

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



**Wspomnienie
z wakacji**

Wrzesień 2015r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Recepta



Pacjent **Premier Rządu RP, Rada Ministrów RP, Posłowie RP i Senatorowie RP**

W świetle najnowszych prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już za niespełna 5 lat, my Polacy zostaniemy pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Z roku na rok zmniejsza się liczba pielęgniarek i położnych w Polsce. Jako obywatel Polski jestem bardzo zaniepokojony/a tą sytuacją.

Statystyki

2015 r.:

- średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce: **48 lat**
- liczba pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców w Polsce: **5,4**
- liczba pielęgniarek i położnych w UE na 1000 mieszkańców: **9,8**

2022 r.:

- średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce: **50 lat**
- liczba pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców w Polsce: **4,0**
- liczba pielęgniarek i położnych w Polsce **zmniejszy się o 54 tys.**

W wyniku wieloletnich zaniedbań oraz braku polityki rządu Rzeczypospolitej Polskiej wobec tych zawodów pojawiło się realne zagrożenie pozbawienia opieki pielęgniarskiej i położniczej w środowisku szpitalnym, domowym, środowisku nauczania i wychowania oraz w środowisku pracy. Taka sytuacja doprowadzi do odebrania nam, pacjentom ustawowo zagwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Bez opieki pielęgniarek i położnych nasze życie i zdrowie jest zagrożone.

W trosce o swoje zdrowie, ale przede wszystkim o zdrowie moich najbliższych apeluję do Państwa o podjęcie natychmiastowych działań w celu opracowania i wdrożenia programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.



114400000000023000000248

PESEL/ e-mail

Imię i nazwisko

Zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 nr 133 poz. 883) niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imienia, nazwiska, adresu poczty elektronicznej) w celu przygotowania petycji w ramach akcji "Ostatni Dyżur". Udzielając tej zgody przyjmuję do wiadomości, że: (i) administratorem moich danych osobowych jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa, (ii) posiadam prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, (iii) podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, (iv) moje dane osobowe, wraz z przygotowaną petycją, mogą zostać przekazane wybranym organom władzy publicznej, w tym m. in.: Kancelarii Sejmu Rzeczypospolitej, Kancelarii Senatu Rzeczypospolitej, Ministerstwu Zdrowia Rzeczypospolitej.

W NUMERZE:

OIPiP

Wybory

Opinie prawne

Konsultant krajowy

Minister Zdrowia

Prace autorskie

Informacje

Gratulacje

Kondolencje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji (siedziba Izby):

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.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 Płaza

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

Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa

birako@o2.pl

Nakład 1000 szt.



KALENDARIUM Wrzesień 2015 rok

14.09.2015r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w konferencji organizowanej w ramach kampanii prowadzonej przez NIPIP Ostatni Dyżur pt. „Pielęgniarka i Położna - perspektywy, zagrożenia i szanse”. Konferencja odbyła się w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach.

21.09.2015r. Sekretarz ORPiP uczestniczyła w egzaminie końcowym kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych”. Egzamin odbył się w siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata”.

22.09.2015r. Przewodnicząca ORPiP Halina Synakiewicz uczestniczyła w kolejnej już debacie na temat sytuacji zawodowej śląskich pielęgniarek i położnych. Debata odbyła się w Urzędzie Marszałkowskim w Katowicach z udziałem Aleksandry Skowronek Wicemarszałek Województwa Śląskiego.

22.09.2015r. Sekretarz ORPiP uczestniczyła w egzaminie końcowym kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”. Egzamin odbył się w siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata”.

23.09.2015r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

23.09.2015r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

23.09.2015r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

26-27.09.2015r. Odbyło się szkoleniowe posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych - kończące VI kadencję.

29.09.2015r. Sekretarz ORPiP uczestniczyła w VII Międzyszkolnym Konkursie z zakresu Udzielania Pierwszej Pomocy Przedmedycznej „Uratować znaczy żyć” mistrzostw dzieci i młodzieży.

29.09.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPIP w Warszawie.

30.09-01.10.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu NRPiP w Warszawie ■

- Wydano dwa nowe prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyły dwie pielęgniarki.
- Anulowano zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej położnej i dwóm pielęgniarkom.
- Stwierdzono kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu dla dwóch pielęgniarek i jednej położnej. ■

Oferta kursów i szkoleń planowanych do realizacji w II połowie roku 2015 przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo internistyczne
2. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
3. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
4. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
5. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
6. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka
4. Leczenie ran – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran – dla położnych
6. Szczepienia ochronne
7. Szczepienia ochronne dla położnych
8. Edukator w cukrzycy
9. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji

Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób. ■

Wybory



Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 31 sierpnia 2015 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dziewięć pielęgniarek i jedną położną.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wykreślano z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- Dofinansowano koszty kształcenia w formie szkolenia i studiów /zgodnie z decyzją Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych dla piętnastu pielęgniarek za studia - magister pielęgniarstwa na kwotę 10,500.00 zł.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla czterech członków OIPiP w Częstochowie na kwotę 5,800.00 zł.

Obszar działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie





DELEGACI VII KADENCJI OIPIP W CZĘSTOCHOWIE NA LATA 2015-2019

REJON WYBORCZY NR I

- | | |
|------------------|------------|
| 1. Baczyńska | Marzena |
| 2. Bienias | Teresa |
| 3. Buchlińska | Edyta |
| 4. Bujak | Urszula |
| 5. Ciura | Beata |
| 6. Dołęga | Jolanta |
| 7. Fikus | Agata |
| 8. Gałązka | Sylwia |
| 9. Gubała | Jolanta |
| 10. Halkiewicz | Barbara |
| 11. Jędryka | Karolina |
| 12. Kott | Katarzyna |
| 13. Małczyk | Greta |
| 14. Świątkiewicz | Beata |
| 15. Wypych | Małgorzata |

REJON WYBORCZY NR II

- | | |
|----------------|-----------|
| 16. Cichoń | Katarzyna |
| 17. Ciesielska | Agata |
| 18. Cieślak | Irena |
| 19. Kapkowska | Beata |
| 20. Koćwin | Mariola |
| 21. Mizerska | Krystyna |
| 22. Osińska | Magdalena |
| 23. Płaza | Barbara |

REJON WYBORCZY NR III

- | | |
|---------------|------|
| 24. Kucharska | Ewa |
| 25. Ociepa | Anna |

REJON WYBORCZY NR IV

- | | |
|----------------|--------|
| 26. Cocek | Anna |
| 27. Karoń | Bożena |
| 28. Krzemińska | Dorota |

REJON WYBORCZY NR V

- | | |
|-----------------|-----------|
| 29. Dziedzic | Joanna |
| 30. Kaźmierczak | Anna |
| 31. Krzysińska | Elżbieta |
| 32. Reterska | Mirosława |
| 33. Kujawska | Barbara |
| 34. Wróż | Renata |

REJON WYBORCZY NR VI

- | | |
|---------------|-------|
| 35. Biedroń | Anna |
| 36. Węglowska | Maria |

REJON WYBORCZY NR VII

- | | |
|----------------------|--------|
| 37. Czech | Tomasz |
| 38. Dziubczyk- Chłód | Anna |

REJON WYBORCZY NR VIII

- | | |
|---------------|------------|
| 39. Kucharska | Lidia |
| 40. Kościuch | Aleksandra |
| 41. Szuster | Janina |

REJON WYBORCZY NR IX

- | | |
|---------------|----------|
| 42. Denderska | Elżbieta |
|---------------|----------|

REJON WYBORCZY NR X

- | | |
|----------------|-----------|
| 43. Kaptacz | Anna |
| 44. Markiewicz | Iwona |
| 45. Mucha | Katarzyna |

REJON WYBORCZY NR XI

- | | |
|----------|------------|
| 46. Glin | Małgorzata |
| 47. Kryś | Danuta |

REJON WYBORCZY NR XII

- | | |
|--------------|-------|
| 48. Preś | Ewa |
| 49. Szymanek | Maria |

REJON WYBORCZY NR XIII

- | | |
|------------|-----------|
| 50. Gardoń | Magdalena |
|------------|-----------|

REJON WYBORCZY NR XIV

- | | |
|-------------|-------|
| 51. Nowak | Ewa |
| 52. Puchała | Beata |
| 53. Wilk | Aneta |

REJON WYBORCZY NR XV

- | | |
|------------------|----------|
| 54. Garus- Kmieć | Jolanta |
| 55. Krupińska | Elżbieta |
| 56. Macherzyńska | Renata |
| 57. Napora | Renata |
| 58. Piekielek | Ewa |
| 59. Stopa | Aniela |
| 60. Szczerbak | Beata |

REJON WYBORCZY NR XVI

- | | |
|---------------|-----------|
| 61. Chrzęstek | Andrzej |
| 62. Hebda | Agnieszka |
| 63. Grocka | Joanna |
| 64. Kapuścik | Jadwiga |

REJON WYBORCZY NR XVII

- | | |
|--------------|-----------|
| 65. Cholewa | Katarzyna |
| 66. Hadrosek | Katarzyna |
| 67. Pudlik | Jacek |

REJON WYBORCZY NR XVIII

- | | |
|-----------------------|-------|
| 68. Borszcz | Roman |
| 69. Michnal-Konieczna | Aneta |

REJON WYBORCZY NR XIX

- | | |
|----------------|-----------|
| 70. Bednarczyk | Zbigniew |
| 71. Kiszkiś | Wioletta |
| 72. Kucharska | Wioletta |
| 73. Kurzyńska | Halina |
| 74. Pluta | Dorota |
| 75. Szykowna | Katarzyna |

REJON WYBORCZY NR XX

- | | |
|---------------|---------|
| 76. Belicka | Urszula |
| 77. Błaszczyc | Renata |
| 78. Bulska | Barbara |
| 79. Głąb | Jadwiga |
| 80. Kowalska | Wanda |
| 81. Lula | Ewa |

REJON WYBORCZY NR XXI

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 82. Kaczmarzyk | Wioletta |
| 83. Łoniewska-Lichterowicz | Danuta |
| 84. Pękalska | Agnieszka |

REJON WYBORCZY NR XXII

- | | |
|-----------------|---------|
| 85. Maniszewska | Marzena |
| 86. Mróz | Anna |

REJON WYBORCZY NR XXIII

- | | |
|-----------------|---------|
| 87. Kwiatkowska | Marzena |
|-----------------|---------|

REJONY WYBORCZE OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE VII KADENCJI NA LATA 2015-2019

I REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/108
2. Regionalne Centrum Krwiodawstwa 42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/108

II REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 42- 200 Częstochowa, ul. PCK 1
2. LUX-MED. 42- 200 Częstochowa, ul. PCK 1

III REJON WYBORCZY obejmuje :

1. SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony 42-200 Częstochowa ul. Bony 1/3

IV REJON WYBORCZY obejmuje :

2. SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony 42-200 Częstochowa ul. Mickiewicza 12

3. Częstochowskie Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyń im. Polonii Świata 42-200 Częstochowa ul. Mickiewicza 2

V REJON WYBORCZY obejmuje :

1. SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony 42-200 Częstochowa ul. Mirowska 15
2. Centrum Dializ Fresenius 42-202 Częstochowa, Mirowska 15
3. Areszt Śledczy 42-200 Częstochowa, ul. Mirowska 22
4. Centrum Medyczne Małgorzata 42-202 Częstochowa, ul. Warszawska 30

VI REJON WYBORCZY obejmuje:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 42-200 Częstochowa, ul. Al. Pokoju 44 (Szpital „Hutniczy”)
2. NZOZ Centrum Medyczne „Amicus” 42-200 Częstochowa Al. Pokoju 44

3. OLMED SP Z O.O, 42-200 Częstochowa ul. Olsztyńska 68
4. CORMED SP Z O.O, 42-200 Częstochowa Al. Pokoju 3

VII REJON WYBORCZY obejmuje:

1. SPZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego 42-200 Częstochowa ul. Kilińskiego 1
2. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Katowice oddział zamiejscowy w Częstochowie ul. Jasnogórska 15a
3. NZOZ Przychodnia Nadrzeczna, 42-200 Częstochowa ul. Nadrzeczna 34
4. NZOZ Medicus s.c. 42-200 Częstochowa ,ul. Mostowa 14
5. Przychodnia Specjalistyczna „Inter – Optica” ZOZ 42-200 Częstochowa, ul. Berka Joselewicza 7
6. Przychodnia Lekarska „Salus” 42-200 Częstochowa, ul. Targowa 29,
7. Przychodnia Lekarska ZUS 42-200 Częstochowa ul. Dąbrowskiego 43/45
8. ENION GRUPA TAURON S.A. Przychodnia Lekarska im. Maksymiliana Marii Kolbego 42-201 Częstochowa, ul. Armii Krajowej 5.

VIII REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Sanus NzoZ Przych. Lek. 42-200 Częstochowa, ul. Kopernika 45
2. Nasza Przychodnia NzoZ Przych. Lek. 42-200 Częstochowa, ul. Wolności 46
3. Prywatna Przychodnia „JANIK - MED” 42-200 Częstochowa, ul. NMP 14
4. Dom Małych Dzieci 42-200 Częstochowa, ul. Kazimierza 1
5. Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej Nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą 42-200 Częstochowa, ul. Sobieskiego 7a
6. Stowarzyszenie Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży „NASZE DZIECI” 42-200 Częstochowa, ul. Wolności 46
7. Przychodnia Lekarzy Specjalistów „JANIK – MED 2” 42-200 Częstochowa, ul. NMP 62
8. NZOZ Przych. Lek. 42-200 Częstochowa, ul. Zana 6
9. Specjalny Ośrodek Wychowawczy 42-200 Częstochowa, ul. Kubiny 10/12
10. Zakład Lecznico – Wychowawczy 42-200 Częstochowa, ul. Św. Barbary 9/11
11. Specjalistyczno – Diagnostyczny Ośrodek Zdrowia 42-200 Częstochowa, ul. Sobieskiego 84

IX REJON WYBORCZY obejmuje:

1. ZOZ MSWiA im. sierż. Grzegorza Załogi, 42-200 Częstochowa, ul. Kopernika 38
2. NZOZ Specjalistyczne Poradnie Lekarskie „Pro-Palium” 42-200 Częstochowa, ul. Kopernika 34
3. NZOZ „Iko-med” 42-200 Częstochowa, ul. Kopernika 38
4. S.C.M. „Spec-med” 42-200 Częstochowa, al. Wolności 14
5. Prywatne Centrum Medyczne „Medyk Centrum” 42-200 Częstochowa, ul. Wolności 2
6. NZOZ Przychodnia Lekarska 42-200 Częstochowa, ul. Kordeckiego 49
7. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych 42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25
8. Prywatne Centrum Usług Medycznych "Ako-Med" 42-200 Częstochowa, Kopernika 38/7
9. Samodzielny Pododdział Prewencji Policji 42-200 Częstochowa, ul. Legionów 26

X REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Zespół Opieki Paliatywnej PALIUM 42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45a
2. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, 42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45 a

3. Hosp-Med. Sp. z o.o. Częstochowa, Al. Wolności 68 (dawny Niepubliczny Zakład Pomocy i Opieki Pielęgniarskiej PALIUM, 42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45a, NZOZ Zakład Opieki Paliatywnej „Palium” 42-300 Myszków, ul. Partyzantów 21, NZOZ Zespół Opieki Paliatywnej „Palium” 42-700 Lubliniec ,ul. Oleska 18a)
4. Stacja Opieki Pielęgniarskiej CARITAS, 42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 15/17
5. Caritas Archidiecezji Częstochowskiej, 42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 15/17
6. I-Med , 42-200 Częstochowa, ul. Kopernika 10/12
7. Przychodnia Lekarska „Święta Rodzina”, 42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 15/17,
8. ZOZ Zgromadzenia Sióstr Honoratek, 42-200 Częstochowa, ul. Ogrodowa 35
9. DPS 42-200 Częstochowa, ul. Wesola 14
10. DPS PW Św. Antoniego 42-200 Częstochowa, ul. Wieluńska 42
11. Dom Pomocy Społecznej 42-200 Częstochowa, ul. Kontkiewiczza 2
12. DPS Zgromadzenie Braci Albertynów 42-200 Częstochowa, ul. Św. Jadwigi 84/86.

XI REJON WYBORCZY obejmuje:

1. NZOZ Przychodnia Lekarska Specjalistyczna „Medar” Sp.z o.o. 42-200 Częstochowa, ul.1-go Maja 21
2. Przychodnia Rehabilitacyjna „Metal-Union” sp.z o.o. 42-200 Częstochowa, ul. Żyzna 11
3. NZOZ Przychodnia Lekarska „Profil-med” 42-200 Częstochowa ul. Orzechowa 14
4. NZOZ Przychodnia Lekarska „Nasze Zdrowie” 42-200 Częstochowa, ul. Orłowskiego
5. AVAMED 42-200 Częstochowa, ul. Powstańców Śląskich 7A
6. Przychodnia Lekarska „Południe” 42-200 Częstochowa, ul. Mireckiego 29a
7. Piastowska Med, 42-200 Częstochowa, ul. Piastowska 80/82
8. Uniwersum SZZ 42-200 Częstochowa ul. Legionów 63
9. NZOZ Centrum Zdrowia Psychicznego Egomedita 42-200 Częstochowa, ul. Orkana 139b
10. NZOZ Przychodnia Lekarska WRZOSOWIAK SP Z O.O 42-200 Częstochowa ul. Orkana 61/67
11. Młodzieżowe Centrum Profilaktyczno-Rehabilitacyjne dla Dzieci i Młodzieży Uzależnionej 42-200 Częstochowa, ul. Rejtana 7b
12. Specjalistyczna Przychodnia Lekarska „Nowomed” 42-200 Częstochowa, ul. Bohaterów Katynia 25a/4
13. Przychodnia Lekarza Rodzinnego „Lek-med” 42-200 Częstochowa ul. Jagiellońska 167/169
14. NZOZ Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” S.C. 42-200 Częstochowa, ul. Łukasieńskiego 42/48
15. NZOZ Przychodnia Lekarska „Hipokrates” 42-200 Częstochowa, ul. Stroma 14 .

XII REJON WYBORCZY obejmuje:

1. NZOZ Przychodnia Księżycowa 42-200 Częstochowa ul. Księżycowa 5
2. Stowarzyszenie Pielęgniarsko- Opiekuńcze „Z ufnością w trzecie Tysiąclecie” 42-200 Częstochowa ul. Michałowskiego 30
3. Zespół Szkół im. Dr Wł. Biegańskiego 42-200 Częstochowa, ul. Dąbrowskiego 75
4. NZOZ Przychodnia Lekarska „Nord Med” 42-200 Częstochowa, ul. Michałowskiego 6
5. Żłobek Miejski 42-200 Częstochowa, al. Armii Krajowej 66A
6. Przychodnia „Północ” 42-200 Częstochowa, ul. Andersa 12

7. NZOZ PMR 42-200 Częstochowa, ul. Konarskiego 6 m. 1
8. NOZ 42-200 Częstochowa, ul. Kiedrzyńska 81 A
9. NZOZ Przychodnia Lekarska „Spółdzielczość” 42-200 Częstochowa, al. Armii Krajowej 2
10. Poradnia Medycyny Rodzinnej 42-200 Częstochowa al. Armii Krajowej 36
11. Specjalistyczne Centrum Stomatologiczne 42-200 Częstochowa ul. Armii Krajowej 68a
12. Przychodnia Lekarska 42-200 Częstochowa, ul. Warszawska 347
13. NZOZ Przychodnia Lekarska „Medicom” 42-200 Częstochowa ul. Pużaka 5
14. Zakład Podstawowej i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej „Kombimed” 42-200 Częstochowa, ul. Dekabrystów 17/19
15. Przychodnia Lekarska „Multi – Med.” 42-200 Częstochowa ul. Dekabrystów 41
16. Specjalistyczna Przychodnia Lekarska „Medix” s.c. 42-200 Częstochowa, ul. PCK 2c,
17. Prywatna Przychodnia Specjalistyczna „Gin-Kor” 42-200 Częstochowa, ul. Nałkowskiej 11

XIII REJON WYBORCZY obejmuje:

1. NZOZ Przychodnia Lekarska 42-200 Częstochowa, ul. Rocha 250
2. Zakład Rehabilitacji Leczniczej sp.z o.o. 42-200 Częstochowa ul. Łódzka 33
3. NZOZ Przychodnia Lekarska Ars- Medica 42-200 Częstochowa ul. Mościckiego 7
4. EUROMED 42-200 Częstochowa ul. Wielkoborska 37/41
5. NZOZ LEGE ARTIS 42-200 Częstochowa ul. Kutnowska 4
6. NZOZ Złota Przychodnia 42-200 Częstochowa, ul. Łódzka 140
7. Redakcja i Administracja Tygodnika Niedziela 42-200 Częstochowa, ul. 3 Maja
8. NZOZ Przychodnia Rodzinna „Euro-med” 42-200 Częstochowa, ul. 3 Maja
9. Przychodnia Specjalistyczna „MED.-JAN” 42-200 Częstochowa, ul. Spartakusa 1
10. Indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarskie i położnicze.

XIV REJON WYBORCZY obejmuje:

1. Szpital im. Rudolfa Weigla w Blachowni 42-290 Blachownia, ul. Sosnowa 16
2. Przychodnia Lekarska „Blamed” sp. z o.o. 42-290 Blachownia, ul. Sienkiewicza 4
3. NZOZ Ośrodek Zdrowia Kolonia-Łojki 42-290 Blachownia ul. Długa 50
4. Dom Pomocy Społecznej 42-290 Blachownia, ul. Sienkiewicza 6
5. Gminny Ośrodek Zdrowia 42-274 Konopiska, ul. Lipowa 3
6. Zakład Karny 42-284 Herby, ul. Krótka 28
7. Spółdzielnia Inwalidów 42-290 Blachownia, ul. Parkowa 7
8. Gimnazjum im. J. Korczaka Zespół Szkół 42-290 Blachownia, ul. Bankowa 13
9. Zakład Usług Medycznych ALMED 42-274 Konopiska, Aleksandria 1 ul. Gościnną 33
10. Przychodnia Medycyny Rodzinnej „Skor –Med.” 42-284 Herby, ul. Powstańców Śl. 4.

XV REJON WYBORCZY obejmuje :

1. SP Zespół Opieki Zdrowotnej 42-100 Kłobuck, ul. 11 Listopada 5c
2. SP Ośrodek Terapii Uzależnień 42-164 Parzymiechy, ul. Częstochowska 1

3. NZOZ Przychodnia Lekarska „Polmet” 42-160 Krzepice, ul. Rolnicza 1
4. ZPCH „DELIC - POL” S.A. 42-125 Kamyk, ul. Grunwaldzka 8
5. Przedsiębiorstwo Wielobranżowe QUATRO Grabara Janik S.J. 42-140 Panki, Praszczuki 62b
6. ZPCH „HEROS” 42- 100 Kłobuck, ul. 11 Listopada 92
7. ZPCH „DOREX” 42-133 Węglowice, ul. Sportowa 7
8. ZPCH „JAPART” 42-140 Panki, ul. Tysiąclecia 32
9. ZPCH „EKOMEX” 42-140 Panki, ul. Częstochowska 49a
10. ZPCH „MASKPOL” S.A. 42-140 Panki, ul. Konieczki
11. NZOZ „NOVO- MED, Jolanta Garus- Kmieć 42-100 Kłobuck, ul. Staszica 28
12. NZOZ „PULS-MED” 42- 100 Kłobuck, ul. 11 Listopada 5A
13. NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Paweł Szyda 42- 100 Kłobuck, ul. 11 Listopada 5A
14. NZOZ Magdalena Mroźkiewicz- Salamon 42- 100 Kłobuck, ul. 11 Listopada 5A
15. NZOZ „OTO-MEDICUS” 42- 100 Kłobuck, ul. 11 Listopada 5A
16. Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny 42-100 Kłobuck, ul. Staszica 28

XVI REJON WYBORCZY obejmuje :

1. SP Zakład Opieki Zdrowotnej 42- 700 Lubliniec, ul. Sobieskiego 9
2. Zakład Karny 42- 700 Lubliniec, ul. Jana III Sobieskiego 6
3. Ambulatorium z Izbą Chorych P ZOZ Jednostka Wojskowa 42 – 700 Lubliniec ul. Sobieskiego 35
4. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna 42-700 Lubliniec, ul. Dworcowa 17.

XVII REJON WYBORCZY obejmuje:

1. Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjny dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej 42-700 Lubliniec Rusinowice, ul. Zielona 23
2. Międzyzakładowa Przychodnia Rehabilitacyjna Spółdzielnia Inwalidów „Polimer” 42-700 Lubliniec, ul. Powstańców Śląskich 81
3. Prywatne Centrum Usług Medycznych „Ako – Med.” 42-700 Lubliniec, ul. Mickiewicza 14
4. Przychodnia Medycyny Rodzinnej 42 – 790 Sieraków Śląski ul. Wyzwolenia 4
5. Zakładowa Niepubliczna Przychodnia Lekarska przy „TurboCare” 42 – 701 Lubliniec ul. Powstańców 85
6. Przychodnia Lekarska przy Zakładach Metalowych „Kozamex” 42-714 Lisów ul. Częstochowska 19
7. NZOZ Przychodnia Lekarska w Lisowie 42-714 Lisów, ul. Stawowa 65D
8. Zespół Poradni Specjalistycznych „Integra” s.c. 42- 700 Lubliniec, ul. Karola Miarki 15 h
9. Przychodnia Lekarska „Medyk” s.c. 42-700 Lubliniec, ul. Majdanek 6
10. Przychodnia Medycyny Rodzinnej 42-793 Ciasna, ul. Nowa 1a
11. Grupowa Praktyka Lekarzy Poradnia Med. Rodzinnej 42 -793 Ciasna, ul. Zjednoczona 67c
12. Przychodnia Medycyny Rodzinnej 42-713 Kochanowice, ul. Lubliniecka 2B
13. Przychodnia Lekarska „Medika” s.c. 42-772 Pawonków, ul. Skrzydłowska 12
14. Stacje Opieki „Caritas” Diecezji Gliwickiej 42-772 Pawonków, ul. Lubliniecka 18
15. NZOZ „Medicus” s.c. 42-288 Strzebiń, ul. Lubliniecka 38
16. NZOZ „Oko-Med” Poradnia Okulistyczna, Poradnia Laryngologiczna, 42-700 Lubliniec, ul. Sobieskiego 9
17. NZOZ Ośrodek Lecznico Rehabilitacyjny” 42-286 Koszęcin, ul. Sobieskiego 8

18. NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej „ADAMED” Adam Konina 42-286 Koszęcin, ul. Ligonja 11 d
19. GZOZ 42-289 Woźniki, ul. Dworcowa 21
20. Zespół Opieki Zdrowotnej „TORMED” 42-700 Lubliniec, ul. Wyszyńskiego 43
21. NZOZ Przychodnia Lekarska „Salus” 42-700 Lubliniec, ul. Oleska 23
22. NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej 42-283 Boronów, ul. Poznańska 1

XVIII REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Dom Pomocy Społecznej 42-700 Lubliniec, ul. Kochcicka 14
2. Dom Pomocy Społecznej w Lublińcu filia 42-286 Koszęcin, ul. Dąbrówki 1
3. Dom Pomocy Społecznej „Dom Kombatanta” 42-700 Lubliniec, ul. Cyrana 10
4. Oddział Rehabilitacji Balleontologii i Medycyny Fizykalnej 42-713 Kochcice ul. Zamkowa 1.

XIX REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny 42-700 Lubliniec, ul. Grunwaldzka 48,
2. Zespół Szkół Ogólnokształcących i Medycznych 42-700 Lubliniec, ul. Grunwaldzka 48.

XX REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Ośrodek Zdrowia 42-295 Koziegłowych, ul. 3 Maja 25
2. SP ZOZ 42 – 300 Myszków, ul. Wolności 29,
3. Specjalistyczna Przychodnia Rejonowa Nr 2 42-300 Myszków, ul. Partyzantów 21
4. Specjalistyczna Przychodnia Rejonowa Nr 1 42-300 Myszków, ul. Strażacka 45.

XXI REJON WYBORCZY obejmuje :

1. Ośrodek Zdrowia 42- 295 Koziegłowy ul. 3 Maja 25
2. NZOZ Przychodnia Lekarska „Medicor” SPOŁKA JAWNA 42-300 Myszków ul. Kościuszki 27
3. Centrum Medyczne „Almed” s.c. 42- 300 Myszków ul. Kościuszki 27 C,D,E,
4. SP ZOZ 42-310 Żarki ul. Kościuszki 3
5. SP Zakład Opieki Zdrowotnej 42-360 Niegowa ul. Bankowa 30,
6. Grupowa Praktyka Pielęgniarska „Szkol-Med.” s.c. 42-300 Myszków ul. Kościuszki 30
7. NZOZ Przychodnia Zdrowia „Światowit ” 42- 300 Myszków ul. 1-go Maja 130
8. NZOZ „Klinika Św. Moniki” 42-300 Myszków ul. Wolności
9. SP ZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia 42-360 Poraj ul. 3-go Maja 25,
10. Przychodnia Specjalistyczna „Andre-Med.” 42-295 Koziegłowy ul. Częstochowska 31,
11. NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej „Rodzina” 42- 300 Myszków, ul. Traugutta 41
12. Przychodnia Lekarska s. s. Grażyna Bernacka i Jarosław Bernacki 42-350 Pińczyce ul. Jedyna 6
13. NZOZ PMR Anna Słota 42-300 Myszków ul. Sikorskiego 71
14. Dom Pomocy Społecznej im. Brata Alberta 42-360 Poraj, ul. Jasna 6
15. NZOL Złota Jesień 42-130 Zaborze ul. Olsztyńska 37
16. Centrum Pielęgniarstwa i Opieki Długoterminowej Danuta Łoniewska, 42-300 Myszków ul. Pułaskiego 7
17. NZOZ Przychodnia „Wierzchovina” 42-300 Myszków ul. Sucharskiego 20a
18. Dom Dziennego Pobytu dla Psychiczenie Chorych 42-300 Myszków ul. Gałczyńskiego 14

19. Dom Dziennego Pobytu dla Psychiczenie Chorych 42-300 Myszków ul. Millenium 19.

XXII REJON WYBORCZY obejmuje:

1. Gminny Zespół Ośrodków Zdrowia 42-256 Olsztyn ul. Pl. Piłsudskiego 8
2. SPZOZ Zespół Ośrodków Zdrowia Gminy 42-253 Janów ul. Leśna 3
3. Ośrodek Rehabilitacyjno- Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania” 42-244 Mstów ul. Leśna 15/17
4. NZOZ Przychodnia Lekarska 42-270 Dąbrowa Zielona ul. Plac Kościuszki 47
5. NZOZ Przychodnia Lekarska 42-265 Soborzyce ul. Strażacka 4,
6. NZOZ Poradnia Stomatologiczna 42- 256 Olsztyn, Kusieja 341,
7. NZOZ Zakład Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im .J. Pawła II 42-256, Olsztyn ul. Mstowska 52
8. Dom Pomocy Społecznej w Turowie 42-256 Turów ul. Joachimowska 85
9. Dom Pomocy Społecznej 42-235 Lelów ul. Szczekocińska 19
10. Gminny Ośrodek Zdrowia 42-235 Lelów ul. Szczekocińska 18
11. Zespół Ośrodków Zdrowia „Kampolmed” Sp. zoo 42-260 Kamienica Polska ul. Konopnickiej 12,
12. Gminny Zespół Ośrodków Zdrowia 42-262 Poczesna, ul. Szkolna 3
13. "El-Med" Niepubliczny Zakład Usług Pielęgniacyjnych i Rehabilitacyjnych 42-230 Koniecpol, Radoszewnica, ul. Koniecpolska 90
14. NZOZ Przychodnia Lekarska B. Malina, 42-256 Olsztyn, ul. Żwirki i Wigury 36.

XXIII REJON WYBORCZY obejmuje:

1. Przychodnia Lekarska 42-263 Wrzosowa, ul. Strażacka 27
2. Przychodnia Medycyny Rodzinnej 42-277 Garnek, ul. Główna 7
3. Przychodnia Lekarska 42-233 Mykanów, ul. Cicha 74
4. Przychodnia Lekarska Cykarzew Stary 42-231, ul. Częstochowska 23
5. Przychodnia Lekarska „Optima” 42-242 Rędziny, ul. Działkowiczów 20
6. Ośrodek Zdrowia 42-223 Lubojna, ul. Częstochowska 27
7. Przychodnia Medycyny Rodzinnej 42-270 Kłomnice, ul. Sądowa 27
8. NZOZ Przychodnia Lekarska 42- 282 Kruszyna, ul. Kmicica 10
9. NZOZ Przychodnia Lekarska 42- 270 Kłomnice, ul. Strażacka 18,
10. NZOZ Przychodnia Lekarska 42-233 Mykanów, Czarny -Las ul. Częstochowska 139
11. Przychodnia Medycyny Rodzinnej 42-230 Borowno ul. Armii Ludowej 10
12. SPZOZ Przychodnia Rejonowa 42-230 Koniecpol, ul. Rynek 29
13. Prywatne Centrum Usług Medycznych „Akomed” 42-230 Koniecpol ul. Zamkowa 1
14. NZOZ Przychodnia Lekarska „Vita” 42-230 Koniecpol, ul. Zamkowa 1
15. NZOZ Przychodnia Lekarska „Witamina” 42-230 Koniecpol, ul. Zamkowa 1a
16. NZOZ Ośrodek Zdrowia 42-248 Przyrów, ul. Świętego Mikołaja 47
17. SPZOZ Zespół Ośrodków Zdrowia Gminy 42-244 Mstów, ul. Wolności 58

18. NZOZ Przychodnia Lekarska „Vena” 42-244 Mstów ul. 16 Stycznia 14
19. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Ogólna 42- 250 Sygontka, ul. Kościelna 2
20. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska Agata i Paweł Dydoń s. c.42-242 Rędziny, ul. Działkowiczów 20
21. Przychodnia lekarska s.c. NZOZ. Dydoń A.P. ul. Strażacka 1, 42-240 Rudniki
22. Poradnia kardiologiczna - Przychodnia Lekarska lek. med. Agata i Paweł Dydoń s. c. 42-240 Kościelec
23. Punkt Medyczny 42-231 Rybna, ul. Główna 7 ■



Konsultant krajowy

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę leków odczulających w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej

Leczenie odczulające wykonuje się preparatami do alergicznej immunoterapii swoistej, które są lekami silnie działającym, bowiem istnieje możliwość występowania po ich podaniu powikłań takich jak wstrząs anafilaktyczny i zgon. Wskazaniem do ich podawania są wybrane choroby alergiczne.

Do podawania alergenowej immunoterapii swoistej uprawnieni są lekarze z kwalifikacjami w dziedzinie alergologii, wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu tego typu leczenia. Przy podawaniu leków obowiązuje zasada przestrzegania zaleceń producenta, zasad kwalifikacji do leczenia, wyboru preparatu i monitorowania leczenia. Biorąc pod uwagę zagrożenia związane z leczeniem Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Alergologicznego opracował szczegółowe warunki prowadzenia alergenowej immunoterapii swoistej, które zostały zamieszczone w części I Standardów w Alergologii.

Zgodnie z zasadami kontraktowania świadczeń zdrowotnych podawanie alergenowej immunoterapii wchodzi w zakres badania lekarskiego i należy do uprawnień lekarza.

Pielęgniarka bez względu na poziom i rodzaj ukończonego kształcenia nie jest uprawniona do podawania wyżej wymienionych leków.

Przedstawione stanowisko jest zgodne ze stanowiskiem konsultanta krajowego oraz województwa małopolskiego w dziedzinie alergologii. ■

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa



Opinie prawne

Czy absolwent studiów na kierunku położnictwo może pracować w żłobku lub klubie dziecięcym?

Absolwent studiów na kierunku położnictwo po stwierdzeniu prawa wykonywania zawodu położnej przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych właściwą ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu może ubiegać się o pracę w żłobku lub klubie dziecięcym.

Zgodnie z Art. 5 ust. 2 pkt 8 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej za wykonywanie zawodu przez położną w żłobku uznawane jest wyłącznie zatrudnienie na stanowisku położnej, o którym mowa w Art. 15 ust. 3 Ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 i brzmi następująco: „W żłobku, do którego uczęszcza więcej niż dwadzieścioro dzieci, zatrudnia się przynajmniej jedną pielęgniarkę lub położną”.

Powyższe oznacza, iż praca położnej na innym stanowisku (np. jako opiekun w żłobku lub klubie dziecięcym) nie będzie stanowić wykonywania zawodu położnej i tym samym może powstać wobec takiej osoby obowiązek odbycia przeszkolenia po 5 latach przerwy w wykonywaniu zawodu w okresie ostatnich 6 lat zgodnie z Art. 26 ust. 1 cyt. Ustawy, który brzmi: „Pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy (...)”.

Podsumowanie:

Położna, wykonując swój zawód, może pracować w żłobku wyłącznie na stanowisku położnej. ■

Dział Merytoryczny
NIPiP

Kiedy pielęgniarce przysługuje urlop szkoleniowy?

Zgodnie z normą art. 66 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. jedn. Dz. U. z 2014, poz. 1435 z późn.zm.) kształceniem podyplomowym pielęgniarek jest:

- 1) szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej "specjalizacją";
- 2) kurs kwalifikacyjny;
- 3) kurs specjalistyczny;
- 4) kurs dokształcający.

Pielęgniarka zatrudniona na podstawie umowy o pracę odbywa kształcenie podyplomowe na swój wniosek, na podstawie wydanego przez pracodawcę skierowania lub bez skierowania, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia.

Pielęgniarka, która podejmie kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę przysługują płatne zwolnienia z części dnia pracy i urlop szkoleniowy w wymiarze do 28 dni roboczych ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.

Pracodawca może przyznać pielęgniarce także dodatkowe świadczenia, w szczególności:

1. zwrócić koszty przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia na zasadach obowiązujących przy podróżach służbowych na obszarze kraju, o ile nauka odbywa się w innej miejscowości niż miejsce zamieszkania i miejsce pracy pracownika;
2. pokryć opłaty za naukę pobierane przez organizatora kształcenia;
3. udzielić dodatkowego urlopu szkoleniowego.

Pielęgniarka podejmującej kształcenie podyplomowe bez skierowania wydanego przez pracodawcę, może być udzielony bezpłatny urlop i zwolnienie z części dnia pracy, bez zachowania prawa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia między pracodawcą a pracownikiem. Okres takiego bezpłatnego urlopu wlicza się do okresu zatrudnienia u danego pracodawcy w zakresie uprawnień wynikających Kodeksu pracy.



Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, przystępujących do egzaminu państwowego, w wyniku którego uzyskują tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia wynosi do 6 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego i egzaminów.

Reasumując: Pielęgniarka ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. To, czy pielęgniarka zatrudniona na podstawie umowy o pracę otrzyma urlop szkoleniowy zależy od tego czy będzie odbywać kształcenie na podstawie skierowania pracodawcy lub od jego dobrej woli.

Podstawa prawna: art. 61-66 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. jedn. Dz. U. z 2014., poz. 1435 z późn. zm.) ■

Minister Zdrowia



Ministerstwo Zdrowia

08.09.2015

MINISTER ZDROWIA: SĄ PODWYŻKI DLA PIELEŃNIAREK OD WRZEŚNIA 2015. ZAREZERWOWANE SĄ ŚRODKI W BUDŻECIE NA 2015 - 2016 r. ORAZ WPROWADZONYCH JEST WIELE SYSTEMOWYCH ROZWIĄZAŃ

Ministerstwo Zdrowia, doceniając rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, podejmuje szczególnie intensywne, wielokierunkowe działania, aby spowodować zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych, a także poprawić status materialny pielęgniarek i położnych, stosownie do finansowych możliwości budżetu państwa i płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, uwzględniając jednak także potrzeby innych zawodów medycznych.

Cieszy nas fakt, że w przesłanym 26 sierpnia do Ministerstwa Zdrowia stanowisku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, po ponad dwumiesięcznych negocjacjach ze zrozumieniem stwierdziła, że proponowany wzrost wynagrodzeń, pomimo że jest niższy od oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych, jest możliwy do spełnienia cyt.: „rozumiemy jako realny i możliwy do wprowadzenia od 1 września 2015 roku”.

Pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 26 sierpnia.

Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia zaplanowały na podwyżki dla pielęgniarek i położnych następujące kwoty:

- około 228 mln zł - w 2015 roku
- około 808 mln zł - do końca 2016 roku
- około 1,5 mld zł - w 2017 roku

Łącznie jest to kwota w wysokości około 2,5 mld zł.

Jednocześnie informujemy, że w pozostałych obszarach będących przedmiotem negocjacji Ministra Zdrowia ze środowiskiem pielęgniarek i położnych zostały podjęte bądź będą realizowane następujące działania:

1. Minister Zdrowia, na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, wydał w dniu 8 września 2015 roku nowe rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, określające między innymi mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdro-

wotnej udzielane przez pielęgniarki i położne. Skutkuje to możliwościami wprowadzenia podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w ramach umowy z NFZ już od września br. w kwocie średnio 300 zł na etat. Decyzja należy do dyrektora podmiotu leczniczego w uzgodnieniu z reprezentacją pielęgniarek i położnych z zaleceniem uwzględnienia doświadczenia, umiejętności i kompetencji jako kryterium;

2. Minister Zdrowia dokona nowelizacji rozporządzeń wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) zwanej dalej „ustawą”, w zakresie doprecyzowania kwalifikacji i liczby pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach;
3. Minister Zdrowia, na podstawie znowelizowanego art. 148 ust. 3 ustawy wyda rozporządzenie w sprawie szczególnych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
4. Prezes NFZ wyda zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie warunków rozliczania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne.
5. Podwyżkami wynagrodzeń, o których mowa powyżej, zostaną objęte pielęgniarki i położne udzielające świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców mających zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ;
6. Strony podejmą możliwe działania, w szczególności legislacyjne i organizacyjne, w celu zagwarantowania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, które w perspektywie nie dłuższej niż 5 lat (to jest do końca 2020 r.) pozwoli wraz ze wzrostem wynagrodzeń, o których mowa wcześniej, na uzyskanie średniego wzrostu wynagrodzenia w przeliczeniu na etat pielęgniarki i położnej w wysokości 1.500 zł brutto (to jest w okresie 1 września 2015 r.- 31 grudnia 2020 r.).
7. Ministerstwo Zdrowia w dialogu ze środowiskiem rekomenduje celowość włączenia pielęgniarki i położnej także do obszaru badań naukowych i wdrożeniowych jako wyraz awansu zawodowego, ale także wzorem krajów rozwiniętych jako dodatkowe źródło dochodu.
8. Przypominamy także, że dzięki staraniom Ministerstwa Zdrowia pozyskano i wykorzystano środki unijne na rozwój i kształcenie pielęgniarek i położnych w wysokości 250 mln w latach 2007-2013 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Ponadto do wykorzystania w roku bieżącym i kolejnych wynegocjowano dodatkowo aż 450 mln zł przeznaczonych na kształcenie przed i podyplomowe pielęgniarek i położnych.
Pismo Ministra Zdrowia z 31 sierpnia (odpowiedź dla NIPiP).
9. Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i środowisko pielęgniarek i położnych reprezentowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w dniu 8 września 2015 podpisało rekomendacje zawarte w dokumencie pt: „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarstwa i położnicze - rekomendacje i ich realizacja”. Dokument dostępny w komunikacie: Kierownictwo MZ zaakceptowało dokument „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarstwa i położnicze - rekomendacje i ich realizacja.”
10. Strony zobowiązały się, że do 15 października tego roku uzgodnią ostateczną treść ww. dokumentu oraz harmonogram wdrażania rekomendacji.



Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby zawarte w tym miejscu dane były rzetelne, wyczerpujące i aktualne. Jednak mają one charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą stanowić podstawy do jakichkolwiek roszczeń. ■

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 26 sierpnia 2015 r.

Pan
prof. dr hab. med. Marian Zembala
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję, że w dniu 25 sierpnia 2015 r. odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, którego przedmiotem było wyrażenie stanowiska do projektu Porozumienia z dnia 21 sierpnia 2015 r. przesłanego do NRPiP przez Ministerstwo Zdrowia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zaakceptowała projektu ze względu na brak w nim zapisów gwarantujących realizację propozycji Ministerstwa Zdrowia bez względu na ewentualne zmiany polityczne i gospodarcze. Proponowany wzrost wynagrodzeń w tym roku, czyli 2015 jest za niski do oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych, ale rozumimy, że realny i możliwy do wprowadzenia od 1 września br.

Pragniemy jednak z całą mocą oświadczyć, iż wyrażamy wolę dalszych rozmów w kwestiach zmian:

- rozporządzeń zawartych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 (tzw. koszykowych);
- rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określające między innymi mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne;
- rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie warunków rozliczania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne;
- uwzględnienia udziału pielęgniarki i położnej w projektach i badaniach naukowych oraz grantach krajowych i międzynarodowych.

Jednocześnie wyrażamy przekonanie, że raport „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” opracowany przez Zespół do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalenia priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 13 z późn. zm.) zostanie zaakceptowany i przyjęty przez Ministra Zdrowia oraz będzie podstawą wspólnych działań.

Proponowany w projekcie porozumienia wzrost wynagrodzeń nie jest zgodny z rozwiązaniami postulowanymi przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Jednak ze względu na sytuację ekonomiczną pielęgniarek i położnych oczekujemy, że

zrealizowane zostaną przez Pana Ministra propozycje wzrostu wynagrodzenia od 1 września br. a rozmowy dotyczące powyższych kwestii będą kontynuowane. ■

z wyrazami szacunku
Prezes
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Minister Zdrowia
Warszawa, 2015.08.31

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych
oraz
Pielęgniarki i Położne w Polsce

Szanowna Pani Przewodnicząca
Szanowne i Drogie Panie, Panowie i Państwo

Odpowiadając na list z dnia 26 sierpnia dziękuję w imieniu własnym i współpracowników za zajęcie stanowiska, które jak przyjmujemy, jest wyrazem akceptacji dla działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia.

W szczególności dziękuję za akceptację inicjatywy uruchomienia z dniem 1 września kwoty średnio 300 zł miesięcznie (pierwszy etap) do końca tego roku oraz w wysokości 300 zł miesięcznie (drugi etap) w roku następnym dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach podległych Ministrowi Zdrowia. Dalszy ciąg podwyżek będzie możliwy w latach kolejnych, jeżeli stan finansów publicznych na to pozwoli i spotka się z akceptacją pracodawców.

Takie rozwiązania Ministra Zdrowia zostały wielokrotnie przedstawione środowisku w ramach cyklu spotkań „Polaków Zdrowia Portret Własny 2015”. W wielu miastach i województwach podczas bezpośrednich rozmów spotkały się z aprobatą jako wyraz bardzo konkretnej pomocy finansowej i widocznych reform.

Pragniemy podziękować też za wyrażoną w liście wolę dalszych rozmów. Mamy nadzieję na rozwiązanie wielu istotnych dla obu stron spraw, które systematycznie i wspólnie przygotowujemy (rozporządzenia koszykowe, rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń i inne akty prawne, m.in. regulujące rolę pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej i podnoszące jej rangę).

Warto przypomnieć, że to z inicjatywy Ministra Zdrowia zwrócono uwagę na konieczność uwzględnienia udziału pielęgniarki i położnej w projektach i badaniach naukowych, grantach krajowych i międzynarodowych. Rola pielęgniarek i położnych w tego rodzaju działalności była, jak dotąd, niedoceniana w naszym kraju, a przecież w wielu państwach stanowi źródło dodatkowego dochodu i satysfakcji z zawodowego rozwoju.

Przypominamy także z satysfakcją, że to właśnie dzięki staraniom Ministerstwa Zdrowia pozyskano i wykorzystano środki unijne na rozwój i kształcenie pielęgniarek i położnych w wysokości 250 mln zł w latach 2007-2013 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Ponadto do wykorzystania w roku bieżącym i kolejnych wynegocjowano dodatkowo aż 450 mln zł przeznaczonych na kształcenie przed i podyplomowe pielęgniarek i położnych.



Jednocześnie, odnosząc się do projektowanych przepisów dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określających między innymi mechanizmy otrzymania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, zaznaczamy, że zarówno świadczeniodawcy, jak i środowisko pielęgniarskie powinno przygotować się do sprawnego sięgnięcia po uruchomione środki. Przepisy regulujące ww. mechanizm wejdą w życie w dniu ogłoszenia, tak więc od tego dnia będzie już można podejmować czynności formalne, wskazane w rozporządzeniu dotyczące uruchomienia środków. Prace nad tymi rozwiązaniami są skoordynowane w taki sposób, aby jednocześnie ukazało się zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

Świadczeniodawcy będą mogli przystąpić do procesu uruchamiania środków na podwyżki po ogłoszeniu ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. W rozporządzeniu określono, że świadczeniodawcy będą mieli 14 dni na przekazanie danych o zatrudnionych pielęgniarkach. Po otrzymaniu danych Dyrektorzy OW NFZ w ciągu 14 dni przedstawią świadczeniodawcom propozycje aneksowania umów w tym zakresie. Po otrzymaniu propozycji aneksu świadczeniodawca w ciągu także dwóch tygodni powinien zwrócić podpisany aneks wraz z dokumentami potwierdzającymi osiągnięcie porozumienia co do sposobu podziału środków.

Podział otrzymanych środków powinien uwzględniać wiedzę, kompetencje i umiejętności pielęgniarek i położnych, ale oczywiście kwestia ta pozostaje do decyzji i oceny świadczeniodawcy. Po otrzymaniu podpisanych aneksów oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia będą miały formalną podstawę do wypłaty środków finansowych.

Założenia procedury przekazania środków finansowych świadczeniodawcom opisane powyżej przedstawiają maksymalny termin na poszczególne czynności, aby procedura przebiegła w jak najkrótszym możliwym czasie i aby środki finansowe zabezpieczone w wysokości należnej od dnia 1 września br. mogły zostać przekazane świadczeniodawcom jeszcze w październiku.

Warto wspomnieć, że powyższe działania, które mają na celu poprawę sytuacji pielęgniarek i położnych, znalazły akceptację organizacji zrzeszających pracodawców i pracowników, takich jak Business Center Club i Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych.

Środki na podwyżki zostały przez Ministerstwo Zdrowia zabezpieczone i będą możliwe do uruchomienia niezależnie od przebiegu dalszych rozmów lub ewentualnych zmian na scenie politycznej. ■

z szacunkiem
Marian Zembala

Minister Zdrowia

Warszawa, 09.09.2015

Szanowna Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Powodowany troską o losy chorych, ich bezpieczeństwo w czasie zmagania się z chorobą zwracam się z uprzejmą prośbą o wsparcie działań Ministra Zdrowia mających na celu załago-

czenie zarzewia konfliktu, którego wyrazem ma być protest środowiska pielęgniarskiego w dniu 10 września br.

Szczerze powiem, dla mnie jako lekarza oraz ministra zdrowia jest to podwójnie przykre zaskoczenie, że pomimo trzech miesięcy prowadzenia negocjacji środowisko związkowe pielęgniarstwa nie jest otwarte do kompromisu, domagając się jednoznacznie przyznania kwoty 500 zł miesięcznie w tym roku i w kolejnych najbliższych dwóch latach. Takie ultimatum stawia w bardzo trudnej sytuacji ochronę zdrowia w Polsce, kosztem nie tylko innych grup zawodowych, ale staje się także źródłem niepotrzebnego dodatkowego konfliktu.

W poczuciu odpowiedzialności za dobro leczonych, jako minister zdrowia przygotowałem propozycje podwyżki dla pielęgniarek i położnych już od września 2015 r. w kwocie średniej 300 zł miesięcznie, co w latach 2015 - 2016 daje łącznie ponad 1 mld zł ze środków NFZ. Spotykając się w kraju ze środowiskiem pielęgniarek i położnych wiem, że bardzo czekają na te środki, które stanowią uczciwy początek procesu reformy wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Będę wielce zobowiązany licząc na przychylność wobec tej inicjatywy pozbawionej politycznego wymiaru, będącej wyrazem uznania dla tego środowiska, ale też realnych możliwości budżetu Państwa.

Jednocześnie pozwalam sobie przesłać w załączeniu komunikat Ministra Zdrowia. ■

Marian Zembala

Konferencja



Konferencja „Pielęgniarka i Położna – perspektywy, zagrożenia i szanse” w ramach kampanii „Ostatni Dyżur”

W dniu 14 września 2015 roku w Sali marmurowej Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach odbyła się konferencja w ramach kampanii „Ostatni Dyżur”.

W konferencji uczestniczyli:

Minister Zdrowia - Marian Zembala

Wojewoda Śląski - Piotr Litwa

Dyrektor Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego - Ireneusz Ryszkiel

Prezes NRPiP - Grażyna Rogala-Pawelczyk

Sekretarz NRPiP - Joanna Walewander

Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie - Halina Synakiewicz

Przewodnicząca ORPiP w Bielsku-Białej - Małgorzata Szwed

Przewodnicząca ORPiP w Katowicach - Mariola Bartusek

Przewodnicząca Zarządu Regionu Śląskiego OZZPiP - Krystyna Ptok

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego - Beata Ochocka

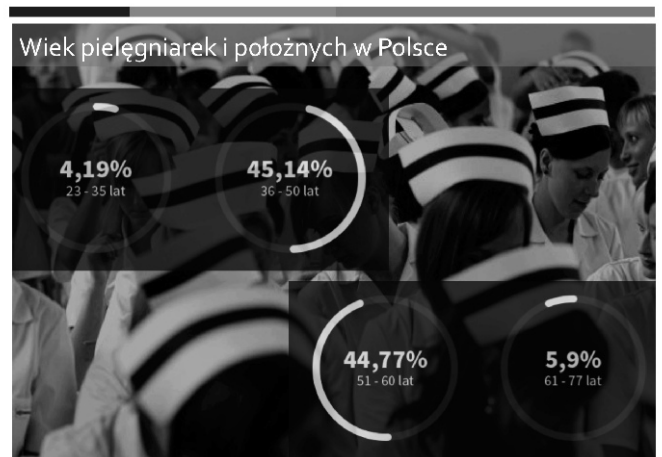
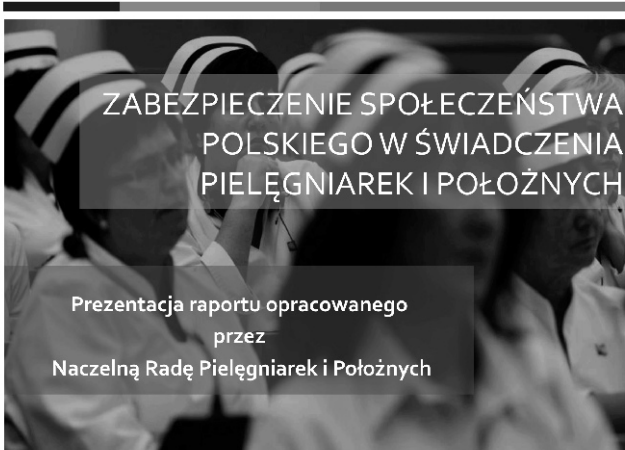
Przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych województwa śląskiego oraz zaproszone media.

Konferencję otworzyła Przewodnicząca ORPiP w Katowicach Mariola Bartusek, powitała zaproszonych gości i uczestników konferencji.

Wojewoda Śląski Piotr Litwa powitał gości w budynku Urzędu Wojewódzkiego i powiedział kilka słów na temat bardzo dobrej współpracy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych województwa śląskiego z Urzędem Wojewódzkim w Katowicach. Następnie zaprezentowano spot kampanii „Opuszczony szpital”.



Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk przedstawiła i omówiła Raport „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniariek i położnych” opracowany przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych



Przewodnicząca ORPiP w Katowicach przedstawiła prezentację p.t. „Sytuacja pielęgniarek i położnych w województwie śląskim.



Stosunek liczby aktywnych zawodowo do liczby zarejestrowanych w OIPIP w woj. śląskim w latach 2010-14

Rok	Zarejestrowani w OIPIP	Aktywni zawodowo
2010	40169	35768
2011	40606	36328
2012	41049	36787
2013	41208	36852
2014	42021	36881

Struktura wieku członków OIPIP w Częstochowie, Bielsko-Białej i Katowicach

Przedziały wiekowe	Częstochowa	Bielsko-Biała	Katowice	Razem
pow. 80 lat	1	1	10	12
79 – 70 lat	29	84	394	507
69 – 60 lat	451	849	5352	6652
59 – 50 lat	1502	1562	10290	13354
49 – 40 lat	1763	1776	11351	14890
39 – 30 lat	868	635	3321	4824
poniżej 30 lat	194	364	1171	1729

Liczba nowoprzybytych w OIPIP w Częstochowie, Bielsko-Białej i Katowicach w latach 2010-14

Rok	Częstochowa	Bielsko-Biała	Katowice	Razem
2010	52	92	384	528
2011	51	91	370	512
2012	55	111	333	499
2013	40	86	343	469
2014	71	107	439	617

Liczba wydanych zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji zawodowych dla potrzeb UE w OIPIP w Częstochowie, Bielsko-Białej i Katowicach w latach 2010-14

Rok	Częstochowa	Bielsko-Biała	Katowice	Razem
2010	17	10	1	28
2011	8	12	55	75
2012	21	13	81	115
2013	12	20	73	105
2014	25	25	114	164

Polska na tle Europy



Przewodnicząca Zarządu Regionu Śląskiego OZZPiP Krystyna Ptok omówiła kolejne etapy negocjacji z Ministerstwem Zdrowia na temat sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w kontekście wynagrodzeń.

Następnie Rzecznik Zarządu Regionu Śląskiego OZZPiP Iwona Borchulska zaprezentowała wyniki przeprowadzonej ankiety w podmiotach leczniczych województwa śląskiego dotyczącej sytuacji pielęgniarek i położnych.

Kolejną częścią konferencji było przedstawienie spotu „Pielęgniarka i Położna przez całe życie” oraz prezentacja strony internetowej www.ostatnidyzur.pl, na której znajduje się recepta do wypełnienia skierowana do decydentów.

Zapraszamy do wypełnienia recepty!

Gość konferencji Minister Zdrowia Marian Zembala omówił tok rozmów i negocjacji z przedstawicielami NRPIP oraz OZZPiP. Minister Zdrowia poinformował, że na dzień 14 września 2015r. porozumienie jeszcze nie zostało podpisane a negocjacje nadal trwają.



Na zakończenie konferencji uczestnicy mogli obejrzeć spot wirtualnej rzeczywistości (oculus) oraz mieli możliwość udzielenia wywiadów dziennikarzom biorącym udział w konferencji. ■

Notatkę sporządziła
Halina Synakiewicz

Abp Stanisław Gądecki METROPOLITA POZNAŃSKI PRZEWODNICZĄCY KONFERENCJI EPISKOPATU POLSKI

Warszawa, dnia 20 lipca 2015 r.

Szanowna Pani Prezes,
w nawiązaniu do listu z dnia 21 lipca br. (NIPiP-NRPiP-DM.0028.16.2015.AS, w sprawie Ogólnopolskiej Kampanii Społecznej „Ostatni Dyżur” chciałbym poinformować, że przekazałem informację o inicjatywie polskim biskupom diecezjalnym, którzy w dniach 25-26 sierpnia br. obradowali na Sesji Rady Biskupów Diecezjalnych na Jasnej Górze w Częstochowie. Dołączone materiały zostały przekazane wszystkim diecezjom w Polsce.

Mam nadzieję, że wspólnym wysiłkiem uda się uwrażliwić społeczeństwo na problem zmniejszającej się liczby pielęgniarek w Polsce.

Łączę wyrazy szacunku i pozdrowień w Chrystusie ■

Stanisław Gądecki
Arcybiskup Metropolita Poznański
Przewodniczący Konferencji Episkopatu Polski



Prace autorskie

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA W ASPEKcie PRZEPISÓW PRAWA”

DOKUMENTACJA MEDYCZNA REGULACJE PRAWNE

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz.U 2014, poz. 177)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U 2011 Nr 112 poz 654)

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U 2011 Nr 113 poz. 657)

DOKUMENTACJA MEDYCZNA PRZEPISY OGÓLNE

Dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji

Podmioty zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej:

- 1) Podmiot leczniczy prowadzący m.in.: szpital, zakład opiekuńczo -leczniczy, zakład rehabilitacji leczniczej, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, ambulatorium, zespół ratownictwa medycznego;
- 2) Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej;
- 3) Pielęgniarka i położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej;
- 4) Lekarz POZ, pielęgniarka lub higienistka szkolna udzielający świadczeń zdrowotnych uczniom;
- 5) Lekarz wystawiający recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Dokumentację medyczną stanowi:

- 1) Dokumentacja indywidualna – odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) Dokumentacja zbiorcza – odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) Dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych:
 - a) historia zdrowia i choroby;
 - b) historia choroby;
 - c) karta noworodka;
 - d) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
 - e) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
 - f) karta wizyty patronażowej;
 - g) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
- 2) Dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot:
 - a) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
 - b) skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację;
 - c) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska;
 - d) karta przebiegu ciąży;
 - e) karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

Dokumentacja zbiorcza

Podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi:

- 1) Dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów;
 - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć;
 - c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych;
 - d) księgi chorych oddziału;
 - e) księgi raportów lekarskich;
 - f) księgi raportów pielęgniarskich;
 - g) księgi zabiegów;
 - h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej;
 - i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej;
 - j) księgi noworodków;
 - k) księgi pracowni diagnostycznej.
- 2) Dokumentację zbiorczą zewnętrzną składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) Oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona);
 - b) datę urodzenia;
 - c) oznaczenie płci;
 - d) adres miejsca zamieszkania;
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- 2) Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 3) Opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- 4) Datę sporządzenia.

Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej zawiera:

- 1) Oznaczenie podmiotu:
 - a) nazwę podmiotu;
 - b) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - c) nazwę i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego;
 - d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne;
 - e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;
- 2) Oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:
 - a) nazwisko i imię;
 - b) tytuł zawodowy;
 - c) uzyskane specjalizacje;
 - d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej;
 - e) podpis;
- 4) Datę dokonania wpisu;
- 5) Informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
 - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży;
 - c) zalecenia;
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich;
 - e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach;
- 6) Inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej

(Dz.U 2014, poz 177)

zawiera:

- a) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- b) numer kolejny wpisu;
- c) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany;
- d) w przypadku noworodka – numer PESEL matki;
- e) w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- f) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
- g) datę dokonania wpisu;
- h) istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ zawarte w

Rozdział 7 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

- 1) Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
- 2) Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- 3) Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Dokumentację medyczną podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia również:

- 1) Podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 2) Organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- 3) Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- 4) Uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 5) Organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 6) Podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędny do prowadzenia rejestrów;
- 7) Zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- 8) Lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- 9) Szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej

- 1) Do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) Poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) Poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. W przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt.3 ustawy, należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji (na podst. Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, tekst jedn. Dz.U. z 2014r. poz. 177)

Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

- 1) Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych;
- 2) Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- 3) Maksymalna wysokość opłaty za:
 - a) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (stan na dzień 06. 06. 2015 r. wynosi 8,10 zł);
 - b) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej – odpowiednio 0,81 zł;
 - c) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa i wynosi 8,10 zł.

ZASADY PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ określone w:

Rozdział 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

(tekst jedn. Dz.U z 2014r, poz. 177)
art. 29 Ustawy o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz.U z 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

- 1) Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.
- 2) Dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.
- 3) Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.
- 4) Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot.
- 5) Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego za pokwitowaniem.
- 6) W przypadku wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą miejsce przechowywania dokumentacji wskazuje ten podmiot, a w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą – podmiot tworzący.
- 7) W przypadku gdy wykreślenie podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą następuje na podstawie art. 108 ust. 2 pkt 1–4, 6 lub 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr wzywa ten podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji w wyznaczonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji.
- 8) Jeżeli zadania podmiotu wykreślonego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przejmie inny podmiot, podmiot ten przejmuje również dokumentację.
- 9) W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lekarza w ramach praktyki lekarskiej albo zawodu pielęgniarki albo położnej w ramach praktyki pielęgniarki, położnej, odpowiednio lekarz, pielęgniarka albo położna wydają dokumentację na wniosek uprawnionych podmiotów, za pokwitowaniem.
- 10) Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatecznego wpisu, z wyjątkiem:
 - a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
 - b) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - c) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
 - d) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
- 11) Po upływie okresów przechowywania wymienionych w ustawie, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.



ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE ELEKTRONICZNEJ określone w:

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2011r. Nr 113, poz. 657)
Rozdział 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz.U z 2014r, poz. 177)

Elektroniczna dokumentacja medyczna

(art.2 ust.6 Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia)
oznacza:

- a) dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, w przypadku usługodawcy będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. 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.), apteką ogólnodostępną lub punktem aptecznym;
- b) dokumentację medyczną, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620), wytworzoną w postaci elektronicznej, zawierającą dane o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, w przypadku usługodawcy innego niż wymieniony w lit.a.

Szczególne wymagania prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej

- 1) Dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:
 - a) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
 - b) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;
 - c) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
 - d) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokonywanych przez te osoby zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 2;
 - e) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;
 - f) eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;
 - g) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.
- 2) Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:
 - a) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
 - b) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
 - c) przekazanie papierowych wydruków – na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.
- 3) Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej

udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

- 4) Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:
 - a) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
 - b) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
 - c) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.
- 5) Zabezpieczenie dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności:
 - a) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
 - b) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
 - c) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
 - d) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
 - e) przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

1 sierpień 2017r

Dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej

(Nowelizacja ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, Dz.U z 2014r, poz 998)

Opracowanie
mgr Iwona Górecka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego

Udrażnianie dróg oddechowych u dzieci poprzez intubację.

INTUBACJA DOTCHAWICZA

Intubację dotchawiczą wykonujemy wyłącznie po podaniu środka niedepolaryzującego. Suksametonium stosujemy jedynie w takich przypadkach jak pełen żołądek, przewidywana trudna intubacja oraz anestezja krótsza niż 10 minut. **Nie wolno stosować suksametonium u chłopców poniżej 2 roku życia (DMD)**. Przy konieczności szybkiej intubacji w tej grupie wiekowej stosujemy propofol 3 mg/kg + fentanyl 5 mcg/kg, bez środka zwiotczającego.

- u dzieci w wieku <1 r. ze względu na podwyższone ryzyko zaburzeń drożności górnych dróg oddechowych.
- przy zabiegach trwających >1 h, a także przeprowadzanych w pozycji na boku lub na brzuchu oraz zabiegów w obrębie szyi, nosogardła, ezofagoskopii czy gastrokopii.
- W innych przypadkach wystarczające może być użycie maski krtaniowej (mniejsze ryzyko obrzęku krtani i stridoru). Maską krtaniową może być także założona przy płytszej anestezji w porównaniu z rurką intubacyjną.

Do intubacji można zastosować same środki wziewne – sewofluran, w stężeniu co najmniej 2,7%.

- Zazwyczaj jednak zabieg wykonywany jest po podaniu środka zwiotczającego.

Najbardziej przydatne u dzieci do krótkich zabiegów jest:

Miwakurium, w dawce intubacyjnej **0,25 mg/kg** (działa po 90 s), efekt zwiotczenia utrzymuje się przez 10-14 min. Środek ten rozkładany jest przez cholinesterazę osoczną, u osób z normalną funkcją tego enzymu zbyteczne jest podawanie neostygminy celem odwrócenia bloku. Miwakurium uwalnia histaminę podobnie jak atrakurium, co może objawić się zaczerwienieniem skóry i zmniejszeniem ciśnienia tętniczego. Do dłuższych zabiegów (30-60 min) bardziej przydatne celem zwiotczenia mięśni są: wekuronium, atrakurium, cis-atrakurium lub rokuronium.

Rokuronium - dawka intubacyjna **0,6 mg/kg** (po 50 s. u niemowląt i po 80 s. u dzieci, powodując blokadę nerwowo-mięśniową ok. 40 min), **1,2 mg/kg** umożliwia wykonanie intubacji w czasie 40 s. od iniekcji środka.

Odwrócenie bloku wywołanego przez rokuronium czy wekuronium można uzyskać podając sugammadeks (BRIDION) w dawce 4-16 mg/kg w zależności od czasu, jaki minął od zastosowania środka zwiotczającego.

U dzieci w wieku noworodkowym oraz w przypadku podejrzenia trudności intubacyjnych a także pełnego żołądka, nadal z powodzeniem używane jest suksametonium 2 mg/kg w wieku <2 lat 1-1,5 mg/kg w wieku późniejszym.

Po podaniu tego środka uzyskuje się najszybciej występujący efekt pełnego zwiotczenia mięśni – już po 40 s. i szybki, bo po 4 min, powrót spontanicznego oddechu. Z uwagi na ryzyko bradykardii ważne jest zastosowanie w premedykacji atropiny. Stosowanie suksametonium związane jest z ryzykiem drżeń pęczkowych z następowymi bólami mięśni (od 6 r. życia), a także hipertermii złośliwej i hiperkaliemii. Suksametonium nie powinno się używać u osób z chorobami nerwowo-mięśniowymi (dystrofię), długotrwałe unieruchomionych, po oparzeniach, z zespołem zmiążdżenia. Intubację tchawicy u dzieci można też wykonywać podając:

Propofol 3-4 mg/kg w połączeniu z **Remifentanilem 3 µg/kg**. Stosowanie remifentanilu u dzieci jest bezpieczniejsze gdy podawany on jest w postaci wlewu (np. 0,2 µg/kg/min) a nie dawki pojedynczej, po której można spodziewać się bradykardii i sztywności klatki piersiowej. Podaż opioidów przed intubacją musi być na ogół ograniczona ze względu na częste trudności w prowadzeniu sztucznej wentylacji płuc wskutek właśnie sztywności klatki piersiowej. Przed zabiegiem intubacji dotchawiczej musi być wykonane odpowiednie natlenienie chorego, aby saturacja krwi wynosiła co najmniej 96-98%. Zmniejszenie saturacji podczas intubacji występuje u dzieci znacznie szybciej niż u dorosłych. Rurki wykorzystywane do intubacji powinny posiadać mankiet uszczelniający w przypadku stosowania ich u dzieci w wieku >6 lat oraz u młodszych w przypadkach operacji w obrębie jamy ustnej czy gardła.

Średnica rurki intubacyjnej dobierana jest najczęściej wg wzoru: (mm) = (wiek w latach/4) + 4 mm. Głębokość intubacji przez usta to zwykle: (cm) = średnica rurki (mm) x 3.

Wskazania	Preparat	Dawka do intubacji (mg/kg)	Dawka podtrzymująca (mg/kg)
Podstawowy	Wekuronium (Norcuron)	0,15	0,05
Niewydolność nerek	Atrakurium (Tracrium)	0,6	0,2

Noworodki	Atrakurium (Tracrium)	0,4	0,15
Anestezja do 15 min	Miwakurium (Mivacron)	0,25	0,1

Do operacji laryngologicznych, operacji tarczycy, operacji założenia zastawki i innych, w których jest przewidywana nienaturalna pozycja głowy używamy rurek zbrojonych. Do operacji migdałków używamy rurek normalnych. Rurki po anestezji w zasadzie wyrzucamy, z wyjątkiem przeznaczonych do sterylizacji.

Wiek dziecka	Średnica wewnętrzna rurki (mm)	Numer rurki (FG)
< 28 hbd	2,5	12
28 – 36 hbd	3,0	14
Noworodki – 3/12	3,5	16
3/12 – 10/12	4,0	18
10/12 – 18/12	4,5	20
18/12 – 3 lata	5,0	22
3 – 5 lat	5,5	24
5 – 7 lat	6,0	26
7 – 9 lat	6,5	28
9 – 11 lat	7,0	30
chłopcy > 11 lat	7,0 + mankiet	32
dziewczynki > 11 lat	6,5 + mankiet	30

* rozmiary orientacyjne. Należy zawsze przygotować trzy rurki: właściwą, mniejszą i większą.

Postępowanie w przypadku trudnej intubacji

W przypadku przewidywanej trudnej intubacji (ocena wg skali Mallampatiego powyżej 2 pkt., zespół Pierre-Robin, Treacher-Collins, ankyloza żuchwy, guzy jamy ustnej, zapalenia okołogłówniowe, trudne intubacje lub niewyjaśnione kłopoty anestetyczne w wywiadzie) obowiązuje następujące postępowanie:

- indukcja wziewna sewofluranem w 100% O₂ w obecności 2 anestezjologów
- kontrola możliwości wentylacji przez maskę; jeżeli są kłopoty, natychmiast wybudzić dziecko, zaplanować indywidualne podejście; intubację po fiberoskopie, prowadnicy Bougie, u starszych dzieci – Trachlight
- jeśli dziecko można wentylować przez maskę, to założyć laryngoskop i obejrzeć wejście do krtani; jeżeli udaje się je uwidocznnić, to należy podać propofol (ew. norkuron) i zaintubować.
- Jeżeli wejście do krtani można uwidocznnić tylko dwurącznie, to należy anestezję pogłębić, znieczulić lidokainą wejście do krtani, a rurkę wprowadza drugi anestezjolog;
- jeżeli wejścia do krtani nie udaje się uwidocznnić, to należy założyć maskę krtaniową, przez nią prowadnicę Bougie do tchawicy, a po niej – rurkę intubacyjną. W przypadku niepowodzenia należy użyć fiberoskopu;
- w sytuacji nagłej niedrożności dróg oddechowych (nie można ani zaintubować ani wentylować), należy założyć maskę krtaniową, opanować zaburzenia utlenowania i wyprowadzić dziecko na własny oddech. Jeżeli wentylacja przez maskę krtaniową również nie jest możliwa, to należy użyć

zestawu ratunkowego: wkląć przez II przestrzeń międzychrzęstną brązowy Venflon, do niego dołączyć przewód z tlenem; wydostający się gaz wskaże miejsce wejścia do krtani.

Sytuacje nagłe

W sytuacji nieoczekiwanych trudności intubacyjnych po II nieudanej próbie założenia rurki należy założyć maskę krtaniową, dziecko wybudzić i odłożyć operację do osiągnięcia warunków optymalnych (patrz wyżej). Jeżeli nie jest to możliwe (pilne wskazania), to **weszać drugiego anestezjologa** i postępować j.w.

MASKI KRTANIOWE

U dzieci, u których ocena stanu fizycznego przed operacją wynosi wg skali ASA I lub II maski krtaniowe są bezpiecznym i łatwym do użycia przyrządem zabezpieczającym drożność dróg oddechowych podczas wybranych operacji i zabiegów diagnostycznych, z wyłączeniem tych wykonywanych w obrębie klatki piersiowej, jamy brzusznej, jamy czaszki czy wewnątrz jamy ustnej. Ich stosowanie jest wskazane przede wszystkim podczas zabiegów o przewidywanym czasie trwania <1 h. Nie zabezpieczają jednak całkowicie przed aspiracją treści żołądkowej do płuc. Ich stosowanie nie wymaga podażu środków zwiotczających a założenie jest możliwe w płytszym (w stosunku do intubacji) znieczuleniu. Maski typu ProSeal zapewnia lepsze uszczelnienie dróg oddechowych dziecka w porównaniu z maską klasyczną. Maski krtaniowe są również podstawowym przyrządem używanym podczas nieprzewidzianej trudnej intubacji i mogą być wykorzystywane do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, zwłaszcza przez osoby mające małe doświadczenie w wykonywaniu intubacji. Po założeniu przyrządu zalecane jest prowadzenie wentylacji zastępczej/wspomaganej płuc i unikanie pozostawiania chorego oddychającego spontanicznie. Maskę można używać w każdym wieku. Zwiotczenie jest możliwe, ale nie jest konieczne. W przypadku nie używania środków zwiotczających anestezją z wyboru jest propofol i alfentanyl. Maskę w odpowiednim rozmiarze (tab. III), posmarowaną po stronie zewnętrznej, wprowadzamy otworem do góry, z opróżnionym mankietem, do oporu. Następnie napełniamy mankiet, aż rurka się samoiśnie cofnie. Sprawdzamy, czy pacjent się wentyluje, rurkę mocujemy. Usuamy przy wydolnym oddechu, po obudzeniu się dziecka. ■

Edyta Buchlińska.

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

Pojęcie i istota alkoholizmu

Alkohol to używka znana od tysięcy lat, to substancja psychoaktywna, która w pierwszej fazie działania daje odprężenie, poprawę nastroju, samopoczucia, samooceny. Pod wpływem zwiększonej jego dawki zmniejsza się u pijących samokrytycyzm, występuje stan zubożenia w stosunku do istniejącego ewentualnie lęku, napięcia czy bólu, narasta stopniowo podniecenie słowno-ruchowe.

W Polsce nadużywanie alkoholu osiągnęło już status choroby społecznej. Problem ten dotyczy ok. 12% ludności. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca posługiwanie się terminem „uzależnienie od substancji typu alkoholowego”, zamiast alkoholizm.

Uzależnienie według WHO to „psychiczny, oraz fizyczny stan spowodowany przez interakcje żywego organizmu z substancją chemiczną, charakteryzującą się specyficznymi reak-

cjami, które zawsze obejmują wewnętrzny przymus do zażywania tej substancji, w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia efektów psychicznych, a czasem w celu unikania przykrości wynikających z braku tej substancji. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, „uzależnienie od alkoholu to zespół objawów behawioralnych, somatycznych i poznawczych, w których zdobywanie i picie alkoholu zaczyna dominować nad innymi ważnymi dotychczas aktywnościami życiowymi”. Osoba uzależniona zapomina o tym co było dla niej ważne, normy społeczne nie odgrywają dla niej większej roli. Przyjęcie substancji uzależniającej po długim okresie abstynencji może wyzwolić zjawisko nawrotu innych objawów zespołu alkoholowego.

Naukową ocenę alkoholizmu przedstawił Jelinek E.M. W 1956 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne zaklasyfikowało alkoholizm jako chorobę. Wcześniej uznawanego za zaburzenie moralne. Obecnie duża część społeczeństwa określa alkoholizm jako „deficyt społeczny”.

Głównym objawem zespołu uzależnienia jest silne bądź bezustanne pragnienie spożycia alkoholu. Przyjęcie substancji uzależniającej, nawet po długim okresie abstynencji może wyzwalać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu. Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja kilku cech lub objawów, które występują łącznie przez pewien czas w przeciagu ostatniego roku. Do objawów tych Habrat B. zaliczył pragnienie przyjmowania substancji lub odczuwanie przymusu jej przyjęcia, upośledzenie lub utratę możliwości kontrolowania używania substancji i fizjologiczne objawy odstawienia, zmiana tolerancji. Do objawów włączył narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności, zwiększającą się ilość czasu poświęconego na zdobywanie substancji, bycie pod jej wpływem, używanie substancji mimo wiedzy o jej szkodliwości.

Można wyróżnić kilka faz przebiegu uzależnienia od alkoholu. Wraz z jego rozwojem staje się coraz bardziej widoczny, a skutki odczuwalne są zarówno dla pijącego, jak i dla otoczenia. Jelinek E.M. stworzył naukową typologię, w której wyróżnił przy pomocy liter greckich pięć rodzajów alkoholizmu.

Do pierwszego zaliczamy alkoholizm typu Alfa. Zdaniem naukowca, jest to uzależnienie oparte na czynnikach psychologicznych. Najczęściej dotyczy ludzi, którzy nie potrafią radzić sobie z napięciem emocjonalnym, oraz sytuacjami stresowymi. Spożywają alkohol po to, aby stać się odważniejszymi, usmierzyć ból, odseparować się od otoczenia. Po pewnym czasie zbyt duża ilość wypitego alkoholu staje się powodem kłopotów życiowych, nasila zaburzenia relacji międzyludzkich. Zdaniem Jelineka E.M. nie wydaje się występować tu silna progresja i brak widocznych objawów abstynencyjnych. Typ Alfa może przekształcić się w typ Gamma, ale może również utrzymać się 30, a nawet 40 lat bez przemian.

Kolejnym typem alkoholizmu jest alkoholizm typu Beta, charakteryzujący się uzależnieniem związanym z czynnikami społecznymi i nie jest związany z uzależnieniem psychologicznym lub fizjologicznym. W tym przypadku pojawiają się konsekwencje somatyczne. Alkohol spożywany jest nieregularnie, w bardzo dużych ilościach, dość często występuje niedożywienie. W niedługim czasie pojawiają się problemy zdrowotne, takie jak: marskość wątroby, zapalenie błony śluzowej żołądka i przełyku, stany zapalne nerek i pęcherza, problemy z układem nerwowym. W tym przypadku przymus picia ma podłoże psychologiczne, mogące prowadzić do uzależnienia fizycznego. Uzależnione osoby często są pacjentami internistów, rzadko trafiają do poradni Anonimowych Alkoholików (AA), oraz placówek leczenia odwykowego.

Alkoholizm typu Gamma, który zdaniem Jelineka E.M. jest typową formą choroby alkoholowej. Zaczyna się od fazy

uzależnienia psychologicznego i postępuje, aż do wytworzenia się uzależnienia fizjologicznego. Osoba traci kontrolę nad ilością wypijanego napoju alkoholowego, ale zachowuje w ograniczonym stopniu zdolność do decydowania o momencie, w którym rozpocznie picie po przerwie. W chwili rozpoczęcia picia alkoholu, zdolność do powstrzymania się od jego spożycia zostaje ograniczona. Rozwojowi choroby towarzyszy zwiększenie tolerancji spożycia alkoholu. W tym okresie w pierwszych dniach abstynencji pojawiają się silne drżenia ciała. W fazie następnej objawy abstynencyjne obniżają się do wstępnego poziomu. Objawy zatrucia mogą wystąpić po niewielkiej dawce alkoholu, ponieważ nastąpiło przystosowanie metabolizmu komórkowego do danej dawki alkoholu.

Następnym rodzajem uzależnienia jest alkoholizm typu Delta. Osoba uzależniona potrafi kontrolować ilość wypijanego alkoholu, ale nie jest zdolna do powstrzymania się od jego spożycia. W okresie zaprzestania picia pojawiają się objawy z odstawienia. Alkoholizm typu Epsilon, czyli picie okresowe, występuje wówczas gdy osoba pijąca potrafi powstrzymać się przez dłuższy czas nawet przez rok, od picia alkoholu. Natomiast, gdy rozpocznie picie pije intensywnie, aż do osiągnięcia stanu oszołomienia. Ta forma alkoholizmu nazywana jest dipsomanią a jej mechanizm pozostaje mało rozpoznawalny.

Etiologia uzależnienia od alkoholu

Trudno jest określić etiologię uzależnienia od alkoholu. Alkoholizm jest różnorodnego pochodzenia. Powstaje na skutek wzajemnego oddziaływania czynników genetycznych (40-50%), lub środowiskowych (50-60%). Elementy zespołu uzależnienia, czyli preferencje środka, wrażliwość, tolerancję czy abstynencję, podzielić można na: genetyczne (biologiczne), psychologiczne i społeczne. Uzależnienie obejmuje wzajemne relacje pomiędzy funkcjonowaniem psychologicznym człowieka a jego wewnętrznym środowiskiem biologicznym i zewnętrznym środowiskiem społecznym.

Do czynników genetycznych (biologiczne), należą rodzinne obciążenia uzależnienia, utrata kontroli spożycia alkoholu przed 26 rokiem życia, fizykalnym powikłanym zespołem abstynencyjnym w postaci majaczeń zennych czy też napadów drgawek alkoholowych i towarzyszącej osobowości patologicznej typu dysocjalnego.

Na podstawie badań, można przypuszczać, że czynniki genetyczne mogą odgrywać ważną rolę w powstawaniu uzależnienia. W latach czterdziestych ubiegłego wieku próbowano wyodrębnić tzw. alkoholizm rodzinny, który rozpoznawano u osób których krewni nadużywali alkoholu. Możliwe jest odziedziczenie pewnych predyspozycji do uzależnienia. U około 60% osób uzależnionych nie stwierdzono w rodzinie przypadków uzależnienia.

Długotrwałe i intensywne picie alkoholu pozostawia trwałe ślady w psychice człowieka oraz skutkuje powstawaniem w sferze emocjonalnej mechanizmów uzależnienia utrudniających utrzymywanie kontroli nad patologicznym picciem. Stany emocjonalne prowadzą do znaczących powiązań pomiędzy świadomością człowieka a realiami jego działań i wewnętrznych faktów. Bezpośredni wpływ alkoholu na mózg człowieka staje się podstawowym źródłem doświadczeń emocjonalnych, a życie osoby pijącej w coraz mniejszym stopniu jest kształtowane przez realne wydarzenia. Oczekiwania związane z efektami spożycia alkoholu nabierają ważności większej niż oczekiwania wobec rzeczywistości.

Do czynników społecznych (środowiskowych) alkoholizmu zaliczono wzorzec spożywania alkoholu, polegający na subiektywnym odczuciu dobrego samopoczucia, funkcjonowania, oraz sprawności fizycznej, seksualnej i umysłowej.

W etiologii alkoholizmu szczególnie ważną rolę odgrywa przebieg nadużycia alkoholu. Przyjemny stan podniecenia, uniesienia alkoholowego trwa tak długo, jak długo pozostaje we krwi wysoki poziom alkoholu. Gdy poziom ten obniża się, człowiek odczuwa nie przyjemne doznania.

Przykładem niedostosowania organizmu do różnych dawek alkoholu jest dystonia neurowegetatywna. Subiektywne objawy tego rozchwiania, to stany dysfotyczne w początkowych okresach abstynencji po długotrwałej intoksykacji alkoholowej.

Kryteria rozpoznania uzależnienia od alkoholu

W celu rozpoznania różnicy pomiędzy uzależnieniem od alkoholu wprowadzono kilka znaczących pojęć do terminologii medycznej.

Picie ryzykowne nie jest powszechnie uważane za jednostkę chorobową. Uważa się je za kategorię identyfikującą osobę, dla której sposób i ilość picia alkoholu może być przyczyną wystąpienia problemów medycznych i społecznych.

W ujęciu jakościowym jest ono potencjalnie związane z powstawaniem patologii zdrowotnych, występujących pod wpływem alkoholu, podczas prac wykonywanych na wysokościach, kierowanie pojazdami samochodowymi lub obsłudze urządzeń mechanicznych. Z kolei w ujęciu ilościowym picie ryzykowne dotyczy spożycia przez kobiety od 1-2 porcji i od 3-4 porcji alkoholu przez mężczyzn, przy czym jedna taka porcja to 25 ml wódki 100 ml wina lub 0,33 l piwa.

Następnym pojęciem jest picie szkodliwe. Sposób spożywania substancji alkoholowych może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie człowieka. Działanie szkodliwe ma charakter somatyczny (np. marskość wątroby) lub psychiczny (np. epizody zespołu depresyjnego). Do ich rozpoznania konieczne jest stwierdzenie aktualnego upośledzenia zdrowia somatycznego lub psychicznego osoby spożywającej alkohol.

Kryteriami diagnostycznymi picia szkodliwego jak pewnością, że spożywanie alkoholu podnosi odpowiedzialność lub współodpowiedzialność za szkody somatyczne lub psychiczne, a w tym za upośledzony krytycyzm, zaburzone zachowanie, prowadzące do niesprawności i zaburzeń współżycia społecznego. Rodzaj szkody, który jest zdefiniowany w kategoriach medycznych lub psychologicznych, niewłaściwy wzorzec spożywania alkoholu, mający miejsce przynajmniej w przeciągu jednego miesiąca w roku, niewypełnienie kryteriów innych zaburzeń psychicznych czy też zaburzeń zachowań związanych z przyjmowaniem innych środków psychoaktywnych.

Uzależnienie od alkoholu jest typowym, przewlekłym i nawracającym schorzeniem, którego złożoność obejmuje zarówno cechy zależności fizycznej (somatycznej), jak i psychicznej.

Element zależności fizycznej uzależnienia powiązany jest ze zmianami neuroadaptacyjnymi, które prowadzą do rozwoju tolerancji, a także do wystąpienia objawów zespołu abstynencyjnego po odstawieniu alkoholu.

Element zależności psychicznej uzależnień, w tym uzależnienia alkoholowego, cechuje głównie utrata kontroli nad picciem, zaburzenia behawioralne, które polegają na kompulsywnym poszukiwaniu środka uzależniającego.

Zgodnie z zaleceniami WHO, przedstawionym w X. wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD-10), jak też klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), decydujące w rozpoznaniu uzależnienia od alkoholu są objawy zależności psychicznej, natomiast jeśli chodzi o zależność fizyczną, to jej objawy nie są niezbędnym i wystarczającym warunkiem do zdiagnozowania tegoż uzależnienia. Spożywanie dużych ilości alkoholu nie jest

wystarczające dla stwierdzenia uzależnienia, ponieważ okresowe przerwy w spożywaniu alkoholu lub ograniczanie ilości wypijanego alkoholu nie stanowią problemu dla większej liczby alkoholików. Większość z nich posiada okresy spontanicznej i często długotrwałej abstynencji. Problemem jest niemożność utrzymania abstynencji i zapanowania nad pociąganiem do alkoholu, co może doprowadzić do nawrotu picia nawet po wielu latach remisji.

Według kryterium rozpoznania zespołu uzależnienia od alkoholu, rozpoznanie uzależnienia wymaga stwierdzenia przynajmniej trzech z niżej przedstawionych objawów w czasie poprzedzającego roku, czyli:

- 1) Silna potrzeba bądź przymus spożywania alkoholu,
- 2) Trudności związane z kontrolowaniem rozpoczęcia lub zakończenia, a także z ilością spożywanego alkoholu,
- 3) Wystąpienie zespołu abstynencyjnego po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki alkoholu, które przejawia się osobliwymi objawami zespołu w celu zmniejszenia nasilenia, czy też uniknięcia objawów zespołu abstynenckiego,
- 4) Objawy tolerancji, takiej jak zwiększanie dawki substancji w celu uzyskania efektów, które początkowo były wywołane przez niższe dawki,
- 5) Postępujący brak zainteresowania różnymi przyjemnościami będący skutkiem spożywania alkoholu; zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu, jego spożywaniu bądź odzyskiwaniu równowagi po jego odstawieniu,
- 6) Kontynuowanie spożywania alkoholu mimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw, jak uszkodzenie wątroby spowodowane intensywnym pićm alkoholu lub też obniżenie nastroju po okresach picia większych ilości alkoholu.

Wskaźniki pośrednie, takie jak liczba zgonów z powodu ostrego zatrucia alkoholem porównywana corocznie, a także liczba stwierdzonych każdego roku przypadków marskości wątroby. Również liczba przyjęć na oddziały szpitalne z powodu psychoz alkoholowych, obserwowana każdego roku, jest odzwierciedleniem zwiększania się bądź zmniejszania konsumpcji alkoholu. ■

Magdalena Rogala

Bibliografia u autora.

Holistyczne podejście pielęgniarki opieki długoterminowej do pacjenta z chorobą Alzheimera.

Choroba Alzheimera - opis.

Nazwa choroby pochodzi od nazwiska niemieckiego neurologa Aloisa Alzheimera, który po raz pierwszy opisał przypadek pacjenta w 1907r., cierpiącego na to schorzenie.

Najczęstszą postacią otępienia u osób po 65 roku życia jest otępienie typu alzheimerowskiego około 50% wszystkich otępień. Średni czas trwania choroby wynosi od 4-10 lat, jednak nie jest to regułą, znane są przypadki kilkunastoletniego przebiegu choroby. Postępujący proces otępienia prowadzi do całkowitej utraty samodzielności pacjenta, zarówno fizycznej jak i psychicznej, a w konsekwencji do śmierci. Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową układu nerwowego o nieznanej przyczynie i nie poznanych jeszcze mechanizmach powstawania, w której dochodzi do zaniku neuronów i połączeń synaptycznych mózgowia. Procesowi neurodegeneracyjnemu towarzyszy odkładanie ameloidu, tworzącego pły-

tkę starczą. Dużą wagę przykładano do ustalenia czynnika ryzyka, najczęstsze to: wiek, obciążenie dziedziczne, płeć żeńska, niski poziom wykształcenia, zespół Downa, urazy czaszkowo mózgowie, choroby tarczycy, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, depresja, stres.

Choroba Alzheimera charakteryzuje się powolnym i stopniowym przebiegiem, bez gwałtownych i szybkich zmian w stanie klinicznym, Niektóre objawy mogą być przez pewien czas niezmiennie lub w powolny sposób narastające. Wyróżnia się trzy okresy choroby: okres wczesny, okres pośredni i okres zaawansowany.

W okresie wczesnym - początek jest najczęściej trudny do zauważenia. Wczesne oznaki choroby są podstępne i niejawne. W tym etapie choroby nawet, gdy chory zauważy u siebie zmiany traktuje je jako proces starzenia się biologicznego. Występuje niewielkie pogorszenie pamięci oraz słabe zapamiętywanie nowych informacji przez co sprawność intelektualna znacznie maleje. Chorzy często zapominają np. swojego numeru telefonu oraz numeru telefonu swoich znajomych. Pojawia się stan lekkiego otępienia, upośledzenia myślenia abstrakcyjnego oraz prawidłowego osądu rzeczywistości. Osoby chore stają się mniej uważne i sprawiają wrażenie nieobecnych. Zauważa się zmniejszoną aktywność w pracy, trudności w wykonywaniu rutynowych czynności co może prowadzić do braku zrozumienia w otoczeniu. Rosnąca świadomość występujących zaburzeń może chorego denerwować, przygnębiać, doprowadzić do złości i agresji. W tym okresie zaczynają występować problemy ze znajdowaniem słów, zaburzenia nazywania, trudności w przekazywaniu informacji osobistych i opisu zdarzeń. Często dochodzi do zaburzeń życia emocjonalnego. U około 25% osób z chorobą Alzheimera występuje depresja, może być ona reakcją na narastające objawy chorobowe.

W okresie pośrednim występują znaczne luki w pamięci, etap drugi może trwać przez wiele lat, a powstałe zaburzenia wpływają niekorzystnie na inne procesy poznawcze. Nasilają się również trudności z przypomnieniem sobie nazw i trafnym doborze słów, powoduje to, iż mowa staje się uboższa, pozbawiona treści. Zaburzenia wzrokowo-poznawcze prowadzą w ostateczności do całkowitej trudności w orientacji w terenie. Używanie sprzętów i urządzeń domowych staje się niemożliwe. Chory nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować, potrzebuje pomocy przy toalecie, kąpieli, ubieraniu i spożywaniu posiłków. Często gubi się w znanym otoczeniu, narasta pobudzenie, agresja lub wrogie nastawienie. Chory nie chce współpracować z opiekunem, potrafią być nieufni i podejrzliwi. W tym okresie choroby pacjenci tracą poczucie czasu i miejsca, a nawet orientację w swoim domu. Utrzymuje się umiejętność chodzenia, jednak wiąże się ona z dużym ryzykiem upadków.

Charakterystyczne dla okresu zaawansowanego jest fakt, że chorzy nie kontrolują funkcji zwieraczy, nie są w stanie wykonywać podstawowych czynności życiowych. Całkowicie tracą pamięć, nie są w stanie samodzielnie jeść, mają problemy z połykaniem, co powoduje ryzyko niedożywienia i odleżyn. Wymagają stałej i całodobowej pielęgnacji i opieki. Końcowe stadium choroby doprowadza do unieruchomienia w łóżku, w związku z tym chory narażony jest na wiele powikłań w tym zapalenie płuc i odleżyny. Długotrwałe unieruchomienie wymaga kompleksowej opieki i często bywa tak, że choroba sama w sobie nie jest bezpośrednią przyczyną śmierci, lecz powikłaniami związanymi z unieruchomieniem i niedożywieniem. Opieka nad umierającym człowiekiem powinna obejmować przede wszystkim troskliwą pielęgnację, niezbędna jest pomoc pielęgniarska, która będzie również wsparciem dla rodziny. Znajomość prawidłowych zasad

postępowania z pacjentem w terminalnym okresie choroby zapewnią optymalnie najlepsze warunki do umierania.

Ocena stopnia niezależności chorego.

Pacjenci z chorobą Alzheimera ze względu na jej charakter są szczególnie narażeni na codzienną ocenę ich działań ze strony opiekunów i środowiska zewnętrznego. We wczesnym stadium choroby wielu pacjentów potrafi jeszcze wykonać proste oraz złożone czynności dnia codziennego, które wykonywali przed postawieniem diagnozy. Często chorzy byli aktywni zawodowo, samodzielni, poruszali się własnymi samochodami, czy też obsługiwali urządzenia mechaniczne. Niestety stopniowo stają się niedołążni. Wymagają ciągłego przypominania i pomocy w wykonywanych czynnościach. Jednym słowem stają się zależni. Do oceny stopnia niezależności pacjenta w zakresie samoobsługi oraz do określenia zapotrzebowania na pomoc ze strony innych osób pielęgniarka powinna wykorzystać kwestionariusz oceny samoobsługi. Metoda ta jest prosta i czytelna. Zawiera ona pytania dotyczące sprawności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.

Do oceny sprawności fizycznej pacjenta służą skale funkcjonalne najczęściej stosowane to:

- Skala funkcjonowania w życiu codziennym według Katza (ADL)
- Skala oceny złożonych czynności życia codziennego według Lawtona (IADL)
- Skala oceny funkcjonowania według Barthel

Skala ADL ocenia stopień niezależności pacjenta w zakresie wykonywania codziennych czynności i zawiera ona sześć pytań. Zaliczono do nich: utrzymanie higieny, ubieranie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie zwieraczy, spożywanie posiłków, a także poruszanie się związane ze zdolnością do kładzenia się i wstawania z łóżka oraz siadania i wstawania z krzesła. Każdą czynność ocenia się w skali 3-stopniowej: 1; 0,5; 0p. Mała liczba zdobytych punktów świadczy o niezdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania oraz o konieczności pomocy osób innych w zakresie poszczególnych czynności życia codziennego.

Skala IADL ocenia funkcjonowanie instrumentalne i zawiera osiem pytań dotyczących zdolności posługiwania się telefonem, dokonywaniem zakupów, przygotowaniu posiłków, sprzątnięciem, praniem, korzystaniem ze środków transportu, przyjmowaniem leków oraz posługiwania się pieniędzmi. Skala ta ocenia niezależność funkcjonowania człowieka w otaczającym go świecie. Ze spadkiem liczby punktów wiąże się spadek autonomii osoby badanej.

Skala Barthel służy do oceny poziomu sprawności funkcjonalnej. Jest ona powszechnie stosowana w wielu krajach, głównie do obliczania poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich. Skala ta ocenia punktowo wykonywanie czynności życia codziennego takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie moczu i kontrolowanie stolca. Mała ilość punktów świadczy o tym, że badany kwalifikuje się do grupy osób wymagającej określonej opieki.

Rola pielęgniarki opieki długoterminowej nad pacjentem z chorobą Alzheimera

Głównym celem działania pielęgniarki opieki długoterminowej jest ustalenie świadczeń medycznych w zakresie opieki i pielęgnacji oraz koordynowanie i monitorowanie działań w odniesieniu do osób przewlekle chorych. Ocenia ona stan zdrowia

w kontekście ustalenia stopnia niezależności w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych, skorygowaniu utraconej sprawności w zakresie samo-pielęgnacji oraz uczestniczy w procesie leczenia. Ścisłe współpracuje z lekarzem, z zespołem terapeutycznym oraz organizacjami działającymi na rzecz pacjentów przewlekle chorych. Niezwykle ważna jest też współpraca z rodziną i innymi opiekunami pacjenta oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej.

Każde stadium choroby Alzheimera stawia przed pielęgniarką inne zadania i obowiązki. W miarę postępu otępienia opieka nad chorym zmienia swój charakter z niewielkiej pomocy i dyskretnej kontroli do całkowitego wyręczenia z podstawowych czynności dnia codziennego, które obejmują: higienę osobistą, spożywanie posiłków, wydalanie oraz przemieszczanie się. Wszystkie działania, które pielęgniarka podejmuje przy chorym muszą być zindywidualizowane, dostosowane do aktualnych potrzeb, uwzględniające stan pacjenta i zaawansowanie choroby. Działania pielęgniarki w opiece nad chorym powinny pozwalać na poprawę jakości życia pacjenta w zakresie zaburzeń pamięci, sposobu komunikowania się z otoczeniem, odżywiania, utrzymania higieny osobistej oraz zapewnieniem bezpieczeństwa. W opiece nad pacjentem należy stosować zasady, że "nie należy przeciążać chorego". Powinna również współuczestniczyć w szkoleniu opiekunów w zakresie bezpośredniej opieki nad chorym i pomagać im w rozwiązywaniu problemów dotyczących bezpieczeństwa chorego, pielęgnacji, odżywiania, inkontynencji oraz rehabilitacji. Podczas wizyt domowych powinna zaproponować konkretne rozwiązania mające na celu usprawnienie funkcjonowania pacjenta w środowisku domowym. Zadaniem pielęgniarki jest także koordynowanie prac opiekuna z pracą lekarza i informowanie lekarza o zmianach zaobserwowanych u pacjenta.

Główne problemy pielęgnacyjne u chorych na Alzheimera

1. Utrzymanie higieny ciała - należy pomóc pacjentowi w utrzymaniu czystości ciała (w zaawansowanej fazie choroby przejąć całkowicie te czynności), zapewnić bezpieczeństwo oraz warunki intymności podczas wykonywania czynności higienicznych, przestrzegać stałej porę wykonywania toalety, przypominać o estetycznym wyglądzie i zmianie bielizny.
2. Niedożywienie i odwodnienie - chory często zapomina o spożywaniu posiłków, przyjmowaniu płynów, należy zadbać o przestrzeganie stałej porę posiłków, dostarczać odpowiednią ilość płynów, uwzględnić upodobania chorego.
3. Problemy z poruszaniem - zapewnienie choremu udogodnień takich jak: balkonik, kule, wózek inwalidzki, poręczce. W przypadku chorych leżących ważne jest zapewnienie specjalistycznego łóżka z dostępem z obu stron i zabezpieczeniem w formie drabinek. Bardzo ważna jest profilaktyka przeciwodleżynowa, przeciwozrękowa kończyn dolnych, częsta zmiana pozycji, zapobieganie przykurczom.
4. Problemy z komunikacją - w kontakcie z pacjentem używamy prostych zwrotów, nie przerywamy wypowiedzi, dajemy czas na udzielenie odpowiedzi, odwracamy uwagę, gdy wielokrotnie zadaje to samo pytanie, komunikujemy choremu, że jest słuchany, w rozmowie zwracamy się bezpośrednio do niego, nie dyskutujemy z chorym.
5. Nietrzymanie moczu i stolca - ważne jest, by pomóc pacjentowi jak najdłużej utrzymać kontrolę nad wydalaniem moczu i stolca. Przypominamy lub pytamy czy chory nie odczuwa potrzeby oddania moczu lub stolca, proponujemy rodzinie wprowadzić ustalone godziny korzystania z toalety. W przypadku nietrzymania moczu



i stolca u chorych należy zastosować produkty chłonne, takie jak: pampersy, pielucho-majtki, podkłady, w ostateczności należy rozważyć założenie cewnika.

6. Zaparcia - w diecie zapewniamy choremu pokarmy lekko strawne, bogate w błonnik, z niską zawartością tłuszczów zwierzęcych, unikamy produktów strączkowych i wzdymających, ostatecznie jednorazowo wprowadzić środki farmakologiczne.
7. Niewłaściwe zachowania chorego - należy obserwować zachowania pacjenta takie jak: lęk, niepokój, zaburzenia orientacji. Podczas wystąpienia zachowań gwałtownych należy dążyć do zminimalizowania negatywnych emocji, agresywnego zachowania, które mogą zagrażać choremu. Unikać gniewu, złości, ograniczać bodźce wywołujące takie zachowania, zachować spokój, zapewnić wypoczynek, odwrócić uwagę pacjenta.
8. Zapewnienie bezpieczeństwa- z podłogi należy usunąć wszelkie przeszkody w postaci progów, dywaników i kabli elektrycznych. Należy zabezpieczyć gniazda okna drzwi, brzegi mebli. Wszelkie zmiany wprowadzamy z myślą o bezpieczeństwie chorego, nie powinny one być wprowadzane radykalnie ani gwałtownie, ponieważ mogłyby to spowodować dezorientację, poczucie zagubienia i strach.

Rehabilitacja pacjenta.

Rehabilitacja jest to proces, którego celem jest przywrócenie możliwie samodzielnego życia w rodzinie, społeczności, aktywności społecznej, a nawet zdolność do pracy zawodowej. Rehabilitacja ruchowa jest bardzo ważnym elementem w leczeniu osób chorych na Alzheimera powinna być prowadzona wielopłaszczyznowo uwzględniając hierarchię potrzeb pacjentów. Celem usprawniania pacjentów z chorobą Alzheimera jest możliwie jak najdłużej utrzymanie ich sprawności motorycznej, poprawę sprawności układu oddechowo-kръżeniowego, układu trawienia oraz poprawę kondycji psychicznej pacjenta. Usprawnianie w chorobie Alzheimera nie należy do łatwych zadań ze względu na pogłębiające się zmiany zwyrodnieniowe w mózgu. Program usprawniania obejmuje terapię zajęciową w skład, której wchodzi muzykoterapia, ergoterapia, gry i zabawy. Terapię zajęciową polega na wykonywaniu przez pacjenta określonych prac i zajęć, które pomogą choremu eliminować lęk, poprawić jakość życia, jak najdłużej utrzymać umiejętności samoobsługowe.

Istotnym elementem w walce z chorobą Alzheimera jest ruch. Nawet niewielki wysiłek fizyczny może korzystnie wpłynąć na stan zdrowia pacjenta z chorobą otępienną. Pielęgniarka wspólnie z rehabilitantem powinna dobrać odpowiedni zakres ćwiczeń do poszczególnych faz choroby. W początkowym stadium pacjent wykonuje ćwiczenia czynne w różnych pozycjach, zalecana jest także gimnastyka oddechowa oraz spacer. Odpowiednio dobrane ćwiczenia

poprawiają sprawność motoryczną, wydolność ogólnoustrojową, poprawiają sprawność psychiczną. W późniejszym etapie choroby, kiedy pacjent ma potrzebę chodzenia, pomimo spowolnienia ruchów wykorzystujemy to do pobytu na świeżym powietrzu. Ważnym elementem ćwiczeń rozluźniających jest muzykoterapia, podczas której pacjent słucha ulubionych utworów, śpiewa, tańczy. Powoduje to wyciszenie, rozluźnienie, stymuluje mowę. Terapia za pomocą sztuki, w której pacjent w zależności od zainteresowań trenuje sprawność manualną poprzez „malowanie, rysowanie, szydełkowanie, wyklejanie.

W głębokim otępieniu, kiedy chory nie ma kontaktu z otoczeniem i jest osobą leżącą wskazana jest gimnastyka bierna celem zapobiegania przykurczom mięśniowym, zakrzepom. Skupiamy się na ćwiczeniach kończyn, wykonujemy ruchy w obrębie stawów, masaż mięśni. Rehabilitacja to także zmiana pozycji, przez co zmniejszamy ryzyko powikłań ze strony układu oddechowego oraz zapobiegamy powstaniu odleżyn.

Rola wsparcia dla opiekunów.

Człowiek, który doświadcza silnych sytuacji stresowych potrzebuje wsparcia społecznego do tej grupy zaliczamy osoby opiekujące się cierpiącymi na chorobę Alzheimera. Dzięki odpowiedniemu wsparciu rola opiekuna może stać się łatwiejsza, choć nigdy nie będzie łatwa. Pielęgniarka opieki długoterminowej powinna podjąć działania mające na celu zbudowanie sieci wsparcia dla opiekunów. Wsparcie mogą stanowić sąsiedzi, dalsza rodzina, przyjaciele i znajomi, jest to naturalny system. System ten uważa się za korzystny i skuteczny, ponieważ jest on bardziej dostępny i nie pociąga za sobą kosztów. Gdy system naturalny jest niewystarczający powinna wdrożyć instytucjonalny, czyli wsparcie społeczne. System ten to przede wszystkim grupy samopomocowe oraz różnego rodzaju instytucje, które mają na celu udzielanie pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej. Zadaniem pielęgniarki jest udostępnienie opiekunom adresów i numerów telefonów instytucji, które mogą rozwiązać dany problem. W razie potrzeby powinna ona również współuczestniczyć w pozyskiwaniu tej pomocy. Dzień 21 września jest dniem Światowego Dnia Choroby Alzheimera i od 1994 roku organizowane są obchody tego dnia. Z tej okazji ukazuje się specjalne wydanie biuletynu pod tytułem „Blżej Alzheimera”. Stowarzyszenia pełnią ważną rolę w życiu osamotnionego opiekuna, pomagają mu rozwiązać bieżące problemy, udzielają pomocy i wsparcia chorym i ich rodzinom. Upowszechniają powszechną wiedzę na temat choroby i związanych z nią problemów współpracując z innymi instytucjami również w ośrodkach poza granicami państwa i innymi stowarzyszeniami pozarządowymi.

Danuta Kucharska

Piśmiennictwo u autora

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

DRUKI MEDYCZNE
ARTYKUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS

NASZA PIEŁĘGNIARKA KANDYDATKĄ DO SEJMU RP !!!



Dorota Korzonek lat 46. **Kandydatka do Sejmu RP w wyborach parlamentarnych 2015 z listy Prawo i Sprawiedliwość, poz. nr 13**

Piełęgniarka; absolwentka Liceum Medycznego w Tarnowskich Górach, PMWSZ w Opolu (licencjat pielęgniarstwa) oraz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (mgr pielęgniarstwa). Ukończyła liczne kursy, w tym kwalifikacyjne: pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących, pielęgniarstwo ratunkowe, organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek. Posiada dyplom pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego.

Jest absolwentką WSP w Częstochowie (obecna AJD), gdzie uzyskała tytuł magistra pedagogiki o specjalności: doradztwo zawodowe, pośrednictwo pracy.

Ukończyła studia podyplomowe: BHP na Politechnice Śląskiej w Gliwicach oraz z zakresu Nauk o Rodzinie na Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie (obecny Uniwersytet Papieski JP II).

Od 2003 r. zatrudniona jako pielęgniarka medycyny pracy w Delicpol Kamyk. Poprzednio: S. I. „Rozwój” Kłobuck (medycyna pracy); Wojewódzki Ośrodek Kardiologii Zabrze (obecne ŚCChS) – jako pielęgniarka anestezyjologiczna na bloku operacyjnym kardiochirurgii.

Od 2004 r. pełni misję doradcy życia rodzinnego z ramienia Archidiecezji Częstochowskiej, a od 2008 r. - funkcję społecznego kuratora sądowego przy Sądzie Rejonowym w Częstochowie.

Sympatyk i działacz organizacji i fundacji pro-life.

Od stycznia 2015r. członek partii politycznej Prawo i Sprawiedliwość.

W roku 2011 kandydowała do Sejmu z listy PiS, z pozycji nr 11, uzyskując poparcie w liczbie 1104 głosy.

Mężatka, troje dzieci.

W Sejmie przede wszystkim zamierza reprezentować środowisko pielęgniarskie z jego najważniejszymi problemami zawodowymi, jak również działać na rzecz szeroko pojętej polityki prorodzinnej. ■

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii „Na linii czasu”

Szanowni Państwo,

PRZYPOMINAMY O TRWAJĄCYCH ZAPISACH NA JUBILEUSZÓWĄ

KONFERENCJĘ POLSKIEJ EDUKACJI W DIABETOLOGII

do 30 września 2015 jest mniejsza opłata - 185 zł;

do 30 września opłata dla członków PFED - 125 zł;

od 1 października do 8 grudnia 2015 - 215 zł;

od 1 października do 8 grudnia dla członków PFED - 150 zł

Razem z Panią Alicją Szewczyk mamy zaszczyt i przyjemność zaprosić Państwa do udziału w X Jubileuszowej Konferencji organizowanej przez Polską Federację Edukacji w Diabetologii pt. „Na linii czasu”, która odbędzie się w Ożarowie Mazowieckim w dniach 11-12 grudnia 2015 roku.

Tematem X Jubileuszowej Konferencji PFED będzie

perspektywa wykorzystania edukacji terapeutycznej jako narzędzia pracy zespołowej.

Miejsce spotkania:

MCC Mazurkas Conference Centre & Hotel Sp. z o. o.

ul. Poznańska 177

05-850 Ożarów Mazowiecki

www.mazurkashotel.pl

Rejestracja pod linkiem:

http://www.uzk.com.pl/pfed/form_pfed.php

Program oraz więcej informacji na temat Konferencji pod linkiem:

<http://www.uzk.com.pl/pfed/>

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w niższej cenie bezpośrednio w hotelu MCC Mazurkas Conference Centre & Hotel Sp. z o.o. na konferencję PFED (telefon do hotelu: 22/721 47 47)

Koszt:

Pokój 1 os. - 248,4 brutto

Pokój 2 os. - 270 brutto

Pokój 3 os. - 307,8 brutto

Przy rezerwacji należy podać hasło

„Konferencja PFED”

UNIwersytet Zdrowia -
Dranel sp.j. ul. Pelikanów 47/49
02-843 W-wa tel. 22 894 41 94

 ■



**OŚRODEK SZKOLENIOWY
PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
W CZĘSTOCHOWIE**

informuje,

że posiada w ofercie wszystkie programy szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych jakie weszły w życie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

**Nowe programy obowiązują
od 25 sierpnia 2015 r.**

Zapraszamy do zapoznania się z pełną ofertą szkoleń i kursów oraz składanie dokumentacji na wybrane szkolenia.

Informacje pod nr telefonu: 519-862-186

oraz na stronie internetowej OIPiP
w Częstochowie

www.oipip.czyst.pl

GRATULACJE!

*W imieniu Okręgowej
Rady Pielęgniarek
i Położnych
w Częstochowie składam
serdeczne gratulacje
wraz z życzeniami
pomyślności i sukcesów
zarówno w pracy
zawodowej jak i w życiu osobistym z okazji
wyboru na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży
w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym
im. Emila Cyrana w Lublińcu*



**Pani
Irenie Jastrzębskiej**

*Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie*

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰



*„Ci, których kochamy nie umierają nigdy,
bo miłość to nieśmiertelność”*

Naszej Koleżance

ANNIE MIGALSKIEJ

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu nagłej śmierci

SYNA

składają
członkowie wraz z Przewodniczącą Koła
Terenowego Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarskiego w Częstochowie



*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach.”*

Koleżance

Annie Migalskiej

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Syna

składają Pielęgniarki i Położne
z NZOZ Centrum Opieki i Rehabilitacji
„Zdrowie”

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

„Słowa nie ukoją bólu, ale nas łączą”.

*„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś,
kto jeszcze mógł być z nami.”*

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Meża

Pielęgniarce

Ewie Dubiel

składają koleżanki z ZOZ MSW,
ul. Kopernika 38

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



*„Ci którzy nas opuścili, nie odeszli i są nadal z nami,
są wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

Pielęgniarce

Małgorzacie Mendak

wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Mamy

składają Koleżanki i Koledzy
ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ
Miejskiego Szpitala Zespołowego
w Częstochowie

Spotkanie z Wicemarszałkiem Województwa Śląskiego Panią Aleksandrą Skowronek Katowice, 22 września 2015r.



Konferencja „Pielęgniarka i Położna – perspektywy, zagrożenia i szanse” w ramach kampanii „Ostatni Dyżur” Katowice, 14 września 2015r.



Konferencja „Pielęgniarka i Położna – perspektywy, zagrożenia i szanse” w ramach kampanii „Ostatni Dyżur” Katowice, 14 września 2015r.

