne w maju, ponieważ w 5 miastach wojewódzkich zorganizowane zostały konferencje przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jak na chwilę obecną ani szpitale, ani położne nie widzą siebie w tym systemie, ponieważ bardzo niejasne są warunki finansowania ... może zmienią zdanie po informacji przekazanej na konferencjach.

Agnieszka Kamińska-Nowak  
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa  
ginekologicznego i położniczego

## Nowe standardy w okołoporodowej opiece położniczo – ginekologicznej

**Nowe standardy postępowania medycznego z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożenia i nad noworodkiem, jako jedne z priorytetowych działań, podejmowanych w celu poprawy jakości oraz skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem.**

Priorytety zdrowotne zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Jednym z nich jest – poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”, polegająca na zapewnieniu bezpieczeństwa, prawidłowej opieki profilaktycznej i medycznej nad kobietą w trakcie ciąży, porodu i porożenia oraz nad noworodkiem, a także obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej oraz wcześniactwa. To również konieczność zapobiegania dalszej eskalacji wykonawstwa cięć cesarskich, których w wielu przypadkach przyczyną jest ból porodowy.

Mając na uwadze powyższe, zespół specjalistów i ekspertów opracował standardy postępowania medycznego z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożenia i nad noworodkiem, które zawarte zostały w rozporządzeniach Ministra Zdrowia:

- z dnia 16 września 2015 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej **sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia**



**oraz opieki nad noworodkiem**, które obowiązują od 1 października 2015 r. (Dz.U.2015 r., poz. 1514),

- z dnia 9 listopada 2015 r., w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej, **sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożenia, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych** (Dz. U. z 2015 r., poz. 2007), które wejdzie w życie 1 czerwca 2016 r.,
- z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów **postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego** (Dz.U.2015 r. poz. 1997), które obowiązują od 30 sierpnia 2016 r.

Treść rozporządzeń można uzyskać na stronie Ministerstwa Zdrowia

## KONKURS

### „Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem”

#### REGULAMIN KONKURSU

##### I. Postanowienia ogólne

1. Organizatorem Konkursu „Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem”, zwanego dalej Konkursem, jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
2. Uczestnikami konkursu są pielęgniarki/pielęgniarze, położne/położni wykonujący zawód i będący członkami OIPIP w Gorzowie Wlkp.
3. Do Konkursu mogą zostać nadesłane prace niepublikowane dotychczas, teksty w języku polskim.
4. Organizator przyznaje następujące nagrody w konkursie:

pierwsze miejsce 800,00 zł netto

drugie miejsce 600,00 zł netto

trzecie miejsce 300,00 zł netto

trzy wyróżnienia – bon na książki w cenie do 80,00 zł

5. Za datę rozpoczęcia Konkursu uznaje się 15.05.2016 r.

6. Termin nadsyłania prac mija 31.07.2016 r. – **decyduje data wpływu do OIPIP.**

7. Wyniki konkursu zostaną ogłoszone podczas obchodów XXV - lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

8. Konkurs zostanie przeprowadzony na zasadach określonych w niniejszym regulaminie.

## II. Cele konkursu

1. Cele Konkursu to:

- zachęcenie pielęgniarek i położnych do zaprezentowania własnych umiejętności,
- rozwijanie wrażliwości, wyobraźni, kreatywności,
- promocja zawodów pielęgniarek i położnych.

## III. Warunki przystąpienia do Konkursu

1. Maksymalna objętość tekstu zgłaszanego do Konkursu to 8 stron formatu A4, zadrukowanych czcionką Times New Roman, rozmiar 12.
2. Tekst zgłaszany na konkurs musi nawiązywać do własnego wspomnienia istotnego dla autora.
3. Osoba zgłaszająca tekst do Konkursu musi być jego jedynym autorem. Jedna osoba może zgłosić jeden tekst.
4. Zgłoszone prace zostaną opatrzone numerem katalogowym, tak aby Członkowie Komisji Konkursowej nie znali danych osobowych autorów tekstów.
5. Z udziału w konkursie wyklucza się członków komisji konkursowej oraz członków ORPiP.
6. Uczestnik pisemnie może zastrzec podanie swoich danych osobowych do publicznej wiadomości i wyrazić zgodę na publikację jego utworu pod pseudonimem (podanym w oświadczeniu).
7. Uczestnik konkursu zgłaszając tekst na konkurs, dołącza wypełnione i podpisane oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wzór oświadczenia stanowi załącznik do regulaminu. Uczestnik pobiera go ze strony internetowej [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl), lub w siedzibie OIPiP.
8. Pracę konkursową wydrukowaną oraz zapisaną na płycie CD należy umieścić w zamkniętej kopercie. W drugiej zamkniętej kopercie umieścić Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych. Obie koperty umieścić w trzeciej kopercie zaadresowanej:

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

**ul. Obrońców Pokoju 60/1-2**

**66-400 Gorzów Wlkp.**

**z dopiskiem „Konkurs literacki”**

## IV. Wyłonienie laureatów i osób wyróżnionych

1. Prace oceni trójosobowa komisja konkursowa powołana przez ORPiP
2. Komisja Konkursowa, po zapoznaniu się z tekstami nadesłanymi do Konkursu, wyłoni laureatów.
3. Członkowie Komisji Konkursowej zobowiązani są do zachowania poufności oraz bezstronności podczas oceny poszczególnych tekstów.
4. Prace oceniane będą pod względem oryginalności sposobu przedstawienia swojej historii oraz wartości literackiej.
5. Decyzje Komisji Konkursowej są ostateczne i nie przysługuje od nich odwołanie.

6. Laureaci Konkursu zostaną powiadomieni o wygranej drogą mailową, telefoniczną lub listownie.

## V. Prawa autorskie

1. Przystępując do konkursu uczestnik zobowiązuje się do bezpłatnego przeniesienia na Organizatora wszelkich autorskich praw majątkowych i praw pokrewnych do prac literackich, w tym na polach eksploatacji określonych w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. Z 2006 r., Nr 90, poz. 631 z późn.zm.) w szczególności do:
  - a) wyłącznego używania i wykorzystania prac we wszelkiej działalności promocyjnej i informacyjnej,
  - b) utrwalania i zwielokrotniania prac wszelkimi technikami graficznymi,
  - c) utrwalania i zwielokrotniania poprzez dokonywanie zapisu prac na nośnikach elektronicznych,
  - d) wprowadzania do pamięci komputera lub innego nośnika, umieszczania na stronie internetowej lub bezpłatnego udostępnienia,
  - e) organizator zastrzega sobie prawo do wykorzystania przedmiotu umowy na innych polach eksploatacji nieprzewidzianych w umowie.
2. Przeniesienie praw autorskich nastąpi w drodze umowy i dotyczy tylko laureatów konkursu. Umowa będzie podpisana po ogłoszeniu wyników przez Komisję Konkursową.
3. Wszelkie prawa autorskie i majątkowe pozostałych prac pozostaną własnością autorów, a Organizator konkursu nie będzie rościł do nich żadnych praw.

## VI. Postanowienia końcowe

1. Organizator na życzenie autora zwraca nadesłaną pracę.
2. Informacji o konkursie udziela: Przewodnicząca OIPiP Marta Powchowicz i skarbnik ORPiP Maria Teresa Ziółkowska.
3. Organizator nie będzie dokonywać weryfikacji danych wskazanych w zgłoszeniach. Jednocześnie Organizator nie odpowiada za nieprawidłowe dane wskazane w zgłoszeniach.
4. Przesłanie zgłoszenia jest jednoznaczne z pełną akceptacją Regulaminu przez uczestnika Konkursu.
5. Zgłoszenie konkursowe jest równoznaczne z oświadczeniem autora, że nie narusza on praw osób trzecich, a w szczególności majątkowych i osobistych praw autorskich. W przypadku wystąpienia przez osobę trzecią z roszczeniami z tytułu naruszenia praw określonych powyżej, do osób trzecich lub innych praw chronionych prawem, osoba, która zgłosiła pracę do konkursu zrekompensuje Organizatorowi, jako wyłącznie odpowiedzialna, koszty poniesione w związku ze skierowaniem przeciwko niemu roszczeń odszkodowawczych, zwalniając Organizatora od wszelkich zobowiązań, jakie powstaną z tego tytułu.

6. Organizator ma prawo do natychmiastowego wykluczenia z Konkursu uczestnika, który postępował niezgodnie z niniejszym Regulaminem lub wezwania do uzupełnienia braków formalnych.
7. Wszelkie koszty związane z udziałem w Konkursie, w szczególności koszty związane z przyjazdem na ogłoszenie wyników i wręczenie nagród uczestnicy pokrywają we własnym zakresie.
8. Nadzór nad prawidłowym i zgodnym z Regulaminem przebiegiem Konkursu, czynnościami wyłaniania laureatów oraz wręczenia nagród prowadzić będzie ORPiP w Gorzowie Wlkp.
9. Organizator może skrócić lub przedłużyć termin nadsyłania tekstów oraz czas pracy Komisji Konkursowej nad wyłonieniem laureatów, ponadto konkurs może zostać odwołany lub zakończony bez wyboru laureatów po publicznym ogłoszeniu przyczyny.
10. Niniejszy Regulamin jest jedynym dokumentem określającym zasady Konkursu.
11. W sytuacjach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem lub w wypadku konieczności interpretacji postanowień niniejszego Regulaminu rozstrzygnięcie należy do wyłącznej kompetencji Organizatora.
12. Informacja o wynikach konkursu zostanie zamieszczona na stronie internetowej izby i w Biuletynie Informacyjnym.

**ZAŁĄCZNIK NR 1 do Regulaminu Konkursu**  
**„Moje najbardziej wzruszające przeżycie**  
**w pracy z pacjentem”**

\_\_\_\_\_  
*Nazwisko i imię uczestnika Konkursu/pseudonim*

\_\_\_\_\_  
*Adres uczestnika Konkursu*

\_\_\_\_\_  
*Miejsce wykonywania zawodu*

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie**  
**danych osobowych.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez organizatorów Konkursu moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 2015 poz. 2135, z późn. zm.), na potrzeby organizacji i promocji Konkursu.

Wyrażam zgodę na publikowanie pracy konkursowej i podanie do publicznej wiadomości:

\*moich danych osobowych

\*pod pseudonimem

Ponadto wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez organizatora Konkursu – zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.) na cele związane z promocją Konkursu. Możliwe formy rozpowszechnienia wizerunku to publikacje, Internet, telewizja.

\*odpowiednie podkreśl

.....  
*(data i miejsce)*

.....  
*(czytelny podpis uczestnika konkursu)*

## Rola Szkół Rodzenia w opiece przedporodowej.

Szkola Rodzenia jest formą działalności, która wspiera proces edukacyjny. Przygotowuje teoretycznie i praktycznie do ciąży, porodu i połogu. Ma olbrzymie znaczenie w tworzeniu odpowiednich, prozdrowotnych postaw przyszłych rodziców. Dzięki praktycznym zajęciom zdobywają oni nowe umiejętności, poszerzają swoją wiedzę zdrowotną, czują się współodpowiedzialni za zdrowie swoje i dziecka. Grupowe prowadzenie zajęć w szkole rodzenia daje szansę wymiany doświadczeń między uczestnikami. Staje się również załącznikiem grup wsparcia.

Zajęcia w szkole rodzenia od kilku lat są bardzo popularne wśród ciężarnych. Świadczą o tym statystyki. Działalność Szkół Rodzenia do tej pory nie jest finansowana przez NFZ. Najczęściej usytuowane są przy Oddziałach Położniczo – Ginekologicznych i te są bezpłatne, pozostałe to prywatne.

Natomiast istnieje nowa forma realizowanych zadań położnej POZ wobec kobiet i ciężarnych, która jest odrębnie finansowana przez NFZ jest to opieka w ramach profilaktyki okołoporodowej, którą położne obejmują ciężarną od 21 tygodnia do końca ciąży.

Zajęcia w ramach profilaktyki okołoporodowej mogą odbywać się w grupach lub indywidualnie. Mogą odbywać się w domu ciężarnej lub w gabinecie położnej. Obejmuje kobietę ciężarną jak i ojca dziecka lub osoby z bliskiego otoczenia ciężarnej. Można powiedzieć że jest to namiastka Szkoły Rodzenia. Jednak ta forma nie jest zbyt popularna wśród kobiet ciężarnych, sądzą że główną przyczyną tego stanu rzeczy jest fakt, że kobiety będąc w ciąży nie mają wiedzy czego mogą oczekiwać od położnej POZ do której złożyły deklarację. Natomiast położne POZ nie wiedzą że kobiety zadeklarowane do nich obecnie są w ciąży i tak koło się zamyka.

Opieka przedporodowa stanowi całokształt działalności prozdrowotnej, profilaktycznej i leczniczej w odniesieniu do ochrony zdrowia kobiety w ciąży i jej rodziny.

Ponadto tego rodzaju opieka ma na celu zmniejszenie śmiertelności okołoporodowej, utrzymanie dobrostanu płodu, poprawę samopoczucia kobiety w czasie ciąży, promowanie rozwoju cech rodzicielskich.

Jednym z zadań położnej POZ jest rozpoznanie deficytu wiedzy i umiejętności oraz edukacja kobiety w czasie ciąży, w zakresie zachowań korzystnych dla jej zdrowia i rozwoju wewnątrzmacicznego płodu.

Podstawową formą promocji zdrowia kobiety w okresie ciąży jest podejmowanie działań edukacyjnych.



### **Przygotowanie do rodzicielstwa i porodu.**

Ciąża i poród stanowią wielkie wyzwanie dla organizmu kobiety. Jest to okres, do którego trzeba się starannie przygotować.

Kobieta ciężarna ma wiele obaw związanych z porodem i opieką nad dzieckiem. W tym okresie kobieta potrzebuje wsparcia i porad, mających rozwiązać jej ewentualne wątpliwości.

Brak wiedzy na te tematy budzi w niej strach przed porodem, bólem i tym, co nieznane.

Formą pełnego przygotowania do porodu jest psychoprofilaktyka porodowa inaczej nazywana treningiem przedporodowym.

Psychoprofilaktyka jest metodą obejmującą oddziaływanie słowem oraz stosowanie ćwiczeń fizycznych.

Rozmowa umożliwia wyjaśnienie realnych przyczyn odczuwanych dolegliwości, co uwalnia pacjentkę od lęku przed czymś groźnym dla zdrowia i życia.

Ćwiczenia fizyczne mobilizują odporność fizjologiczną, co ma ogromne znaczenie we współczesnej cywilizacji z typowym dla niej ograniczeniem aktywności ruchowej.

Współcześnie stosowana psychoprofilaktyka w Szkołach Rodzenia to zespół działań zmierzających do kształtowania



nowego modelu przeżywania rodzicielstwa.

**Cele szczegółowe Szkoły Rodzenia**

- dostarczenie podstawowej wiedzy dotyczącej płodności, ciąży, porodu i połogu oraz informacji o dostępnych formach opieki medycznej,
- przygotowanie psychofizyczne kobiety do porodu, prowadzące do obniżenia poziomu lęku, nauka świadomego i aktywnego rodzenia oraz technik oddychania i relaksacji,
- omówienie zagadnień powrotu płodności po porodzie, rozwoju psychofizycznego dziecka oraz opieki nad noworodkiem i niemowlęciem,
- nauczenie zasad pielęgnacji noworodka i niemowlęcia oraz techniki karmienia piersią,
- kształtowanie zachowań prozdrowotnych i uświadomienie potrzeby pogłębiania wiedzy w tym zakresie,
- podkreślenie roli ojca w zachodzących wydarzeniach rodzinnych, przygotowanie go do uczestnictwa w porodzie oraz do pełnienia funkcji rodzicielskich,
- kształtowanie pozytywnych postaw rodzicielskich, wzmacnianie więzi między małżonkami, rodzicami i dzieckiem,
- uwrażliwienie rodziców na możliwość wystąpienia trudności w funkcjonowaniu rodziny w pierwszych miesiącach po porodzie, podanie sposobu radzenia sobie w nowych sytuacjach trudnych.

Tematyka zajęć omawiana na spotkaniach w szkole rodzenia wynika z potrzeb i zainteresowań uczestników.

**Najczęściej realizowane zagadnienia w szkole rodzenia**

**Zdrowa ciąża**

- 1) Rozwój ciąży – dolegliwości ciążowe.
- 2) Styl życia sprzyjający zdrowiu kobiety ciężarnej.
- 3) Używkę, nałogi a ciąża.
- 4) Rozwój dziecka w wewnątrzmacicznej fazie życia.
- 5) Dialog z nienarodzonym dzieckiem.
- 6) Opieka prenatalna.

**Poród**

- 1) Zwiastuny zbliżającego się porodu.
- 2) Przebieg fizjologicznego porodu.
- 3) Poród aktywny.
- 4) Poród rodzinny. Rola i zadania osoby towarzyszącej podczas porodu.
- 5) Współpraca kobiety rodzącej z położną, personelem sali porodowej.
- 6) Łagodzenie lęku i bólu porodowego metodami naturalnymi i farmakologicznymi.
- 7) Prawa pacjenta w podmiotach leczniczych.
- 8) Organizacja i funkcjonowanie sali porodowej.

**Połów**

- 1) Zmiany ustrojowe w okresie połogu.

- 2) Psychiczne aspekty okresu połogowego.
- 4) Karmienie naturalne.
- 3) Laktacja, zapobieganie problemom laktacyjnym.
- 4) Problemy emocjonalne związane z macierzyństwem i ojcostwem.
- 5) Higiena w połogu.
- 6) Powrót płodności po porodzie.



**Noworodek**

- 1) Przygotowanie mieszkania i wyprawki dla noworodka.
- 2) Opieka nad noworodkiem w szpitalu i w domu.
- 3) Karmienie naturalne.
- 4) Pierwsze dni dziecka po porodzie.
- 5) Pielęgnacja noworodka/niemowlęcia.
- 6) Kąpiel i inne czynności higieniczne.
- 7) Bezpieczeństwo dziecka.
- 8) Dziecko w rodzinie. Zharmonizowane macierzyństwo i ojcostwo.



**Zajęcia gimnastyczne i relaksacyjne**

- 1) Ćwiczenia oddechowe.
- 2) Ćwiczenia ogólnokształtujące.
- 3) Ćwiczenia uelastyczniające mięśnie krocza i dno miednicy.
- 4) Ćwiczenia przeciwzakrzepowe.
5. Ćwiczenia korygujące postawę.
- 3) Trening relaksacji.

Edukacja przedporodowa ma ogromne znaczenie dla rodziców, którzy oczekują narodzin swojego dziecka. Dla wielu rodziców jest ona pierwszym i często jedynym źródłem aktualnej, fachowej wiedzy, przekazanej przez profesjonalistów.

Nabycie wiedzy i umiejętności w zakresie szeroko pojętej edukacji okołoporodowej, pozwala jej uczestnikom na zmianę świadomości w sprawie dbałości o stan własnego zdrowia i zdrowia dziecka, co ma wpływ na zmniejszenie patologii położniczych i wcześniactwa.

#### **Korzyści płynące z przygotowania w szkole rodzenia.**

- Zmniejszenie odsetek porodów przedwczesnych i opóźnionych.
- Przeciętny czas trwania porodu wynosi u pierwiastek 8–12 godzin, u wieloródek 6–8 godzin, podczas gdy kobiety przygotowane rodzą krócej o średnio 2–4 godziny.
- Rzadziej występują zaburzenia czynności skurczowej macicy.
- Zmniejsza się częstotliwość zabiegów nacięcia krocza.

- Maleje odsetek kobiet z uszkodzoną podczas porodu szyjką macicy.
- Rzadziej zachodzi konieczność zastosowania operacji położniczych, w tym cięcia cesarskiego.
- Ogólnie mniejsze stosowanie leków;
- Zostaje znacznie zredukowana utrata krwi w czasie wydalania łożyska.
- Po porodzie kobieta zachowuje lepszą kondycję i szybciej wraca do pełnej sprawności fizycznej.
- Dzięki umiejętnemu oddychaniu matka lepiej dotlenia dziecko i korzystniej wypada ocena stanu ogólnego noworodka w skali Apgar.
- Karmienie piersią nie sprawia problemów.
- Większe bezpieczeństwo matki i dziecka po powrocie do domu.
- Właściwa obserwacja i pielęgnacja dziecka.
- Lepszy kontakt rodziców z dzieckiem.

Opracowała

**mgr Izabela Śliwińska – położna oddziałowa  
prowadząca Szkołę Rodzenia**

Załącznik do uchwały nr 49/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 18.02.2016 r.

### **Wyciąg z Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Gorzowie Wlkp.**

Pełny tekst regulaminu na stronie internetowej izby [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl) w zakładce zapomogi/refundacje

I. Refundacja kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, w rozumieniu niniejszego regulaminu, obejmuje następujące formy:

- a) kursy doszkalające, specjalistyczne, kwalifikacyjne,
- b) szkolenie specjalizacyjne niedofinansowane z budżetu państwa,
- c) zaoczne studia licencjackie- kierunek pielęgniarstwo/położnictwo niedofinansowane z budżetu państwa,
- d) zaoczne studia magisterskie - kierunek pielęgniarstwo/położnictwo,
- e) konferencje, seminaria, sympozja krajowe i inne organizowane przez placówki naukowo-badawcze, Naczelną Radę, Okręgowe Rady, Towarzystwa Naukowe, Stowarzyszenia,
- f) egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa

II. O refundację może ubiegać się członek samorządu, regularnie opłacający składki członkowskie przez okres, co najmniej 1 roku i niezalegający z płatnościami w dniu ubiegania się o przyznanie refundacji.

III. Członek samorządu może korzystać jeden raz w roku kalendarzowym z refundacji kosztów

związanych z podwyższaniem kwalifikacji zawodowych bez względu na rodzaj kształcenia i organizatora kształcenia z wyłączeniem pkt f.

Wysokość refundacji:

1. kurs doszkalający - 30% kosztów szkolenia, nie więcej niż 40,00 złotych;
2. kurs specjalistyczny - 30% kosztów szkolenia, nie więcej niż 150,00 złotych;
3. kurs kwalifikacyjny - 30% kosztów szkolenia, nie więcej niż 400,00 złotych;
4. szkolenie specjalizacyjne (poza dofinansowanymi z budżetu państwa) – 30% kosztów szkolenia, nie więcej niż 1200,00 złotych;
5. zaoczne studia licencjackie - kierunek pielęgniarstwo/położnictwo - 200,00 złotych - za każdy semestr, refundowane po ukończeniu studiów;
6. zaoczne studia magisterskie - kierunek pielęgniarstwo oraz kierunek położnictwo - 200,00 złotych za każdy semestr, refundowane po ukończeniu studiów;
7. konferencje, seminaria, sympozja krajowe, organizowane przez placówki naukowo-badawcze, Naczelną Radę, Okręgowe Rady, Towarzystwa Naukowe, Stowarzyszenia - 30 % całkowitych kosztów, nie więcej niż 300,00 złotych (bez kosztów dojazdów);



8. koszt egzaminu państwowego szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa - 150,00 złotych;
9. członkowie samorządu skierowani przez ORPiP na szkolenia, konferencję mogą otrzymać refundację do 100%. Wysokość refundacji oprócz kosztów dydaktycznych może obejmować koszt dojazdu i pobytu;
10. zasady określone w § 6 i 7 obowiązują od 1 lipca 2016 roku;
11. refundacja kształcenia rozpoczętego **przed 1 lipca 2016 r.** przyznawana jest według uchwały nr 325/VI/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26.02.2015 r.

- IV. Wszystkie formy kształcenia, których organizatorem jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. regulowane są odrębnymi uchwałami w sprawie ustalania opłat za szkolenia podyplomowe organizowane przez OIPIP w Gorzowie Wlkp.
- V. W przypadku wyczerpania limitu środków finansowych określonych w Uchwale Budżetowej OIPIP na refundację kosztów kształcenia w danym roku kalendarzowym, wnioski złożone do OIPIP w Gorzowie Wlkp., będą rozpatrzone według kolejności wpływu w następnym roku kalendarzowym (budżetowym).

## PLAN KURSÓW REALIZOWANYCH PRZEZ OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH 2016 rok

LP.	Nazwa kursu	Ilość osób	Planowany termin	Miejsce kursu
1.	kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, dla pielęgniarek	25	wrzesień	Gorzów Wlkp.
2.	kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	64	kwiecień	Gorzów Wlkp.
3.	kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią, dla pielęgniarek	25	październik	Gorzów Wlkp.
4.	kurs specjalistyczny Resuscytacja krążeniowo- oddechowa dla pielęgniarek i położnych	25	04.03.2016 r.	Gorzów Wlkp.
5.	kurs specjalistyczny Resuscytacja krążeniowo- oddechowa dla pielęgniarek i położnych	30	czerwiec	Sulęcín
6.	kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	24	19.02 2016 r.	Gorzów Wlkp.
7.	kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	30	04.03.2016	Sulęcín
8.	kurs specjalistyczny Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, dla pielęgniarek i położnych	24	kwiecień	Sulęcín
9.	kurs specjalistyczny Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, dla pielęgniarek i położnych	25	12.02.2016	Gorzów Wlkp.
10.	kurs specjalistyczny Leczenie Ran dla pielęgniarek	30	kwiecień	Gorzów Wlkp.
11.	kurs specjalistyczny Leczenie Ran dla pielęgniarek	30	wrzesień	Sulęcín
12.	kurs specjalistyczny Endoskopia, dla pielęgniarek	25	wrzesień	Gorzów Wlkp.
13.	kurs specjalistyczny Wykonanie badania spirometrycznego, dla pielęgniarek	25	wrzesień	Gorzów Wlkp.
14.	kurs doształcający Podstawowe i zaawansowane zabiegi reanimacyjne oraz postępowanie w stanach zagrożenia życia	50	wrzesień	Gorzów Wlkp.
15.	kurs doształcający Przymus bezpośredni	60	październik	Gorzów Wlkp.
16.	kurs doształcający Przymus bezpośredni	30	październik	Międzyrzecz
17.	kurs doształcający Kaniulacja naczyń żylnych obwodowych	30	maj	Gorzów Wlkp.
18.	kurs doształcający Wstęp do pielęgniarstwa infuzyjnego - procedury terapii infuzyjnej - bezpieczeństwo farmakoterapii (w tym miejscu jest bezpieczna linia naczyniowa)	30	czerwiec	Gorzów Wlkp.
19.	kurs doształcający Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych kurs doształcający dla pielęgniarek (położnych)	25	Wg harmonogramu	Słubice
20.	kurs doształcający Postępowanie z raną ostrą, zainfekowaną i przewlekłą w aspekcie wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran oraz Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran	25	Wg harmonogramu	Słubice

# Moja pasja- decoupage



Pierwszą wielką pasją w moim życiu było i jest do dzisiaj pielęgniarstwo.

Z czystym sumieniem mogę powiedzieć o sobie, że jestem pielęgniarką z wyboru a nie z przypadku. Pracuję w tym zawodzie 39 lat, aktualnie piastuję stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w oddziale pediatrii SP ZOZ w Sulęcinie.

Praca w tym oddziale przez lata zmieniała się, ale nadal jest ona ważnym aspektem mojego życia. Dzieci, to bardzo mądry i wdzięczni pacjenci, obcowanie z nimi sprawia mi ogromną radość a praca jest satysfakcjonująca.

Jestem osobą bardzo aktywną. Sport jest ważną częścią mojego życia. Jeżdżę rowerem, biegam a ostatnio odkryłam uroki Nordic Walking. Jednak największą moją miłością, stosunkowo młodą, jest decoupage.

Decoupage, to technika zdobnicza polegająca na przyklejaniu na odpowiednio spreparowaną powierzchnię (drewno, metal, szkło, plastik, ceramika) wzoru wyciętego z papieru lub serwetki i pokryciu go wieloma warstwami lakieru, tak aby wtopił się całkowicie i nie był wyczuwalny przy dotknięciu - w zamyśle ma on wyglądać jak namalowany.

Sztukę tą odkryłam 3 lata temu kiedy za namową koleżanek zapisałam się na warsztaty i... zakochałam się w tej technice.

Zawsze byłam wrażliwa na piękno, jak większość kobiet lubię gustowne, estetyczne przedmioty. Decoupage, zdecydowanie jest moją największą pasją w ostatnim czasie. Mogłabym rozmawiać na ten temat godzinami. Uwielbiam szukać (głównie w Internecie) nowych inspiracji, pomysłów, rozwiązań.

Należę do Stowarzyszenia „Mam Pomysł”, gdzie wraz z koleżankami uczymy się rękodzieła, szukamy nowych technik, wymieniamy się swoimi doświadczeniami.

Jest to bardzo czasochłonne i kosztowne hobby. Na szczęście mam bliskich, którzy doskonale to rozumieją. Jestem przede wszystkim żoną, matką, córką. Rodzina

wspiera mnie i szanuje moją pasję. Nic dziwnego, w końcu sam Pablo Picasso tworzył przy pomocy decoupage.

Nadawanie starym przedmiotom nowego wyrazu, zmienianie a także tworzenie, jest dla mnie ogromnym relaksem. Uwielbiam motywy kwiatowe- zwłaszcza róże. Poprzez decoupage mogę wyrazić siebie, moje pragnienia i tęsknoty. Patrząc dzisiaj na pierwsze wykonane przeze mnie prace, pojawia się uśmiech na mojej twarzy, nie chce mi się wierzyć, że jestem ich autorką.

Wytrwałość, uparte dążenie do zdobywania wiedzy i pogłębianie nowych technik decoupage, doprowadziły do tego, że prace te wyglądają pod względem technicznym zupełnie inaczej, pod względem artystycznym... pozostawiam do oceny.



*Moje pierwsze prace.*



*Moje późniejsze prace. Wydmuszki gęsie.*

Najważniejszym jest fakt, że to co robię dostarcza mi wiele przyjemności. Praca nad nowymi rzeczami choć jest trudna i wymaga wiele czasu, uspokaja mnie, wycisza, co w dzisiejszych, niełatwych czasach jest niezmiernie ważne.

Myszę, że na uwagę zasługuje również fakt, iż moje prace trafiają na różne aukcje charytatywne. To bardzo miłe uczucie wiedzieć, że robi się coś dla drugiego, często chorego człowieka.

Prace cieszą się także dużym uznaniem wśród moich znajomych.. Często obdarowuję nimi moich przyjaciół i rodzinę co sprawia im ogromną radość a prezenty są oryginalne i niepowtarzalne.

Z całą pewnością spełniam się w tym co robię, a sztuka decoupage daje mi swobodę w wypowiedzaniu siebie.

Chociaż czasami trudno mi w to uwierzyć, zbliża się po woli czas mojej emerytury. Tak więc w porę odnalazłam tę pasję. Jako osoba bardzo aktywna, nie odczuję tej pustki i z pewnością będę się dalej realizowała .

Praca pielęgniarki nauczyła mnie doskonalenia, poszukiwania, perfekcyjności. Z pewnością wykorzystam te cechy w mojej przygodzie z decoupage. Poniżej przedstawiam kilka moich prac.



*Butelka wykonana z okazji ślubu*



*Szkatułka drewniana na biżuterię.*



*Paw wielkanocny na wydmuszkę gęśiej.*



*Wydmuszka strusia. Zdjęcie dziecka przeniesione na ogromną wydmuszkę metodą transferu. Jest to dość trudne zwłaszcza, że powierzchnia jest obła.*



*Wydmuszka strusia wykonana techniką decoupage.*



Zdj. 6. Konewka z ceramiki biskwitowej.



Zdj. 9. Świecznik z ceramiki biskwitowej.

Pielęgniarka Urszula Żyźniewska

## Babka

### Składniki:

- 6 jajek,
- 1 i ½ szklanki cukru,
- 1 szklanka mąki pszennej,
- ½ szklanka mąki ziemniaczanej,
- ¾ szklanki oliwy,
- 2 łyżeczki proszku do pieczenia,
- 2 łyżeczki octu,
- zapach (może być cukier waniliowy).

### Wykonanie:

1. Białka ubić na sztywno, dodać cukier.
2. Żółtka wymieszać na talerzu z proszkiem do pieczenia i octem.
3. Dodać żółtka do białek (wymieszać delikatnie łyżką), następnie dodać mąkę (również wymieszać delikatnie łyżką).
4. Na końcu dodać oliwę.
5. Wstawić do rozgrzanego piekarnika.



Piec w temperaturze 180 °C przez około 30 – 40 minut (35 minut).

Smacznego  
życzy pielęgniarka Marta

**Krystynie Ficner**

Pielęgniarce Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Szpitala Powiatowego w Drezdenku  
przechodzącej na emeryturę po 40 latach pracy zawodowej  
serdeczne podziękowania za długoletnią współpracę,  
pełną poświęcenia  
i oddania pracę dla chorych, za codzienny trud,  
pomocną dłoń i ciepłe słowo  
wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności  
oraz spełnienia marzeń  
życzenia składają  
Naczelna Pielęgniarka  
Oraz Pielęgniarki Oddziałowe i Koordynujące  
Szpitala Powiatowego w Drezdenku



**Serdeczne gratulacje**

**Dla**

**Pielęgniarki**

**Katarzyny Kurlowicz**

która w dniu 4 kwietnia zdała egzamin państwowy  
przed Komisją egzaminacyjną  
Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych  
w Warszawie  
i uzyskała tytuł **specjalistki pielęgniarstwa epidemiologicznego**  
oraz dla **Pielęgniarek**  
**Marioli Kaleta i Małgorzaty Marciniak,**  
które 22 kwietnia zdały egzamin państwowy  
i uzyskały tytuł **specjalistki pielęgniarstwa paliatywnego**  
Życzymy, aby zdobyte umiejętności i wiedza stały się źródłem  
sukcesów,  
satysfakcji z wykonywanej pracy  
oraz motorem do dalszego rozwoju zawodowego.  
Gratulacje składają Pielęgniarka Naczelna  
z Pielęgniarską Kadrą Kierowniczą  
i pielęgniarkami Szpitala Powiatowego w Drezdenku.



**Można odejść na zawsze, by stale  
być blisko**

**Ks. J Twardowski**

**Z głębokim żalem przyjęliśmy  
wiadomość o śmierci**

**Naszej Drogiej koleżanki pielęgniarki**

**TERESY ULATOWSKIEJ**

**Rodzinie i najbliższym składamy wyrazy  
głębokiego współczucia.**

**Koleżanki i Koledzy z Oddziału  
Psychiatrii Sądowej w Gorzowie Wlkp.**

**Wyrazy współczucia  
z powodu śmierci**

**OJCA**

**Dla  
Ewy Stano**

**Składają  
koleżanki i koledzy  
z Oddziału Psychiatrii Sądowej  
w Gorzowie Wlkp.**

**Naszej Koleżance**

**Annie Jankowskiej**

**Wyrazy głębokiego współczucia  
i słowa wsparcia z powodu śmierci**

**Męża**

**Składają  
koleżanki Medycyny Szkolnej  
w Gorzowie Wlkp.**

**„Trudno jest powiedzieć –  
żegnaj na zawsze**

**– komuś najbliższemu”**

**Ewie Mamet – Szwichtenberg**

**Wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci**

**Męża**

**Składa  
Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych**

**„Nie umiera ten, kto pozostaje  
w naszej pamięci”**

**Wyrazy głębokiego współczucia i słowa  
wsparcia z powodu śmierci**

**Męża**

**Ewie Mamet – Szwichtenberg**

**Składają  
Koleżanki Medycyny szkolnej  
w Gorzowie Wlkp.**



„Kto żyje w sercu tych,  
którzy pozostali, nie umiera”

Koleżance  
**Małgorzacie Caruk**  
wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci  
**Mamy**

Składają współpracownicy  
oddziału ZOL IVc  
w Gorzowie Wielkopolskim

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci  
żywych”

**Renacie Rogowskiej**  
wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**TATY**  
Składa  
Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych

Koleżance  
**Grażynie Pileckiej**  
Wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**Mamy**  
Składają koleżanki  
Pielęgniarki i Położne  
z Nowego Szpitala  
w Kostrzynie nad Odrą

„Kto żyje w sercu tych którzy  
pozostali, nie umiera”

**Renacie Rogowskiej**  
wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**TATY**  
składają  
członkowie  
Okręgowej Komisji Rewizyjnej



# KALENDARIUM

- 25.02.2016 r.** - Spotkanie Kadry Kierowniczej i Pełnomocnych przedstawicieli.
- 03.03.2016 r.** - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 04.03.2016 r.** - Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” dla pielęgniarek i położnych.
- 07-09.03.2016 r.** - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w posiedzeniu NRPiP.
- 10.03.2016 r.** - Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 15.03.2016 r.** - Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
- 16.03.2016 r.** - Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Mary Powchowicz z Dyrektorem Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego Bożeną Chudak.
- 16.03.2016 r.** - Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Lubuskim Kuratorem Oświaty Ewą Rawą.
- 19.03.2016 r.** - XXXII Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
- 19.03.2016 r.** - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
- 19.03.2016 r.** - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
- 21.03.2016 r.** - Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Lubuskim Kuratorem Oświaty Ewą Rawą.
- 22.03.2016 r.** - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w posiedzeniu Rady Społecznej przy Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.
- 23.03.2016 r.** - Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Dyrektorem Gorzowskiej Lecznicy Specjalistycznej Sp. z o.o. Danutą Modrzewską.
- 01.04.2016 r.** - Egzamin z kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek.
- 04.04.2016 r.** - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w Lubuskich Obchodach Światowego Dnia Zdrowia w Zielonej Górze.
- 04.04.2016 r.** - Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Marszałek Województwa Lubuskiego Elżbietą Anną Polak
- 05.04.2016 r.** - Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Dyrektorem DPS Nr 1 w Gorzowie Wlkp. Barbarą Kałużną.
- 06.04.2016 r.** - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w debacie pod hasłem „Kondycja zdrowotna mężczyzn w województwie lubuskim”, która odbyła się w Bibliotece Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- 07.04.2016 r.** - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
- 12.04.2016 r.** - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz oraz Moniki Oziewicz w seminarium organizowanym przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwo Zdrowia nt. Europejskiej Legitymacji Zawodowej, która odbyła się w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie.
- 12.04.2016 r.** - Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” dla pielęgniarek i położnych.
- 13-14.04.2016 r.** - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz, Sekretarza ORPiP Elżbiety Majdańskiej oraz Księgowej OIPiP Jolanty Czabara w szkoleniu dla Przewodniczących, Sekretarzy i Skarbników organizowanym przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
- 16.04.2016 r.** - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w XXXIV Okręgowym Zjeździe Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp.
- 21.04.2016 r.** - Szkolenie dla pielęgniarek i położnych z obsługi Portalu NFZ.
- 22.04.2016 r.** - Egzamin z kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa rodzinnego” dla pielęgniarek.