

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



LIPIEC/SIERPIEŃ 2010r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38

Szanowni Państwo
Drogie Koleżanki i Koledzy

W dniu 14 czerwca 2010 roku Minister Zdrowia wydał projekt Rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W projekcie tym w §4 widnieje zapis: „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), **z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany.**”.....

Projekt tej zmiany do Rozporządzenia wywołał ogromną „burzę” w całej Polsce. Każdy kto zapoznał się z treścią tej nowelizacji, zaniepokojony obniżeniem standardów bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i bezpieczeństwa pracy pielęgniarek i położnych nie mógł nie wyrazić swojego niezadowolenia. Ukazało się wiele pism i stanowisk ostro krytykujących poczynania Ministerstwa Zdrowia, które znów kosztem Pielęgniarek, Położnych i Pacjentów chce szukać oszczędności. Kategorycznie nie zgadzamy się z zapisem aby na zmianie jedna Pielęgniarka lub Położna sprawowała opiekę nad dwudziestoma pacjentami.

Ogromne zaniepokojenie wzbudził również fakt podpisania porozumienia Ministra Zdrowia z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych z pominięciem Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Przypominam, że nasz Samorząd reprezentuje WSZYSTKIE Pielęgniarki i Położne bez względu na ich przynależność związkową.

A jak się mają do tego deklaracje związku na temat współpracy ?

Naszym zdaniem porozumienie to tylko „obiecanki”. To wirtualne pieniądze – bardzo nierealne. Uważamy, iż obiecując mało realne podwyżki Ministerstwo oczekiwało akceptacji projektu rozporządzenia z 14 czerwca 2010 roku.

Kategorycznie mówimy NIE ! Żadna Pielęgniarka czy Położna nie jest w stanie przyjąć na siebie odpowiedzialności za skutki sprawowania opieki nad dwudziestoma pacjentami prowadząc jednocześnie „proces pielęgnowania”. Pielęgniarka czy Położna to nie robot, który bezmyślnie wykonuje polecenia nie zastanawiając się nad jego skutkami i wcale nie musi odpoczywać czy napić się herbaty. Dość szukania oszczędności kosztem Pielęgniarek i Położnych. Uważamy, iż maksymalnie na jedną pielęgniarkę na zmianie powinno przypadać nie więcej niż dziesięciu pacjentów. Ponad to powinno brać się pod uwagę specyfikę oddziału i stan zdrowia pacjentów. Wtedy dopiero opieka ma sens i daje gwarancje bezpieczeństwa.

Zmiany zapisane w projekcie rozporządzenia nie uwzględniające opinii Naszego środowiska to wyraz lekceważenia Pielęgniarek i Położnych przez Ministerstwo Zdrowia oraz kompletny brak zainteresowania potrzebami człowieka chorego.

Prezentujemy poniżej niektóre pisma w tej sprawie.



Pozostaję z wyrazami szacunku
Przewodnicząca ORPiP Halina Synakiewicz.

W NUMERZE:

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawach świadczeń gwarantowanych - Stanowiska	1
Kalendarium	5
Rejestr	5
Uchwały Rady i Prezydium	7
Stanowiska NRPiP	7
Prawo	9
Konsultanci krajowi	13
Sprawozdanie z kształcenia	14
Prace autorskie	16
Ogłoszenia	21

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie
Ul. Kopernika 38
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
0-503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czyst.pl
www.oipip.czyst.pl

MILLENNIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora

Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

Projekt 14.6.2010

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2010 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164. poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§1.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140. poz. 1143 i Nr 211. poz. 1639) wprowadza się następujące zmiany:

I) w §2:

a) pkt 2 otrzymuje brzmienie:

"2) hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu lub zgonu:"

b) pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6) lekarz w trakcie specjalizacji lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, a w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii co najmniej trzeci rok specjalizacji oraz w przypadku specjalizacji w dziedzinie hematologii, chirurgii naczyniowej, alergologii, gastroenterologii i toksykologii lekarza, który rozpoczął specjalizację w szczególności w dziedzinie medycyny, pod warunkiem posiadania tytułu specjalisty w podstawowej dziedzinie medycyny;

..7) lokalizacja-budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo stanowiących zwarty kompleks, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych:"

c) dodaje się pkt 9 i 10 w brzmieniu:

„9) pielęgniarka specjalista-pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w danej dziedzinie pielęgniarstwa:

10) pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym pielęgniarstwa, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w danej dziedzinie pielęgniarstwa.";

2) § 4 otrzymuje brzmienie:

§ 4.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgnarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14. poz. 89 t.j. z późn. zm.). z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany.";

3) załącznik nr 3 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr I do niniejszego rozporządzenia;

4) załącznik nr 4 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

§2.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. ■

MINISTER ZDROWIA

**Porozumienie
z dnia 30 czerwca 2010 r**

zawarte pomiędzy:

Ewą Kopacz - Ministrem Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej

a

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, zwanym dalej OZZPiP, reprezentowanym przez Dorotę Gardias - Przewodniczącą

Strony, w trosce o dobro pacjenta i zapewnienie wysokiego poziomu opieki zdrowotnej w Polsce, uzgodniły co następuje:

§1

1. Do dnia 31 grudnia 2012 r. obowiązywać będzie regulacja odpowiadająca art. 59a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

2. 75% kwoty, którą świadczeniodawca zobowiązany jest przeznaczyć na wzrost wynagrodzeń (zgodnie z obecnie obowiązującym art. 59a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej) zostanie przeznaczone, w drodze regulacji ustawowych, na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, zatrudnionych u danego świadczeniodawcy.

3. Minister Zdrowia zobowiązuje się do podjęcia działań, dla wejścia w życie odpowiednich zmian ustawowych, w jak najszybszym terminie, nie później jednak niż do dnia 31 października 2010 r.

§2

1. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (z dnia 14 czerwca 2010 r.) zostanie przez Ministra Zdrowia, zweryfikowany i zmieniony dla zapewnienia wysokiego poziomu opieki szpitalnej nad pacjentami.

2. Przedmiotowa zmiana rozporządzenia wejdzie w życie w sierpniu 2010 r.

§3

1. W drodze regulacji ustawowych zostanie zagwarantowane zachowanie prawa do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej przez pielęgniarki i położne, które sprawują funkcje związkowe w strukturach związków zawodowych, także w okresie niewykonywania pracy na podstawie art. 25 i art. 31 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych.

2. Zmiany, o których mowa w ust. 1, wejdą w życie wraz z wejściem w życie ustaw o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz o zawodach pielęgniarki i położnej. ■

w imieniu zespołu negocjacyjnego
Dorota Gardias Przewodnicząca OZZPiP

Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 lipca 2010 roku

**w sprawie sytuacji związanej z Porozumieniem
z dnia 30 czerwca 2010 roku zawartym pomiędzy
Ministrem Zdrowia i Ogólnopolskim Związkiem
Zawodowym Pielęgniarek i Położnych**

Wobec sytuacji wywołanej treścią i trybem zawarcia Porozumienia z 30 czerwca 2010 r., zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, a także późniejszymi zdarzeniami i reakcjami. Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. W ramach obowiązku nałożonego przez art. 1 ustawy z 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych. uznaje za konieczne aby. przedstawić stanowisko samorządu pielęgniarskiego jako organizacji reprezentującej środowisko pielęgniarek i położnych.

1. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych stoi na gruncie respektowania ustalonego w obowiązującym porządku prawnym systemu reprezentacji środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych. na który to system składają się:
 - nałożona i gwarantowana ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych rola reprezentanta interesów zawodów pielęgniarki, położnej, bez, względu na przynależność związkową.
 - opcjonalna a przez to subsydiarna reprezentacja sprawowana przez organizacje związkowe.
2. Autonomia, rola ustrojowa i związane z nią zadania legitymują samorząd pielęgniarek i położnych, na prawach strony, nie tylko do bezpośredniego udziału w negocjowaniu warunków pracy i płac. ale i do zajmowania stanowiska w tych kwestiach w formie jaką uzna za konieczne lub wystarczające. Kierując się wskazanymi względami, w odpowiedzialności za całą grupę zawodową pielęgniarek i położnych, czuje się on zobowiązany uprzedzić swoich członków o ułomności prawnej i merytorycznej porozumienia z 30 czerwca 2010 r. Ułomność prawna jest następstwem pominięcia udziału samorządu i innych organizacji związkowych po stronie społecznej a dodatkowo - niezachowania wymagań przewidzianych w ustawie z dnia 6 lipca 2001 roku o Trójstronnej Komisji ds. Społeczno Gospodarczych i wojewódzkich komisji dialogu społecznego, przez co jest ono nierozwiązywalne i praktycznie nieegzekwowalne. Ułomność merytoryczna wyraża się w tym iż, odwołując się do kategorii zdarzeń przyszłych i niepewnych, nie rodzi ono w istocie praw podmiotowych. Nie sposób pominąć narzucającej się w tym miejscu analogii ze słynną w wątpliwy sposób "ustawą 203" i zamętu prawnego jaki wywołała.
3. Obraz Porozumienia z 30 czerwca 2010 r a przede wszystkim jego iluzoryczna skuteczność dla poprawy warunków wynagradzania pielęgniarek i położnych są jednoznaczne. Potwierdzeniem jest odbiór z jakim już spotkało się ono w środowisku jako wyłącznie fakt medialny. Nie są w stanie zmienić tej oceny zabiegi sygnatariusza który, występując w roli wyłącznego reprezentanta naszej grupy zawodowej, sięga po subiektywne argumenty ad personam, usuwające się przez to spod racjonalnej identyfikacji i podejmowania jakiegokolwiek polemiki.

4. Jedność środowiska pielęgniarek i położnych jest wartością samą w sobie. Doświadczenia z całego okresu istnienia samorządu dowodzą, że tylko przy jej wykorzystaniu, jako wiarygodny społecznie partner, możemy skutecznie zabiegać o nasze interesy. Stąd leż wszelkie działania pozwalające kształtować nasz obraz.jako grupy zdeintegrowanej pozostawiamy do oceny członkom samorządu. ■

Sekretarz NRPIP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPIP
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 lipca 2010 roku

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra
Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie
świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia
szpitalnego oraz zwołania przez Ministra Zdrowia
konferencji uzgodnieniowej dotyczącej tego
projektu**

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (wersja z dnia 14 czerwca 2010 roku), oraz po zapoznaniu się z treścią Porozumienia z 30 czerwca 2010 roku. zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i doniesieniami medialnymi w zakresie górnej granicy liczby pacjentów objętych opieką przez 1 pielęgniarkę lub położną w oddziale szpitalnym, ponownie zgłasza konieczność wprowadzenia zmiany w treści § 4 dotyczącej zmniejszenia górnej granicy liczby pacjentów objętych opieką przez 1 pielęgniarkę lub położną w oddziale szpitalnym z 20 na 10 pacjentów w ciągu jednej zmiany oraz konieczność zwołania przez Ministra Zdrowia konferencji uzgodnieniowej dotyczącej tego projektu.

Jednocześnie wnosimy o rozpoczęcie pracy nad docelowym modelem określającym liczbę pacjentów do opieki pielęgniarskiej przy jednoczesnym uwzględnieniu stanu pacjentów i rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych, jak również przy jednoczesnym uwzględnieniu typu oddziału szpitalnego i typu zakładu opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie:

Brak odpowiedzi MZ na Stanowisko nr 48 NRPIP z dnia 16 czerwca 2010 i w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, podpisanie porozumienia z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, z jednoczesnym pominięciem uwag do Rozporządzenia oraz w/w Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

oraz bardzo niepokojące przekazy medialne skutkują ogromnym poruszeniem w środowisku pielęgniarek i położnych. Samorząd reprezentujący wszystkie pielęgniarki i położne, bez względu na przynależność związkową, z mocy ustawy jest odpowiedzialny za sprawowanie pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodów.

W związku z powyższym, od początku prowadzenia rozmów z Ministerstwem Zdrowia nad ewentualną zmianą metodologii liczenia obsad pielęgniarskich, wskazuje na ogromne ryzyko podjęcia błędnej decyzji. Przyjęcie proponowanego przez Ministra Zdrowia modelu opieki pielęgniarskiej w szpitalach spowoduje powstanie ukrytego niedoboru w obsadzie pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach szpitalnych. W konsekwencji doprowadzi do nasilenia występowania zdarzeń niepożądanych i zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz bezpieczeństwa pracy pielęgniarek i położnych. ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W SPRAWIE OBSAD PIELĘGNIARSKICH W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że **nie do przyjęcia** jest zapis z projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - zmieniający § 4, który określa „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany.”

Kształtowanie norm zatrudnienia powinno: opierać się na wynikach badań naukowych, które jednoznacznie określą wpływ obsad pielęgniarskich na bezpieczeństwo pacjenta, jakość opieki i satysfakcję pacjentów, pielęgniarek; zapobiegać odchodzeniu od zawodu i zachęcać do wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniara.

Normy zatrudnienia to także niezbędny element dla zapewnienia pielęgniarkom bezpiecznego środowiska pracy, środowiska, które spowoduje zatrzymanie personelu w pracy i wpłynie na promocję tego zawodu jako bezpiecznego i atrakcyjnego dla przyszłych jego adeptów.

Świadczenia pielęgniarskie powinny być realizowane dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom z uwzględnieniem realizacji potrzeb wyrażonych i niewyrażonych, niezbędnych dla prawidłowego procesu terapeutycznego - zapewniającego skrócenie okresu leczenia i zapewnienia możliwości realizacji procesu edukacji i przygotowania do samoopieki - dla zwiększenia potencjału pacjenta w realizacji codziennych zadań związanych z pełnieniem ról społecznych, w tym pracą i nauką. Uważamy, że polityka zdrowotna powinna opierać się na

ocenie kosztów nie tylko związanych z zatrudnianiem dodatkowego personelu, ale przede wszystkim ocenie kosztów wynikających z niezatrudniania tego personelu w odpowiedniej liczbie, co m.in. prowadzi do zwiększenia szeroko rozumianych zjawisk - błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych.

Uważamy, że liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w leczeniu stacjonarnym w Polsce powinna być ustalana w oparciu o badania naukowe i uwzględniać zatrudnienie personelu pomocniczego tzn. opiekunów medycznych.

Jako Towarzystwo stoimy na stanowisku, że nie można arbitralnie podawać liczby pacjentów w oddziale szpitalnym podlegających opiece jednej pielęgniarki w ciągu zmiany bez uwzględnienia specyfiki tego oddziału i stanu pacjentów, którzy w nim przebywają.

Biorąc jednocześnie pod uwagę analizy dotychczas przeprowadzonych badań w oparciu o wiarygodną metodykę badawczą proponujemy poziom obsad pielęgniarskich, który zgodnie z wynikami badań może kształtować się następująco:

Oddziały zabiegowe: 1 pielęgniarka na 4 pacjentów lub 1 pielęgniarka na 8 pacjentów + 2 osoby personelu pomocniczego (opiekun medyczny). **Docelowo 1 pielęgniarka na 4 pacjentów.**

Oddziały zachowawcze: 1 pielęgniarką na 6 pacjentów + 1 opiekun medyczny, lub w zależności od stopnia intensywności opieki, tj.: w przypadku pacjentów niesamodzielnych **w ocenie skali ADL** do 2 pkt. - 1 pielęgniarka na 2 pacjentów + 1 opiekun medyczny; między 2 a 4 pkt Skali ADL 1 pielęgniarka na 4 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku punktacji od 4 do 5 pkt 2 pielęgniarki na 8 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku pkt. powyżej 6 pkt - 1 pielęgniarka na 15 - 20 pacjentów + 2 opiekunów medycznych. **Docelowo 1 pielęgniarka na 5 pacjentów.**

Oddziały intensywnej terapii: jedna pielęgniarka na 1,2 pacjenta, natomiast odcinki intensywnego nadzoru - jedna pielęgniarka na 2 pacjentów.

Oddziały dziecięce: liczba pielęgniarek uzależniona jest od stopnia intensywności opieki pielęgniarskiej, tj.: opieka standardowa - 1 pielęgniarka na 4 dzieci, przy wzmożonej opiece 1 pielęgniarka na 2 dzieci, w intensywnej terapii 1 pielęgniarka na 1 dziecko.

Dodatkowo należy pamiętać, iż w każdym oddziale musi być zatrudniona pielęgniarska kadra kierownicza - pielęgniarka oddziałowa i z-ca pielęgniarki oddziałowej.

Przyjęcie stanowiska Towarzystwa w przedmiotowej sprawie skutkuje zwiększeniem oszczędności w ochronie zdrowia wynikających ze zmniejszenia wydatków na leczenie zdarzeń niepożądanych wynikających z nieodpowiedniej obsady pielęgniarskiej w zakładach opieki zdrowotnej wskazanych w literaturze naukowej.

Jednocześnie zgadzamy się, że zaproponowana przez A. Ksykiewicz - Dorotę metoda planowania obsad pielęgniarskich bazująca na kategoryzacji pacjentów w 3 kategorie opieki, nie wymaga w praktyce żmudnych wyliczeń i może być istotną pomocą dla praktyków (A. Ksykiewicz-Dorota, 2001). Stąd zawarty w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej wzór planowania obsad pielęgniarskich był poprawny matematycznie i możliwy do zastosowania w praktyce, przy poprawnym postępowaniu metodologicznym.

Tło

Badania naukowe dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy obsadą pielęgniarek a:

1. Bezpieczeństwem pacjenta. Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych (Canadian Federation of Nurses Union, 2005). Nieodpowiednia obsada pielęgniarska - to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych (Hampton, 2004). Każdy dodatkowy pacjent, powyżej 4, na jedną pielęgniarkę w oddziałach chirurgicznych powoduje 7% wzrost prawdopodobieństwa zgonu w ciągu 30 dni od przyjęcia oraz 7% wzrost prawdopodobieństwa niepowodzeń w działaniach ratujących życie (Aiken, Ciarke, Sloane i wsp., 2002).

Istnieje także związek między małą liczbą pielęgniarek na dyżurach nocnych i wzrostem ryzyka płucnych komplikacji pooperacyjnych (Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett, 2001).

Według Komisji Europejskiej w Polsce 91% badanych ocenia ten problem jako bardzo ważny, a aż 50% obawia się występowania zdarzeń niepożądanych, 51% czytała o nich często w doniesieniach prasowych, natomiast 28% respondentów doświadczyło powikłań związanych z kontaktem z ochroną zdrowia, które nie były związane bezpośrednio z chorobą, która ich dotyczyła („Medical Errors”, Eurobarometer, Jan.2006).

Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą wskazywaną przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbyt duże obciążenie pracą (83 proc.) (Lisowska, 2005).

2. Kosztami opieki zdrowotnej. Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia (Erwin, 1994; Seago, 1999; Dimick, Swoboda, Pronovost, & Lipsett, 2001; Gelinis & Bohlen, 2002). Z powodu nieodpowiedniej obsady (USA), aż 11% - 13% hospitalizowanych pacjentów cierpi z powodu odleżyn, których leczenie dodatkowo kosztuje od 5 do 75 tys. dolarów na każdego pacjenta (Manley, 1978; Robinson Coghlan, & Jackson, 1978; Reuler & Cooney, 1981; Cowart, 1987). Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).

3. Satysfakcją pacjentów. Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki (Canadian Federation of Nurses Union, 2005).

4. Satysfakcją zawodową pielęgniarek. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto, pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez

odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na wyższą absencję i pogorszenie stanu zdrowia. Ma to swoje konsekwencje w ponoszonej odpowiedzialności zawodowej (Sheward, Hunt, Hagen, i wsp., 2005).

Jako Towarzystwo uważamy także, że bardzo ważnym jest wprowadzenie do systemu obsad pielęgniarskich personelu pomocniczego, który wykonywałby proste czynności opiekuńcze pod nadzorem pielęgniarki, która planowałaby opiekę i ustalała jej cele.

Warszawa, 22 czerwca 2010 r.

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
District Chamber of Nurses and Midwives in
Częstochowa, POLAND
OKRĘGOWA RADA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W CZĘSTOCHOWIE**

Częstochowa, dn. 07.07.2010r.

**STANOWISKO
PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W CZĘSTOCHOWIE**

Działając w imieniu i na rzecz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wyrażamy swoje ogromne zaniepokojenie lekceważącym traktowaniem Samorządu Zawodowego przez Panią Minister Zdrowia.

Podpisanie porozumienia Przez Panią Minister z Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego w dniu 30.06.2010r. jest tego wyrazem.

Zapisy porozumienia wskazują, iż Pani Minister nie liczy się z negatywną opinią Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych dotyczącą projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.06.2010r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Projekt jest nie do przyjęcia, ponieważ skandalicznie obniża bezpieczeństwo pacjentów i personelu.

Dość szukania oszczędności kosztem pielęgniarek i położnych!

Stanowczo mówimy NIE takiemu traktowaniu pielęgniarek, położnych i pacjentów.

Uważamy, iż liczba pacjentów na jedną pielęgniarkę prowadząca proces pielęgnowania na jednej zmianie powinna wynosić maksymalnie 10 osób.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie popiera Stanowisko NR 48 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16.06.2010r oraz Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z dnia 22.06.2010r. ■

W imieniu Prezydium ORPiP
w Częstochowie
(-) Halina Synakiewicz



- 09.06.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie z zakresu komunikacji interpersonalnej, mobbingu i dyskryminacji oraz radzenia sobie ze stresem. W szkoleniu uczestniczyły 22 osoby.
- 17.06.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPIP w Jachrance.
- 18-20.06.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jachrance.
- 17.06.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo - oddechowa” (Nr 02/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 22.06.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 24.06.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek” (Nr 08/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 25.06.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 28.06.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.

- 28.06.2010r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Położniczo- Ginekologicznego z Pododdziałem Patologii Ciąży oraz pielęgniarki oddziałowej Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie.
- 30.06.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 07.07.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” (Nr 02/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 08.07.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektro-kardiograficznego” (Nr 03/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 19.07.2010r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego 07 z Pododdziałem Internistyczno – Detoksykacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Neuro-psychiatrycznego im. Dr E. Cyrana w Lublińcu.
- 28.07.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.
- 29.07.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Rejestr



SKŁADKA NA RZECZ SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK - NASZ OBOWIĄZEK, NASZE KORZYŚCI

Szanowne koleżanki i koledzy!!!

Obowiązek płacenia składek na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych wynika z Ustawy z dnia 19.04 1991 r. (Dz.U.Nr 41 poz.178 z późn.zmianami).

Art.9 tej ustawy mówi: „Członkowie samorządu obowiązani są:

1. postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
2. sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe,
3. przestrzegać uchwał organów izb,
4. regularnie opłacać składkę członkowską.

Obowiązek opłacania składek w określonej wysokości mają wszystkie pielęgniarki i położne, które posiadają prawo

wykonywania zawodu i są wpisane na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Wysokość składki członkowskiej jest zgodna z uchwałą 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r – podjętej na podstawie art.31pkt.11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. „O Samorządzie Pielęgniarek i Położnych” (Dz.U.Nr.41 poz. 178 z późn. zm.).

1. Dla osób zatrudnionych na umowę o pracę składka członkowska wynosi **1% wynagrodzenia zasadniczego**.
2. Dla osób prowadzących indywidualną lub grupową praktykę składka członkowska wynosi **0,5% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw**, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.
3. Dla osób przebywających na emeryturach lub świadczeniach przedemerytalnych składka wynosi **0,5% emerytury, renty lub zasiłku przedemerytalnego**.



4. Pielęgniarki i położne, które nie pracują lub pracują w innym zawodzie, **a posiadają prawo wykonywania zawodu, a więc są zarejestrowane w OIPIP mają obowiązek opłacania składek w wysokości 0,5% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.**

Wysokość składki:

w roku 2007 - **14,11 zł**, w roku 2008- **15,52 zł**,

w roku 2009 - **16,60 zł**, w roku 2010- **17,30 zł**.

Z opłacania składek członkowskich **zwolnione są:**

- osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędach pracy,
- osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- osoby, które zaprzestały wykonywania zawodu i **wyregisterowały się z rejestru OIPIP.**

Składka członkowska winna być naliczana z jednego, głównego źródła przychodów.

Składki członkowskie przekazuje się na konto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych **do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.**

Z płacenia składki nie zwalnia nas brak pośrednictwa zakładu pracy, wtedy zobowiązani jesteśmy uiszczać ją indywidualnie.

Składkę można opłacić:

- w kasie izby,
- przelewem bankowym lub pocztowym na konto izby.

Wpłaty i przelewy składek członkowskich powinny zawierać:

nazwę i adres pracodawcy, zakładu imienia i nazwiska pielęgniarek i położnych, za które płacona jest składka, miesiąc, za który opłacana jest składka

Nieopłacone składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji na podstawie art. 59 Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych za okres 3 lat wstecz. (art.118 Kodeksu Cywilnego)

Szanowne Koleżanki i Koledzy!!!

Podsumowując, opłacanie składek, czy to za pośrednictwem zakładu pracy czy indywidualnie, jest z racji przynależności do Samorządu Pielęgniarek i Położnych naszym obowiązkiem !!!.

Pobieranie emerytury i renty nie zwalnia z obowiązku opłacania składek członkowskich !!!

Systematycznie i terminowo opłacana składka daje nam możliwość korzystania z pomocy izb w zakresie rozwijania kwalifikacji zawodowych oraz w zakresie zapewnienia właściwych warunków wykonywania zawodu, korzystania z ochrony i pomocy prawnej organów izb, korzystania z innych świadczeń izb i działalności samopomocowej. Ponad to daje nam prawo wybierać i być wybieranym do organów izb. ■

Z poważaniem:

Skarbnik OIPIP w Częstochowie Anna Łukasik

KONTO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE.

**Bank Milenium S.A Częstochowa Al. N.M.P. 37
Nr konta 82 1160 2202 0000 00012869 0101**

UWAGA!

PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy wszystkim Członkom Samorządu o obowiązku aktualizacji w rejestrze swoich danych osobowych, tj. :

- zmiany nazwiska
- zmiany adresu zamieszkania,
- zmiany miejsca pracy,
- ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia, itp.)
- informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- informacje o zniszczeniu lub zagubieniu prawa wykonywania zawodu.

Zmiany stanu faktycznego powinny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Częstochowie.

Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Częstochowie pokój 302 lub pisemnie pod adresem :

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W CZĘSTOCHOWIE, UL. MIKOŁAJA KOPERNIKA 38,
42-200 CZĘSTOCHOWA



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

w Częstochowie w dniu 22 czerwca 2010 roku

Podjęto uchwały w sprawie:

- > przyjęcia programu przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej
- > udzielenia upoważnień Przewodniczącej ORPiP w Częstochowie
- > odwołania od decyzji Komisji ds. Kształcenia przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- > powołania Komitetu Organizacyjnego obchodów XX-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
- > wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego
- > wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji opiniującej kandydatury do Nagrody Prezydenta Miasta im. Doktora Władysława Biegańskiego w dziedzinie ochrony zdrowia. ■

Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

w dniu 30 czerwca 2010 roku

- > Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

- dwie położne na konferencję naukową „Ginekologia nowe trendy”
- jedną pielęgniarkę na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne”

- > Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:

- 7.980 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla osiemnastu pielęgniarek z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”,
- 960 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla dwóch pielęgniarek z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Anestezjologii i intensywnej opieki”,
- 375 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania”.

- > Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na kwotę 3.500 zł
- > Wydano jedną decyzję odmowy pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych
- > Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki
- > Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- > W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla czterech pielęgniarek i jednej położnej.
- > Wydano jedno zaświadczenie stwierdzające, że pielęgniarka posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa UE. ■

Stanowiska NRPiP



Stanowisko nr 43 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 czerwca 2010 roku w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej i pisemnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż istnieje bezwzględna konieczność przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej.

Przekazywanie raportów tylko w formie ustnej ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz dbania o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przekazywanie raportów w formie pisemnej jest niewystarczające. Opis zdarzeń i podjętych działań zawartych w raporcie pisemnym wymaga uzupełnienia o dodatkowe, bardzo ważne uwagi i spostrzeżenia pielęgniarki, położnej przekazującej dyżur. Potwierdza to stosowana przez pielęgniarki, położne nieformalna

praktyka w zakładach opieki zdrowotnej, w których wprowadzony został zakaz przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa, iż niedopuszczalne jest stosowanie w niektórych zakładach opieki zdrowotnej zakazu przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej. Wprowadzenie powyższego zakazu jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie zasad wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej, a także z regulacjami dotyczącymi prowadzonej działalności przez zakłady opieki zdrowotnej. Misją zawodów pielęgniarki i położnej oraz zakładów opieki zdrowotnej jest zapewnienie należytej opieki pacjentom oraz bezpieczne wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Zakład opieki zdrowotnej, jako pracodawca jest zobowiązany zgodnie z Kodeksem pracy do stworzenia bezpiecznych warunków pracy pracownikom, a jako świadczeniodawca do bezwzględnej wywiązywania się z podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców. ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 45
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 czerwca 2010 roku

w sprawie zwiększenia limitów przyjęć na studia
wyższe na kierunku pielęgniarstwo w roku
akademickim 2010/2011

Po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne w roku akademickim 2010/2011, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza konieczność zwiększenia limitów przyjęć na kierunku pielęgniarstwo do poziomu limitów ustalonych na poziomie roku akademickiego 2009/2010.

Propozycja Ministra Zdrowia zawarta w przedmiotowym projekcie zakłada znaczne zmniejszenie liczby miejsc na studia wyższe na kierunku pielęgniarstwo oraz na tzw. studiach pomostowych, o których mowa w art. 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r., Nr 176, poz. 1237). ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 46
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 czerwca 2010 r.

w sprawie pozbawienia od 1 lipca 2010 roku
dostępności świadczeniobiorców do świadczeń
pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki
długoterminowej, realizowanych przez pielęgniarki
opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest wobec działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który poprzez wydanie Zarządzenia Nr 25/2010/DSOZ z dnia 9 czerwca 2010 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, pozbawił osoby przewlekle chore, niepełnosprawne, niezdolne do samoopieki, wymagające wzmożonej opieki pielęgnacyjnej, dostępności do ww. świadczeń, realizowanych przez pielęgniarki opieki długoterminowej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zarządzenie, które wejdzie w życie z mocą obowiązującą od 1 lipca 2010 r. będzie stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, pozbawiając ich profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej w ramach realizacji świadczeń w tym rodzaju, szczególnie w sytuacji, gdy z załącznika Nr 1 do Zarządzenia, wykreślone zostały czynności pielęgnacyjne, stanowiące podstawę do objęcia pacjenta pielęgnacyjną opieką długoterminową.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że warunki i realizacja umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, proponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, są nie do przyjęcia w świetle art. 68 Konstytucji, art. 6 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 ze zm.) oraz § 1 pkt 11)

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postuluje o podjęcie natychmiastowych działań zmierzających do:

- 1) utrzymania dotychczasowego katalogu czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, stanowiącego Załącznik Nr 5 do Zarządzenia 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r.
- 2) zmniejszenia liczby świadczeniobiorców pod jednym adresem zamieszkania z 12 do 10 (do roku 2012),
- 3) podwyższenia wskaźnika za osobodzień z 0,4 do 0,5,
- 4) wyodrębnienia świadczenia - pobierania materiałów do badań: krwi, moczu, kału, wymazów, jako produktu, który powinien być oddzielnie finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 5) opracowania we współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia i Ministrem Pracy i Polityki Społecznej docelowego modelu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w ramach pielęgnacyjnej opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej,
- 6) prawidłowego procesu konsultacji projektów, w tym również publikowanie na stronie NFZ terminu opiniowania dokumentów, opracowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych żąda uwzględnienia uwag samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej. ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 47
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 czerwca 2010 r.

w sprawie problemu nieprzestrzegania przepisów
prawa dotyczących przeprowadzania konkursów na
stanowiska kierownicze w publicznych zakładach
opieki zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec działań kierowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które polegają na nieprzestrzeganiu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) w zakresie obowiązku przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. NRPiP wskazuje, iż. powyższe działania kierowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej powinny być zakwestionowane przez organy założycielskie zakładu opieki zdrowotnej. Podmioty tworzące zakłady zobowiązane są w ramach sprawowanego nadzoru do dokonywania kontroli i oceny pracy kierownika zakładu, a w razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu opieki zdrowotnej jest sprzeczna z prawem, wstrzymują jej wykonanie oraz zobowiązują kierownika do jej zmiany lub cofnięcia.



Uzasadnienie

Procedura wylaniania kandydatów na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej została jednoznacznie określona w art. 44a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749 ze zm.). Wskazany wyżej przepis ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest przepisem bezwzględnie obowiązującym, który nie może być stosowany fakultatywnie. Powyższe oznacza, że w celu obsadzenia wskazanych w tym przepisie stanowisk, nałożony został ustawowy obowiązek przeprowadzenia postępowania konkursowego.

Należy podkreślić, iż wynikająca z art. 44 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej kompetencja kierownika zakładu do określenia struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, w tym określenia właściwych stanowisk pracy dla danego zakładu nie może prowadzić do obejścia przepisów ustawowych, które wskazują na obowiązek przeprowadzenia konkursu na określone stanowiska. Działania polegające na zastępowaniu stanowisk pracy wskazanych w powyższej ustawie na inne nieprzewidziane w obowiązujących przepisach, lub tworzenie innych stanowisk tożsamyh z wymienionymi w art. 44a ust. 1 ustawy w zakresie obowiązków i uprawnień stanowią obejście przepisów przedmio-

towej ustawy. Orzecznictwo sądów administracyjnych w przedmiotowej kwestii np. w odniesieniu do stanowiska naczelnego pielęgniarki jest jednoznaczne.

Przykładowo przywołać należy wyrok z dnia 27 sierpnia 2008 r. Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie [I OSK 666/08 (NZS 2009/1/12)], w którym NSA stwierdził, iż „skoro art. 44a ust. 1 ustawy wymaga, by stanowisko naczelnego pielęgniarki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (poza wyjątkiem wskazanym w tym przepisie) obsadzane było w wyniku konkursu, a osoba ta winna legitymować się określonym w Taryfikatorze kwalifikacyjnym wykształceniem i stażem pracy, to wykreślenie ze statutu tego stanowiska i zastąpienie go innym, nieprzewidzianym w przepisach, któremu przypisane miałyby być te same obowiązki i uprawnienia, jakie miała osoba zatrudniona na stanowisku naczelnego pielęgniarki w oczywisty sposób narusza obowiązujące przepisy i wykracza poza zakres spraw, które mogą być uregulowane w statucie.”

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, dostrzegając rażące i nagminne naruszanie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie obsadzania kierowniczych stanowisk pielęgniarskich, przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej oraz podmioty tworzące te zakłady, wyraża stanowczy sprzeciw wobec powyższych, wysoce szkodliwych praktyk. ■

Sekretarz NRPIP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPIP
Hlbieta Buczkowska

Pielęgniarka oddziałowa nie do zastąpienia

Można tworzyć nowe stanowiska w zakładach opieki zdrowotnej, ale nie zamiast stanowisk wymienionych w ustawie

Takie **orzeczenie Naczelnego Administracyjnego (sygn. OSK 119/10)** w sprawie ze skargi Beskidzkiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej wyznacza prawne ramy przekształceń organizacyjnych w służbie zdrowia. Zmiany w Zespole ZOZ w Żywcu miały polegać na zastąpieniu dotychczasowego, tzw. ordynatorskiego modelu funkcjonowania oddziałów szpitalnych systemem nieordynatorskim". W 9 ust. 4 statutu Zespołu, zatwierdzonego uchwałą Rady Powiatu w Żywcu, pominięto stanowisko przełożonej pielęgniarek. Przewidziano natomiast, że oddziałami szpitala kierują kierownicy - koordynatorzy oddziału, a pracą pielęgniarek pielęgniarki koordynujące, tożsame z pielęgniarkami oddziałowymi. Miały one być powoływane w drodze swobodnego wyboru przez dyrektora Zakładu, po przeprowadzeniu wewnętrznego postępowania rekrutacyjnego przez komisję powołaną przez dyrektora. Tymczasem zgodnie z art. 44a ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej stanowiska naczelnego pielęgniarki, przełożonej pielęgniarki zakładu i pielęgniarki oddziałowej w samodzielnych publicznych ZOZ wymagają obsadzenia **w drodze konkursów, w których uczestniczą przedstawiciele samorządu zawodowego**. Beskidzka ORPIP zaskarżyła więc dwa paragrafy statutu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Za-

rzuciła rażące naruszenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz dwóch rozporządzeń ministra zdrowia i opieki społecznej: w sprawie zasad konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników ZOZ.

Zdaniem ORPIP miało to pozwolić na pominięcie procedury konkursowej, umożliwić dowolne obsadzanie stanowisk bez względu na posiadane kwalifikacje oraz wykluczyć z tego samorząd zawodowy. Przepis przewidujący, że „oddziałami kierują kierownicy-koordynatorzy oddziału, a pracą pielęgniarek kierują pielęgniarki koordynujące”, nie określał bowiem trybu ich wyboru.

Rada Powiatu w Żywcu stwierdziła natomiast, że brak przepisów regulujących określone stanowiska nie może prowadzić do wniosku, że zakazane jest tworzenie takich stanowisk.

WSA w Gliwicach odrzucił skargę. Uznał, że Beskidzka ORPIP nie ma interesu prawnego wymaganego do zaskarżenia uchwały. Statut ZOZ, którego przedmiotem jest regulacja organizacyjna, nie narusza uprawnień samorządów zawodowych. Samorząd zawodowy nie może domagać się od podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny ZOZ, wprowadzenia do jego struktury określonych stanowisk, nawet jeżeli jego zdaniem są konieczne do właściwego wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych stwierdził sąd.

NSA uwzględnił skargę kasacyjną Beskidzkiej ORPIP. Uchylił wyrok WSA w Gliwicach i przekazał sprawę temu sądowi do ponownego rozpoznania. Organ samorządu zawodowego, który ma uprawnienia do uczestniczenia w konkursach na stanowiska, zarówno wymienione jak i niewymienione w ustawie o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, ma

Prawo



też interes prawny w zaskarżeniu statutu, który rezygnuje z takich stanowisk, zastępując je innymi. Można tworzyć nowe stanowiska w ZOZ, ale nie można nimi zastępować stanowisk wymienionych w przepisach ustawowych podkreślił NSA. ■

Rzeczpospolita 18.06.2010r
Danuta Frey

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 55 - 12.07.2010r

Dodatek pielęgnacyjny

Dodatek pielęgnacyjny, który od 1 marca br. wynosi 181,10 zł, przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia. Stanowi o tym art. 75 ustawy emerytalnej.

W tym pierwszym przypadku należy wystąpić ze stosownym wnioskiem, a podstawę do przyznania dodatku pielęgnacyjnego stanowi orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej, uznające emeryta lub rencistę za niezdolnego do samodzielnej egzystencji. Natomiast po ukończeniu przez świadczeniobiorcę 75 lat dodatek ten przyznawany jest z urzędu. ■

W dniu 8 lipca 2010 roku, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych skierowała pismo do Pana Tadeusza Zajaca - Głównego Inspektora Pracy, w sprawie zobowiązania podległych jednostek inspekcji pracy do przeprowadzenia kontroli obejmującej przestrzeganie przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej przepisów prawa w zakresie:

- 1) prawidłowości prowadzenia ewidencji pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, zgodnie z art. 41 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 19 grudnia 2008r. o emeryturach pomostowych - Dz. U. z 2008r, Nr 237, poz. 1656 i uwzględnienie w ww ewidencji pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii
- 2) uznania pracy pielęgniarek w oddziałach intensywnej terapii za pracę o szczególnym charakterze - zgodnie z załącznikiem nr 2, I. p. 24 do ww. ustawy,
- 3) prowadzenia wykazu stanowisk pracy, na których wykonywane są prace o szczególnym charakterze, o których mowa w art. 41 ust. 4 pkt 1 ww. ustawy. Powyższe działanie NRPiP zostało podjęte w związku z licznymi pismami sygnalizującymi nieprzestrzeganie ww. przepisów prawa pracy jak również podjętym przez Warszawski Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych stanowiskiem w przedmiotowym zakresie. ■

Prezes (-) Elżbieta Buczkowska

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 55 - 12.07.2010r

Kiedy ZUS uwzględni pracę w szczególnych warunkach?

Praca w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze w dalszym ciągu daje uprawnienia do wcześniejszego przejścia na emeryturę, choć już w znacznie ograniczonym zakresie. Samo wykonywanie takiej pracy jednak nie wystarczy. Fakt ten należy odpowiednio udokumentować. Tylko wówczas bowiem organ rentowy weźmie go pod uwagę przy ustalaniu prawa do emerytury w obniżonym wieku.

Świadectwa z zakładu pracy

Okresy wykonywania pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze powinien potwierdzić zakład pracy - na podstawie posiadanej dokumentacji - w świadectwie wykonywania pracy w szczególnych warunkach lub w świadectwie pracy. Stanowi o tym § 2 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze.

W wymienionych dokumentach pracodawca powinien podać okres wykonywania pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, jej rodzaj i nazwę stanowiska pracy - ze wskazaniem odpowiedniego wykazu, pozycji rozporządzenia, jak również zarządzenia resortowego. Nazwa stanowiska pracy w szczególnych warunkach, na jakim był zatrudniony pracownik, wykazana w świadectwie musi odpowiadać nazwie wymienionej w wykazie aktu resortowego. Nie może być zatem niepełna ani podobna.

UWAGA!

Okresami pracy uzasadniającymi prawo do świadczeń emerytalnych w obniżonym wieku są okresy, w których praca w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze była wykonywana stale i w pełnym wymiarze czasu pracy, obowiązującym na danym stanowisku pracy.

Dokumenty z archiwów

Zdarza się, iż zainteresowani wcześniejszymi uprawnieniami emerytalnymi nie zadbali w odpowiednim czasie o potwierdzenie wykonywania pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, a w międzyczasie ich firma uległa likwidacji. W takim przypadku pomocy w uzyskaniu odpowiednich dokumentów można szukać w archiwach. Jeśli są one w posiadaniu dokumentacji osobowej danego ubezpieczonego, sporządzą kserokopie dokumentów potwierdzających okresy pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, które również będą dopuszczalne jako środki dowodowe. Należy, jednak pamiętać, iż ocena merytoryczna przedłożonej dokumentacji należy do organu rentowego.

Jeżeli sporządzone przez archiwum kserokopie dokumentów budzą wątpliwości organu rentowego, archiwum ma obowiązek udostępniania, do kontroli prowadzonej przez ZUS, dokumentów, których kserokopie wydało osobie zainteresowanej. Natomiast w przypadku gdy z przedłożonej dokumentacji nie można ustalić:

- charakteru bądź stanowiska pracy,
- przynależności resortowej zakładu pracy, albo

- czy praca w szczególnych warunkach, wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy,

organ rentowy powinien odmówić uwzględnienia wskazanego przez zainteresowanego okresu pracy jako okresu wykonywania pracy w szczególnych warunkach, wydając stosowną decyzję. Zainteresowany może wówczas dochodzić swoich uprawnień na drodze sądowej.

Bez zeznań świadków

W przypadku braku możliwości udowodnienia okresu zatrudnienia pisemnymi dowodami, w niektórych przypadkach dopuszcza się przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków. Osoba ubiegająca się o emeryturę lub rentę powinna złożyć oświadczenie o braku odpowiednich dokumentów, w którym informuje o przyczynach uniemożliwiających ich uzyskanie, a następnie wskazać zeznania dwóch świadków, najlepiej byłych współpracowników. Jednakże, jak wyjaśnia ZUS na swojej stronie internetowej (www.zus.pl), w postępowaniu przed organem rentowym zeznaniami świadków nie można potwierdzić okresów wykonywania pracy w szczególnych warunkach.

Ewidencja w zakładzie pracy i ZUS

Osoby obecnie (tj. począwszy od 2009 r.) wykonujące prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze nie powinny mieć problemu z potwierdzeniem tego faktu. ZUS, w oparciu o art. 41 ustawy o emeryturach pomostowych, prowadzi bowiem centralny rejestr pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych.

Aby taki rejestr mógł powstać, nałożono pewne obowiązki na pracodawców. Są oni zobowiązani prowadzić:

- wykaz stanowisk pracy, na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze,
- ewidencję pracowników wykonujących takie prace, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na FEP.

Ponadto płatnik składek obowiązany jest powiadomić pracowników o uwzględnieniu ich w takiej ewidencji. Daje to możliwość podjęcia stosownych działań przez samych zainteresowanych. Jeżeli bowiem ubezpieczony nie został umieszczony w ewidencji pracowników, wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na FEP, przysługuje mu skarga do Państwowej Inspekcji Pracy.

Do czasu przekazania do ZUS wspomnianego zgłoszenia, pracodawca ma obowiązek wystawiać zaświadczenia o wykonywaniu pracy w warunkach szczególnych lub o szczególnym charakterze (art. 51 ustawy pomostowej). Musi jednocześnie pamiętać, iż nie należy brać pod uwagę okresów niewykonywania pracy, za które pracownik otrzymał wynagrodzenie lub świadczenie z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. ■

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. nr 237, poz. 1656),
- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7.02.1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. nr 8, poz. 43 ze zm.).

Bożena Dziuba

Nowelizacja kodeksu pracy – kwalifikacje pracowników

2010-06-21

W dniu 8 czerwca br., pełniący obowiązki p.o. Prezydenta RP Bronisław Komorowski podpisał nowelizację Kodeksu pracy oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Nowe przepisy regulują zasady podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników.

Celem zmiany przepisów było zniesienie obciążeń, które często przyczyniały się do zniechęcania pracodawców do kierowania pracownika na kursy i szkolenia. Jednocześnie nowe zapisy ustawy mają zachęcić pracowników, aby chętniej podejmowali decyzję o doksztalcaniu się i zdobywaniu nowych kwalifikacji.

Zmiany wprowadzone nowelizacją:

Prawo do zwolnień z pracy oraz urlopów szkoleniowych będą mieli tylko Ci pracownicy, którzy będą się szkolić z polecenia pracodawcy lub za jego zgodą

• Dopuszczalność zwolnienia pracownika z całości lub części dnia pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia bądź przyznania mu urlopu bezpłatnego na zasadach ustalonych przez strony

- Pozwala to na większą elastyczność w zakresie ustalania warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy z inicjatywą występuje pracownik.
- pracodawca nie musi zawierać umowy szkoleniowej z pracownikiem

Jeśli pracodawca nie przewiduje konieczności odpracowania przez pracownika zamierza zobowiązać pracownika do pozostawania w stosunku pracy po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji, nie ma obowiązku zawierania umowy szkoleniowej.

Zmiana wymiaru urlopu szkoleniowego. Długość urlopu zależy od rodzaju zdawanego egzaminu:

- 6 dni jednorazowo przypada na egzamin maturalny, eksternistyczny lub potwierdzający kwalifikacje zawodowe;
- 21 dni jednorazowo przypada na egzamin dyplomowy.

Wynikający z wcześniejszych przepisów wymiar urlopu szkoleniowego w zależności od formy wymiar kształcenia był dłuższy i bardziej zróżnicowany. W przypadku studiów dotyczył każdego roku. Ponadto przewidywał urlop na przygotowanie się do egzaminu dyplomowego lub przygotowanie pracy dyplomowej. Uchwalone przepisy przewidują 21 dni tylko dla ostatniego roku studiów.

Rozszerzony został zakres sytuacji, kiedy pracownik jest zobowiązany do zwrotu kosztów kształcenia

Pracownik podnoszący kwalifikacje zawodowe:

1. który bez uzasadnionych przyczyn nie podejmie podnoszenia kwalifikacji zawodowych albo przerwie podnoszenie tych kwalifikacji,
2. z którym pracodawca rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia z jego winy, w trakcie podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub po jego ukończeniu, w terminie określonym w umowie, nie dłuższym niż 3 lata
3. który w okresie nie dłuższym niż 3 lata rozwiąże stosunek pracy za wypowiedzeniem, z wyjątkiem wypowiedzenia umowy o pracę z przyczyn dotyczących mobbingu,
4. który w okresie nie dłuższym niż 3 lata rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia na skutek narażenia jego zdrowia lub życia lub z powodu mobbingu, mimo faktycznego braku przyczyn określonych w tych przepisach (chodzi więc

o pozorność działania po stronie pracownika) - jest obowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na ten cel z tytułu dodatkowych świadczeń, w wysokości proporcjonalnej do okresu zatrudnienia po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub okresu zatrudnienia w czasie ich podnoszenia.

Pracodawca jest zobowiązany do płatnego zwolnienia z pracy pracownika na czas zajęć podnoszących kwalifikacje zawodowe, które są określone wprost w przepisach prawa pracy (np. studia, szkoła średnia). Należy podkreślić, że chodzi o zwolnienie tylko na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania, co nie było doprecyzowane w dotychczasowych przepisach.

Przyznanie przez pracodawcę dodatkowych świadczeń pracownikowi

Pracodawca może dobrowolnie przyznać pracownikowi dodatkowe świadczenia związane ze szkoleniem, np. na pokrycie opłat za zakwaterowanie, przejazd i podręczniki.

• Zwolnienia podatkowe

Kwoty, które pracodawca przekazuje pracownikowi na naukę np. na dojazdy, zakup materiałów szkoleniowych, książek, mimo że stanowią dochód pracownika są wolne od podatku dochodowego. Podatek zostanie potrącony jedynie od wynagrodzenia pracownika za czas urlopu szkoleniowego lub za dni wolne od pracy udzielone na naukę.

Znowelizowane przepisy wejdą w życie 30 dni po opublikowaniu ich w Dzienniku Ustaw RP ■

Przedruk z Prawo - Rzeczpospolita wtorek - 22.06.2010r

Pielęgniarka rozpoczyna prywatną praktykę

INDYWIDUALNA PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ!

Nie wystarczy wpis do gminnej ewidencji by otworzyć własny gabinet. Jest to działalność regulowana i osoba decydująca się na jej prowadzenie musi mieć odpowiednie kwalifikacje i zgłosić się do rejestru

Pielęgniarki mogą wykonywać indywidualną praktykę indywidualną specjalistyczną praktykę albo praktykę grupową (osoby z kwalifikacjami mogą ją prowadzić w formie spółki cywilnej lub partnerskiej). W tekście zajmujemy się praktykami indywidualnymi.

Pielęgniarka lub położna może uzyskać wpis do rejestru indywidualnych praktyk, jeżeli ma prawo wykonywania zawodu i nie miała przerwy w jego wykonywaniu dłuższej niż pięć lat.

Do ewidencji...

Zanim rozpocznie pracę na swoim, musi się wpisać do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. Osoba wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarską może robić to na trzy sposoby:

- w gabinecie pielęgniarskim,
- wyłącznie w miejscu wezwania (czyli np. w domu chorego),
- na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z innym podmiotem niż zakład opieki zdrowotnej.

Nie ma natomiast możliwości, by działała w ramach takiej praktyki na rzecz zakładu opieki zdrowotnej, zarówno publicznego jak i prywatnego.

... i do izby

Każda pielęgniarka i położna, która zamierza zacząć własną działalność, ma obowiązek złożyć we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wniosek o wpis. Podaje w nim min: dane dotyczące wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, a także pomieszczenia; miejsce praktyki oraz przechowywania dokumentów i sprzętu medycznego (przy wykonywaniu praktyki wyłącznie u chorego numer w ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP, jeśli taki posiada).

Przedstawia ponadto:

- zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu,
- zaświadczenie o zatrudnieniu od obecnego pracodawcy lub świadectwo pracy z ostatniego zakładu pracy,
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- dowód uiszczenia opłaty za wydanie zezwolenia na wykonywanie praktyki (wynosi ona 50 zł),
- dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (przy praktyce specjalistycznej),
- dokument potwierdzający prawo pielęgniarki, położnej do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być wykonywana indywidualna praktyka lub indywidualna specjalistyczna praktyka (dotyczy pielęgniarek, położnych zamierzających wykonywać praktykę w gabinecie pielęgniarki lub położnej),
- opinię sanepidu o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych (zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych; Dz U z 2006r. nr 56, poz. 397) - dotyczy pielęgniarek i położnych zamierzających wykonywać praktykę w swoim gabinecie
- dokumenty potwierdzające prawo do korzystania ze środków łączności i pomieszczenia, w którym będą przyjmowane wezwania, będą przechowywane dokumentacja medyczna i sprzęt medyczny (dotyczy pielęgniarek i położnych zamierzających wykonywać praktykę w miejscu wezwania),
- umowę cywilnoprawną (dotyczy tych, które zawarły taką umowę z innym podmiotem niż zakład opieki zdrowotnej, np. z prywatnym przedszkolem).

Zgodnie z ustawą składa też oświadczenie, że spełnia warunki wykonywania działalności gospodarczej dla pielęgniarki i położnej. Jego treść jest zamieszczona w art 25 ust 6 ustawy.

Wpis do rejestru praktyk, a także jego zmiana i skreślenie następują w formie uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Można się od niej odwołać do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Natomiast na uchwałę Naczelnej Rady służy zainteresowanemu skarga do sądu administracyjnego.

15 metrów to minimum

Rozpoczynające pracę na swoim pielęgniarki powinny się dokładnie zapoznać z rozporządzeniem dotyczącym wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń oraz sprzętu. Dobrze przemyśleć trzeba przede wszystkim wybór pomieszczenia na gabinet.

Budynek lub lokal, w którym się on znajduje lub znajdzie, musi być wyposażony w instalację wodociagową, kanalizacyjną, grzewczą, wentylacyjną i elektryczną, spełniające warunki przewidziane przepisami. Nie może się też znajdować



poniżej parteru ani mieć mniej niż 15 mkw. Ponadto ma być dostępny dla osób niepełnosprawnych. Przy gabinecie wydziela się też poczekalnię dla pacjentów wraz z miejscem do przechowywania okryć wierzchnich. Są również przepisy dotyczące urządzenia i wyposażenia takiego miejsca - generalnie ma być tak urządzone, by łatwo było zachować czystość.

Stalą kontrola

Nadzór nad indywidualną praktyką, indywidualną specjalistyczną praktyką oraz nad grupową praktyką pielęgniarek i położnych sprawuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Jej przedstawiciele mogą m.in. wizytować pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia, obserwować czynności z tym związane, żądać informacji i udostępniania dokumentacji medycznej. Mają też prawo wydawania zaleceń pokontrolnych.

Kiedy nie uzyska się wpisu

Pielęgniarka lub położna wykonująca indywidualną praktykę

nie może być pozbawiona prawa do wykonywania zawodu, zawieszona w prawie jego wykonywania ani ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych. Natomiast jeżeli miała ponad pięcioletnią przerwę w wykonywaniu zawodu, to musi się przed uzyskaniem wpisu dodatkowo przeszkolić zgodnie z art. 15 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Program i sposób szkolenia ustala okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Samo bowiem prawo do wykonywania zawodu nie wygasa. Nie ma natomiast znaczenia, gdzie zawód był wykonywany. Jeśli ktoś pracował w innym kraju, to nie znaczy, że miał przerwę. Wystarczy, że taka osoba będzie w stanie przedstawić dokument potwierdzający fakt zatrudnienia w zawodzie. ■

ZOFIA JÓŹWIĄK

Konsultanci krajowi



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010 -07- I 2

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Uprzejmie informuję Panią Prezes, iż na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r., Nr 52, poz. 419 z późn. zm.), z dniem 1 lipca 2010 r., Minister Zdrowia powołał do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego:

- w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego - Panią Beatę Ostrzycką, w związku ze złożoną, przez Panią Ewę Obrzut, rezygnacją]
- w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - Panią dr Annę Hajduk;
- w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego - Pana Marka Maślanę. ■

z poważaniem

z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu Marek Haber

OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO LEOKADII JĘDRZEJEWSKIEJ W SPRAWIE:

Pielęgnacji kikutu pępowinowego u noworodków.

**Wytyczne Nadzoru Krajowego w dziedzinie
neonatalogii:**

- ☐ Po urodzeniu się dziecka i ustaniu tętnienia należy zacisnąć pępowinę jałowym zaciskiem i przeciąć ja jałowymi nożyczkami, tak aby długość kikutu wynosiła 2-3 cm.
- ☐ Nie zaleca się stosowania alkoholu etylowego do odkażania kikutu pępowiny zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w domu. Alkohol działa drażniąco na skórę noworodka i może wywierać działanie toksyczne, ponadto wydłuża czas odpadnięcia kikutu.
- ☐ Kikut pępowiny zabrudzony kałem lub moczem u zdrowych noworodków urodzonych o czasie należy przemyć czystą wodą z mydłem, a po umyciu dokładnie osuszyć, dotykając delikatnie ręcznikiem. Podczas kąpieli - do czasu zagojenia kikutu - należy nalewać nieco mniej wody do wanny, tak aby specjalnie nie moczyć kikutu (drobne zamoczenie nie stanowi problemu). Przed przystąpieniem do pielęgnacji pępowiny należy dokładnie umyć ręce wodą z mydłem. Nie należy niczym przykrywać kikutu pępowiny. Pieluska powinna być zawinięta poniżej kikutu pępowiny, aby zapewnić swobodny dostęp powietrza. Jest to tzw. sucha pielęgnacja pępowiny; jej stosowanie skraca czas odpadnięcia kikutu.
- ☐ Podczas pobytu noworodka w szpitalu, a także w przypadku złych warunków higienicznych w domu zaleca się stosowanie antyseptyku (aczkolwiek WHO w wytycznych dla krajów rozwiniętych nie zaleca odkażania na oddziałach rooming-in).
- ☐ Najbardziej wskazane do odkażania kikutu pępowiny są oktenidyna (preparat Octenisept na bazie roztworu wodnego) lub chlorheksydyna w zasypce. Preparat odkażający należy stosować raz na dobę, zwracając uwagę na dokładne jego naniesienie na całą powierzchnię kikutu, ze szczególnym uwzględnieniem nasady.
- ☐ Należy poinformować rodziców na czym polega sucha pielęgnacja kikutu pępowiny oraz jakie są objawy zapalenia pępka. W przypadku wystąpienia obrzęku, zaczerwienienia o średnicy przekraczającej 5 mm lub innych niepokojących objawów należy się niezwłocznie skontaktować z lekarzem (nieprzyjemny zapach kikutu oraz niewielka ilość śluzowatej wydzieliny u nasady kikutu, będąca następstwem lizy tkanek, jest zjawiskiem prawidłowym). ■

Źródło: Medycyna Praktyczna Pediatria 2010/02

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE od stycznia do lipca 2010r.

W pierwszym półroczu 2010r. OIPiP prowadziła kursy specjalistyczne, kursy doszkalające i szkolenia jednodniowe. Szkolenia specjalistyczne ukończyło 208 pielęgniarek, kursy doszkalające: 173 osoby (pielęgniarki i położne), natomiast w szkoleniach jednodniowych uczestniczyły łącznie 383 osoby

Kursy specjalistyczne:

Nazwa kursu	Czas trwania kursu od - do	Liczba uczestników		Liczba uczestników razem
		pielęgniarki	położne	
Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych	22.01 – 18.03.2010 12.03 – 13.05.2010 21.05 – 08.07.2010	29 29 25	–	83
Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych	08.01 – 25.02.2010 05.05 – 17.06.2010 19.05 – 07.07.2010	17 25 20	–	62
Podstawy dializoterapii Nr 08/07 – kurs dla pielęgniarek	26.02 – 29.04.2010 09.04 – 24.06.2010	19 17	–	36
Szczepienia ochronne Nr 03/08 – kurs dla pielęgniarek	09.03 – 14.05.2010	27	–	27

Kursy doszkalające:

Nazwa kursu	Czas trwania kursu od - do	Liczba uczestników		Liczba uczestników razem
		pielęgniarki	położne	
Cewnikowanie pęcherza moczowego – kurs dla pielęgniarek	27.03 – 28.03.2010 16.04 – 17.04.2010 11.06 – 12.06.2010 18.06 – 19.06.2010	22 19 37 38	– –	116
Zasady dezynfekcji i sterylizacji – kurs dla pielęgniarek i położnych	07.04 – 14.04.2010	13	5	18
Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego – kurs dla pielęgniarek i położnych	21.06 – 23.06.2010	39	-	39

Szkolenia jednodniowe:

L.p	Nazwa szkolenia	Data szkolenia	Liczba uczestników	
1.	Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej	21.01.2010	20	57
		04.03.2010	37	
2.	W zdrowej skórze zdrowy duch	12.03.2010	43	43
3.	Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia	06.04.2010	21	48
		25.05.2010	27	
4.	Komunikacja interpersonalna, mobbing i dyskryminacja oraz radzenie sobie ze stresem	14.04.2010	22	85
		12.05.2010	35	
		09.06.2010	28	
5.	Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarki	15.04.2010	26	53
		22.04.2010	27	
6.	Prawo Pracy	21.04.2010	27	27
7.	Nie dźwigaj – kręgosłup masz tylko jeden	05.05.2010	30	30
8.	Jak przetrwać problemy wynikające z karmienia piersią, pielęgnacja suchej skóry niemowląt i dzieci	14.05.2010	40	40

TOŻSAMOŚĆ ZAWODOWA PIELĘGNIAREK

Tożsamość zawodowa łączy tożsamość osobistą, czyli wizję własnej osoby z tożsamością społeczną określającą w czym jesteśmy tacy jak inni członkowie danej społeczności. Wyraża się zatem przynależnością do określonej grupy społecznej, jaką stanowią osoby wykonujące dany zawód. To podobieństwo między członkami danej grupy i jednocześnie różnice między nimi.

Określenie tożsamości zawodowej pielęgniarek zmierza do poszukiwania cech różniących pielęgniarstwo od innych zawodów, w tym również zawodów medycznych oraz wyróżnienia tych, które są charakterystyczne tylko dla tego zawodu.

Ważne miejsce zajmują symbole towarzyszące zawodowi od początku jego istnienia:

1. Czepek pielęgniarski symbolizujący pokorę i chęć służenia innym. Nie noszony decyzją II Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, ale obecny w formie przywieszek czy wizerunku na identyfikatorze.
2. Strój pielęgniarski obecnie zdecydowanie różniący się od pierwotnego wzorca.
3. Lampka Nightingale znana każdej pielęgniarence, symbolizująca opiekę pielęgniarską jako źródło niezawodności, życzliwości i ciepła wewnętrznego.
4. Hymn pielęgniarski ukazujący humanitarne idee zawodu.

Być może obecnie powyższa symbolika nie jest wyraźnie akceptowana, ale jej elementy zawsze wzbogacają uroczystości zawodowe, umieszczane są na publikacjach naukowych pielęgniarek, cechują czasopisma o tematyce zawodowej. Są swoistym znakiem rozpoznawczym zawodu, nad którego należyty wykonywaniem czuwa Samorząd Zawodowy. Działający na mocy Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku (Dz.U. Nr 41, poz.178) reprezentuje zawodowe, społeczne i gospodarcze interesy zawodu, stoi na straży przestrzegania etyki zawodowej, szanowania godności swoich członków, tworzenia standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, opiniuje programy kształcenia współuczestnicząc w ustalaniu kierunków rozwoju zawodowego (...). Swoje decyzje i stanowiska konsultując z pielęgniarkami i położnymi staje się swoistym głosem środowiska zawodowego. Przykładem powyższych konsultacji może być dostępna na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych sonda, w której postawiono pytanie: „Czy uważasz, że czepek pielęgniarski powinien być obowiązkowym elementem służbowego stroju pielęgniarek i położnych?” W odpowiedziach czytamy: TAK – 29,5% odpowiedzi; NIE – 69,2% odpowiedzi; NIE MAM ZDANIA – 1,3% odpowiedzi. Wniosek jest jednoznaczny: Pielęgniarki i położne przychylają się do decyzji II Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych (www.izbapiel.org.pl 15.06.2010).

Tożsamość to nie tylko ustawodawstwo czy symbolika, to również znajomość prawa, samodzielność w wykonywaniu procedur medycznych i uniezależnienie się od decyzji innych



członków zespołu terapeutycznego. Badania pokazują, że zdecydowanie częściej pielęgniarki wykonują zlecenia lekarskie niż podejmują własne działania wynikające z diagnozy pielęgniarskiej. W sytuacji braków kadrowych takie rozłożenie czynności podyktowane jest z reguły potrzebą, a nie dobrowolnym wyborem. Brakuje czasu na realizację procesu pielęgnowania, na zaspokajanie potrzeb psychospołecznych pacjenta i jego rodziny. Pielęgniarki są przeciążone pracą administracyjną. Czas, który powinien być przeznaczony na czynności bezpośrednie przy pacjencie jest wykorzystywany m.in. na kilkakrotne w ciągu dyżuru pokonywanie drogi między oddziałem a laboratorium i pracowniami diagnostycznymi czy wykonywanie czynności pomocniczych.

Mimo istniejących utrudnień w pracy polskie pielęgniarki utożsamiają się z wykonywanym zawodem. Wyniki badań nad przedwczesnym odchodzeniem z pracy w zawodzie pielęgniarki, prowadzonych w ramach projektu NEXT (Nurses' Early Exit Study) realizowanego w 10 krajach Europy (Belgii, Finlandii, Francji, Holandii, Niemczech, Polsce, Słowacji, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoszech) wykazały, że największą lojalnością i przywiązaniem do zawodu charakteryzują się polskie, słowackie oraz belgijskie pielęgniarki. Odchodzeniem pielęgniarek od zawodu najbardziej zagrożone są Włochy i Wielka Brytania.

Mimo, iż po 2004 roku nasiliło się zjawisko migracji wśród pracowników ochrony zdrowia, w tym również pielęgniarek, na uwagę zasługuje fakt, iż pielęgniarki wyjeżdżające do pracy za granicę nie chcą rezygnować z zawodu, planują powrót do kraju i dalsze wykonywanie swojego zawodu. Migrację traktują w większości jako szansę na poprawę własnej sytuacji materialnej, a nie jako ucieczkę. Niepokoi jednak fakt, iż wśród osób deklarujących wyjazd na stałe jest więcej młodych osób

(badania własne), tym bardziej, że w starzejącym się społeczeństwie zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską wzrasta, a statystyki podają, iż obecnie średni wiek pielęgniarek i położnych wynosi ponad 42 lata (Raport NIPiP). Sytuacja już jest niepokojąca, a prognozy na lata następne również nie są optymistyczne.

Polskie pielęgniarki poproszone o pozytywne aspekty pracy wymieniają wsparcie kolegów, co przemawia za istnieniem dużej więzi zawodowej (Projekt NEXT). Łączy nas tak wiele, już sam motyw wyboru zawodu jest bardzo podobny. We wszystkich badaniach, w których zapytano pielęgniarki o motyw wyboru zawodu, najczęściej uzyskiwano odpowiedź: Zostałam/łem pielęgniarką/rzem, aby pomagać, opiekować się innym człowiekiem. Kolejne miejsca zajmują odpowiedzi: marzenie z dzieciństwa czy tradycja rodzinna.

Pielęgniarki posiadają określone cechy charakteru: sumienność, obowiązkowość, życzliwość, czego wyrazem jest opinia byłych i potencjalnych pacjentów zebrana przez CBOS, który podaje, że w ocenie reprezentacyjnej grupy Polaków zawód pielęgniarki uklasował się na czwartym miejscu wśród zawodów obdarzonych największym szacunkiem z 77% wynikiem, tuż za profesorem uniwersytetu, strażakiem i górnikiem, a przed lekarzem.

Metodą na podwyższenie własnej wartości, poszerzenie horyzontów oraz poprawę własnej sytuacji na rynku pracy może być kształcenie ustawiczne. Tożsamości bowiem nie tworzą niezależne elementy, tworzą ją ludzie – profesjonaliści.

Elżbieta Krupińska



Prace autorskie

Kiedy łacina brzmi jak wyrok. Inoperabilis – dylematy opieki pielęgniarskiej nad pacjentem nieoperacyjnym.

wpatrujesz się w obce twarze
szepczą do siebie tajemniczo:
ascites, ascites
ad domam...

„Laparotomia” T. Turski

Choroba jest nocną półkulą życia,
naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem.
Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem dwa paszporty
– przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych.
I choć wszyscy wolimy przyznawać się tylko do lepszego z tych światów,
prędzej czy później, chociażby na krótko,
musimy uznać również związek i z tym drugim.

Susan Sontag

Nowotwory złośliwe w Polsce są wciąż zbyt późno rozpoznawane. Wielu chorych staje się naszymi pacjentami, dopiero wówczas, gdy ich choroba nowotworowa jest w stadium takiego zaawansowania, że utrudnia to lub wręcz uniemożliwia

radikalne leczenie chirurgiczne. O „nieoperacyjności” części pacjentów trafiających na oddział chirurgii onkologicznej dowiadujemy się w fazie badań diagnostycznych, kiedy zbyt duże zaawansowanie nowotworu stwierdza się m.in. na podstawie badań obrazowych (USG, TK, NMR). Wtedy chory zostaje zdyskwalifikowany od operacji. O braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego pozostałych przekonujemy się w wyniku dokonania diagnostycznej laparotomii, podczas której, po otwarciu jamy brzusznej, uwidoczni się niestety rozlanie lub rozsianie nowotworu, określane stopniem zaawansowania T4.

Pacjenta w tak złym położeniu medycy określają między sobą: Inop. Inop – to skrót od inoperabilis (łac.), inoperable (ang.), inoperabile (wł.), co oznacza: nie nadający się do operowania. Łacina latami stosowana przez lekarzy podczas wizyt lekarskich służy m.in. porozumiewaniu się uczestników tzw. obchodu przy pacjencie tak, by inni pacjenci i sam zainteresowany (o paradoks!) nie zorientowali się o czym mówią, na co jest chory i w jakim jest stanie. Łacina, dodając wizycie prestiżu, stanowi także swego rodzaju parawan, stwarza naukowy dystans wobec grozy postawionej diagnozy i oceny sytuacji chorego. Określenia: carcinoma, ascites, metastases, inoperabilis, nie brzmią tak złowrogo jak: rak, wodobrzusze, przerzuty, nie nadaje się do operacji.

Stosowanie łaciny nie służy zresztą jedynie komunikacji pomiędzy personelem, a dotyczy (choć już nie zawsze) także

opisu diagnozy, choroby i wykonanego zabiegu w karcie informacyjnej, którą otrzymuje pacjent w dniu wypisu do domu. W rezultacie medyczna informacja (do której pacjent ma – w języku polskim - formalnie prawo) zostaje przy pomocy łaciny zawoalowana, zakamuflowana, wprowadzając tajemniczość i dezinformację.

W rozmowie z samym pacjentem stosuje się nierzadko eufemizmy: ma pan / pani duży stan zapalny, którego nie powinno się operować, operacja mogłaby w tej sytuacji zaszkodzić, dostanie pan / pani zalecenia. A w zaleceniach chory najczęściej znajduje: oszczędzający tryb życia, przyjmowanie odżywek i receptę na środki przeciwbólowe...

Nasze eufemizmy w rozmowach z chorymi onkologicznie wywołują często reakcję odwrotną od oczekiwaną - pacjenci nie uspokajają się, stają się nieufni, czasem nasze słowa budzą w nich nawet agresję (S. Sontag, D. Rieff, R. Picardie, A. Tuszyńska).

32 letnia Ruth Picardie, francuska dziennikarka, matka maleńkich bliźniaków, tak pisała w swoich mailach do przyjaciółki o swojej walce z rakiem piersi:

W sprawie leczenia: zauważyłam, że wśród moich lekarzy nie panuje zbyt duży konsensus. Wszyscy z którymi rozmawiam, mówią na temat leczenia coś nieznacznie, ale znacząco innego...

Eva Peron zmarła na raka piersi i, wyobraź sobie, to słowo zaczynające się na „r” ani razu nie pada. O, Wielki nie – do – wymawiania – na – głos...

Mam już wszystkiego dosyć od czasu, gdy po TYGODNIACH nicnierobienia (ze strony szpitala) i molestowania (z mojej strony) – potwierdzili, że we wszystkim miałam rację i są „patologie” (wielki eufemizm na raka naszych czasów) w kościach czaszki. Przejdźmy od razu do sedna sprawy. Nie owijajmy w pieprzoną bawełnę. Stawmy czoła faktom. I zdepczmy co drugi literacki komunał: mam wtórnego raka kości. Rak to strach i eufemizmy (patrz: IV stadium, zaawansowany, również „opieka paliatywna”). Może by tak po prostu napisać jasno i wyraźnie (przeliterować): umierasz, frajerko!

I czym do k.. nędzy, ma być „onkolog”? Nie potrafią nawet wymówić tego słowa zaczynającego się na „r”...

Czy nieznanomość łaciny sprawia, że chorzy przestają pytać, nie poszukują odpowiedzi, jaki los ich czeka? Co prawda - nieliczni zdobywają się na pytanie lekarza wprost, jednak wciąż „czytają” z oczu, z mimiki naszych twarzy, próbują wychwycić coś znaczącego ze strzępów zdawkowych rozmów personelu, podpytują pielęgniarek, radzą się innych pacjentów, czasem scedują zdobycie informacji na własną rodzinę.

Dramatyczne świadectwa poszukiwań pacjentów i ich bliskich prawdy o chorobie nowotworowej i możliwości znalezienia pomocy odnajduję, odwiedzając liczne internetowe fora i dyskusyjne panele m.in.: www.forum-onkologiczne.com.pl, www.biomedical.pl, www.prosalute.info/forum, www.zapytaj.echirurgia.pl, <http://commed.pl/rak-to-nie-wyrok>.

Czytam kolejne posty:

- Mam 28 lat. Rozpoznanie z karty informacyjnej – Ca mammae inoperabile. In tractu Chemiotherapiam. Nie wiem dokładnie jaki to typ raka. Czy ktoś mógłby mi przetłumaczyć?

- Casus inoperabile – przetłumaccie proszę!

- Proszę o przetłumaczenie tekstu związanego z chorobą nowotworową: Neoplasma malignom probabilitur lymphogenes glandulae thyroidea inoperabile. Z góry dziękuję.

i odpowiedzi:

- myślę, że najkorzystniej jeśli wytłumaczy ci to lekarz prowadzący

- Asiu... najważniejsze jest nie panikowanie, musisz porozmawiać z onkologiem. Dziś medycyna działa cuda...

Nie jest tajemnicą, że pielęgniarka chirurgiczna sprawująca opiekę nad pacjentem onkologicznym nie posiada w swoich kompetencjach prawa do udzielania informacji medycznej bez stosownego upoważnienia. Teoretycznie zatem może pozostać niemy świadkiem całego dramatu. Tylko teoretycznie. Pielęgniarka nie jest przecież niema. Nie potrafi być obojętna i kompletnie bierna. Nie sposób wszak, opiekując się cierpiącym pacjentem, milczeć, zbywać wciąż jego pytania, pozostawiając je bez odpowiedzi.

Co wobec tego możemy jako personel pielęgniarski pacjentowi „inop” mówić? Skoro jednocześnie staramy się wykluczać mechaniczne pocieszenia, „poklepywanie”, dawanie fałszywej nadziei, mówienie frazesów w rodzaju: wszystko będzie dobrze.

Znamy zasady: Nie okłamywać chorego. Nazywać rzeczy po imieniu. Jak jednak odnaleźć złoty środek pomiędzy mówieniem prawdy (kiedy została już tylko ta bolesna, kiedy nie ma już dobrych wiadomości) a nie odbieraniem ostatnich nadziei.

Niestety, o tym co i ile pacjent ma wiedzieć w rzeczywistości szpitalnej decyduje nie on sam (jak określa Ustawa o prawach pacjenta), a zazwyczaj jego rodzina. Choć zachorowanie na raka nie stanowi już tak powszechnego, społecznego tabu jak niegdyś, to nierzadko embargo na informację medyczną wprowadza właśnie rodzina, twierdząc, że ich bliski nic nie wie i nie może wiedzieć o swoim raku, bo na pewno by się załamał.

Daniel Rieff, syn Susan Sontag, która na przestrzeni kilkudziesięciu lat walczyła z trzema niezależnymi nowotworami, do dzisiaj, jak wyznał w „Morzu śmierci”, nie może pogodzić się z tym, że wspierając latami swoją matkę w leczeniu i próbach ocalenia od katastrofy, do końca nie umiał porozmawiać z nią o tym, że umiera.

Wydawało się, że stałem się nagle wtórnym analfabetą. Informacji było mnóstwo, lecz sformułowanych w nieznanym języku, a kiedy przełożyło się je na mniej więcej zrozumiałe wyrażenia, okazywało się prawie zawsze, że są to złe wiadomości. W każdym razie informacje nie dają wiedzy. Nie sądzę, żebym wcześniej rozumiał to naprawdę - to znaczy, żebym zdawał sobie sprawę intuicyjnie – a pojąłem to dopiero, gdy w pięknym mieszkaniu mojej matki szukaliśmy w internecie nieistniejącego cudu, bo skoro ona powiedziała sobie, że można go znaleźć, ci, którzy ją kochali, wbrew intuicji tłumili własną niewiarę.

Kazimierz Wyka w swoim pięknym eseju „Dłonie Marii” tak pisał o ludzkim lęku:

Lęk należy do odczuć wyjątkowo wstydliwych. Póki nas na to stać, maskujemy szczerze przed otoczeniem jego wystąpienie. Staramy się nie dopuścić do tego, by tak się rozlał i rozpanoszył w naszym wnętrzu, że ktokolwiek na mnie spojrzy, ten ujrzy jego wzbierającą obecność...

Mamy świadomość, że już samo przyjęcie chorego na oddział chirurgiczny, a tym bardziej podjęcie się tzw. zwiadowczej laparotomii, wzbudza w pacjencie i jego rodzinie zrozumiałe nadzieje na ocalenie. Dlatego tym trudniej potem te nadzieje odbierać.

Z pewnością, żaden z lekarzy wolałby tego nie robić. Gdy przychodzi mu z poczuciem bezradności odłożyć skalpel i zaszyć nie zoperowanego pacjenta, jako chirurg musi czuć się wyjątkowo źle. Inaczej jest, kiedy może dokonać chociaż operacji o charakterze paliatywnym np. wykonać zespolenie omijające czy odbarczyć zamknięte przez guz drogi żółciowe.

Przyjmując chorego na oddział, bez względu na stopień zaawansowania jego choroby, bierzemy na siebie zobowiązanie do opieki i leczenia. Kiedy dowiadujemy się o jego nieoperacyjności, odpowiedzialność ta automatycznie nie wygasa, dopóki jest naszym pacjentem. Doświadczenie pokazuje jednak, że w roli - pokonanych przez chorobę uzdrowicieli – już tylko jako opiekunowie nie zawsze dobrze się odnajdujemy i sprawdzamy (Bernie Siegel).

Pacjent nierzadko z rozgoryczeniem obserwuje nasze nagłe zdystansowanie i wycofanie, skracanie wizyty lub omijanie jego sali, bo nie mamy tu już nic do zrobienia...

Zdarza się, że powielane są inwazyjne badania czy kontynuowane uporczywe leczenie pod wpływem szantażu emocjonalnego rodziny, nie mogącej pogodzić się ze złym rokowaniem swego bliskiego. Wówczas, choć powinniśmy minimalizować psychofizyczne cierpienia pacjenta, sami je generujemy, dodajemy, mnożymy. Jeśli do tego dodać obserwowane czasem niedocenianie (nie mówiąc o bagatelizowaniu) bólu chorego, wszystkie te zlecenia na tzw. SOS, leki podawane doraźnie, w razie bólu, zwlekanie z opanowaniem dolegliwości w sposób systemowy – to wówczas uświadomimy sobie, ile mamy wciąż do naprawienia.

Mówi o tym wiersz - przesłanie skierowane do pacjentki, który wyszedł spod pielęgniarskiej dłoni w czasie narastania dylematów w opiece:

mnóstwo bezsilnych ruchów
podtrzymujemy ciało lecz
ono odrywa się nadal
tylko boleśniej, powoli
– więc jest jeszcze dalej niż było..

wszystko jest jakbyśmy niczego nie zrozumieli
mężowi kazano odejść choć przecież..

nic już nie pomożemy
jeszcze zadamy ból

wszystko jest jakbyśmy niczego nie pojęli
wymknij się wymknij
z naszych rąk!

Nie ma wątpliwości, że powinniśmy postępować tak, by pacjent nieoperacyjny, dopóki pozostaje na oddziale, czuł naszą profesjonalną opiekę pielęgniarską i lekarską, by odczuwał naszą zwykłą ludzką obecność. Winniśmy zapewnić mu także nieograniczony kontakt z bliskimi. Wreszcie zaproponować choremu uczciwą rozmowę.

Zakres jej szczerości wyznaczać ma tzw. podążanie za pacjentem. Powinniśmy brać pod uwagę, kiedy i ile chory chce się dowiedzieć, na przyjęcie jakich informacji jest psychicznie przygotowany. Jednak, aby podążać za pacjentem, trzeba czasu, obecności, rozmów, a nie krótkiej wizyty, czy rutynowych pytań o samopoczucie zadawanych w pośpiechu, w progu sali. Najczęściej powiernikiem pacjenta staje się oddziałowy psycholog. Ma jednak pod opieką zbyt wielu chorych. O rozterkach pacjenta wiele mogłyby powiedzieć także pielęgniarki, które niejednokrotnie ułatwiają jego kontakt z lekarzem, uświadamiając choremu, że ma prawo i powinien pytać, a zabieganemu lekarzowi, że chory dopytuje się, niepokoi, że chciałby wiedzieć więcej. Zanim jednak do właściwej rozmowy z lekarzem dojdzie, wiele z pytań i obaw pacjentów musimy wziąć po prostu na siebie.

Rozmowy z pacjentami wymagają od nas zachowania wiele taktu i dużej ostrożności. Wiemy, jak ważne jest, by nie podsycać dręczących chorego złych emocji np. samooskarżania się (o zawinięcie własnej choroby, destrukcyjnych

myśli o zasłużeniu na raka jak z koncepcji Wilhelma Reicha) swoimi pochopnymi słowami w rodzaju: co pan tu sobie wyhodował, dlaczego tak długo pan czekał. Tym bardziej, że nierzadko tak naprawdę winę za opóźnienie w zgłoszeniu chorego, ponosi brak profesjonalizmu na poziomie lekarskiej opieki podstawowej np. niechęć kierowania pacjentów do specjalistycznych badań i konsultacji, próby leczenia bez odpowiednich kompetencji np. guzków piersi maściami.

Zdajemy sobie sprawę jak ważne jest z kolei, w kontaktach z rodziną pacjenta, zapobieganie zdarzającemu się czasem obwinianiu chorego: on się poddaje! on nie wierzy! nie chce się leczyć! Przeciwdziałać przychodzi nam nierzadko poczuciu rezygnacji i bezradności rodziny, które utrwalone mogą doprowadzać do unikania i opuszczenia chorego. Dlatego uczymy bliskich pacjenta zasad i sposobów pielęgnowania, uzmysławiając im, jak bardzo obecność oraz opieka rodziny jest i będzie mu potrzebna. Czasami musimy zaprzeczać funkcjonującym w społeczeństwie mitom np. o „zaraźliwości raka” (sic!) czy też fałszywym przekonaniom, że jeśli już trzeba, to lepiej umierać w szpitalu, bo tu jest „bezpiecznie”.

Przygotowywanie pacjenta i jego rodziny do przyjęcia złych informacji a potem do poradzenia sobie po powrocie do domu powinno być świadomym i celowym procesem, efektem współdziałania, pracy całego interdyscyplinarnego zespołu.

Tymczasem w rzeczywistości szpitalnej wciąż niespełniona jest potrzeba spotkań całego zespołu terapeutycznego: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów włącznie z psychologiem i pracownikiem socjalnym. A zadań jest przecież tak wiele. Oprócz dążenia do przekazania pacjentowi rzetelnych informacji, tak by nie brzmiały jak nieludzki wyrok, rozważyć należy inne metody leczenia (m.in. radio i chemioterapię). Należy wdrożyć skuteczne leczenie objawowe, tak by przekonać chorego, że nie grozi mu ból, którego nikt nie będzie umiał opanować. Trzeba wreszcie uruchomić procedury pomocy socjalnej, nawiązać kontakt z lekarzem rodzinnym, ułatwić w miejscu zamieszkania objęcie opieką paliatywną, tak aby nawet w najczarniejszej godzinie chory i jego rodzina czuli prawdziwe i profesjonalne wsparcie. ■

Maciej Krajewski
Wielkopolskie Centrum Onkologii

OIPiP w Częstochowie serdecznie dziękuje Panu Maciejowi Krajewskiemu za umożliwienie publikacji materiału.

SYNDROM WYPALENIA ZAWODOWEGO

Wykonanie niektórych zawodów jest związane ze szczególnie wysokim poziomem stresu którego konsekwencją bywają rozmaite zaburzenia i dysfunkcje psychiczne. To wypalenie zawodowe, często stwierdzone u osób pracujących w zawodach określonych jako „społeczne i usługowe”, takich jak pielęgniarka, lekarz, pracownik socjalny, terapeuta, nauczyciel, policjant i inne. Niektórzy podczas wykonania zadań zawodowych muszą jako narzędzie pracy angażować własną osobowość na równi z umiejętnościami profesjonalnymi. Są narażeni na ryzyko powstania zespołu wypalenia zawo-



dowego. Można wyróżnić 3 fazy syndromu wypalenia zawodowego w/g A. Friedmana:

- faza I pojawienie się stresorów
- faza II pojawienie się doświadczeń wywołanych stresem
- faza III reakcje na doświadczenia wywołane stresem

Pielęgniarki jako grupa zawodowa są szczególnie zagrożone wystąpieniem syndromu wypalenia zawodowego ze względu na kontakt z ludźmi cierpiącymi, bezradnymi, zdanymi na opiekę personelu medycznego. Od pielęgniarek wymaga się szybkiego podejmowania samodzielnych decyzji i ciągłego uśmiechu na twarzy, niezależnie od sytuacji osobistej. Wykonując swoją pracę zawodową pielęgniarki mają powody do obaw, np. przed zakażeniami i nie tylko. Można tu zaliczyć niski statut społeczny i materialny zawodu, autokratyczny styl zarządzania, nadmierne wymagania, niejednoznaczność wykonywanych zadań, niewłaściwe relacje interpersonalne, brak społecznego wsparcia ze strony współpracowników, złą relacją z przełożonymi i konfliktem ról. Oprócz czynników społecznych mają znacznie indywidualne cechy osobowości pracowników. Bardzo istotne jest rozpoznawanie pierwszych symptomów zagrożenia. Należy wtedy wycofać się z sytuacji stresowej. Zredukować napięcie, zorganizować sobie czas na odpoczynek początkowo wystarczy regeneracja sił w czasie wypoczynku sobotnio-niedzielnego. W miarę narastania objawów wypoczynku musi być odpowiednio dłuższy. Należy znaleźć stosowną dla siebie formę wypoczynku i odreagowania. Praca nie musi być na pierwszym miejscu. Na I miejscu umieśćmy siebie, swoje potrzeby, swoją rodzinę. Czy naprawdę są dla nas najważniejsze aktualne koncepcje reformy zdrowia albo wymagania szefa? Ważną umiejętnością jest oddzielenie spraw zawodowych od prywatnych. A przecież nasze działanie tylko w części zależy od uwarunkowań, na które nie mamy wpływu. Pozytywny wpływ na psychikę mają kontakty z ludźmi życzliwymi, pogodnymi, uśmiechniętymi. Warunkiem zdrowej psychiki jest posiadanie chociażby jednej bliskiej osoby, której możemy zaufać. Duże znaczenie w przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowym ma dobra „supewizja”, czyli nadzór i opieka nad młodszymi pracownikami ze strony kierownictwa placówki. Skutki zespołu wypalenia zawodowego początkowego dotyczą konkretnej osoby, ale później osiągają wymiar szerszy, społeczny. Pracownik przenosi sprawy zawodowe na płaszczyznę prywatną poszukując doraźnej pomocy i obniżenia napięcia sięga po alkohol, nadużywa leków, może posunąć się do prób samobójczych. Społeczne skutki wypalenia zawodowego to obniżenie jakości usług, wzrost absencji w pracy, odchodzenie od zawodu. Istnieją obiektywne przesłanki zagrożenia pielęgniarek tym syndromem. Obecnie w Polsce to zjawisko się nasiliło, trudne do wdrożenia przekształcenia gospodarcze, a zwłaszcza nieprzemyślane reformy systemu ochrony zdrowia, doprowadziło do ciężkiej sytuacji finansowej placówek zdrowotnych. Ich zadłużenie skutkuje nieregularnym wypłaceniem wynagrodzeń, redukcją etatów pielęgniarskich. Często jest tak, że praca nie daje nam satysfakcji, chociaż dajemy z siebie wszystko. Dobrze jest wtedy się zastanowić, czy nie ponosimy zbyt dużych kosztów. Może nadszedł czas na dokonanie zmiany w naszym życiu. Są różne wyjścia: podnoszenie kwalifikacji zawodowych, zmiana zawodu. Każda odmiana wiąże się z ryzykiem, naturalnym lękiem, przed niepowodzeniem; wymaga wiele odwagi i wiary we własne siły. ■

Opracowała: Agnieszka Zalas

Zmęczenie pracą czy zawodowe wypalenie

O wypaleniu można mówić wówczas, kiedy osoby zaangażowane w określone przedsięwzięcie tracą motywację do działania. Osoby takie doświadczają uczucia emocjonalnego, psychicznego, jak i fizycznego wyczerpania. Wypalenie zagraża wówczas, kiedy:

- Nie potrafisz odmówić przyjęcia na siebie dodatkowych zadań, obowiązków
- Przez długi czas działałeś pod wpływem silnej presji
- Przyjęte przez siebie standardy nakazują ci wykonywać wszystko samodzielnie, bez delegowania zadań swoim podwładnym czy współpracownikom
- Stawiasz sobie zbyt wiele zadań na długi okres
- Przez długi czas udzielałeś zbyt wielkiego wsparcia emocjonalnego

Niekiedy wypalenie przejawia się w postaci obniżenia efektywności, jakości pracy, braku satysfakcji lub wycofania się z dotychczasowej aktywności. Alaya Pines definiuje wypalenie jako: „...stan fizycznego, emocjonalnego i umysłowego wyczerpania przejawiającego się poprzez chroniczne zmęczenie. Towarzyszy mu negatywna postawa wobec pracy, ludzi i życia, poczucie bezradności i beznadziejności położenia. Obniżona samoocena manifestuje się poczuciem własnej nieadekwatności, niekompetencji i zniechęceniem”. Stan ten występuje u osób, które pracują w zawodach (ale nie wyłącznie), związanych z pomaganiem innym ludziom. Niektórzy autorzy różnicują stan wypalenia (Burnout) i znużenia (Tedium). Wypaleniu ulegają ludzie, którzy pracowali z ogromnym zaangażowaniem i energią, podczas gdy osoby ulegające znużeniu nie miały nigdy takiego okresu entuzjazmu. Jednak jedni i drudzy pozbawieni są energii, witalności i radości codziennego życia. To, czy wypalenie nastąpi, zależy od układu wielu czynników osobistych i środowiskowych. Jako szczególnie ważne w budowaniu syndromu wymieniane są:

- Stawianie sobie wysokich wymagań przy niewielkich możliwościach wpływu na sytuację
- Działanie niezgodne ze swoimi wartościami, nadmierne zachowania agresywne lub uległe w różnych rolach (dom, praca, sytuacje społeczne)
- Życzeniowa interpretacja wydarzeń, nadmierna racjonalizacja, defensywna postawa wobec trudności, wyolbrzymianie porażek

Brak lub mała dbałość o swoje ciało, dietę, ćwiczenia fizyczne, rytm snu, relaks i podstawową higienę

- Perfekcjonizm i nadodpowiedzialność (uleganie przekonaniu, że terapeuta musi wiedzieć wszystko i jest za wszystko odpowiedzialny)
- Zaniedbywanie rozwoju zawodowego
- Brak partnerskich relacji i systemu wsparcia, zaniedbywanie intymności, sztywność ról
- Brak lub słaba organizacja czasu prywatnego i czasu pracy

Zanim wypalenie rozwinie się w pełni, pojawiają się symptomy, które informują o pogłębiających się problemach. Dokładna autodiagnoza umożliwia podjęcie kroków zaradczych i uruchomienie zmiany w pożądanym kierunku. Wystarczy jedynie skorzystać z wiedzy, którą na co dzień przekazujemy swoim pacjentom. Lista sygnałów ostrzegawczych charakterystycznych dla zespołu wypalenia będzie pomocna w ocenie własnego stanu.

Fizyczne:

- Dominujące poczucie zmęczenia
- Zaniedbywanie aktywności fizycznej (ćwiczeń fizycznych)

- Zakłócenia snu
- Zaburzenia apetytu
- Zaniedbywanie wizyt kontrolnych u lekarza i stomatologa, problemy zdrowotne
- Obniżenie potrzeb seksualnych
- Nadużywanie alkoholu, leków, palenie tytoniu

Emocjonalne i behawioralne:

- Trudności w relaksowaniu się
- Czytanie głównie pism i książek zawodowych
- Utrzymujące się poczucie znużenia
- Obniżony nastrój
- Stała obecność negatywnych postaw i myśli
- Długotrwałe resentymenty lub urazy wobec innych ludzi
- Regularnie występujące poczucie osamotnienia lub izolacji
- Nawracające lęki
- Rosnąca ilość zachowań impulsywnych bez względu na konsekwencje
- Niekontrolowane zachowania agresywne

Rodzinne i społeczne:

- Obniżenie zainteresowania członkami rodziny
- Łatwiejsze wpadanie w irytację lub złość na członków rodziny
- Spędzanie większej ilości czasu poza domem lub bez rodziny bez wyraźnego powodu
- Opór przed wspólnym wypoczynkiem lub niemożność cieszenia się nim
- Trudności w uczestniczeniu we wspólnych rozrywkach
- Zwiększająca się ilość czasu spędzanego samotnie
- Nadmierne oglądanie telewizji jako sposób ucieczki od problemów
- Niezwykle nasilony stres towarzyszący dużym zmianom w życiu (narodziny, śmierć, kłopoty finansowe)
- Obniżenie poczucia wsparcia

Dotyczące pracy:

- Utrata zapалу
- Poczucie, iż stale brakuje na coś czasu
- Obawy przed pójściem do pracy
- Rosnące poczucie niekompetencji
- Poczucie „marnowania” czasu
- Trudności w kończeniu rozpoczętych zadań
- Narastające niezadowolenie z pracy, brak pomysłu na dokonanie zmiany
- Trudności w wyrażaniu własnych opinii, unikanie wypowiadania swojego zdania
- Schematyczne traktowanie pacjentów

Aby uniknąć wypalenia w wymiarze psychicznym, powinniśmy często upewniać się, czy to co robimy nadal jest ciekawe, czy nadal sprawia nam przyjemność. Trzeba pamiętać o tym, że zasoby energii psychicznej są ograniczone - nie dopuśćmy zatem do ich wyczerpania. Pomocne w tym zakresie są zachowania asertywne - inni chętnie obarczają nas dodatkowymi zadaniami, konsumując tym samym naszą energię. Aby uchronić się przed tym, niezbędna jest umiejętność mówienia „nie”, kiedy nie masz ochoty angażować się w jakieś kolejne przedsięwzięcie. W przeciwnym wypadku nieuchronnie grozi ci niebezpieczeństwo wypalenia.

Jeśli masz poczucie, że zagraża ci wypalenie lub utraciłeś już zdolność odczuwania przyjemności ze swojej pracy, pomocne mogą być następujące rady:

- Poddaj weryfikacji swoje cele i priorytety
- Oceń, czy wymagania, które stoją przed tobą, korespondują z twoimi celami
- Przeanalizuj swoje możliwości w zakresie sprostania tym wymaganiom

- Jeżeli odczuwasz nadmiar obowiązków, dokonaj ich redukcji
- Jeżeli kontakty z otaczającymi cię ludźmi kosztują cię zbyt wiele energii, postaraj się zwiększyć dystans wobec otoczenia. Masz prawo bronić się przed nadmierną eksploatacją emocjonalną czy psychiczną
- Usprawnij swoje umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem
- Sprawdź, które dziedziny życia generują stres i postaraj się to zmienić
- Skorzystaj z pomocy rodziny lub przyjaciół w uporaniu się ze stresem
- Upewnij się czy prowadzisz zdrowy styl życia
- Poszukaj odpowiedniego dla siebie hobby
- Przyznaj sobie prawo do wypoczynku, relaksu, przyjemności

Jeżeli poczucie wypalenia jest już bardzo nasilone - odczuwasz brak motywacji, wycofałeś się z życia towarzyskiego, zawodowego, należy skonsultować się z dobrym psychologiem. Jeżeli poczucie utraty motywacji uniemożliwia ci kontynuowanie dotychczasowych zajęć, zrób przerwę na jakiś czas. Spróbuj zmienić swój obszar zainteresowań, zaangażuj się w inne przedsięwzięcia. Jeżeli pozwolisz sobie na taką przerwę w dotychczasowych zajęciach, po powrocie mogą przynosić ci przyjemność. Jeżeli jednak jesteś absolutnie pewien, że wygasło już jakiekolwiek zainteresowanie dotychczas wykonywanym zajęciem, pomoc może całkowita zmiana zainteresowań i charakteru pracy. Jeżeli dokonasz zmiany obszaru aktywności, możesz odzyskać energię i pasję. Będzie to oznaczać, że utrata motywacji i apatia dotyczyły poprzedniej pracy, w której doszło do wypalenia. Jeżeli znów kiedykolwiek zaczniesz odczuwać niepokojące cię symptomy, będziesz potrafił je rozpoznać wystarczająco wcześniej by zapobiec całkowitemu wypaleniu. To doświadczenie pozwoli ci efektywniej zarządzać swoją energią, skuteczniej rozwiązywać problemy, redukować stres do takiego poziomu, który zapewnia optymalne wyniki w pracy.

Żałowanie może być następstwem długo utrzymującego się wysokiego poziomu stresu, doświadczenie poważnego kryzysu życiowego lub stanu wyczerpania. Fizycznym przejawem tego stanu może być np. udar mózgu, zawał, choroba psychiczna. W tym ostatnim przypadku symptomy początkowo mogą być dostrzegane tylko przez daną osobę, otoczenie natomiast w początkowej fazie może nie obserwować żadnych zmian. Mogą narastać powoli, nasilać się, pojawiać się z większą częstotliwością. Inaczej jest w przypadku fizycznych skutków żałowania - są gwałtowne i niezwykle niebezpieczne dla życia. Symptomami świadzącymi o żałowaniu nerwowym mogą być na przykład:

- Nietypowe, irracjonalne, pozbawione kontroli zachowanie
- Niezwykle nasilony lęk
- Ciężka depresja
- Obsesyjna aktywność - uporczywe, irracjonalne działanie
- Następujące po sobie okresy depresji i euforii
- Zachowania autodestrukcyjne: szlochanie, wrzaski, krzyki, przemoc, samookaleczenie, samobójstwo
- Nieracjonalne postępowanie: porzucenie pracy, zerwanie związku, kompulsywne zakupy, zażywanie narkotyków
- Schizofrenia

W przypadku żałowania niezbędna jest profesjonalna pomoc!

Beata Szadkowska



UWAGA! **BEZPŁATNY KURS MEDYCZNEGO** **JĘZYKA NIEMIECKIEGO** **+ 2-TYGODNIOWA PRAKTYKA** **ZAWODOWA W AUSTRII DLA** **PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO**

Jeśli:

- **posiadasz wykształcenie pielęgniarskie** (absolwenci, osoby pracujące oraz poszukujące pracy),
- **znasz język niemiecki,**

masz szansę wyjechać na bezpłatną, 2-tygodniową praktykę zawodową do Austrii w celu podniesienia kwalifikacji pielęgniarskich w obszarze opieki długoterminowej.

W ramach projektu „**O starości inaczej - nowe kwalifikacje personelu medycznego w obszarze opieki długoterminowej**” (Leonardo da Vinci PLM) uczestnicy:

- wezmą udział w intensywnym kursie niemieckiego języka medycznego w kraju,
- wyjadą na 2-tygodniowe praktyki dokształcające do Austrii,
- zwiedzą region Styrii poznając tamtejszą kulturę i kuchnię,
- otrzymają świadectwo odbycia stażu zawodowego oraz certyfikat ukończenia specjalistycznego kursu językowego,
- zyskają możliwość uznania kwalifikacji zawodowych w Austrii, a tym samym podjęcia zatrudnienia za granicą.

Osoby zainteresowane zachęcamy do kontaktu z biurem projektu:

BIURO PROJEKTU:

Club Silesius Sp. z o.o. 45-057 Opole ul. Ozimska 7
tel. 77 44 12 450 Fax 77 44 12 451
eMail: cs@clubsilesius.com.pl
www.clubsilesius.com.pl

Komunikat Nr 1 **Konferencja szkoleniowa** **„Umowa o pracę czy kontrakt?”**

Szanowni Państwo,

Serdecznie zapraszamy na Konferencję szkoleniową pt. „**Umowa o pracę czy kontrakt?**”, którą organizuje Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w II połowie października lub w I połowie listopada 2010 roku w Warszawie.

Do NRPIP coraz częściej docierają sygnały dotyczące zamiany umów o pracę na umowy cywilnoprawne (kontrakty) w zakładach opieki zdrowotnej. Zagadnienie wyboru przez pielęgniarkę, położną pomiędzy umową o pracę jako formy zatrudnienia a prowadzeniem działalności gospodarczej w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontraktu) nadal budzi wątpliwości. **Z kolei** analiza przepisów ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach

pielęgniarki i położnej (tj. z 2009r. Dz. U. Nr 151, poz. 1217 ze zm) oraz przepisów wykonawczych w powyższym zakresie, wskazuje na brak możliwości wykonywania świadczeń przez pielęgniarkę, położną w formie indywidualnej praktyki w zoz.

W świetle powyższego istnieje potrzeba podjęcia dyskusji w celu przedstawienia istotnych cech i różnic powyższych form wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne oraz wyjaśnienia sygnalizowanych problemów w przedmiotowej kwestii.

Zamierzeniem organizatorów jest przeprowadzenie szerokiej debaty i uzyskanie odpowiedzi na pytania:

- jakie są istotne cechy i różnice między umową o pracę a umową cywilnoprawną (kontraktem), na podstawie której pielęgniarka lub położna prowadzi działalność gospodarczą i czy istnieje problem zastępowania umowy o pracę na umowy cywilnoprawne?
- czy wykonywanie działalności gospodarczej przez pielęgniarki i położne wpływa na ich status zawodowy oraz warunki pracy i płacy, skutki finansowe – wysokość emerytur?
- jak kształtuje się odpowiedzialność cywilna, karna, zawodowa pielęgniarek i położnych, prowadzących działalność gospodarczą?
- jak przedstawia się w praktyce prowadzenie działalności gospodarczej przez pielęgniarki i położne na podstawie umowy cywilnoprawnej?

Serdecznie zapraszamy do uczestnictwa w Konferencji przede wszystkim pielęgniarki i położne prowadzące działalność gospodarczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki, pielęgniarki, położne zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej, kadrę zarządzającą zakładami opieki zdrowotnej, osoby prowadzące procedurę wpisu do rejestru indywidualnych lub grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

Prosimy także o przesłanie tematów, które zdaniem Państwa powinny być przedstawione w czasie konferencji, w terminie do 30 sierpnia 2010 r. na adres: izba@izbapiel.org.pl

Serdecznie zachęcamy do czynnego uczestnictwa pielęgniarki i położne, które mają podpisane kontrakty z zakładem opieki zdrowotnej do podzielenia się z uczestnikami konferencji własnymi doświadczeniami w tym zakresie.

Miło nam będzie spotkać się z Państwem, dla których zagadnienie, związane z wyborem formy wykonywania zawodu przez pielęgniarki, położne jest przedmiotem szczególnego zainteresowania.

Szczegółowe informacje tj. program, karta zgłoszenia zostaną zamieszczone w drugim komunikacie, który zostanie przesłany do Państwa we wrześniu 2010 r.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że wszelkie informacje dotyczące ww. konferencji będą zamieszczone na stronie internetowej Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pod adresem: www.izbapiel.org.pl, link – konferencje.

Pytania, dotyczące konferencji proszę kierować na adres e-mailowy: p.oska@izbapiel.org.pl

Z wyrazami szacunku
 Wiceprezes NRPIP
 (-) Elżbieta Garwacka-Czachor



**Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego
Serdecznie zaprasza na III edycję warsztatów:**

EVIDENCE BASED NURSING PRACTICE

czyli Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach

Celem strategicznym szkolenia jest wyłonienie grupy liderów EBNP w Polsce, których zadaniem będzie propagowanie idei i zasad podejmowania decyzji w opiece nad pacjentem na podstawie wiarygodnych danych naukowych.

Podstawowa wiedza na temat współczesnych metod naukowych stosowanych w szeroko pojętej opiece zdrowotnej, na wszystkich jej szczeblach oraz umiejętność oceny wiarygodności i przydatności informacji medycznej, a przede wszystkim wykorzystania danych naukowych w codziennej praktyce mogą, a w dalszej perspektywie powinny stać się dla każdej/go pielęgniarki/rza niezbędne.

Szkolenie organizowane jest dla grupy 20 pielęgniarek(rzy)/położnych:

- specjalizujących się w wąskich dziedzinach pielęgniarstwa
- aktywnych i twórczych

Warsztaty odbędą się 02 października 2010 r. w Warszawie w godz. 9.00 - 17.00 (dokładne miejsce szkolenia zostanie wskazane w terminie późniejszym) Program warsztatów obejmuje:

1. podstawy analizy krytycznej materiałów naukowych i oceny ich przydatności w konkretnych realiach klinicznych
2. tworzenie pytań klinicznie istotnych
3. korzystanie z elektronicznych narzędzi pracy i umiejętność ich wykorzystywania na co dzień
4. tworzenie wskazówek dla praktyki pielęgniarskiej - Road Maps.

Koszt uczestnictwa - 100,00 zł na konto Fundacji:

Polbank EFG 27 2340 0009 0080 2180 0000 0029
z dopiskiem: warsztaty EBNP

FORMULARZ ZGŁOSZENIA prosimy przysłać mailowo na
adres: frpp@frpp.org.pl

Serdecznie zapraszamy! ■

**FUNDACJA ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO
serdecznie zaprasza na**

kolejną edycję szkolenia z zakresu:

POZYSKIWANIE ŚRODKÓW KRAJOWYCH I FUNDUSZY EUROPEJSKICH DLA POZARZĄDOWYCH ORGANIZACJI PIELĘGNIARSKICH

Szkolenie odbędzie się dnia 10 września 2010 r. w Warszawie
Rozpoczęcie szkolenia o godz. 09.00. a zakończenie ok. godz. 16.00 Tematy Szkolenia:

1. Program Operacyjny Fundusz Inicjatyw Obywatelskich
2. Program Operacyjny Kapitał Ludzki

OPLATA ZA UCZESTNICTWO: 300 zł prosimy przysłać na
konto Fundacji:

**Polbank EEG 27 2340 0009 0080 2180 0000 0029
z dopiskiem: Szkolenie Fundusze i nazwisko
uczestnika**

BARDZO WAŻNE!

- liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń
- do 30 sierpnia 2010 r. dokonanie opłaty za uczestnictwo

Komitet organizacyjny:

Monika Tomaszewska, Jolanta Czerniak, Monika Wesołowska
ZGŁOSZENIA prosimy przysłać mailowo na adres:
frppy@frpp.org.pl Bliższych informacji udziela: Monika
Tomaszewska 0 604 473 033. 531 300 666 ■

**FUNDACJA ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO
oraz
INSTYTUT**

„POMNIK - CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

**serdecznie zapraszają na XV Ogólnopolską
Konferencję Szkoleniową dla Pielęgniarek
na temat:**

Zarządzanie personelem a jakość w pielęgniarstwie

Konferencja odbędzie się dnia 01 października 2010 r. w sali konferencyjnej nr 119/ blok E, wysoki parter, wejście główne Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

Rozpoczęcie Konferencji o godz. 09.00, a zakończenie ok. godz. 17.00.

Tematy Konferencji:

- o Standardy, organizacja pracy pielęgniarki — polskie i światowe modele
- o Systemy zarządzania jakością
- o Planowanie obsad pielęgniarskich — w lecznictwie stacjonarnym i otwartym
- o System klasyfikacji pacjentów
- o Planowanie rozwoju zawodowego, możliwości ścieżki zawodowej
- o Lobbying w pielęgniarstwie
- o Wizerunek medialny pielęgniarstwa

OPLATA - 100zł -

**Polbank EFG 272340 00090080 21800000 0029
z dopiskiem - XV Konferencja WAŻNE TERMINY**

- do 30 sierpnia 2010 - nadsyłanie referatów
- do 15 września 2010 - dokonanie opłaty za uczestnictwo
- liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń

ZGŁOSZENIA prosimy nadsyłać mailowo: frpp@frpp.org.pl
Możliwość zakwaterowania w Hotelu Patron przy CZD -
recepcja, rezerwacja - 22 815 72 26 ■

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

**PAŃSTWOWA SZKOŁA WYŻSZA im. Papieża Jana
Pawła II w Białej Podlaskiej
OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Białej Podlaskiej zaprasza na II Konferencję
Naukowo-Szkoleniową z cyklu
„Rola pielęgniarki w higienie życia”
Honorowy Patronat Konferencji
objęła POLSKA FEDERACJA EDUKACJI
W DIABETOLOGII
temat przewodni konferencji**

„TERAPIA CUKRZYCY WYZWANIEM DLA PIELĘGNIAREK”

Biała Podlaska, 21 października 2010r.
Aula 159R Państwowej Szkoły Wyższej
w Białej Podlaskiej przy ul. Sidorskiej 95/97

TEMATY WIODĄCE KONFERENCJI:

1. Mgr Alicja Szewczyk „Pielęgniarstwo diabetologiczne XXI wieku w aspekcie kształcenia podyplomowego. Działalność Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii (PFED) ”
2. lek. mcd. Joanna Andrysiak-Powilańska „Epidemiologia zachorowań na cukrzycę w powiecie białskim w latach 2000 -2010”
3. dr n. med. Daniel Witkowski „Leczenie osobistą pompą insulinową - zasady terapii”
4. dr n. med. Agnieszka Szypowska „Systemy ciągłego monitorowania glikemii jako nowe narzędzie oceny wyrównania metabolicznego ”
5. mgr Renata Koczan - „Przygotowanie pacjenta do terapii ciągłym podskórnym wlewem insuliny”
6. mgr Renata Scredyn - „Zakres wiedzy i umiejętności potrzebny pielęgniarkom do prowadzenia edukacji pacjentów w terapii osobistą pompą insulinową”
7. dr Izabella Bednarek - „Psychologiczne mechanizmy stylu jedzenia — ważnym elementem w terapii osobistą pompą insulinową ”
8. mgr Grażyna Korzeniewska - „Studium przypadku umiejętność wykorzystania wymienników pokarmowych w diecie cukrzycowej”

Udział w konferencji prosimy potwierdzić kartą zgłoszenia dostępną w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej oraz na stronice internetowej izby www.oipip-bp.pl

Szczegółowych informacji udziela sekretariat OIPIP
tel. 083 343-60-83

Zgłoszenia przyjmujemy do dnia 30.09.2010r.

Opłata konferencyjna w wysokości:

- o 35,00 zł - dla członków OIPIP w Białej Podlaskiej;
- o 45,00 zł. - dla osób nie zarejestrowanych w OIPIP w Białej Podlaskiej.

Wpłaty należy dokonać w biurze OIPIP lub na konto izby
BANK SPÓŁDZIELCZY 90 8025 0007 0025 2858 2000 0010
z dopiskiem „Konferencja-cukrzyca”

Zdjęcia będą publikowane w Biuletynie Informacyjnym OIPIP w Częstochowie.

Prosimy o dopisywanie do swoich zdjęć oświadczenia o treści:
Oświadczam, że jestem autorką załączonych fotografii i zgadzam się na ich publikację w Biuletynie Informacyjnym OIPIP w Częstochowie. ■

Redakcja Biuletynu Informacyjnego

DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
NEUROPSYCHIATRYCZNEGO W LUBLIŃCU
PRZEPROWADZIŁA KONKURS NA STANOWISKO
PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ:

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU
PSYCHIATRYCZNEGO OGÓLNEGO NR. 07
Z PODOODZIAŁEM

INTERNISTYCZNO -DETOKSYKACYJNYM
PANIĄ KATARZYNĘ SZYKOWNĄ



DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO im NMP W CZĘSTOCHOWIE
PRZEPROWADZIŁA KONKURSY NA STANOWISKA
PIELĘGNIAREK ODDZIAŁOWYCH

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU
PATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA

PANIĄ ANNĘ BERA

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU
POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO
Z PODOODZIAŁEM PATOLOGII CIĄŻY

PANIĄ LIDIĘ MICHAŁOWSKĄ

**Gratulacje wraz z życzeniami pomyślności
i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w
życiu osobistym z okazji wygrania konkursu składa
Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.**

Zbliża się dwudziestolecie samorządu pielęgniarskiego, które obchodziliśmy w 2011 roku, czas więc na wspomnienia i przypomnienie trudnego okresu budowania w mentalności pielęgniarskiej znaczenia samorządności zawodowej. W związku z tym zwracam się do koleżanek, które brały udział w pierwszym zebraniu organizacyjnym w 1989 roku w Szpitalu im. Weigla w Blachowni o kontakt z Anną Kaptacz w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej ul. Krakowska 45a, tel.: 34-360-54-91, kom. 504-017-925. ■

Anna Kaptacz

Wasze wakacyjne zdjęcia

Jeśli masz ciekawe wakacyjne zdjęcie, podziel się z innymi swoimi wspomnieniami i wrażeniami z wakacji, nadsyłajcie do nas swoje zdjęcia z każdego zakątka ziemi.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje wszystkich członków izby o zakupionych nowościach do biblioteki.

Poniżej przedstawiamy listę nowych pozycji:

1. Herold G. i współautorzy: Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy. PZWL, Warszawa 2008
2. Krawczyński M.: Propedeutyka pediatrii. PZWL, Warszawa 2009
3. Noszczyk W. (red.): Chirurgia. PZWL, Warszawa 2009
4. Bręborowicz G. H. (red.): Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. PZWL, Warszawa 2009
5. Luxner K.L., (red. wyd. pol. Z. Drózd-Gessner): Pielęgniarstwo pediatriczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009

Dla przypomnienia – Biblioteka przy OIPIP mieści się w siedzibie izby i udostępnia książki oraz materiały naukowe codziennie w godz. 8.00-15.00, środa do godz. 17.00

CZŁONKOWIE OKRĘGOWEJ RADY / PEŁNOMOCNICY OIPIP
W CZĘSTOCHOWIE

INFORMACJA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I
POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE ZOSTAJE PRZESUNIĘTE
Z ŚRODY 21 WRZEŚNIA 2010 ROKU

NA 22 WRZEŚNIA 2010 ROKU GODZINA 12:30,
ŚWIETLICA OIPIP UL. M.KOPERNIKA 38.

Z WYRAZAMI SZACUNKU
PRZEWODNICZĄCA ORPIP
HALINA SYNAKIEWICZ

APEL O POMOC

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze zwraca się do wszystkich z prośbą o pomoc dla naszych koleżanek, które ucierpiały w wyniku powodzi, tracąc często domy i cały dobytek. Osoby i instytucje, chcące wesprzeć pielęgniarki i położne, które ucierpiały w wyniku powodzi prosimy o wpłacanie pieniędzy na subkonto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze z dopiskiem „POWÓDŹ”

Numer Konta:

56 1090 1926 0000 0001 1455 8260

*„Żyje ten, kto pozostaje
w sercach bliskich...”*

Wyrazy współczucia
Pani Marii Kołodziejczyk

*z powodu śmierci
Teściowej*

składają Pielęgniarki Oddziału
Internistycznego Szpitala MSWiA
w Częstochowie.

GODZINY PRACY BIURA OIPIP

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK		
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
OIPIP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17.00

Kierownik Ośrodka Szkoleniowego: pn 8.00-13.00, śr 8.00-15.00, cz-pt 8.00-17.00

zdjęcia z wakacji



ABSOLWENTKI KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA w Częstochowie



WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA W CZĘSTOCHOWIE

www.wsz.edu.pl

to nie tylko zarządzanie

Studia: magisterskie (uzupełniające studia magisterskie po różnych kierunkach np: pedagogika, zarządzanie, ekonomia, informatyka, pielęgniarstwo, filologia itp...)
inżynierskie, licencjackie, podyplomowe

- Pedagogika
- Zarządzanie
- Pielęgniarstwo
- Zarządzanie i Inżynieria Produkcji (studia bezpłatne)



PROMOCJA DO KOŃCA SIERPNIA!!!

www.wsz.edu.pl

ul. 1 Maja 40

tel. 34 368 06 08, 34 368 30 53