

# OIPIP

*Siedlce*



BIULETYN ODRĘBNEJ CZY PIELĘGNIARCE POŁOŻNYCH W SIEDLCACH - Nr 31/V/4/2011

Wrzesień

2011

Stop zakażeniom szpitalnym...

Mobbing w miejscu pracy...

Posiedzenie Europejskiej Federacji  
Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN)...

Profilaktyka ryzyka upadku...

Nowe akty prawne regulujące rejestrowanie i prowadzenie  
praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych...

# SPIS TREŚCI

**Str. 2**

*Czy ukończenie kursu kwalifikacyjnego w pielęgniarstwie długoterminowej przerywa bieg 5-letniej przerwy w wykonywaniu zawodu?*

**Str. 4**

Mobbing w miejscu pracy.

**Str. 6**

Czy ukończenie szkolenia specjalizacyjnego można uznać za równoważne z ukończeniem studiów pierwszego stopnia (licencjackich) na kierunku pielęgniarstwo, w przypadku wnioskowania do pracodawcy o podwyżkę wynagrodzenia za pracę?

**Str. 8**

Stop zakażeniom szpitalnym.

**Str. 10**

Pismo Ministerstwa Zdrowia w sprawie pobierania opłaty skarbowej za dokonanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz za wydanie zaświadczenia o wpisie.

**Str. 12**

Posiedzenie Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN).

**Str. 13**

14 zasad coacha.

**Str. 14**

Rekomendacja Rady do Spraw Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

**Str. 15**

Pismo w sprawie rozpoczęcia procedury powoływania członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

**Str. 17**

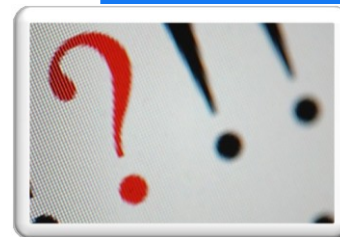
Profilaktyka ryzyka upadku.

**Str. 22**

Nowe akty prawne regulujące rejestrowanie i prowadzenie praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych.



*Czy ukończenie kursu kwalifikacyjnego  
w pielęgniarstwie dłużej przerywa bieg 5-letniej przerwy  
w wykonywaniu zawodu?*



Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o zpip”, w art. 4 ust. 1 stanowi, że wykonywanie zawodu pielęgniarstwa polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Ustawodawca w ustępie 3 ww. artykułu, za wykonywanie zawodu pielęgniarstwa przez osobę, o której mowa w ust. 1, uważa również nauczanie zawodu pielęgniarstwa, prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa, kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych oraz zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. Nr 45, poz. 235). Jeżeli zatem osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa nie wykonuje zawodu w rozumieniu przepisu art. 4 ustawy o zpip, następuje przerwa w wykonywaniu zawodu. Stosownie do art. 15 ust. 1 ustawy o zpip podjęcie wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej po upływie pięciu lat od ukończenia stażu podyplomowego lub po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat wymaga odbycia przeszkolenia. Właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych ustala program i sposób przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1 (art. 15 ust. 2 ustawy o zpip). Czy zatem ukończenie kursu kwalifikacyjnego w pielęgniarstwie dłużej przerywa bieg 5-letniej przerwy w wykonywaniu zawodu?

Udzielając odpowiedzi na powyższe pytanie należy w pierwszej kolejności sięgnąć do definicji kursu kwalifikacyjnego, zawartej w art. 10c ust. 3 ustawy o zpip, który stanowi, że kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Uprawnionym zatem jest stwierdzenie, iż kurs kwalifikacyjny podnosi kwalifikacje zawodowe pielęgniarki. W przypadku kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej blok specjalistyczny obejmuje 355 godzin kształcenia teoretycznego i praktycznego oraz blok ogólnozawodowy w liczbie 135 godzin. Wytyczne NRPiP zawarte w Uchwale Nr 172/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 czerwca 2010r. w sprawie przyjęcia ramowego programu przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki lub położnej, w zakresie zasad przeszkolenia w przypadku przerwy w wykonywaniu zawodu przez okres 5-10 lat wskazują na obowiązek przeszkolenia pielęgniarki w wymiarze nie mniej niż 3 miesiące. Uwzględniając zatem czas trwania kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, który w swej istocie trwa około 6 miesięcy, śmiało można stwierdzić, iż wyczerpuje on wymogi odbycia przez pielęgniarkę przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu, trwającej dłużej niż 5 lat. Analizując możliwość „zaliczenia” odbycia kursu kwalifikacyjnego jako przeszkolenie po przerwie trwającej dłużej niż 5 lat, należy w pierwszej kolejności przeanalizować, czy program kursu pokrywa się z programem przeszkolenia tj. czy spełnia podstawowe wymogi wynikające z ustalonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych programu przeszkolenia. W przypadku uzyskania odpowiedzi twierdzącej, nic nie stoi na przeszkodzie, aby pielęgniarka podjęła pracę w zawodzie bez konieczności odbycia ww. przeszkolenia. Podkreślić należy jednak, iż każda sytuacja zawodowa pielęgniarki lub położnej powinna być traktowana indywidualnie. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych powinna zawsze przeanalizować program kształcenia podyplomowego w ramach konkretnego kursu, jakie w międzyczasie odbyła pielęgniarka, położna. Powyższe winno mieć na celu stwierdzenie, czy program szkolenia zapewnia przypomnienie, uzupełnienie i aktualizację wiedzy zawodowej teoretycznej i praktycznej oraz zapewnia dostosowanie umiejętności zawodowych do potrzeb zdrowotnych systemu ochrony zdrowia i potrzeb społecznych.



W kontekście poruszonych powyżej zagadnień należy również przeanalizować, jakie wymogi zobowiązana jest spełniać pielęgniarka, która chce podjąć kształcenie podyplomowe w ramach kursu kwalifikacyjnego. Przepis § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923) stanowi, że do kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego może przystąpić pielęgniarka, położna, która posiada prawo wykonywania zawodu, posiada co najmniej roczny staż pracy w zawodzie, została dopuszczona do odbycia kursu kwalifikacyjnego przez komisję kwalifikacyjną. Ustawodawca nie obliuguje zatem pielęgniarce przystępującej do kursu do legitymowania się „aktywnym” stażem pracy tj. nie ogranicza kształcenia wyłącznie do osób, które nie mają przerwy w wykonywaniu zawodu.

*Warszawa, dnia 29 czerwca 2011r.*

*Iwona Choromańska*

*Radca prawny NRPiP*



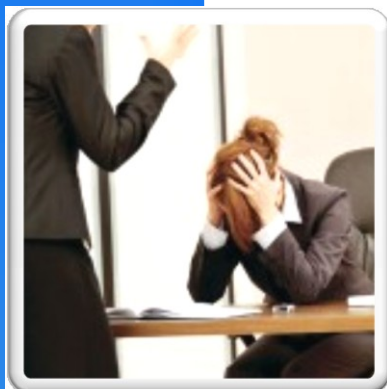
## **MOBBING W MIEJSCU PRACY**

Mobbing charakteryzuje się pewnymi cechami:

1. ma charakter ciągły
2. trwa co najmniej pół roku
3. ofiara i oprawca są w nierównej sytuacji społecznej
4. dręczyciele mają przewagę nad ofiarą
5. ma charakter działania celowego
6. dużą rolę ma uszkodzenie opinii ofiary



Mobbing to po prostu nieludzkie traktowanie człowieka przez człowieka. Skutki społeczne mobbingu dotyczą kosztów leczenia oraz rehabilitacji osoby poszkodowanej. Mobbing niszczy środowisko, motywację do pracy i prawidłowe relacje ze współpracownikami.



Koszty ponosi również zakład pracy:

1. absencja chorobowa
2. fluktuacja kadr
3. zmniejszenie efektywności pracy
4. błędne decyzje
5. brak motywacji do pracy
6. zły publiczny wizerunek firmy

Metody wykorzystywane przez mobbera:

1. ograniczenie możliwości wypowiedziania się
2. nękanie przez telefon
3. stosowanie gróźb
4. różnego rodzaju aluzje
5. unikanie kontaktu i rozmów z ofiarą
6. fizyczne i społeczne izolowanie ofiary
7. obmawianie, ośmieszanie
8. rozsiewanie plotek



Co mamy robić, gdy jesteśmy poddawani mobbingowi:

1. uświadomienie sobie tego faktu
2. nie wolno dać wmówić sobie poczucia winy i mniejszej wartości, za mobbing odpowiedzialni są tylko ci, którzy go stosują.  
(już pierwsze oznaki szykanowania należy przedyskutować z rodziną, kolegami; nie wolno dać się zastraszać).
3. w sytuacjach trudnych skontaktować się z właściwymi organizacjami udzielającymi pomocy
4. zgłosić fakt mobbingu związkom zawodowym, w dziale kadr, lekarzowi zakładowemu
5. zapisywać wszystkie szykany jeżeli nie ma nawet na to świadków
6. nie wdawać się w słowne utarczki, nie reagować
7. rejestrować swoje osiągnięcia

**ZAPAMIĘTAJ !!!**



- Mobberzy utrzymują swój proceder bo ich ofiary milczą
- Twoim celem nie jest zaprowadzenie sprawiedliwości, ani pokazanie mobberowi kto ma rację, ale skuteczne poradzenie sobie z trudną sytuacją w pracy, bez ponoszenia nadmiernych kosztów. Jednym z bardzo ważnych celów jest zachowanie szacunku dla samego siebie.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z Naczelną Izbą Lekarską uruchomiła System Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia w celu umożliwienia pielęgniarkom, położnym i lekarzom zgłaszania przypadków agresji w miejscu pracy.

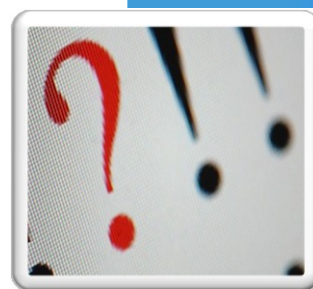
Wszelkie informacje na ten temat są zamieszczone na stronie:  
**[www.agresja.hipokrates.org](http://www.agresja.hipokrates.org)**

**Monitorowanie Agresji  
W  
Ochronie Zdrowia**



Naczelna Izba  
  
Pielęgniarek i Położnych

*Czy ukończenie szkolenia specjalizacyjnego można uznać za równoważne z ukończeniem studiów pierwszego stopnia (licencjackich) na kierunku pielęgniarstwo, w przypadku wnioskowania do pracodawcy o podwyżkę wynagrodzenia za pracę?*



Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) w art. 10b ust. 1 stanowi, że pielęgniarka, położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. W art. 10c ustawa przewiduje następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane "specjalizacją", kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne oraz kursy doksztalcające.

Najwyższą formą kształcenia podyplomowego jest specjalizacja, która ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, połączoną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie (art. 10c ust. 2 ustawy o zawodach). Natomiast studia licencjackie są, w myśl art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 lipca 2005r. prawa o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 ze zm.), studiami pierwszego stopnia - umożliwiającymi uzyskanie wiedzy i umiejętności w określonym zakresie kształcenia, przygotowującymi do pracy w określonym zawodzie, kończącymi się uzyskaniem tytułu licencjata.

W obecnym stanie prawnym, pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe wyłącznie po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa w formie studiów wyższych. Zatem obecnie każda pielęgniarka kończąca szkołę zawodową, uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa. Licencjat jest więc podstawowym tytułem zawodowym. Specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej jest kształceniem podyplomowym, tj. po uzyskaniu co najmniej tytułu licencjata pielęgniarstwa. Jest to zatem rodzaj kształcenia podnoszący w sposób istotny kwalifikacje zawodowe pielęgniarki w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Po pomyślnym ukończeniu specjalizacji, pielęgniarka uprawniona jest na mocy przepisów ustawowych do posługiwania się tytułem specjalisty, zgodnym z dziedziną kończonej specjalizacji. Dodać należy również, iż zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do szkolenia specjalizacyjnego, może przystąpić pielęgniarka, położna, która posiada prawo wykonywania zawodu, posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie, została dopuszczona do specjalizacji przez komisję kwalifikacyjną. W celu przystąpienia do specjalizacji, pielęgniarka zobowiązana jest spełniać wszystkie trzy wymienione warunki. Powyższy wymóg wskazuje jednoznacznie, że posiadanie tytułu licencjata nie jest równoznaczne z posiadaniem tytułu specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Odnośnie możliwości podwyższenia wynagrodzenia za pracę w związku z podwyższeniem kwalifikacji zawodowych stwierdzić należy, iż zasady wynagradzania określone są w obowiązujących u danego pracodawcy przepisach wewnętrznych (Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy lub Regulamin Wynagradzania). Nie mniej jednak pracodawca powinien docenić podwyższenie przez pracownika kwalifikacji zawodowych, poprzez podwyższenie wynagrodzenia za pracę w odpowiedniej kwocie.

*Iwona Choromańska  
Radca prawny NRPiP*



# Stop Zakażeniom Szpitalnym



Warszawa, dn. 30 czerwca 2011

Sz.P.  
Elżbieta Buczkowska  
Prezes Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
Ul. Pory 78. Xp.  
Warszawa 02-757

Szanowna Pani,

Miło jest nam poinformować, że wraz z początkiem czerwca 2011 roku uruchomiony został nowy program edukacji społecznej pod hasłem „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej”. Inicjatywa ma na celu dotarcie z informacją o konieczności zapobiegania zakażeniom szpitalnym do środowiska medycznego oraz opinii publicznej, rozumianej jako pacjenci i ich otoczenie.

Należy nadmienić, że podczas codziennej praktyki aż 95% personelu medycznego spotyka się z problemem zakażeń szpitalnych – tak wynika z najnowszego badania świadomości przeprowadzonego przez instytut badawczy IQS na potrzeby programu „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej”. Temat ten jest zatem aktualny i nie powinien być pomijany.

Wagę problemu podkreśla fakt, że skutki zakażeń szpitalnych dotyczą wszystkich – zarówno pacjentów, personel medyczny, jak i cały system ochrony zdrowia. Są one bowiem często przyczyną cierpienia pacjentów i ich rodzin, a niekiedy nawet prowadzą do utraty życia. W konsekwencji zakażenia pacjenci mogą długo pozostawać niezdolni do pracy, ulec okresowemu lub trwałemu kalectwu, przez co pogorsza się ich sytuacja ekonomiczna. W wyniku przedłużonego pobytu w szpitalu rosną koszty leczenia zakażonych pacjentów, powodując tym samym straty finansowe dla szpitala (zawierające koszty wypłaconych odszkodowań, koszty procesowe) i realne pogorszenie warunków pracy personelu placówki medycznej. Może to prowadzić do utraty prestiżu szpitala, a także do utrudnienia dostępu do leczenia szpitalnego innym pacjentom.

Pomóc może edukacja mająca na celu podniesienie świadomości w tym zakresie. W odpowiedzi powołany został program „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej”. Jego zadaniem jest pomoc w budowaniu potrzeby zapewnienia higienicznych warunków panujących w szpitalu jako aspektu ważnego zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjenta. Ma on także szerzyć wiedzę na temat właściwych sposobów zachowania higieny w ochronie zdrowia oraz uzmysłowić pacjentom, że podczas pobytu w szpitalu prawo do przebywania w bezpiecznych, higienicznych warunkach jest tak samo ważne jak fachowa opieka personelu medycznego.

Inicjatywa tworzona jest w oparciu o wiedzę i doświadczenie osób od wielu lat związanych z obszarem zainteresowań programu. W skład Rady Ekspertów programu wchodzi:

- dr hab. med. Małgorzata Bulanda Prof. UJ – Prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, Katedra Mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie
- prof. n. farm. dr hab. n. med. Stefan Tyski – Narodowy Instytut Leków w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- mgr Maria Ciuruś – Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W ramach prowadzenia poszczególnych aktywności planuje się także zaangażowanie innych specjalistów, ośrodków i instytucji związanych z tematem zakażeń szpitalnych.

Podstawę programu stanowi działalność badawczo-edukacyjna. W chwili obecnej zakłada się prowadzenie prac w następujących obszarach:

- Określenia świadomości personelu medycznego w zakresie zakażeń szpitalnych
- Określenia świadomości pacjentów w zakresie zakażeń szpitalnych
- Oszacowania skutków finansowych zakażeń szpitalnych
- Zbadania barierowości obłożeń jednorazowych w porównaniu do obłożeń wielorazowych

Badania te mają na celu pomóc w określeniu sytuacji epidemiologicznej w Polsce i wskazać kierunki rozwoju profilaktyki zakażeń szpitalnych w przyszłości. Będą mogły też posłużyć jako wkład merytoryczny dla analiz prowadzonych przez struktury państwowe związane z ochroną zdrowia.

Zakażenia szpitalne stanowią ogromny problem społeczny. Nadrzędnym zadaniem programu „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej” jest więc propagowanie wiedzy na temat znaczenia higieny szpitalnej, a w konsekwencji doprowadzenie do prawidłowej kontroli zakażeń szpitalnych i ich ograniczenia. Zmniejszenie liczby przypadków zakażeń to zmniejszenie śmiertelności leczonych i liczby niepełnosprawnych po hospitalizacji, jak również realne obniżenie kosztów leczenia przez ograniczenie niepotrzebnych wydatków.

Z poważaniem,

dr hab. med. Małgorzata Bulanda Prof. UJ  
Prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń  
Szpitalnych

Prof. n. farm. dr hab. n. med. Stefan Tyski  
Narodowy Instytut Leków w Warszawie,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

mgr Maria Ciurus  
Katedra Nauczania Pielęgniarstwa  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi



**Konferencja  
Naukowa**

**17 - 19 listopada 2011, Mierki k. Olsztynka**

**I Międzynarodowy Kongres Położnych**

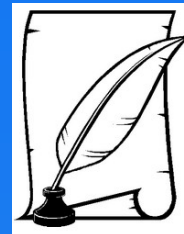
Położna Gwarantem Sprawnej Opieki Położniczej

*Szanowni Państwo,*

Serdecznie zapraszamy na I Międzynarodowy Kongres Położnych organizowany przez Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WNoZ WUM i Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Wobec nowych standardów określających rolę i zadania położnej w XXI wieku chcielibyśmy przybliżyć pewne zagadnienia i sposób holistycznej opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą, noworodkiem oraz kobietą chorą onkologicznie i ginekologicznie. Ponieważ położna jest gwarantem sprawnej opieki położniczej chcielibyśmy porównać zadania położnej w kraju z zadaniami położnej zagranicą. Gwarantem tego będą referaty zaproszonych gości nie tylko mających „korzenie” medyczne.

*Serdecznie zapraszamy  
Prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerską  
Przewodniczącą Komitetu Naukowego*

*Pismo Ministerstwa Zdrowia w sprawie pobierania opłaty skarbowej za dokonanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz za wydanie zaświadczenia o wpisie.*



*H.H.W.  
oj. pi. p. N.R.  
E.P.S.*



**MINISTER ZDROWIA**

Warszawa, 2011 -07- 13

MZ-OZZ-024-24998-8/AWI/11

**Pani  
Elżbieta Buczkowska  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

*Szanowna Pani Prezes,*

W związku z kierowanymi do Ministerstwa Zdrowia licznymi pytaniami dotyczącymi pobierania opłaty skarbowej za dokonanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz za wydanie zaświadczenia o wpisie, uprzejmie przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie, z uprzejmą prośbą o przekazanie do wiadomości okręgowych rad pielęgniarek i położnych, będących organami prowadzącymi rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą w odniesieniu do praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z art. 105 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą podlega opłacie w wysokości odpowiednio:

- 1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego – w przypadku praktyki zawodowej;
  - 2) 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 – w przypadku podmiotu leczniczego.
- Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa wyżej.



Opłacie tej podlega czynność organu polegająca na dokonaniu wpisu (zmiany wpisu). Jednocześnie czynność ta nie podlega opłacie skarbowej, w związku z brzmieniem art. 3 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. Nr 225, poz. 1635, z późn. zm.), zgodnie, z którym nie podlega opłacie skarbowej dokonanie czynności urzędowej, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlega ona innym opłatom o charakterze publicznoprawnym.

W odniesieniu do kwestii pobierania opłaty skarbowej za wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, informuję, że wydanie takiego zaświadczenia nie wymaga uiszczenia opłaty skarbowej, zgodnie bowiem z art. 1 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o opłacie skarbowej, **opłacie podlega wydanie zaświadczenia na wniosek.** Natomiast jak wynika z art. 104 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr „jest obowiązany wydać zaświadczenie w terminie 30 dni od wpływu wniosku”, zatem zaświadczenie to jest wydawane z urzędu, a nie na wniosek.

*z poważaniem*

W imieniu  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
*Marek Haber*



**NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**  
Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych

NIPiP/NSPiP/0052/270/11

Warszawa, dnia 6 lipca 2011 r.

Pani  
**Halina Gluchowska**  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
Regionu Siedleckiego

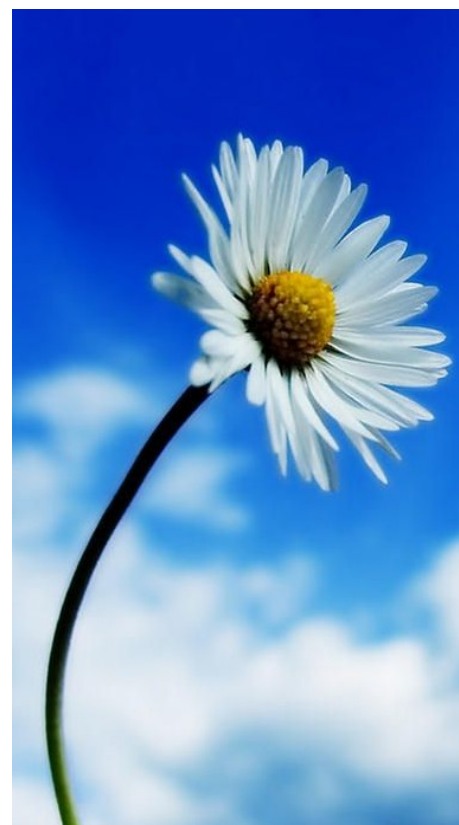
Szanowna Pani Przewodnicząca,

Serdecznie dziękuję za zorganizowanie szkolenia dla członków okręgowych sądów pielęgniarek i położnych w dniu 17 czerwca 2011 roku w Siedlcach oraz za zaproszenie do udziału w ww. szkoleniu. Duże zainteresowanie tematyką, świadczy o poważnym traktowaniu przez uczestników szkolenia, powierzonych im obowiązków przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych jak również o tym, że zdają sobie sprawę z odpowiedzialności zawodowej jaka na nich ciąży. Na szczególne wyróżnienie i podziękowanie zasługuje przygotowanie ww. szkolenia i przeprowadzenie przez Panią Przewodniczącą i członków okręgowego sądu pielęgniarek i położnych symulowanej rozprawy sądowej.

Na Pani ręce, Pani Przewodnicząca wypada mi tylko złożyć podziękowanie za stworzenie niepowtarzalnej atmosfery w czasie trwania szkolenia i warsztatów tematycznych.

Z wyrazami szacunku

Przewodnicząca NSPiP  
(-) Teresa Fichtner-Jeruzel



## *Posiedzenie Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN)*



W dniach 5-7 października 2011 r. odbędzie się posiedzenie Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN).

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie będzie gościć przewodniczącą stowarzyszeń pielęgniarek z 33 krajów Europy, w tym 27 krajów Unii Europejskiej.



**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP),  
Europejska Federacja Towarzystw Pielęgniarek (EFN)  
oraz Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia**  
zawiadamiają, że 5 października 2011 roku  
w Polskim Sejmie, w Warszawie  
odbędzie się Europejska Debata Środowisk Pielęgniarskich oraz Polityków  
na temat

### ***„Działania na rzecz Wysoko Wykwalifikowanego Personelu Opieki Zdrowotnej”***



Patronat Honorowy: Profesor Jerzy Buzek, Przewodniczący Parlamentu Europejskiego

W dniu 5 października planowana jest debata z udziałem Europarlamentarzystów i przedstawicieli organizacji pielęgniarskich. Przedmiotem obrad będą m. in. zagadnienia związane z zasobami ludzkimi w UE - Deklaracja 40/2010.

EFN jest stałą komisją opiniodawczą Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej. Będzie nam bardzo miło po raz pierwszy od 40 lat powitać najznakomitsze opiniotwórcze w UE grono pielęgniarek.

Więcej o EFN - [www.efn.be](http://www.efn.be)

## 14 zasad coacha...



Zasady, którymi kieruję się w pracy z Klientem

1. Dbaj o własny rozwój. Jeżeli chcesz wspierać innych w rozwoju (a taka jest przecież istota Twojej profesji), musisz zacząć od siebie. Pamiętaj o nieustannym obowiązku stawania się kimś więcej, niż się jest.
2. Nie zawieź zaufania. To wyjątkowo poważna sprawa. Zaufanie będące podstawą relacji coach - klient stanowi równocześnie jeden z najcenniejszych darów, które jeden człowiek może ofiarować drugiemu.
3. Podejmuj się tylko tych zadań, do których czujesz się przygotowany.
4. Bądź prawdomówny. Przekazuj rzetelne informacje zwrotne. Mów klientowi to, co naprawdę myślisz, a nie to, co klient chciał by usłyszeć.
5. Bądź lojalny. Rozmawiając o kimkolwiek podczas jego nieobecności nieustannie zadawaj sobie pytanie: Czy mówił by to samo, gdyby on był tutaj?
6. Szanuj autonomię klienta. Powstrzymuj się od wszelkich prób narzucania klientowi swojego systemu wartości lub sposobu działania.
7. Pamiętaj, że to Ty jesteś ostatecznym sędzią Twoich decyzji zawodowych. Nie pozwól, aby rolę taką przejęła zatrudniająca Cię firma, czy jakiegokolwiek osoby trzecie.
8. Dotrzymuj zobowiązań. Zadbaj o klarowność wszelkich uzgodnień między Tobą, klientem, a sponsorem i przestrzegaj ich realizacji. Pamiętaj, przy tym o zasadzie: moje słowo = mój podpis.
9. Nie uważaj się za nieomylnego. W przypadku wątpliwości omów swoje odczucia z kimś doświadczonym.
10. Bądź wyczulony na problem konfliktu interesów. Jeżeli jakiegoś konfliktu nie da się uniknąć, rzetelnie przemyśl swój sposób postępowania wobec każdej z zainteresowanych stron.
11. Dbaj o własną kondycję psychofizyczną. Podejmuj się takiej ilości obowiązków, które możesz podołać bez szkody dla siebie lub jakości swojej pracy. Jeżeli w danym dniu nie czujesz się na siłach, aby prowadzić spotkanie, zdecyduj się je przełożyć.
12. Pamiętaj o różnicy pomiędzy celem, a środkiem do celu. Instrumentalne traktowanie ludzi to postawa niegodna coacha.
13. Staraj się patrzeć na innych coachów nie jak na rywali, ale jak na ludzi, z którymi można i warto współpracować. Jeżeli już musisz rywalizować, pamiętaj o zachowaniu zasady fair play.
14. Pamiętaj, że szacunek dla samego siebie to wartość, której nie sposób przecenić. Starannie unikaj wszelkich sytuacji, działań i zachowań, które mogłyby tę wartość podważyć.



*Rekomendacja Rady do Spraw Międzynarodowej  
Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®)*

Rekomendacja Rady do Spraw Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®), organu opiniodawczo-doradczego Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w sprawie RAMOWEGO PROGRAM KURSU „MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ. PROGRAM DLA PIEŁĘGNIAREK” . *(pismo przewodnie)*



Warszawa, 2011-06-21

2011-10619

**Pani**  
**Beata Cholewka**  
**Dyrektor**  
**Departamentu**  
**Pielęgniarek i Położnych**  
**w Ministerstwie Zdrowia**

Szanowna Pani Dyrektor,

Niniejszym przekazuję rekomendacje Rady do Spraw Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®), organu opiniodawczo-doradczego Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w sprawie RAMOWEGO PROGRAM KURSU „MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ. PROGRAM DLA PIEŁĘGNIAREK”.

Uprzejmie proszę o zwrotną informację w sprawie wniosku dot. włączenia ICFN do programów kształcenia pielęgniarek. Proszę o informację w przedmiotowej sprawie – poinformowanie o sposobie rozpatrzenia sprawy.

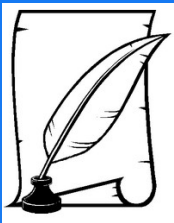
W załączeniu Rekomendacja nr 1/2011.

Do wiadomości:

1. dr hab. Danuta Dyk, Przewodnicząca Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego,
2. dr Elżbieta Buczkowska, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
3. Prezes Dorota Kilańska, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.

Z poważaniem,  
Dyrektor  
Centrum Systemów Informacyjnych  
Ochrony Zdrowia  
*Leszek Sikorski*  
dr n. med. Leszek Sikorski

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia  
ul. Stanisława Dubois 5A, 00-184 Warszawa  
tel. +48(22) 597-09-27 fax +48(22) 597-09-47  
biuro@csioz.gov.pl www.csioz.gov.pl



*Pismo w sprawie rozpoczęcia procedury  
powoływania członków Wojewódzkiej Komisji  
do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*

MAZOWIECKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
W WARSZAWIE  
WYDZIAŁ ZDROWIA  
Plac Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa  
tel. 22 695-69-00, fax 22 695-69-01  
[www.mazowieckie.pl](http://www.mazowieckie.pl)

Warszawa, dnia 2 sierpnia 2011 r.

WZ-I.9612.3. 2011.ES

Pani  
Halina Głuchowska  
Przewodnicząca  
Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych  
w Siedlcach

*Szanowne Pani Przewodniczący*

Realizując zapisy art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113, poz. 660) Wojewoda Mazowiecki rozpoczął procedurę powoływania członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, zwanej dalej „Wojewódzką Komisją”.

Od dnia 1 stycznia 2012 roku, Wojewódzka Komisja dla obszaru województwa mazowieckiego, będzie funkcjonowała przy Oddziale Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.

W związku z powyższym, uprzejmie informuję Panią Przewodniczącą, że zgłoszenie kandydatów na członków wojewódzkiej komisji powinno odbyć się nie później, niż w terminie do dnia 30 września 2011 roku, w formie pisemnej, poprzez złożenie do Wydziału Zdrowia

*Wpłynęło 10.08.2011 r.  
Op-73/11 Olu*

Sprawę prowadzi: Ewa Szajnocha - Kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Zdrowotnego;  
telefon kontaktowy: 022 695 67 08



Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego wypełnionych formularzy dotyczących kandydata na członka Wojewódzkiej:

1. Zgłoszenie kandydata na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych przez samorządy zawodowe: lekarzy, lekarzy dentystów, **pielęgniarek i położnych**, diagnostów laboratoryjnych, adwokatury oraz radców prawnych mające siedzibę na terenie województwa mazowieckiego.
2. Oświadczenie kandydata o niekaralności.
3. Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
4. Życiorys (*Curriculum vitae*) kandydata.
5. Dokumenty potwierdzające wykształcenie i doświadczenie zawodowe kandydata.

Szczegółowe informacje o naborze i formularze są dostępne na stronie internetowej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego: [www.mazowieckie.pl](http://www.mazowieckie.pl) w zakładce „Zdrowie” – Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

Mając na uwadze przygotowania organizacyjne do wykonywania nowych zadań, uprzejmie proszę, w miarę dostępnych danych, o informację o ilości zgłoszonych – w latach 2010 i 2011 - do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych spraw spełniających przesłanki zdarzenia medycznego, określone w art. 67a. ust.1. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)

*2 porządki*  
z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO  
*Michał Borkowski*  
Dyrektor  
Wydziału Zdrowia

Sprawę prowadzi: Ewa Szajnocha - Kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Zdrowotnego;  
telefon kontaktowy: 022 695 67 08



# Profilaktyka ryzyka upadku

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa dr n. biol. Grażyna Kruk- Kupiec  
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej , Piekary Śląskie  
41-940 ul. Bytomska 62 , Tel. 032 3934 – 299

Piekary Śląskie 4.07.2011r.

## ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA DLA DOBREJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

Bezpieczny Szpital - Bezpieczny Pacjent

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH  
PROJEKT BEZPIECZNEJ PRAKTYKI MEDYCZNEJ

PROFILAKTYKA RYZYKA UPADKU



### Wstęp

Projekt w swoich założeniach koncentruje się na zminimalizowaniu zagrożeń jakim są upadki pacjentów, które mogą wystąpić podczas pobytu w szpitalu. Projekt jest adresowany do pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, lekarzy, kadry kierowniczej, pracowników działów mających znaczenie w poprawie bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu oraz członków zespołów problemowych funkcjonujących na terenie szpitala. Upadki są główną przyczyną występowania zdarzeń niepożądanych wśród hospitalizowanych pacjentów. Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne - wynikające ze stanu chorobowego pacjenta, zaburzeń w obrębie organizmu, wieku, oraz czynniki zewnętrzne - związane z organizacją pracy i warunkami pobytu w szpitalu.

Czynniki wewnętrzne wynikają z:

- a) zmian inwolucyjnych usposabiających ludzi starszych do upadku; dotyczą narządów zmysłu, które biorą udział w kontroli postawy: wzroku, słuchu, równowagi, układu nerwowego i mięśniowo - szkieletowego,
- b) upośledzenia wzroku wywołane różnymi chorobami, które powodują obniżenie adaptacji do ciemności i ostrego światła oraz widzenia przestrzennego,
- c) zmian zwłaszcza u osób starszych w obrębie układu mięśniowego, które polegają na zaniku komórek mięśniowych, osłabieniu siły mięśniowej,
- d) stanów udarowych, które w różnym stopniu upośledzają sprawność motoryczną chorych,
- e) zaburzeń rytmu serca,
- f) niewydolności kręgowo podstawnej,
- g) zaburzeń chodu,
- h) założonych opatrunków gipsowych ,
- i) upadków w przeszłości które predysponują do ryzyka upadku ,
- j) każdej choroby infekcyjnej np. zapalenia dróg moczowych, nietrzymania moczu, które pogarszają stan ogólny i sprawność pacjenta.

## *Profilaktyka ryzyka upadku*

Czynniki zewnętrzne środowiskowe predysponujące do wystąpienia upadków, związane są z otoczeniem w którym przebywa pacjent. Na upadki może mieć wpływ brak poręczy, uchwytów, nierówna podłoga, ślizga podłoga w łazience oddziału, oświetlenie, brak balkoników oraz wiele innych.

Zagrożenia które wpływają na upadki pacjentów mogą mieć także charakter organizacyjny.



Cele projektu:

1. Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem upadków .
2. Zwiększenie odpowiedzialności pracowników medycznych za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów w szpitalu.
3. Szkolenia pracowników w zakresie zapobiegania upadkom pacjentów, rozpoznawania sytuacji krytycznych.
4. Edukacja pacjentów i rodzin, opracowanie poradników.
5. Opracowanie skali oceny ryzyka upadku.
6. Opracowanie systemu prowadzenia dokumentacji pielęgniarstwa w zakresie wywiadu, oceny ryzyka upadku, planowania opieki.
7. Poprawa jakości życia pacjentów.
8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych - upadków pacjentów.
9. Wdrażanie rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych.

Oczekiwany rezultat wdrożenia projektu :

1. Zmniejszenie liczby występowania zdarzeń niepożądanych - upadków pacjentów.
2. Zwiększenie świadomości pracowników medycznych w zakresie rozpoznawania i eliminacji czynników zewnętrznych, organizacyjnych, technicznych w środowisku szpitalnym, mogących wpływać na występowanie upadków.
3. Zwiększenie świadomości pacjentów oraz ich rodzin w zakresie czynników wpływających na występowanie upadków.
4. Poprawa bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu.
5. Poprawa jakości opieki, zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów.
6. Otrzymanie informacji na temat przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych.
7. Wprowadzenie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych.

## *Zalecenia:*

Zalecenie I. W sprawie organizacji dobrej praktyki pielęgniarstwa w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych .

1. Na poziomie podmiotu leczniczego (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011r.) jest powołany zespół ds. zdarzeń niepożądanych który analizuje występujące zdarzenia w tym upadki.

*Zadania zespołu :*

- a. identyfikacja zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń,
- b. gromadzenie i poddawanie analizie danych dot. zdarzeń niepożądanych,
- c. mapowanie danych i informacji ,
- d. ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydanie zaleceń i wyciągnięcie wniosków,
- e. przekazanie informacji pracownikom,
- f. opracowywanie rocznych raportów.

Zalecenie II. W sprawie rejestru pacjentów u których wystąpiło zdarzenie niepożądane w tym upadek pacjenta.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne/niedoszłe).
2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku .
3. Określenie kolejności zdarzeń.
4. Zidentyfikowanie przyczyn źródłowych.
5. Przygotowanie planu działań.
6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.

Zalecenie III. W sprawie oceny zagrożenia ryzyka upadku.

1. Każdy nowoprzyjęty pacjent w okresie pierwszych godzin swojego pobytu w oddziale, podczas zebrania wywiadu pielęgniarstwa, zostaje oceniony pod kątem zagrożenia upadkiem przy użyciu skali mającej zastosowanie w ocenie stopnia zagrożenia.
2. Ocena jest powtarzana wg. przyjętego schematu w oddziale.

Zalecenie IV. W sprawie dokumentowania.

1. Szpital ocenia poziom ryzyka zagrożenia upadkami przy użyciu skali oceny ryzyka
2. Chorym którzy uzyskują liczbę punktów klasyfikującą ich do grupy ryzyka zagrożenia upadkiem, plan opieki uwzględnia ocenę ryzyka oraz działania podejmowane w tym zakresie.

## *Profilaktyka ryzyka upadku*

Zalecenie V. W sprawie edukacji pacjenta i edukacji rodzin w zakresie profilaktyki ryzyka upadku .

1. Każdy pacjent z grupy ryzyka zagrożenia upadkiem oraz w razie konieczności jego rodzina lub opiekunowie powinni zostać przeszkoleni.

2. Oddziały szpitalne powinny być wyposażone w ulotki, poradniki z profilaktyki ryzyka upadku.

Zalecenie VI. W sprawie szkoleń pracowników medycznych.

1. Roczne plany szkoleń zawierają problematykę związaną z profilaktyką upadków.

Zalecenie VII. W sprawie realizacji zadań z zakresu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych - projektu bezpiecznej praktyki medycznej - profilaktyki ryzyka upadku przez konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa.

1. Konsultant krajowy oraz konsultanci wojewódzcy zwracają uwagę podczas przeprowadzanych wizytacji / kontroli, na realizację przez kierowniczą kadrę pielęgniarstwa, zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych profilaktyki ryzyka upadku.

Zalecenie VIII. W sprawie odpowiedzialności za realizację zaleceń Dobrej Praktyki Pielęgniarskiej - Profilaktyki Ryzyka Upadku.

1. Za realizację zaleceń, odpowiada osoba zarządzająca pielęgniarstwem - Dyrektor ds. Pielęgniarstwa / Naczelna Pielęgniarka / Przełożona Pielęgniarek.



**Algorytm postępowania w Projekcie Bezpiecznej Praktyki Medycznej  
Profilaktyka Ryzyka Upadku**

- Ocena stanu pacjenta podczas przyjęcia w oddział
- Zebranie wywiadu pielęgniarskiego, ocena ryzyka upadku



- Kwalifikacja pacjenta do właściwej grupy poziomu opieki:
  - brak ryzyka
  - średni poziom ryzyka
  - wysoki poziom ryzyka
- Planowanie opieki pielęgniarskiej
- Ocena ryzyka upadku



- Realizacja świadczeń pielęgniarskich zgodnie z wytycznymi bezpiecznej praktyki



**Modyfikacja planu opieki po zabiegu operacyjnym**

- Kwalifikacja pacjenta do właściwej grupy poziomu opieki ze strony pielęgniarki:
  - brak ryzyka
  - średni poziom ryzyka
  - wysoki poziom ryzyka
- Planowanie opieki pielęgniarskiej
- Współpraca w zakresie kwalifikacji pacjenta do właściwej grupy poziomu ryzyka ze strony fizjoterapeutów
- Przekazanie poradników, edukacja pacjenta na temat zapobiegania skutkom upadków ze strony fizjoterapeutów i pielęgniarek



- Edukacja rodziny

# Nowe akty prawne regulujące rejestrowanie i prowadzenie praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych



**Ustawa z dnia 5 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,  
która obowiązuje od dnia 1 lipca 2011r. wprowadza zmiany dotyczące rejestru praktyk  
zawodowych oraz zasad prowadzenia praktyk**

## ZAPISY USTAWY DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRAKTYKI

**Art.5 określa formy wykonywania działalności leczniczej w ramach praktyki zawodowej, wykonywanie zawodu w ramach praktyki nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.**

Art. 5. 1. Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

2. Działalność lecznicza:

1) lekarzy może być wykonywana w formie:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska,

2) pielęgniarki może być wykonywana w formie:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek

- zwanych dalej „praktykami zawodowymi”.

3. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

**Art.19 określa jakie warunki należy spełnić aby wykonywać zawód w ramach indywidualnej i grupowej praktyki. W tym art. ustawodawca umożliwia wykonywanie indywidualnej praktyki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego np. w szpitalu.**

Art. 19. 1. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:

1) posiadać prawo wykonywania zawodu;

2) posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;

3) nie może być:

a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,

b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

5) dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadać opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych;

6) uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;

7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

2. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1;

2) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

3. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7, oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, warunek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2;

2) posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta;

3) wskazać adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

4. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7.

5. W ramach grupowej praktyki mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki będące współnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b, spełniające warunki określone w ust. 1 pkt 1-5 i 7 oraz ust. 2 pkt 2.

6. Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.

## ZAPISY USTAWY DOTYCZĄCE WPISU DO REJESTRU

**Art. 100 i 102 określają dokumenty jakie należy złożyć w organie rejestrowym art. 105 opłatę za wpis do rejestru.**

Art. 102. 1. Pielęgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko pielęgniarki;
  - 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
  - 3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
  - 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
  - 6) adres do korespondencji;
  - 7) posiadane specjalizacje;
  - 8) numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wniosek zawierający następujące dane:
- 1) listę pielęgniarek stron umowy spółki cywilnej, wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;
  - 2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2-7;
  - 3) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej;
  - 4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

3. Przepisy art. 100 ust. 2-5 stosuje się.

Art. 105. 1. Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:

- 1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłoszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego - w przypadku praktyki zawodowej;
  - 2) 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 - w przypadku podmiotu leczniczego.
2. Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w ust. 1.
3. Opłaty, o których mowa w ust. 1 i 2, stanowią:
- 1) dochód budżetu państwa - w przypadku opłat pobieranych od podmiotów leczniczych;
  - 2) przychód właściwej okręgowej izby lekarskiej - w przypadku opłat pobieranych od praktyk zawodowych lekarzy;
  - 3) przychód właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych - w przypadku opłat pobieranych od praktyk zawodowych pielęgniarek.

## NADZÓR I KONTROLA PRAKTYK

**Art. 111, 112 i 113 zasady kontroli i czynności pokontrolne**

Art. 111. 1. Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie.

2. Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych.

3. Osoby, o których mowa w ust. 2, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:

- 1) żądania informacji i dokumentacji;
- 2) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 3) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 4) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 5) wglądu do dokumentacji medycznej;
- 6) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

„Art. 30b. 1. Okręgowa izba pielęgniarek i położnych jest uprawniona do wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

2. Wizytacja jest przeprowadzana przez pielęgniarki lub położne upoważnione przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

3. Osoby, o których mowa w ust. 2, wykonując czynności wizytacyjne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:

- 1) żądania informacji i dokumentacji;
- 2) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 3) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 4) wglądu do dokumentacji medycznej;
- 5) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

## PRZEPISY PRZEJŚCIOWE

Art. 208. 1. Organy prowadzące dotychczasowe rejestry praktyk lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą te rejestry na dotychczasowych zasadach do dnia 31 grudnia 2011 r.

2. Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej dostosują swoją działalność do przepisów ustawy w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA – prowadzona w ramach praktyk

Rodzaj, zakres prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w szczególności Rozdziały 4,5,6,7 i 8.

Osoby prowadzące praktyki oraz starające się o wpis do rejestru powinny wnikliwie zapoznać się z obowiązującymi w tym zakresie aktami prawnymi oraz ich przestrzeganie.





# BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH REGIONU SIEDLECKIEGO

*Nr 31/V/4/2011*

Biuletyn OIPIP – egzemplarz bezpłatny  
Nakład: 400 egzemplarzy  
Biuletyn adresowany jest do wszystkich pielęgniarek i położnych,  
członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Redaguje zespół w składzie:

*Halina Gluchowska, Zofia Czyż, Edyta Mączarska, Maria Baran*

Skład komputerowy:

*Lukasz Mularczyk*

Adres redakcji:

Biuletyn Informacyjny OIPIP

Ul. Młynarska 17

08-110 Siedlce

tel: (25) 632-84-35, tel/fax: (25) 632 54 10



Biuro Izby czynne:

Od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 15:30

Rejestr pielęgniarek i położnych:

Od poniedziałku do czwartku w godz. 8:00 – 13:00

Porady prawne w każdą środę w godz. 13:30-14:30

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych posiada stronę internetową:

[www.oipip.siedlce.ikk.pl](http://www.oipip.siedlce.ikk.pl), pocztę e-mail: [oipip.siedlce@ikk.pl](mailto:oipip.siedlce@ikk.pl)

Konto bankowe: 58 1020 4476 0000 8402 0016 8518

Państwowa Inspekcja Pracy Oddział Siedlce

Ul. Brzeska 97, tel: (25) 632 80 59

<http://www.oipip.siedlce.ikk.pl>