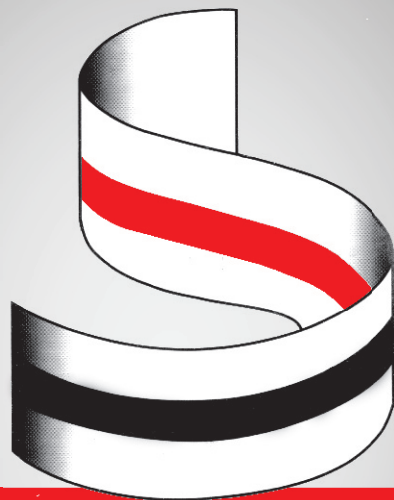


MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



WRZESIEŃ 2008r

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38



W NUMERZE:

Pisma dotyczące DPS-ów	1
Prawo	4
Szkolenia	9
Postaci Stanisławy Leszczyńskiej i Racheli Hutner	10
Kampania "Lepszy start ..."	12
Notatka ze spotkania w NFZ	13
Refluk żołądkowo-przełykowy	15
Humanistyczne wartości pielęgniarki	17
Komunikowanie z dzieckiem dorastającym	17
Prezentacja placówki medycznej	19
Informacje	20

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

Adres Redakcji:
Siedziba Biura OiPiP w Częstochowie
Ul. Kopernika 38
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
www.oipip.czest.pl

BANK PKO SA II O. w Częstochowie
ul. Kopernika 17/19, 42-200 Częstochowa
nr: 02124022521111000031585147

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

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

Częstochowska Oficyna Wydawnicza
„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13
42-200 Częstochowa
Nakład 1000 szt.

**MINISTER PRACY I POLITYKI
SPOŁECZNEJ****Jolanta Fedak****Warszawa, dnia 23 lipca 2008r**

Pani/Pan
Starosta Powiatu/Prezydent Miasta
wszyscy

Szanowni Państwo!

W związku z powtarzającymi się sygnałami wskazującymi na występowanie nieprawidłowości w zakresie zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej dostępu do świadczeń zdrowotnych zwracam się do Państwa ponownie, z gorącym apelem o zwrócenie szczególnej uwagi i dołożenie należytej staranności w zakresie zapewnienia mieszkańcom swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej należy do zadań własnych samorządu powiatowego. Ustawa w art. 55 wskazuje, że dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, oraz w art. 58 wskazuje, iż po stronie domu leży obowiązek umożliwienia zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych z opłaconych między innymi przez mieszkańców domów pomocy społecznej składek zdrowotnych. Dom nie świadczy usług zdrowotnych ponieważ nie posiada statutu zakładu opieki zdrowotnej.

Warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DZ. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), aktach wykonawczych do tej ustawy oraz narządziach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, wydanych w oparciu o art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy.

W świetle przepisów ww. ustawy, prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje osobom przebywającym w domach pomocy społecznej i objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym na takich samych zasadach jak świadczeniobiorcom, którzy potrzebują pomocy medycznej w warunkach domowych.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej jako osoby wymagające opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, w szczególności mogą korzystać z kontraktowanych przez fundusz świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa. Przysługuje im również, na szczególnych zasadach, prawo do opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pragnę zaznaczyć, że NFZ, mając na uwadze fakt, iż osoby przebywające w domach pomocy społecznej wymagają częstszych porad i świadczeń diagnostycznych, w odniesieniu do tej grupy

świadczeniobiorców wprowadził zwiększony współczynnik korygujący stawkę kapitałową lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (2,5), w sytuacji gdy przedmiotowy współczynnik korygujący dla świadczeń udzielanych ubezpieczonym, którzy nie są podopiecznymi domów pomocy społecznej, w poszczególnych grupach wiekowych przedstawia się wynosi: do 6 roku życia – 1,7; od 7 do 65 roku życia – 1,0; powyżej 65 roku życia – 1,7.

Lekarz udzielający świadczeń pacjentom zamieszkałym w domach pomocy społecznej na podstawie badania lekarskiego, posiadanej wiedzy medycznej wystawia zlecenie lekarskie dotyczące postępowania medycznego. W przypadku zlecenia świadczeń pielęgniarzkich wykonywanych w domu pacjenta, świadczenia te powinny być udzielane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie ze złożoną przez świadczeniodawcę deklaracją wyboru. Osoby udzielające świadczeń (lekarze, pielęgniarki) będące bezpośrednimi realizatorami umów w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna obejmujące opieką tego samego świadczeniobiorcę zobowiązane są do współpracy w celu zapewnienia pacjentowi kompleksowej opieki medycznej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż od dnia 1 stycznia 2008 roku oddziały wojewódzkie NFZ zawierają również umowy na realizację świadczeń pielęgniarstwa POZ (zadaniowa forma finansowania), w ramach których jedyna pielęgniarka nie może obejmować pielęgniarstwa opieką środowiskową więcej niż 8 podopiecznych. W konkretnym przypadku liczba świadczeniobiorców objętych opieką zależna jest od stanu pacjenta i oceny czasu pracy potrzebnego dla wykonania czynności ujętych w „Indywidualnym planie opieki w pielęgniarstwie środowiskowym”. Świadczenia te mogą być realizowane przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej jeśli spełniają kryteria kwalifikacyjne i zawrą kontrakt z jednostką zoz świadczącą takie usługi.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia również dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W prowadzonych przez Fundusz postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym rodzaju, wyłaniani są świadczeniodawcy realizujący świadczenia rehabilitacyjne w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka dziennego oraz stacjonarnych. Także świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, działający na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mają możliwość realizacji tych świadczeń w domu chorego, także w domu pomocy społecznej, o ile przemawiają za tym wskazania medyczne.

Świadczeniobiorcy, w tym przypadku osoby przebywające w domach pomocy społecznej, nie ponoszą kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które są przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z art. 132 ust 1 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Z uwagi na fakt, iż dom pomocy społecznej nie jest świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 cytowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma możliwości zawierania umów z tym podmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższa regulacja wynika z faktu pełnienia przez zakłady



opieki zdrowotnej i domów pomocy społecznej odmiennych zadań. Zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (dz. U. Z 2007 roku Nr 14, poz. 89, ze zm.), zakładem opieki zdrowotnej jest wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzonych w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, natomiast dom pomocy społecznej, w myśl art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. u. Nr 64, poz. 593, ze zm.), świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Ponadto należy zauważyć, iż domy pomocy społecznej nie zostały wskazane w zamkniętym katalogu podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawartych w art. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, co wynika z faktu, iż przewidywaną przez ustawodawcę rolą domów pomocy społecznej nie jest sprawowanie funkcji leczniczych, mają one jednakże obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów.

Przepis art. 2 ust. 2A ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazuje, że w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo-wychowawczych, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

W przypadku, gdy organ założycielski DPS jest zainteresowany udzielaniem świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza, pielęgniarki, opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego, mającego na celu zapewnienie całodobowej opieki medycznej dla pacjentów spełniających wymogi kwalifikacyjne (określone w zarządzeniu Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, ze zm.) i uzyskaniem kontraktu na przedmiotowe świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, powinien wystąpić z wnioskiem o zarejestrowanie zakładu opieki zdrowotnej do właściwego wojewody. Zakład opieki zdrowotnej może ubiegać się zgodnie z określonymi przepisami prawa zasadami, o zawarcie umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub zakładach opiekuńczo-leczniczych lub w zakresie świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż na gruncie obecnych regulacji prawnych dom pomocy społecznej nie jest miejscem pracy personelu medycznego, a jedynie umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń, w tym świadczeń opieki zdrowotnej.

Reasumując, pragnę zwrócić Państwa uwagę, iż finansowanie ze środków dotacji czy odpłatności mieszkańców czy ich rodzin jest przekroczeniem dyscypliny budżetowej i podlega regulacjom wynikającym z łamania dyscypliny finansów publicznych, w związku z tym należy wzmoczyć działania wymuszające na Narodowym Funduszu Zdrowia objęcie mieszkańców domów pomocy społecznej świadczeniami medycznymi, pielęgniarskimi i rehabilitacyjnymi, a w przypadku odmowy występować do Centrali NFZ z roszczeniem finansowym wynikającym z poniesionych

kosztów związanych np. z zapewnieniem świadczeń pielęgniarskich.

Proszę o wdrożenie w życie właściwych form realizacji zdrowotnych w domach pomocy społecznej.

W przypadku odmów ze strony zakładów opieki zdrowotnej, proszę o ich przekazywanie do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

z poważaniem
Jolanta Fedak

Warszawa, dnia 14 sierpnia 2008 r.

Pani
Jolanta Fedak
Minister Pracy i Polityki Społecznej

Szanowna Pani Minister,
Wobec niepokojących informacji przesyłanych do Naczelnicy Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczących podjęcia przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej działań zmierzających do zmiany formy prawnej zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej, zwracam się z prośbą o pilne spotkanie. Oburzenie środowiska zawodowego wzbudził fakt skierowania przez Panią Minister pisma do Starostów i Prezydentów Miast w sprawie nieprawidłowości w zakresie zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Zawarte w piśmie stwierdzenie, iż „...na gruncie regulacji prawnych dom pomocy społecznej nie jest miejscem pracy personelu medycznego...” według naszej opinii jest tezą bezpodstawną, nie mniej jednak w obliczu konsekwencji z niej wynikających, jak najbardziej niekorzystną dla wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej. Dlatego też proszę jak na wstępie.

Pragnę zwrócić uwagę, iż wątpliwym jest również to, że kierując pismo do Starostów o podjęcie stosownych działań mających także na celu odmedycznienie domów pomocy społecznej, równocześnie Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, na wniosek Naczelnicy Rady Pielęgniarek i Położnych dokonało nowelizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 sierpnia 2005 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 146, poz. 1222, z późn. zm.), między innymi polegającymi na wpisaniu w załączniku do rozporządzenia obok stanowiska – pielęgniarki, stanowisko – położnej, mających uprawnienia pracowników zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych samorządu terytorialnego. Należy pamiętać, że od 1999 r. domy pomocy społecznej stały się jednostkami organizacyjnymi samorządów powiatowych prowadzonymi w ramach zadań własnych. W konsekwencji tych przeobrażeń prawnych kadra zatrudniona w tych jednostkach jest w całości kadram samorządu terytorialnego, zatrudnianą i wynagradzaną przez tenże samorząd.

Ponadto należy dodać, iż aktualnie trwają prace legislacyjne Sejmowej i Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Rodzinnej. W dokumentach komisji, m.in. Dezyderat nr 1 Komisji Polityki Społecznej skierowany do Prezesa Rady Ministrów, w szczególności zwraca się uwagę na:

- „- ograniczoną dostępność usług pielęgniarskich i rehabilitacyjnych,
- nieregulowany status pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, prowadzący do utraty uprawnień

zawodowych. Taka sytuacja powoduje konieczność pokrywania z budżetu domów pomocy społecznej kosztów zatrudnienia personelu medycznego i realizacji usług pielęgniarskich, co odbywa się z uszczerbkiem dla możliwości zaspokojenia innych potrzeb mieszkańców tych placówek oraz odpowiedniego wynagradzania”.

W związku z powyższym również członkowie Sejmowej i Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny widząc zagrożenie prowadzące do wyeliminowania kadry medycznej z DPS-ów wnioskuje do Prezesa Rady Ministrów o:

- skuteczne zapewnienie mieszkańcom domów pomocy społecznej dostępu do usług pielęgniarskich i rehabilitacyjnych,
- doprowadzenie do zmiany regulacji prawnych, dotyczących prawa do wykonywania zawodu pielęgniarki w taki sposób, aby zatrudnienie w domach pomocy społecznej w okresie dłuższym niż 5 lat nie pozbawiało uprawnień do wykonywania zawodu i aby pielęgniarki zatrudnione w DPS-ach mogły bez przeszkód wykonywać świadczenia pielęgnacyjne w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Szanowna Pani Minister, wobec narastającej „fali” ogromnego niepokoju, związanego z faktami o których wspomniałam w niniejszym piśmie, raz jeszcze proszę o rozważenie istotnej i bardzo newralgicznej materii, jaką jest zabezpieczenie potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych, a brak których pociągnie za sobą nieodwracalne skutki zdrowotne dla pensjonariuszy DPS-ów i dalsze konsekwencje dla profesjonalnego udzielania świadczeń zdrowotnych (w tym pielęgniarskich) wykonywanych przez najlepiej wykwalifikowaną i przygotowaną do tego kadrę specjalistów.

W celu omówienia tak ważnej dla nas problematyki uprzejmie proszę o wyznaczenie w jak najkrótszym terminie spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Mam nadzieję, że wykaże Pani Minister wolę dialogu i nasze wspólne spotkanie zaowocuje konstruktywnymi rozwiązaniami w materii, będącej przedmiotem niepokoju środowiska zawodowego.

W spotkaniu Nacelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentować będzie: Elżbieta Buczkowska – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Elżbieta Garwacka-Czachor – Wiceprezes NRPI, Dorota Urbańska – członek samorządu pielęgniarek i położnych, Dyrektor Domów Pomocy Społecznej w Pile.

Z wyrazami szacunku
Prezes
(-)Elżbieta Buczkowska

OIPIP/82/08
Częstochowa dn. 13.08.2008r

Szanowny Pan
Prezydent
Miasta Częstochowy
Starosta Powiatu

W związku z pismem Pani Jolanty Fedak Ministra Pracy i Polityki Społecznej Nr DPS VII 073-ZG-8/08 z dnia 23 lipca 2008r skierowanym do Prezydentów Miast i Starostów Powiatów składamy swój sprzeciw przeciwko próbie „odmedycznienia” Domów Pomocy Społecznej. Niedopuszczalnym jest stwierdzenie użyte przez Panią Minister w w/w piśmie cyt. „Jednocześnie uprzejmie informuję, iż na gruncie obecnych regulacji prawnych dom pomocy społecznej nie jest miejscem pracy personelu medycznego....”. Okręgowa Rada

Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wyraża swoje głębokie zaniepokojenie i oburzenie spowodowane próbą usunięcia kadry pielęgniarskiej z DPS-ów.

Mieszkańcy Domów Pomocy Społecznej to ciężko i długotrwale chorzy ludzie przeważnie z dysfunkcjami psychicznymi i fizycznymi, którzy muszą otrzymywać na co dzień właściwą opiekę medyczną. Świadczenia pielęgnacyjne, stała i wnikliwa obserwacja skierowana na symptomy pogorszenia się stanu zdrowia a nawet ewentualne zastosowanie przymusu bezpośredniego to czynności które może wykonać tylko osoba o odpowiednich kwalifikacjach medycznych. W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w art.18 pkt2 widnieje zapis „W szpitalach psychiatrycznych oraz w Domach Pomocy Społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka”. Profesjonalistami w wykonywaniu świadczeń medycznych z całą pewnością są pielęgniarki. To właśnie one w trakcie procesu kształcenia uczą się jak opiekować się osobami z zaburzeniami psychicznymi, osobami starszymi i niepełnosprawnymi, jak pielęgnować i rehabilitować.

Apelujemy więc do Państwa z wnioskiem o podjęcie działań w celu ochrony miejsc pracy pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej. Nie akceptujemy działań zmierzających do próby ich usunięcia. Opieka nad mieszkańcami DPS-ów powinna być prowadzona przez pielęgniarki, które posiadają do tego odpowiednie kwalifikacje i umiejętności. Jedynie pielęgniarki są w stanie zagwarantować bezpieczeństwo zdrowotne podopiecznym, mieszkańcom Domów Pomocy Społecznej. Mamy nadzieję, że nasze Władze Samorządowe są głęboko zainteresowane ludźmi starzejącymi się, niezdolnymi do samoopieki i niesamodzielnymi oraz, że dołożą wszelkich starań aby opiekę nad tymi ludźmi nadal sprawowali profesjonalści a więc pielęgniarki.

Ponadto uprzejmie informuję, iż planuje się w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej umieścić w art.20 pkt 3 zapis „zawód pielęgniarki może być wykonywany w żłobku,.....oraz w domu pomocy społecznej”.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe aspekty apelujemy o nie podejmowanie pochopnych działań, które mogą pozbawić stanowisk pracy pielęgniarki pracujące w domach pomocy społecznej, a ludziom tego potrzebującym fachowej opieki.

Z poważaniem
Przewodnicząca OIPIP
w Częstochowie
Halina Synakiewicz

Do wiadomości:

1. Domy Pomocy Społecznej
2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Gałączyńskiemu i ...
a ty mnie na wzgórze cudowne zaprowadź
wśród pól rozkołysanych wiatrem,
wszystkie obłoki pokaż
i wszystkie drogi do celu i bez celu;
pogodzona ze swym
kruchym człowieczeństwem
jak łupina orzecha,
śmieszna jak kropka na horyzoncie,
przy drodze,
między brzoza
czekam

Agata Polak

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wyraża swoje głębokie zaniepokojenie pojawiającymi się coraz częściej przypadkami zawierania z pielęgniarkami umów zlecenia zamiast umów o pracę. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy zawarcie z pielęgniarką kolejnej umowy o pracę na czas określony doprowadziłoby de facto do zawarcia zgodnie z art. 25¹ § 1 Kp umowy o pracę na czas nieokreślony. Przypominamy, iż pomimo nazwania zawieranej umowy umową zlecenia dochodzi w wyniku jej podpisania do zawarcia umowy o pracę, ponieważ umowa taka posiada wszystkie cechy pozwalające na uznanie jej za umowę o pracę, a w szczególności przewiduje ona: obowiązek osobistego świadczenia pracy, wykonywanie pracy pod kierownictwem oraz nadzorem pracodawcy, obowiązek wykonywania pracy w określonym czasie oraz miejscu.

Przypominamy nadto, iż osobom zatrudnionym na podstawie umowy zlecenia przysługuje prawo wystąpienia na drogę postępowania sądowego w celu ustalenia na podstawie art. 189 Kpc, iż zawarta umowa jest umową o pracę, a nie umową zlecenia.

Nadto wskazuję, iż zgodnie z art. 281 pkt 1 Kp zawarcie przez osobę będącą pracodawcą lub działającą w jego imieniu umowy cywilnoprawnej w warunkach, w których zgodnie z art. 22 § 1 Kp powinna być zawarta umowa o pracę jest zagrożone karą grzywny do 30 000,00 zł.

Mając nadzieję, iż niniejsze pismo doprowadzi do przestrzegania wszystkich praw pracowników określonych w Kodeksie pracy

Pozostając z poważaniem
Radca prawny
OJPIP w Częstochowie

Przedruk z Gazety Prawnej – 11-13.07.2008r

Prawie 250 mln zł z budżetu trafi na pomoc dla szpitali

W budżecie wciąż jest niewykorzystane 246 mln zł na pomoc dla szpitali. Z tych środków korzystają nie tylko zadłużone szpitale.

Na najbliższym posiedzeniu rząd zajmie się projektem nowelizacji ustawy z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 78, poz. 684 z późn. zm.). Dzięki niej szpitale będą mogły skorzystać z pomocy państwa. Na ten cel w budżecie było zarezerwowane 2,2 mld zł. Do wykorzystania wciąż pozostało 246 mln zł.

Projekt nowelizacji ma umożliwić rozdysponowanie tej sumy. O środki te będą mogły ubiegać się szpitale, które wciąż są zadłużone, ale dzięki wcześniej uzyskanej pomocy publicznej i przygotowanym programom naprawczym udało im się spłacić część swoich zobowiązań. Z dodatkowych pieniędzy będą mogły skorzystać te szpitale, które uzyskały ostateczną decyzję o warunkach restrukturyzacji. O dodatkowe środki będą też mogły ubiegać się niezadłużone placówki ochrony zdrowia, które w 2005 roku skorzystały z dotacji z budżetu.

Niewykorzystane dotychczas pieniądze szpitale będą mogły, w zależności od sytuacji finansowej, przeznaczyć na spłatę należności głównych i odsetek wobec wierzycieli publicznoprawnych, czyli np. ZUS czy fiskusa. Pieniądze te będą mogły im również posłużyć na spłatę pożyczek, jakie były im udzielone przez organ założycielski (np. samorząd) na uregulowanie zobowiązań wobec m.in. dostawców leków i wyrobów medycznych. Projekt nowelizacji przewiduje też

możliwość umorzenia szpitalowi zaciągniętej pożyczki w wysokości 70 proc. ogólnej jej kwoty. Będzie to możliwe pod warunkiem, że w okresie do pięciu lat od dnia zawarcia umowy o pożyczkę placówka spłaci 30 proc. należności z odsetkami za ten okres.

Autor: Dominika Sikora

Przedruk z Gazety Prawnej – 11-13.07.2008r

NFZ zapłaci wszystkim pielęgniarkom

Narodowy Fundusz Zdrowia ma przejąć od samorządów obowiązek opłacania pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Rząd proponuje zmianę w zasadach finansowania świadczeń pielęgnarskich wykonywanych na rzecz pensjonariuszy domów pomocy społecznej (DPS).

- Pielęgniarki w tych placówkach wykonują takie same usługi medyczne jak w szpitalu, więc płatnikiem powinien być NFZ, a nie, jak obecnie, samorząd - mówi Jarosław Duda, pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych.

Zapewnia, że już trwają prace nad zmianą zasad wynagradzania pielęgniarek. Nowe przepisy mają być gotowe do końca tego roku. Przygotowanie nowych rozwiązań jest podyktowane przede wszystkim trudnościami, jakie mają DPS z utrzymaniem odpowiedniego poziomu zatrudnienia pielęgniarek. Obecnie pracuje ich tam 8,2 tys. Część z nich jednak szybko odchodzi z pracy ze względu na niskie wynagrodzenia. Średnia płaca wśród tej grupy zawodowej wynosi 1650 zł brutto. Najwięcej zarabiają pielęgniarki zatrudnione w DPS w województwie wielkopolskim (2050 zł), a najmniej w Świętokrzyskiem (1500 zł).

W zapewnieniu odpowiedniego poziomu zatrudnienia pielęgniarek w DPS ma też pomóc likwidacja przepisów, zgodnie z którymi tracą one prawo wykonywania zawodu, jeżeli pracują tam dłużej niż pięć lat. Wynika to z tego, że DPS nie są traktowane jako jednostki medyczne.

Przedruk z Gazety Prawnej

Rozmawiamy z Ewą KOPACZ, ministrem zdrowia

Rząd: szpitalom, które nie zostaną spółkami, grozi likwidacja

Rząd chce, aby szpitale przekształcały się obowiązkowo w spółki. Będą miały na to rok. Tylko pod takim warunkiem korzystają z umorzenia 2,7 mld zł długów. Te, które tego nie robią, mogą zostać zlikwidowane. Opozycja odrzuca te propozycje, domagając się odwołania minister zdrowia.

• Opozycja domaga się kolejnej sejmowej debaty poświęconej ochronie zdrowia. Czy taka debata się odbędzie?

- W Sejmie odbyły się już dwie debaty poświęcone ochronie zdrowia. Nie cieszyły się one szczególnym zainteresowaniem wśród posłów. Stąd, niestety, z przykrością stwierdzam, że wniosek o zwołanie kolejnej debaty jest podyktowany tylko i wyłącznie grą polityczną, a nie troską o pacjentów.

• Opozycja złożyła też wniosek o pani odwołanie. To wyraz braku zaufania do pani jako ministra zdrowia.

- Tego typu wnioski raczej potwierdzają tezę, że dotyczą tych ministrów, których praca jest najbardziej zauważalna. Złożenie wniosku o wotum nieufności stworzy mi kolejną

ZAMIESZANIE WOKÓŁ PROJEKTÓW USTAW

STYCZEŃ	■ Ewa Kopacz przedstawia pierwsze wersje projektów ustaw o zakładach opieki zdrowotnej i wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń zdrowych. Opozycja zarzuca im, że są kopią projektów przygotowanych przez poprzedni rząd ■ zmienione przez rząd projekty ustaw trafiają do Sejmu jako propozycje poselskie
LUTY	■ sejmowa debata poświęcona reformie ochrony zdrowia; opozycja krytykuje projekty ustaw i grozi zawetowaniem ich przez prezydenta
MARZEC	■ koniec obrad tzw. białego szczytu; premier zapowiada podwyżkę składki zdrowotnej w 2010 roku
KWIECIEŃ	■ powołanie w Sejmie czterech podkomisji zajmujących się projektami ustaw ■ zawieszenie prac nad projektem ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych
MAJ	■ rząd zapowiada obowiązkowe przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego
CZERWIEC	■ opozycja bojkotuje prace nad projektem ustawy o ZOZ-ach w podkomisji
LIPIEC	■ PiS składa wniosek o wotum nieufności wobec ministra zdrowia

możliwość przekonania posłów opozycji do mojej wizji reformy systemu ochrony zdrowia.

• **Opozycja twierdzi, że w ogóle nie ma tej wizji. Jaki jest sens pracy nad projektami ustaw bez udziału w pracach posłów opozycji?**

- Po to została powołana podkomisja, żeby jej sprawozdanie stanowiło ułatwienie dla dalszych prac nad ustawą w Komisji Zdrowia. Jeżeli część posłów opozycji zrezygnowała z pracy nad projektem w podkomisji, to jest to nieuczciwe wobec ich wyborców. Posłowie PO pracowali nad projektem, głosowali nad poprawkami i przygotowali sprawozdanie. Oni wywiązali się ze swojej części pracy nad projektem ustawy o ZOZ-ach.

• **Ale brak m.in. posłów PiS w pracach nad ustawą o przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego na pewno spowoduje jej zawetowanie przez prezydenta.**

- Nie za bardzo rozumiem, dlaczego recenzentami tego projektu mają być osoby, które kompletnie zignorowały pracę nad projektem w podkomisji. Być może nie zależy im, żeby w ogóle ta ustawa weszła w życie.

• **Co weto prezydenckie oznacza dla dalszych losów reformy systemu ochrony zdrowia?**

- Zostawienie dzisiaj części szpitali w sytuacji, kiedy nie radzą sobie ze swoim zadłużeniem, kiedy ich długi są skupowane przez firmy windykacyjne, grozi ich likwidacją w niedalekiej przyszłości. Taki los może spotkać nawet 160 szpitali. Jeżeli prezydent zawetuje ustawę o ZOZ-ach, to te placówki zostaną pozbawione możliwości skorzystania z pomocy finansowej państwa w spłacie części swoich długów. Dalsze ich funkcjonowanie w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie daje żadnej gwarancji, że szpitale te będą dalej leczyć pacjentów. Zarzuty, że przekształcenie szpitali w spółki spowoduje, że w swojej działalności będą nastawione wyłącznie na zysk, są nieprawdziwe. W przypadku szpitali zysk oznacza poprawę jakości udzielanych świadczeń, zakup nowego sprzętu, remonty sal.

• **Dlaczego rząd zmienił zdanie i daje tylko rok, a nie dwa lata, na przekształcenie się szpitali w spółki prawa handlowego?**

- Nie warto przedłużać w nieskończoność tego procesu. Szpitale, które na mocy ustawy o pomocy publicznej z 2005 roku skorzystały z pomocy finansowej państwa na spłatę swoich długów, w dużej mierze poprawiły swoją sytuację finansową. Część z nich ma jednak problem ze spłatą tzw. starego długu, który powstał przed 2004 rokiem. Im trzeba w szczególności pomóc w uregulowaniu zaległości. Bez udziału

państwa nie będą w stanie tego zrobić. A tej pomocy nie uzyskają, dopóki nie zmienią swojej formy prawnej. Poza tym im szybciej szpitale zaczną działać jako spółki, tym dłużej będą mogły korzystać ze zwolnienia z opłacania podatku dochodowego CIT. Będą mogły również zapewnić sobie dodatkowe źródła finansowania, chociażby poprzez wykorzystywanie sprzętu i kadry medycznej do wykonywania zabiegów i operacji w czasie, kiedy szpital nie udziela świadczeń na podstawie kontraktu z NFZ.

• **Ale dyrektorzy szpitali mają wątpliwości, czy zdążą w ciągu jednego roku stać się spółkami. Przecież w tym czasie musi być na nowo wyceniony ich majątek, muszą zostać uregulowane kwestie własnościowe....**

- W interesie samych szpitali, zwłaszcza tych najbardziej zadłużonych, jest przeprowadzenie zmian organizacyjnych jak najszybciej. Tylko pod takim warunkiem państwo spłaci ich zobowiązania wobec ZUS czy urzędów skarbowych. Zdaję sobie sprawę, że przeprowadzenie tych wszystkich zmian to bardzo duże wyzwanie dla dyrektorów szpitali. Dlatego rząd jest gotowy zapewnić im wsparcie merytoryczne w przygotowaniu planów naprawczych.

• **Co się stanie ze szpitalem, który nie zdąży przekształcić się w spółkę w ciągu roku. Będzie likwidowany?**

- Taką decyzję będzie ostatecznie podejmować organ założycielski szpitala. Nie chcemy, aby po 1 stycznia 2010 r. na rynku działały szpitale w formie SP ZOZ. Tym samym zostanie zlikwidowany podział na placówki publiczne i niepubliczne.

• **Czyli te, które nie zdążą stać się spółkami, zostaną zlikwidowane...**

- Taką decyzję każdorazowo będzie podejmował lokalny samorząd.

• **Dlaczego akurat Agencja Rozwoju Przemysłu ma się zająć restrukturyzacją szpitali?**

- Nie jest jeszcze przesądzone, czy będzie to właśnie Agencja. Jak na razie odbyliśmy rozmowy z jej przedstawicielami. Niewykluczone, że za przeprowadzenie procesu restrukturyzacji będzie odpowiedzialny Bank Gospodarstwa Krajowego, który ma już duże doświadczenie w tej materii.

• **Czy również szpitale, które już przekształciły się w spółki, będą mogły korzystać ze zwolnienia z podatku dochodowego CIT?**

- To jest decyzja ministra finansów. Ale uważam, że chociażby

PRYWATYZACJA SZPITALI

- 1 od 2009 roku szpitale będą musiały przekształcać się w spółki
- 2 w 2010 roku nie będzie podziału na szpitale publiczne i niepubliczne
- 3 w szpitalach spółkach udziały będą mogli mieć prywatni inwestorzy
- 4 zysk szpitali będzie przeznaczony na ich działalność

ZADŁUŻENIE SZPITALI



ze względu na zasadę równego traktowania podmiotów gospodarczych takie zwolnienie powinno objąć wszystkie placówki medyczne. Z takim też wnioskiem wystąpię do ministra finansów.

• Czy środki na pomoc finansową zadłużonym szpitalom będą zapisane w przyszłorocznej ustawie budżetowej?

- Tak. Na spłatę zobowiązań publicznoprawnych państwo przeznaczy 2,7 mld zł. Dotyczy to jednak tylko tych, które powstały do końca 2007 roku.

• A co z zobowiązaniami szpitali wobec firm medycznych, dostawców leków?

- Na ich spłatę szpitale będą mogły ubiegać się o preferencyjne kredyty lub też zyskają poręczenia państwa do wysokości dwukrotności zobowiązania.

• Minister finansów potwierdził wzrost składki zdrowotnej o jeden punkt procentowy od 2010 roku. Rząd zobowiązał się, że w 2009 roku, kiedy składka będzie na niezmienionym poziomie, przekaże dodatkowe 5 mld zł systemowi ochrony zdrowia z budżetu. Jak rząd wygospodaruje te dodatkowe środki?

- Wciąż bardzo dobrze wyglądają prognozy, jeżeli chodzi o ściągalność składki zdrowotnej. Również w przyszłym roku będzie ona na wysokim poziomie. To wynik wciąż niezłej koniunktury gospodarczej. Dzięki temu do systemu ochrony zdrowia również w 2009 roku trafią dodatkowe pieniądze.

• Ale to środki, jakie wpływają do NFZ. Ja się pytam o środki z budżetu państwa. Z jakich źródeł państwo dofinansuje system ochrony zdrowia?

- Jednym z moich pomysłów jest dofinansowanie systemu lecznictwa, np. z części środków z akcyzy na alkohol i papierosy. Na ten temat zamierzam rozmawiać z ministrem finansów.

• Potencjalnym źródłem dodatkowych środków jest również zmiana zasad obliczania składki zdrowotnej za rolników. Czy ulegną one zmianie?

- Takie są zapowiedzi resortu rolnictwa, ale ich trzeba pytać o szczegóły.

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 58 (473) z dn. 2008.07.21

Autor: Jolanta Białkowska

Unia uzna polski licencjat

W czerwcu br. otrzymałam dyplom licencjata pielęgniarstwa. Chcę wyjechać do Irlandii do pracy jako pielęgniarka. Czy dla uznania moich kwalifikacji zawodowych w innym państwie członkowskim Unii muszę mieć trzyletni staż pracy?

Osoby posiadające tytuł licencjata z pielęgniarstwa, które ukończyły kształcenie po 2004 r. mają prawo do automatycznego uznawania ich kwalifikacji w państwach Unii Europejskiej. Dla uznania kwalifikacji, pielęgniarki nie muszą wykazywać się już trzyletnim stażem pracy. Taki stan rzeczy wynika ze zmiany załącznika V (punkt 5.2.2) do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Czytelniczka przed wyjazdem z kraju potrzebuje uzyskać zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu. Dokument ten wydawany jest przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych. W myśl art. 23 ust. 6 dyrektywy zaświadczenie to stanowi potwierdzenie, że dyplom dotyczący kwalifikacji zawodowych jest dowodem pomyślnego ukończenia kształcenia zgodnie z dyrektywą.

Przedruk z Gazety Podatkowej Nr 62 z dnia 04.08.2008r

Kiedy praca na roli zwiększy staż ubezpieczeniowy?

Osoby nieposiadające odpowiednio długich okresów składkowych i nieskładkowych mogą uzupełnić swój staż ubezpieczeniowy, wymagany do przyznania emerytury lub renty, okresami pracy na roli. Mimo że uprawnienie to istnieje już od wielu lat, wciąż budzi szereg wątpliwości.

Nieważny rodzaj emerytury

Możliwość zwiększenia stażu ubezpieczeniowego poprzez doliczenie okresów pracy na roli wynika z art. 10 ustawy emerytalnej. Przepis ten stanowi, że przy ustalaniu prawa do emerytury oraz obliczaniu jej wysokości mogą być uwzględnione - ale tylko w celu uzupełnienia brakującego stażu - również następujące okresy:

- ubezpieczenia społecznego rolników, za które opłacono składki przewidziane w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r. nr 50, poz. 291 ze zm.),

- przypadające przed 1 lipca 1977 r. okresy prowadzenia gospodarstwa rolnego po ukończeniu 16. roku życia,

- przypadające przed 1 stycznia 1983 r. okresy pracy w gospodarstwie rolnym po ukończeniu 16. roku życia.

Wspomniane okresy nie zostaną jednak uwzględnione, jeżeli zostały już zaliczone do okresów, od których zależy prawo do świadczenia emerytalno-rentowego na podstawie przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Jedną ze zgłaszanych wątpliwości jest to, czy z tej możliwości mogą skorzystać także osoby starające się o tzw. wcześniejszą emeryturę. Otóż, powołany przepis ustawy emerytalnej stanowi ogólnie o emeryturze, nie precyzując jej rodzaju. Oznacza to, że dotyczy wszystkich rodzajów emerytur, w tym wcześniejszych. Potwierdził to Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 20 czerwca 2002 r., sygn. akt III AUa 1348/02.

Przy rencie tylko ubezpieczenie

Z omawianego uprawnienia mogą korzystać też osoby

ubiegające się o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, jednak z pewnymi ograniczeniami. Zdarza się, że wnioskujący o rentę występują o uwzględnienie okresów prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w takim gospodarstwie. Tymczasem ustawa emerytalna wyraźnie określa, że w przypadku renty z tytułu niezdolności do pracy mogą być uwzględnione tylko okresy ubezpieczenia społecznego rolników, za które opłacono przewidziane w odrębnych przepisach składki. Pozostałe okresy pracy w gospodarstwie rolnym nie są więc brane pod uwagę. Tym samym wnioski, w których zainteresowani uzupełnili nimi swój staż ubezpieczeniowy są przez ZUS odrzucane.

Szkola i pomoc w gospodarstwie

Kolejną sytuacją rodzącą niejasności jest to, jak traktować pomoc w gospodarstwie rodziców wykonywaną przed 1 stycznia 1983 r. przez uczące się dzieci w wieku powyżej 16 lat. Czy okres ten można uznać za okres pracy w gospodarstwie rolnym, o którym mowa w art. 10 pkt 3 ustawy emerytalnej?

Rozpatrując tego typu wnioski ZUS wymaga, aby praca na roli była świadczona przez domownika w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników. W myśl art. 6 pkt 2 tej ustawy domownikiem jest osoba bliska rolnikowi, która:

- ukończyła 16 lat,
- pozostaje z nim w wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkuje na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie, - stale pracuje w tym gospodarstwie rolnym i nie jest związana z rolnikiem stosunkiem pracy. Jeżeli dziecko, mimo równoczesnego pobierania nauki, spełniało powyższe warunki, okres pracy na roli zostanie przez ZUS uznany. Nie powinny mieć z tym żadnego problemu dzieci, które uczyły się w miejscu zamieszkania (położenia gospodarstwa rolnego) albo w niewielkiej od niego odległości. Natomiast okresy takie nie zostaną uwzględnione np. w sytuacji, gdy uczeń mieszkał w internacie i pomagał rodzicom tylko sporadycznie w czasie ferii lub wakacji. Zamieszkiwanie poza gospodarstwem przez większość roku oraz dorywcza w nim praca nie spełnia przesłanek pozwalających na uznanie danej osoby za domownika.

Praca na emeryturze

Emeryci, w tym również ci, którzy w stażu ubezpieczeniowym uwzględnili okresy pracy na roli, często podejmują zatrudnienie w celu zwiększenia wspomnianego stażu oraz samego świadczenia. Trzeba jednak pamiętać, że ustawa emerytalna stanowi, iż okresy rolne mogą być przyjęte tylko w wymiarze niezbędnym do uzupełnienia wymaganego stażu ubezpieczeniowego, na który składają się okresy składkowe oraz nieskładkowe. Jeżeli pracujący emeryt wystąpi o doliczenie nowych okresów składkowych, spowoduje to wyłączenie odpowiedniej ilości okresów uzupełniających. Nie nastąpi więc zwiększenie stażu, chyba że doliczane okresy składkowe przewyższą uwzględnione okresy pracy na roli.

Przykład

Pan Janusz w stażu emerytalnym ma uwzględnione 7 lat okresu prowadzenia gospodarstwa rolnego. Po przejściu na emeryturę pracował przez 6 lat i aktualnie wystąpił o doliczenie nowych okresów składkowych. Doliczenie 6 lat pracy nie zwiększy ogólnego stażu emerytalnego, ponieważ równocześnie ZUS odliczy z tego stażu 6 lat okresów uzupełniających.

Jakie dokumenty?

W celu potwierdzenia okresów pracy na roli występujący o emeryturę dołączają często tylko zeznania świadków. Jest to niewystarczające. Wymagane dokumenty przedstawiamy w tabeli poniżej. Należy jednak pamiętać, że w konkretnym przypadku ZUS ma prawo żądać dodatkowych wyjaśnień lub formularzy.

Okresy ubezpieczenia społecznego rolników, za które opłacono przewidziane w odrębnych przepisach składki: - zaświadczenie urzędu gminy lub regionalnego oddziału KRUS. Przypadające przed 1 lipca 1977 r. okresy prowadzenia gospodarstwa rolnego po ukończeniu 16. roku życia:

- zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające prowadzenie gospodarstwa rolnego,
- oświadczenie wnioskodawcy o prowadzeniu gospodarstwa,
- zeznania co najmniej 2 świadków.

Przypadające przed 1 stycznia 1983 r. okresy pracy w gospodarstwie rolnym po ukończeniu 16. roku życia:

- zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające istnienie gospodarstwa oraz stałe zamieszkiwanie (zameldowanie) na terenie, na którym gospodarstwo się znajdowało,
- oświadczenie wnioskodawcy o pracy na roli,
- zeznania dwóch świadków.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. nr 39, poz. 353 ze zm.).

Przedruk z "Biznes i zdrowie" z dnia 22.07.2008r nr 142

Szwedzkie samorządy odpowiadają za szpitale i przychodnie

W Szwecji wydatki na leczenie są pokrywane z podatków, a za działanie placówek medycznych odpowiadają samorządy lokalne.

W Szwecji dominuje publiczny system ochrony zdrowia. System prywatny stanowi jedynie jego niewielkie uzupełnienie. System publiczny zapewnia równy dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli bez względu na ich wiek, płeć, narodowość, miejsce zamieszkania czy wysokość dochodu. Jest on finansowany z podatków, a nie ze składek zdrowotnych. Mimo to istnieją tam kasy ubezpieczeniowe, które pełnią rolę pośrednika między świadczeniodawcami a pacjentami. Wszystkie płatności są realizowane właśnie za pośrednictwem kas. W Szwecji działa ponad 20 regionalnych kas ubezpieczeniowych.

Za działanie placówek medycznych, tj. szpitali i przychodni, odpowiadają samorządy regionalne. Podstawowym szczeblem służby zdrowia są przychodnie rejonowe. Każdy obywatel Szwecji ma prawo wyboru lekarza internistę, który równocześnie pełni funkcję lekarza domowego. Przychodnie mają obowiązek udzielania pomocy pacjentom w dniu zgłoszenia, a jeżeli to nie jest możliwe, to w terminie nie dłuższym niż osiem dni.

Okres przyjęcia przez lekarza specjalistę nie może przekraczać trzech miesięcy.

Uzupełnieniem dla sieci przychodni rejonowych jest zakładowa służba zdrowia oraz sektor prywatnych placówek medycznych. Lekarze specjaliści natomiast z reguły przyjmują pacjentów w przychodniach przyszpitalnych. Zdecydowanie największe nakłady finansowe są w Szwecji przeznaczane na szpitalnictwo. Istnieją tam dwa rodzaje szpitali - regionalne i wojewódzkie. Na terenie kraju działa około 80 tego rodzaju placówek. W każdym regionie działa również szpital uniwersytecki. Łącznie jest ich 10. Bardzo szeroki dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych wiąże się z tym, że system dopłat dla pacjentów jest ograniczony. Za jeden dzień pobytu w szpitalu pacjenci płacą 80 koron (ok. 27 zł). Koszt wizyty u lekarza rodzinnego to wydatek rzędu 60-140 koron (ok. 20-48 zł), a za wizytę u specjalisty należy zapłacić od 100 do 260 koron (ok. 34-88 zł). W celu ograniczenia tych

wydatków została wprowadzona górna granica odpłatności. Osoba, która na świadczenia zdrowotne wyda 900 koron (ok. 306 zł), ma prawo do całkowicie bezpłatnej opieki medycznej przez okres do 12 miesięcy, liczony od dnia, kiedy pacjent poniósł pierwszy wydatek.

**80 koron czyli
ok. 27 zł
płacą Szwedzi
za jeden dzień pobytu
w szpitalu.**

DOMINIKA SIKORA

Przedruk z "Gazeta Podatkowa" z dnia 17.07.2008r nr 57

Czy będą dłuższe urlopy macierzyńskie?

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało nowy projekt nowelizacji Kodeksu pracy. Został on już przyjęty przez rząd na posiedzeniu w dniu 8 lipca br. Projekt przewiduje przede wszystkim zmiany w dotychczas przysługujących pracownicy wymiarach urlopu macierzyńskiego oraz podział urlopu macierzyńskiego na obligatoryjny i fakultatywny.

Od 1 stycznia 2009 r. mają przysługiwać już tylko dwa wymiary urlopów macierzyńskich obligatoryjnych:

- 20 tygodni - w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 31 tygodni - w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Zatem długość urlopu macierzyńskiego będzie zależała wyłącznie od liczby urodzonych dzieci, a nie od liczby przebytych porodów.

Natomiast urlopy dodatkowe będą wynosiły odpowiednio do 6 tygodni - przy urodzeniu jednego dziecka przy jednym porodzie i do 8 tygodni - przy urodzeniu więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie. Urlopy dodatkowe będą przysługiwały od 2010 r. Początkowo w wymiarach odpowiednio do 2 i do 4 tygodni, aby docelowo w 2014 r. osiągnąć wymiary do 6 i do 8 tygodni.

Urlop dodatkowy pozwoli pracownicy na łączenie pracy zawodowej u pracodawcy udzielającego urlopu z opieką nad dzieckiem. Przy czym wymiar czasu pracy takiej pracownicy nie może przekraczać połowy etatu. Warto też podkreślić, że pracodawca będzie zobowiązany uwzględnić wniosek pracownicy w sprawie dodatkowego urlopu macierzyńskiego.

W podobny sposób zostaną wydłużone urlopy macierzyńskie dla osób przysposabiających dzieci.

Pracownicy, którzy nie będą chcieli korzystać z urlopu wychowawczego a wystąpią o obniżenie wymiaru czasu pracy, będą podlegali ochronie przed rozwiązaniem umowy przez okres odpowiadający długości urlopu wychowawczego. Ochrona nie będzie im przysługiwała w razie ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy oraz gdy uzasadnione jest dyscyplinarne rozwiązanie umowy z winy pracownika.

E.M.

Przedruk z Gazety Wyborczej Poniedziałek, 30.06.2008r.

PIELĘGNIARKI OSKARŻONE ZA BRAK PRAKTYKI

Akt oskarżenia przeciwko 89 doświadczonym pielęgniarkom trafił do sądu w Głubczycach na Opolszczyźnie. Za to, że poświadczyły nieprawdę o odbyciu praktyk w szpitalu lub

przyjęły takie poświadczenie.

Pielęgniarki, które chcą pracować w krajach UE, muszą mieć przynajmniej dyplom licencjata. Absolwentki liceów medycznych na zatrudnieniu nie miały szans.

W 2004r. rząd postanowił im pomóc i pozwolił odbyć tzw. Studia pomostowe - z programem okrojonym o to, czego uczono w liceach medycznych.

Wszystko byłoby w porządku, gdyby nie przepis, że przed otrzymaniem dyplomu trzeba jeszcze odbyć praktykę w szpitalu - mówi Krystyna Ciemniak, szefowa opolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. - To kilkaset godzin w ciągu dwóch czy trzech miesięcy.

Helena ma 40 lat, od 20 lat w zawodzie. Poszła na studia licencjackie w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu. - Wszystko odbywało się na wariackich papierach. Nie było żadnych praktyk, a tylko wykłady i zajęcia w weekendy - opowiada.

Zaliczyła pięć semestrów, za każdy zapłaciła 1400zł. I wtedy dowiedziała się, że, musi zaliczyć jeszcze 700 godzin praktyki. - To znaczy, że przez pięć miesięcy nie powinnam robić nic innego, tylko słać łóżka czy robić iniekcję. Praktykować to, co jest moją codziennością.

Marzena jest jedną z młodszych oddziałowych na Opolszczyźnie, dobrze wykształconą i doświadczoną. Miała u siebie na oddziale starszą koleżankę, która jakiś czas temu wprowadzała ją w zawodowe arkana, a teraz robiła studia licencjackie. Marzena podpisała jej dzienniczek praktyk. - Wiedziałam co potrafi. Miałam ją egzaminować z podawania basenu czy zakładania wenflonu? - rozkłada ręce.

Oskarżone siostry mówią, że praktyki są konieczne - ale dla maturzystek z ogólniaków, które podejmują studia pielęgniarskie, a z zawodem nie miały nic wspólnego.

- Nigdy w życiu nie byłam na bakier z prawem i nagle dostaję wezwanie do prokuratury, gdzie mówi mi się, że jestem oszustką i naciągaczką - opowiada Helena. - Jestem zdruzgotana.

Marzena na koniec przesłuchania usłyszała: - Proszę nie rozmawiać z koleżankami, nawet przez telefon, bo oskarżymy panią o mataczenie.

Maria Brzezińska, była doradczyni ministra Zbigniewa Religi ds. uznawania kwalifikacji pielęgniarskich w UE, uważa, że siostry mają rację. Bo przepis o praktykach jest nieżywcioy. Ale jego zmiana będzie bardzo trudna. Musiałaby bowiem przejść przez Komisję Edukacyjną i uzyskać zgodę 26 pozostałych państw Unii.

Wszystkie siostry przyznają się do winy. Grozi im do pięciu lat więzienia. Krystyna Ciemniak zapewni, że otrzymają pomoc prawną. - Głęboko wierzę, że sąd oddali sprawę ze względu na znikomą szkodliwość czynu. /Imiona pielęgniarek zostały zmienione/

Penelopa
siedzi tutaj
tylko kilka chwil
może kilka lat

uwiązana do horyzontu
tęsknym spojrzeniem
przodzień nie samotności

jak statki
wolno przepływają dni
lecz do portu nie zawija
żaden okręt

siedzi tutaj
tylko kilka chwil
może kilka lat
Penelopa
wykuta wśród skał

Agata Polak



**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią
INTERTOM-wyłączny przedstawiciel koncernu
medycznego MEDELA MEDICAMP - Centrum Szkoleń
Medycznych i Bezpieczeństwa zapraszają
pielęgniarki z oddziałów neonatologii i pediatrii oraz
położne na szkolenie:**

„OPIEKA NAD MATKĄ I NOWORODKIEM - NIEZBĘDNIK LAKTACYJNY”

które odbędzie się dn. 16. października 2008 w godzinach 9.00-15.00 w siedzibie OIPIP w Częstochowie przy ul. M. Kopemika 38.

Szkolenie będzie obejmować kluczowe zagadnienia karmienia piersią (prowadząca: Katarzyna Asztabska, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny, KUKP) oraz prezentację akcesoriów wspomagających karmienie piersią (przedstawiciel firmy INTERTOM).

W przerwie szkolenia - poczęstunek.

Uczestnictwo w szkoleniu zostanie potwierdzone zaświadczeniem. Ilość miejsc ograniczona. Zapisy przyjmuje OIPIP w Częstochowie pod nr. Telefonu 0343245112.

Szanowni Państwo

Mamy zaszczyt zaprosić Państwa na I Sesję Pielęgniarską

"Pacjent po udarze mózgu podmiotem opieki pielęgniarskiej"

która odbędzie się 18 października 2008 roku w Juracie, w ramach VIII Interdyscyplinarnego Forum Udarowego Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu. Zachęcamy do czynnego uczestnictwa - w formie referatu bądź plakatu. Planowane jest wystąpienie gościa ze Szwecji, ogromnej sławy specjalistki w dziedzinie badań nad jakością życia chorych po udarze - Pani Profesor Ann Cathrin Jonsson, z Uniwersytetu w Lund.

Niezbędne informacje, formularz rejestracyjny znajdziecie Państwo na stronie: <http://f.reshoo.com/konf/>

Uwaga! Opłata rejestracyjna to jedyne 50zł!!!

Ważne daty:

Nadsyłanie streszczeń - max. 1 strona A4 do dnia 15.08.2008, na adres;

marcelinaskrzypek@gmail.com lub faxem - Klinika Neurologii Dorosłych AMG fax. 0-58 349-23-20 (z dopiskiem - Komitet Organizacyjny, Sesja Pielęgniarska Jurata 2008 - Marcelina Skrzypek). Nadsyłanie referatów - do końca sierpnia 2008 (adresat j.w.). Planowane jest wydanie suplementu w ramach "Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne" - szczegóły www.viamedica.pl

Z poważaniem, Komitet Organizacyjny
mgr pielęgniarstwa Marcelina Skrzypek Katedra i Klinika Neurologii Dorosłych AMG tel. 0-691-25-85-85

INSTYTUT

**„POMNIK - CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”
we współpracy z POLSKIM STOWARZYSZENIEM
DYREKTORÓW ds. PIELĘGNIARSTWA,
NACZELNYCH PIELĘGNIAREK, PIELĘGNIAREK
PRZEŁOŻONYCH
ZAPRASZA**

na Konferencję Szkoleniową
oraz

Spotkanie Członków i Kandydatów do Stowarzyszenia
Miejsce - Instytut „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”,
Al. Dzieci Polskich 20, Warszawa Międzylesie, Aula 119

Termin 21 - 22 listopad 2008r

Zgłoszenia udziału prosimy nadsyłać do dnia 07.11.br na adres:

Instytut „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”

Al. Dzieci Polskich 20

04 – 730 Warszawa

Sekretariat Naczelnej Pielęgniarki

lub

e-mail: a.czarnecka@czd.pl, m.lipiec@czd.pl

Udział w konferencji wynosi 250 zł i obejmuje:

Udział w obradach, materiały merytoryczne, 2 obiady, kawa, herbata podczas przerw, udział w spotkaniu koleżeńskim

Wiodącymi tematami będą:

- aktualny stan prawny zawodów pielęgniarek i położnych – przewidywane zmiany
- kierunki działań Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
- przekształcenia własnościowe w sektorze Ochrony Zdrowia

W spotkaniu wezmą udział m.in. przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia

i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Opłatę za udział w konferencji należy uiścić na konto:

LIPKE KONSULTING

Małgorzata Zychora – Lipke

ul. Pińczowska 2

04 – 925 Warszawa

93 1090 1753 0000 0001 0474 2899

z dopiskiem „Konferencja SDP”.

Informacje dodatkowe: mgr A. Matosek - Czarnecka, mgr Monika Lipiec tel. /0 – 22/ 815 – 12 – 39

Upzejmie informujemy, że szczegółowy program Konferencji Szkoleniowej dla Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Naczelnych Pielęgniarek i Pielęgniarek Przełożonych, dostępny będzie po 28.07.2008r. na stronie internetowej www.czd.pl.

Dodatkowe informacje dostępne również pod numer telefonu - (0 22) 815 12 39 -mgr Agnieszka Matosek - Czarnecka oraz mgr Monika Lipiec.

Organizatorzy

SZKOLENIE DLA LEKARZY I PIELĘGNIAREK „OPIEKA PALIATYWNA W IDEII HOSPICYJNEJ”

Szkolenie organizowane w ramach programu Funduszu Inicjatyw Obywatelskich dofinansowanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

pt. „WOŁONTARIAT W HOSPICIUM”

TERMIN SZKOLENIA

19-21.09.2008 MIEJSCE SZKOLENIA

STAROSTWO POWIATOWE W CZĘSTOCHOWIE

UL. SOBIESKIEGO 9

Sala sesyjna Punkty edukacyjne 28



PROGRAM SZKOLENIA

PIĄTEK (19.09.2008)

15.00-16.30 Rys historyczny opieki paliatywnej/hospicyjnej. Podstawowe pojęcia. Filozofia hospicyjna w opiece paliatywnej.

16.45-18.15 Pielęgnacja skóry i błon śluzowych. Pielęgnacja pacjenta z przetokami.

18.30-20.00 Monitorowanie opieki paliatywnej, a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby.

20.15-21.00 Opieka nad pacjentem w okresie umierania.

SOBOTA (20.09.2008)

8.15-9.45 Patomechanizm bólu. Istota cierpienia totalnego. Zasady leczenia bólu : trójstopniowa drabina analgetyczna. Inwazyjne metody leczenia bólu.

10.00-11.30 Objawy ze strony układu oddechowego i pokarmowego.

11.30-12.15 Stany nagłe w opiece paliatywnej. 12.15-13.00 Przerwa na obiad.

13.00-14.30 Komunikacja z chorym, rodziną chorego, w zespole opieki paliatywnej.

14.45-16.15 Przekazywanie złych informacji.

16.30-18.00 Warsztaty (w grupach)

I GRUPA- PRZEKAZYWANIE ZŁYCH INFORMACJI

II GRUPA - WYPALENIE ZAWODOWE 18.00-18.30 Przerwa na kolację 18.30-20.00 Problemy psycho-duchowe u pacjenta w opiece paliatywnej. Rola duchownego w opiece paliatywnej.

NIEDZIELA (21.09.2008) 9.00-10.30

Wsparcie w okresie osierocenia

Rola psychologa i pracownika socjalnego w opiece paliatywnej. 11.00-14.00 Warsztaty (w grupach)

I GRUPA- GRUPA BALINTA

II GRUPA - PODSTAWOWE PROCEDURY OPIEKI PALIATYWNEJ.

III GRUPA - ŻYWIENIE POZAJELITOWE

IV GRUPA- OBSŁUGA I PIELEGNACJA PORTU Zgłoszenia można składać na:

E-mail: hospicjum.czestochowa@wp.pl tel. 034 300 55 37,

fax 034 360 54 91 Adres: Krakowska 45a, 42-202 Częstochowa

UWAGA POŁOŻNE I POŁOŻNE RODZINNE !

Centralny Ośrodek Koordynujący

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Rak Szyjki Macicy

organizuje

Centralne Kursy Doksztalcające dla Położnych i Położnych Rodzinnych w Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych w Skriningu Raka Szyjki Macicy

Odbycie kursu uprawiania do przystąpienia do Centralnego Egzaminu dla Położnych i Położnych Rodzinnych w Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych w Skriningu Raka Szyjki Macicy

KURSY ODBĘDĄ SIĘ W NASTĘPUJĄCYCH TERMINACH:

I TERMIN: 15 września 2008 r., godz. 8.00

II TERMIN: 6 października 2008 r., godz. 8.00

w Sali wykładowej Centrum Kongresowo – Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przy ul. Przybyszewskiego 37

SZKOLENIE JEST BEZPŁATNE

Szczegółowy harmonogram kursu umieszczony zostanie na stronie internetowej www.prsm.pl

Warunkiem wpisania na listę uczestniczek kursu jest przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego na numer faxu 061 841 97 07

Formularz zgłoszeniowy - dostępny jest na stronie internetowej www.prsm.pl

Każda uczestniczka kursu otrzyma materiał szkoleniowy oraz Zaświadczenie ukończenia Centralnego Kursu Doksztalcającego dla Położnych i Położnych Rodzinnych w Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych w Skriningu Raka Szyjki Macicy

Szkolenie jest bezpłatne, ilość uczestniczek szkolenia ograniczona jest do 100 osób w każdym terminie, o udziale decyduje kolejność zgłoszeń.



Postaci Stanisławy Leszczyńskiej i Racheli Hutner

STANISŁAWA LESZCZYŃSKA - PATRONKA POLSKICH POŁOŻNYCH

Postać Stanisławy Leszczyńskiej, jest wzorem osobowym i etycznym na miarę czasów dla nas, położnych. Ponad połowę swojego życia przepracowała jako położna, traktując swój zawód jak powołanie. Była kobietą niezłomnego charakteru, chociaż drobnej postury. Jej głównymi cechami była ogromna pracowitość, dobroć, łagodność i sumienność. Jak nikt rozumiała ludzi, ich cierpienie fizyczne i potrzeby psychiczne. Kochała swój zawód i to co robiła. Pracowała w najbiedniejszej dzielnicy Łodzi - Bałuty. Miała bardzo wiele pacjentek. Często pracowała przez trzy doby bez snu. Wspominała, że przez cały okres swojej pracy zawodowej, nie miała ani jednego przykrego zdarzenia. W sytuacjach trudnych modliła się słowami „Matko Boża, załóż tylko jeden pantofelek i przybądź z pomocą”. Nigdy się nie zawiodła.

Nawet w najcięższych warunkach potrafiła ratować godność ludzką. Była przykładem niezwyklej ofiarności i umiłowania

zawodu. Najwyraźniej było to widoczne w czasie pobytu w obozie oświęcimskim. Przemyciła do niego zaświadczenie uprawniające do wykonywania zawodu położnej. Dzięki temu mogła pracować na szpitalu położniczym. Otrzymała rozkaz uśmiercania każdego nowo narodzonego dziecka. Nigdy nie wykonała tego polecenia, mimo ciężkiego pobicia. Do historii przeszły jej słowa wypowiedziane do obozowego lekarza doktora Mengele „Nie, nigdy. Nie wolno zabijać dzieci”. W czasie prawie dwuletniego pobytu w Oświęcimiu przyjęła na świat blisko trzy tysiące dzieci. Mimo tragicznych warunków panujących w obozie, wszystkie noworodki urodziły się żywe, a żadna z matek nie zmarła przy porodzie. Wzbudziło to szok „Anioła Śmierci” - jak nazywano Mengele. Takimi wynikami nie mogły się poszczycić nawet najlepsze kliniki niemieckie. „Mateczka” jak o niej mówiły współwięźniarki, nie tylko przyjmowała porody, ale dawała wsparcie nieszczęsnym kobietom, które nie mogły nacieszyć się swym macierzyństwem [6]. Z poświęceniem opiekowała się nimi i ich dziećmi. Dzieci, którym pozwolono żyć umierały przecież



śmiercią głodową. Niebieskookie i jasnowłose, przeznaczone do wychowania na „prawdziwych Niemców” Leszczyńska tatuowała w szczególny sposób, w nadziei, że będzie je można w przyszłości rozpoznać. Swoją heroiczną pracę traktowała jak zwykłe spełnianie obowiązków. W czasach, gdy brakuje szacunku dla życia ludzkiego, jej postawa jest wzorem.

W 1957 roku napisała opublikowany w latach 60-tych „Raport położnej Oświęcimia”, znajdujący się w zbiorach Międzynarodowego Komitetu Oświęcimskiego. Raport ten kończy się słowami: „Jeżeli w mej ojczyźnie - mimo smutnego z czasów wojny doświadczenia - miałyby dojrzywać tendencje skierowane przeciw życiu to wierzę w głos wszystkich położnych, wszystkich uczciwych matek i ojców, wszystkich uczciwych obywateli, w obronie życia i praw dziecka. W obozie koncentracyjnym wszystkie dzieci - wbrew wszelkim przewidywaniom - rodziły się żywe, śliczne i tłusciutkie. Natura przeciwstawiając się nienawiści walczyła o swoje prawa przeciw, niezłomnymi rezerwami żywotności. Natura jest nauczycielką położnej. Razem z nią walczy o życie i razem z nią propaguje najpiękniejszą rzecz na świecie - uśmiech dziecka”. Raport ten posłużył jako inspiracja Alinie Nowak do napisania „Oratorium oświęcimskiego”, wystawionego w Teatrze Wielkim w Warszawie. Jego premiera odbyła się 27 stycznia 1970 roku. Po jego zakończeniu doszło do spotkania Stanisławy Leszczyńskiej z matkami i dziećmi, którym udało się przeżyć obozowe piekło. Jej głęboka wiara i niezłomne stanowisko w sprawie obrony życia nienarodzonych dzieci oddają wspomnienia jej syna Bronisława „Jak otrzymałem dyplom (...) mama przygotowała wspinały posiłek i powiedziała: Wierzę, że nie dokonasz żadnego zabiegu. Bo wtedy musiałbyś przestać uważać się za mojego syna”.

Jej bogatym życiorysem można by obdzielić kilka osób. Urodziła się 8 maja 1896 roku w Łodzi. Jej rodzicami byli Jan i Henryka Zembrzyscy. Rodzina mieszkała w dzielnicy Bałuty, w bardzo ciężkich warunkach, gdyż ojciec jej został wcielony na 5 lat do służby w armii rosyjskiej. Ciężar utrzymania rodziny spoczął na barkach matki, która pracowała po 12 godzin dziennie w fabryce włókienniczej I. Poznańskiego. Od 7 roku życia Stanisława przez dwa lata uczęszczała do prywatnej szkoły, gdzie nauka odbywała się w języku polskim, a następnie do progimnazjum Wacława Maciejewskiego w Łodzi. W 1908 roku rodzina wyjeżdża w celach zarobkowych do Brazylii, gdzie przebywała rodzina matki.

Tęsknota za krajem spowodowała, że emigracja trwała tylko dwa lata. W czasie pobytu w Rio de Janeiro Stanisława uczęszczała do szkoły, gdzie nauka odbywała się w języku portugalskim i niemieckim. Znajomość tego drugiego języka przydała się jej bardzo w czasie pobytu w obozie w Oświęcimiu. Po powrocie do Łodzi podjęła przerwana naukę w progimnazjum. W czasie I wojny światowej pracowała aktywnie w Komitecie Niesienia Pomocy Biednym i pomagała matce w wychowywaniu dwóch młodszych braci gdyż ojciec ponownie został wcielony do wojska, W 1916 roku wyszła za mąż za drukarza Bronisława Leszczyńskiego, później najlepszego zecera w Łodzi. Mimo, że była już matką dwójki dzieci przenosi się do Warszawy i rozpoczyna naukę w Państwowej Szkole Położniczej przy ul. Karowej, dzieci pozostawiając pod opieką męża i dziadków. Szkołę ukończyła z wyróżnieniem i po powrocie do Łodzi rozpoczęła pracę położnej, godząc obowiązki zawodowe z wychowywaniem czwórki dzieci (Bronisław ur. 1917 r., Sylwia ur. 1919 r., Stanisław ur. 1922 r. i Henryk ur. 1923r.). Cała czwórka dzieci Stanisławy ukończyła studia wyższe (trójka medyczne).

W czasie II wojny światowej Leszczyńscy prowadzą działalność konspiracyjną. Niosą pomoc Żydom zamkniętym w

getcie. Organizują żywność, fałszywe dokumenty. W lutym 1943 roku Stanisława została aresztowana przez gestapo z córką i synami. Mężowi i najstarszemu synowi Bronisławowi udało się uciec. Chociaż wymknął się gestapowcom, mąż Stanisławy nie doczekał końca wojny. Zginął w Powstaniu Warszawskim. W kwietniu 1943 roku Stanisława wraz z córką zostaje przewieziona do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Nadano jej numer obozowy 41335. Synowie przebywali w obozach Gusen i Mauthausen. Z obozu Stanisława Leszczyńska powróciła do Łodzi w lutym 1945 roku. Mimo nadszarpniętego pobytem w obozie zdrowia podjęła pracę zawodową.

W 1958 roku stan zdrowia zmusił Stanisławę Leszczyńską do zakończenia pracy zawodowej. Swoje siły poświęciła rodzinie i wnukom. Parę lat później zachorowała na nowotwór jelit. Z pokorą przyjmowała cierpienie. Jako osoba głęboko wierząca rozumiała jego sens. Zmarła 11 marca 1974 roku. Pochowano ją w habicie, ponieważ była tercjaną Trzeciego Zakonu św. Franciszka. Do trumny jeden z synów, w chwili pożegnania, włożył złotą strunę zdjętą z cytry - instrumentu na którym umiała i lubiła grać. Prowadzący uroczystości pogrzebowe kapłan, powiedział „Treścią jej życia była służba. Ojciec Kolbe poświęcił swoje życie za jednego więźnia, Stanisława Leszczyńska poświęciła swoje tysiące razy, bo za każde nowo narodzone dziecko w Oświęcimiu”.

W dniu 2 maja 1982 roku polskie kobiety ofiarowały Polsce i Narodowi na Jasnej Górze „Kielich Życia i Przemiany Narodu”. U podstaw kielicha umieszczone są rzeźby czterech kobiet, które odegrały wybitną rolę w dziejach Polski: św. Jadwigi Śląskiej, błog. Matki Teresy Ledóchowskiej, błog. Jadwigi Królowej oraz Stanisławy Leszczyńskiej do której tuli się nagie dziecko. Polskie położne oddały cześć Stanisławie Leszczyńskiej przyjmując dzień jej urodzin - 8 maja jako Dzień Położnych. W dniu tym zasłużonym położnym wręczany jest medal „Ocalić od zapomnienia” z jej wizerunkiem. Pierwsze medale przyznano w 1999 roku 14 osobom. Trzy z nich otrzymali synowie Stanisławy Leszczyńskiej, a 11 zasłużone położne. Po tej podniosłej uroczystości synowie Stanisławy Leszczyńskiej zaimprovizowali koncert gry na cytrze, instrumencie tak ukochanym przez ich matkę. W czerwcu 1987 roku, podczas wizyty w Łodzi papież Jan Paweł II wskazał Stanisławę Leszczyńską jako przykład chrześcijańskiego bohaterstwa. 3 marca 1992 roku został wydany Dekret Powołujący Trybunał do Sprawy Kanonizacji Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej. W 1996 roku w setną rocznicę urodzin jej szczątki zostały przeniesione z cmentarza do kościoła Wniebowzięcia NMP, w którym odbył się jej chrzest.

Danuta Laurman - Wierus
fragment pracy magisterskiej pt. „Rola położnej w
opinii ciężarnych, rodzących, położnic”

Pielęgniarstwo było jej życiem....

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z ogromnym żalem przyjęła informację o śmierci Pani Racheli Hutner (1909 - 2008) - niekwestionowanego autorytetu, nestorki, legendy pielęgniarstwa polskiego. Prekursorki nowoczesnej polskiej myśli pielęgniarskiej, nauki, dydaktyki i praktyki.. Człowieka, którego motto życiowe „...pomaganie innym wzbogaca nas wewnątrz i nadaje sens życiu...” stało się drogowskazem dla wielu pokoleń pielęgniarek. Racheli Hutner należała do osób całkowicie oddanych sprawom społecznym związanym z rozwojem naszej profesji, osób, które niezwykle wysoko stawiają sobie poprzeczkę wymagań wobec siebie, a w



dbałości o realizację zadań i planów mobilizują innych do rozwoju i działania. Była autorką wielu publikacji w tym nowatorskiego w momencie wydania podręcznika „Pielęgniarstwo specjalistyczne”

Rachela Hutner żyła 99 lat. Za początek jej związku z pielęgniarstwem można uznać moment, gdy jako studentka III roku Wydziału Matematyczno - Przyrodniczego Uniwersytetu Warszawskiego podjęła decyzję o przerwaniu studiów i rozpoczęła naukę w Szkole Pielęgniarskiej w Warszawie. Po jej ukończeniu już jako pielęgniarka podjęła pracę w szpitalu. Jej dalsza edukacja związana była z uzyskaniem stypendium od Rządu Polskiego finansującego studia w Anglii. Czas wojny szczególnie trudny dla Racheli Hutner wiązał się ze śmiercią osób jej najbliższych. Zmuszona do wojennej tułaczki wyjechała do Stanów Zjednoczonych, bo jak sama mawiała „...Anglia jest krajem gdzie zawód pielęgniarki narodził się, Ameryka jest kolebką

postępu w pielęgniarstwie współmiernego z postępowaniem medycyny, organizacji ochrony zdrowia i nauk humanistycznych...” tam kontynuowała studia na wydziale pielęgniarskim w Detroit. Po zakończeniu II Wojny Światowej imperatyw moralny, spłaty długu wobec ojczyzny, jaki zaciągnęła korzystając ze stypendium powoduje, iż w czerwcu 1948 roku wraca do Polski. Wyposażona w nowoczesną wiedzę i umiejętności zdobyte podczas wyjazdu inicjuje szereg działań, których celem jest popularyzowanie ideału pielęgniarki - osoby wszechstronnie wykształconej, perfekcyjnego fachowca, współdziałającego z lekarzem. Jej działania prowadziły do rozwoju szkolnictwa pielęgniarskiego na poziomie średnim oraz na poziomie wyższym. W dbałości o dobór kadry dydaktycznej była inicjatorką utworzenia w 1949 roku Warszawskiego Ośrodka Kształcenia Instruktorów a następnie od momentu powstania w 1960 r. została dyrektorką Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych w Warszawie przy ulicy Spartańskiej. Rachela Hutner swoją aktywność zawodową wiązała również z działaniem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, którego była współzałożycielem i reprezentantem w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek w latach 1965 - 1968. W uznaniu z wybitne zasługi uhonorowana licznymi wyróżnieniami i odznaczeniami. Do najcenniejszych, z których była szczególnie dumna należą: Medal Florencji Nightingale przyznany w roku 1995 za wyjątkowe poświęcenie i wysokie kwalifikacje zawodowe i moralne, za działanie na rzecz poprawy opieki nad rannymi i chorymi, Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski przyznany w roku 2000, w uznaniu wybitnych zasług dla Polski i polskiego pielęgniarstwa oraz tytuł Doktora Honoris Causa Akademii Medycznej w Lublinie. Pielęgniarstwo do końca było celem życia Racheli Hutner. Powtarzając za profesorem Marianem Klamutem możemy powiedzieć, że myśl i dzieło Racheli Hutner to fundament, na którym kolejne pokolenia mogą budować gmach swojego pielęgniarskiego losu i przygotowywać plany na przyszłość.

Prezes

Elżbieta Buczkowska



Kampania “Lepszy start ...”

2 sierpnia 2008, Warszawa Informacja Prasowa

Lepszy start dla twojego dziecka! Czy kobieta może pić alkohol w ciąży?

Od początku sierpnia 2008 rusza kampania „Lepszy start dla twojego dziecka”. Celem kampanii jest przekazanie informacji na temat zagrożeń związanych ze spożyciem alkoholu przez kobiety w czasie ciąży. Picie alkoholu w tym okresie może prowadzić do bardzo poważnych konsekwencji.

Każdy kieliszek, który wypije ciężarna kobieta, wypijany jest równocześnie przez jej nienarodzone dziecko. Alkohol ma negatywny wpływ na rozwój dziecka i prowadzi do zaburzeń zdrowotnych.

Z badań Ipsos z 2005 r. wynika*, że Polacy uważają, iż alkohol wpływa szkodliwie na kobiety w ciąży, jednocześnie znajomi, media i lekarze informują, iż spożywanie niewielkich ilości nie zaszkodzi przyszłym matkom. Niemal jedna trzecia (31,7 proc) badanych Polaków spotkała się z opinią, iż kobieta w ciąży może spożywać regularnie niewielkie ilości czerwonego wina. Opinia ta może przyczyniać się do społecznej akceptacji picia

alkoholi przez kobiety w ciąży i nasilać to zjawisko. Z sondażu Ipsos wynika, że co trzecia kobieta (33%) w wieku prokreacyjnym (18-40 lat) piła alkohol w czasie ciąży.

Taki wynik może wynikać z faktu, że wiele kobiet uważa, iż szkodliwe jest wypicie kieliszka wódki, natomiast wino i piwo nie jest traktowane jako alkohol, a co za tym idzie nie powoduje skutków negatywnie wpływających na rozwój nienarodzonego dziecka.

Z danych tych wynika, że edukacja w zakresie konsekwencji picia alkoholu w czasie ciąży jest bardzo potrzebna. Najlepszym sposobem walki z tymi negatywnymi zachowaniami jest edukacja.

W ramach kampanii zostanie stworzona strona internetowa www.lepszystart.com.pl, gdzie kobiety w ciąży i inni będą mogli znaleźć potrzebne informacje. W 500 poradniach zdrowotnych i ginekologicznych na terenie Polski zostaną umieszczone plakaty i ulotki, materiały informacyjne będzie można znaleźć również w 1000 aptekach na terenie całego kraju. Kampania będzie również obecna w mediach.



NFZ
Centrala
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Departament Świadczeń opieki
Zdrowotnej

Warszawa, dnia 4 czerwca 2008 r.

NOTATKA ZE SPOTKANIA

W dniu 04.06.2008 r. w Centrali NFZ odbyło się, na wniosek Pani Elżbiety Buczkowskiej Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, spotkanie poświęcone omówieniu zgłoszonych z ramienia Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, propozycji zmian w warunkach zabierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w zakresach: świadczenia pielęgniarki poz, świadczenia położnej poz oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej (w załączeniu, autoryzowany przez Panią Prezes E. Buczkowską dokument pt. „Ogólne założenia do zmiany szczegółowych zasad kontraktowania świadczeń realizowanych przez pielęgniarki POZ, położne POZ”)

W spotkaniu udział wzięli:

Ze strony NRPIP:

Elżbieta Buczkowską - Prezes NRPIP

Elżbieta Garwacka-Czachor - Wiceprezes NRPIP

Ze strony Ministerstwa Zdrowia:

Jolanta Skolimowska - z-ca dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Ewa Obrzut Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego

Ze strony Centrali NFZ:

Hanna Klimczak - główny specjalista DSOZ

W trakcie spotkania Pani Hanna Klimczak przedstawiła, wypracowane w DSOZ Centrali Funduszu, stanowisko w odniesieniu do poszczególnych postulatów zgłoszonych przez NRPIP w w/w dokumencie.

W zasadach kontraktowania świadczeń pielęgniarskich i położnej w POZ, w roku 2009, kapitałowa metoda finansowania utrzymana zostanie z całą pewnością w zakresie: świadczenia pielęgniarki szkolnej.

W odniesieniu do zakresu, świadczenia pielęgniarki poz, metoda kapitałowa nie sprawdziła się, gdyż nie zabezpiecza w sposób wystarczający dostępności do świadczeń pielęgniarskich dla osób dotkniętych chorobą lub jej skutkami, potrzebujących (bez względu na wiek) kompleksowej opieki pielęgniarskiej i pielęgniarskiej realizowanej w warunkach leczenia ambulatoryjnego (POZ), w szczególności w domu chorego, do sprawowania której zobowiązują pielęgniarkę poz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816). Ocena ta stała się podstawą wdrożenia w roku 2008 zmian w organizacji udzielania świadczeń przez pielęgniarki poz oraz alternatywnej do kapitałowej, zadaniowej metody finansowania, realizowanej na podstawie wykonania świadczeń wg „Katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ”

Uwzględniając zróżnicowanie potrzeb zdrowotnych populacji świadczeniobiorców zadeklarowanych do pielęgniarek poz oraz kosztowność poszczególnych zadań do wykonywania, których są zobowiązane w ramach umów zawartych z NFZ, w celu zapewnienia gwarantowanej przepisami art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o

świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) powszechności dostępności do przedmiotowych świadczeń oraz ich jakości na poziomie akceptowalnym dla świadczeniobiorców, rozważa się przyjęcie na rok 2009 metody finansowania mieszanej: kapitałowo-zadaniowej.

W metodzie tej wyróżniono by następujące obszary finansowania:

1. obszar dotychczasowej „pielęgniarskiej opieki środowiskowej w POZ” - finansowanie zadaniowe wg „Katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ”,

2. realizacja czynności diagnostycznych i leczniczych realizowanych wg zleceń lekarskich - finansowanie zadaniowe wg „Katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ”,

3. pozostałe świadczenia zgodnie z zakresem zadań pielęgniarki poz - realizowane w ramach gotowości do udzielania świadczeń i finansowane na podstawie kapitałowej stawki rocznej.

Zastrzega się jednocześnie możliwość przesunięcia finansowania świadczeń z obszaru

1 z POZ do rodzaju: opieka długoterminowa. Decyzja o przesunięciu, aczkolwiek zgodna z postulatami środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, uzależniona jest od oceny możliwości prawnych wprowadzenia takiej zmiany oraz od oceny uwarunkowań organizacyjnych i istniejących pielęgniarskich zasobów kadrowych w opiece długoterminowej. Pamiętać należy, że przyjęte kryteria kwalifikacji pacjentów do „objęcia pielęgniarską opieką środowiskową „POZ” różnią się od kryteriów obowiązujących obecnie w zakresie: pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Różnią się też zasady finansowania powyższych świadczeń.

Położna poz - w odniesieniu do zasad kontraktowania świadczeń położnej poz - do Prezesa NFZ wpłynęły, po opublikowaniu zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ, wnioski od Pani Leokadii Jędrzejewskiej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczego i Ginekologicznego (pismo w załączeniu). Jednym z postulatów jest opracowanie dla położnej poz „Katalogu świadczeń położnej poz” Mógłby on stanowić podstawę finansowania zadaniowego dla tego zakresu świadczeń, czym NFZ jest zainteresowany. Finalizacja wniosku wymaga jednak zaangażowania ze strony środowiska zawodowego położnych.

Ad. 2

W odniesieniu do postulatów wyrównania, w skali kraju, stawek kapitałowych w poszczególnych zakresach i wzrostu ich wartości - w związku z mającą nastąpić zmianą planu finansowego NFZ, realizacja wniosku jest możliwa ze skutkiem od 1 lipca 2008 r. Na okres do 31 grudnia 2008 r. rozważa się następujące wartości rocznych stawek kapitałowych:

- świadczenia pielęgniarki poz - 23,88 zł,

- świadczenia położnej poz - 12,24 zł,

- świadczenia pielęgniarki szkolnej - 38,04 zł.

Nowe wartości stawek wprowadzone zostaną na podstawie zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Ad. 5

Zalecana przez Fundusz maksymalna liczba 6600 świadczeniobiorców objętych opieką przez położną poz pełni funkcję wskaźnika dostępności do świadczeń gwarantowanych w ramach umowy i ich jakości. Fundusz nie ustalał samodzielnie w/w wielkości. Wstecznie, źródłem dla jej określenia były przepisy nieobowiązującego już rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie

plany zdrowotne, oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu (Dz. V. z 2003 r. Nr 115, poz. 1087). Taka sama sytuacja ma miejsce w odniesieniu do liczby populacji wskazanej dla lekarza poz i pielęgniarki poz.

Obniżenie tej granicy w chwili obecnej skutkowałaby nagłą, utratą dostępności do świadczeń dla populacji osób zadeklarowanych ponad nowo ustalony limit. Zmiana, ze względów organizacyjnych, zabezpieczenia dostępności do świadczeń oraz etycznych - po stronie świadczeniodawców, jest nieuzasadniona.

Ad. 6

Sprawa wzoru deklaracji wyboru była niejednokrotnie już przedmiotem wyjaśnień w roku 2007. Deklaracja wyboru nie stanowi załącznika do warunków kontraktowania świadczeń. Jest odrębnym dokumentem systemu, w oparciu o który zorganizowany jest system POZ. Fundusz wykorzystuje jedynie tę zasadę organizacji dla celów finansowania niektórych świadczeń. Zmiana wzoru deklaracji wyboru, pozostająca w kompetencjach Prezesa NFZ, nie wpłynie na zachowania rynkowe świadczeniodawców, zatem jest nieuzasadniona,

Ad. 3, 7 i 8 Sprawy:

- wymogu posiadania przez świadczeniodawcę realizującego umowę w zakresach: świadczenia pielęgniarki poz oraz świadczenia położnej poz, odpowiednio, gabinetu pielęgniarki i/lub położnej poz,

- dotyczące gabinetu zabiegowego i obowiązującego na podstawie zawartych umów podziału zadań pomiędzy świadczeniodawcami,

- dotyczące zasad współpracy pomiędzy świadczeniodawcami jakie powinny być stosowane w odniesieniu do pobierania materiałów do badań diagnostycznych w domu pacjenta, były przedmiotem wyjaśnień na spotkaniu w dniu 6 maja 2008 r. i nie wymagają dodatkowego omówienia.

W trakcie spotkania ustalono co następuje:

1. Obecni na spotkaniu przedstawiciele środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych wyrażają zainteresowanie dla rozważanego przez Fundusz kierunku zmian w kontraktowaniu świadczeń pielęgniarki i położnej poz Deklarują dalszą współpracę przy ustalaniu szczegółowych warunków proponowanych przez Fundusz rozwiązań.

2. Zaakceptowane zostały zaplanowane na okres od lipca do końca br. zmiany stawek kapitałowych w zakresach świadczeń pielęgniarek i położnych poz. NRPIP stoi na stanowisku, że docelowo (na rok 2009) stawki powinny ulec wzrostowi, w związku z obserwowanym wzrostem kosztów działalności prowadzonej przez świadczeniodawców.

3. Ustalono zakres zmian w „Katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ” na rok 2009:

- wprowadzenie zmian w nazewnictwie i/lub opisie oraz wycenie punktowej niektórych świadczeń ujętych w obowiązującym Katalogu

- dostosowanie konstrukcji katalogu do przyjętego ostatecznie modelu finansowania świadczeń

pielęgniarki poz ...

NRPIP zobowiązała się do bieżącej współpracy przy modyfikacji treści „Katalogu”

4. Przyjęte zostało do wiadomości stanowisko Funduszu w sprawie obowiązku wymogu posiadania przez świadczeniodawcę realizującego umowę w zakresach: świadczenia pielęgniarki poz oraz świadczenia położnej poz, odpowiednio, gabinetu pielęgniarki i/lub położnej poz oraz w sprawie wzoru deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej poz,

5. Określone została potrzeba odbycia kolejnego spotkania w celu omówienia zasad kontraktowania świadczeń położnej

poz. W spotkaniu wezmą udział: przedstawiciele NRPIP, MZ oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczego i Ginekologicznego Termin spotkani!* zostanie ustalony w terminie później szyn", na drodze kontaktu telefonicznego.

6. Pani Prezes NFRPIP przekazała pisemną informację o liczbie wydanych przez Izby Okręgowe zaświadczeń o liczbie praktyk pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej posiadających rejestrację w miejscu wezwania.

Na tym spotkanie zakończono.

Sporządziła:

Hanna Klimczak

GŁ. Specjalista DSOZ

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

mgr Leokadia Jędrzejewska

W odpowiedzi na pismo z dnia 14 listopada 2007r. znak: CF/DSOZ/HKL/076/0081/W/02436 w sprawie projektu zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wnoszę o wprowadzenie następujących zmian:

1. W katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ - Zał. Nr 3 do zarządzenia – skreślić zapis ujęty pod pozycją 2. Świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia, lp-2.2 Realizacja wizyty patronażowej u dziecka do 6 tygodnia życia.

Zapis ten nie ma żadnych podstaw prawnych i nie powinien być tam zamieszczony, bowiem zgodnie z zakresem zadań położnej POZ zawartym w części u B ust.1 pkt.3 rozporządzenia MZ z dnia 25 października 2005 r w sprawie zakresu zadań lekarza pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214. poz. 1816), opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia sprawuje położna, która posiada stosowne kwalifikacje i kompetencje do realizacji tych świadczeń.

2. Uważam, że nie należy obniżać wymogów kwalifikacyjnych stawianym pielęgniarkom realizującym umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ. Pozyskanie pielęgniarek do realizacji tych świadczeń z pewnością poprawi się jeżeli wynagrodzenie będzie na właściwym poziomie.

Wnioskuje ponadto o dokonanie kolejnych zmian nie wskazanych w przesłanym projekcie zarządzenia:

3. Wpisać w rozdziale 1 § 2 analogicznie jak dla pielęgniarek, zapis o treści „Katalog świadczeń z zakresu pielęgnacyjnej opieki położniczo - ginekologiczno -neonatologicznej realizowanych przez położną POZ”,

4. Nadać nowe brzmienie § 4 pkt 5 Świadczeniodawca na bieżąco prowadzi zapisy na listy świadczeniobiorców z wyłączeniem noworodków płci męskiej, do poszczególnych osób udzielających świadczeń. Powyższa zmiana wydaje się być zasadna ze względu na jednosieczną ważność deklaracji noworodka płci męskiej. Jest to zbędne gromadzenie dokumentacji

5. Mając na uwadze jakość opieki nad kobietą,



noworodkiem/niemowlęciem oraz wyraźny wzrost urodzeń przekładający się na zwiększenie zadań położnej rodzinnej, wnioskuje o zmianę populacji położnej rodzinnej z 6 600 osób, do których zalicza się osoby płci żeńskiej, oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia, docelowo do 4 000 osób z jednoczesnym stosownym wzrostem stawki kapitałowej.

Aktualna populacja przypisana położnej POZ stwarza trudności z jej zatrudnieniem (najczęściej umowa zlecenie zawierana przez 1 położną z kilkoma pracodawcami), nie wiąże z konkretnym zakładem opieki. Opieka ta nie jest ciągła i całościowa co sprzeczne jest z ideą medycyny rodzinnej. Położna posiadając ograniczony czas pracy, najczęściej pod przymusem pracodawców skupia swoją uwagę tylko na położnicach, noworodkach/niemowlakach. Ta forma zatrudnienia jest ponadto dla położnych bardzo nierentowna, gdyż w ramach swoich zadań muszą pokonywać wiele kilometrów, często nawet do 50 aby wykonać stosowne usługi. Zmniejszenie liczby osób, którymi się opiekuje, pozwoli położnym realizować w pełni świadczenia wskazane w rozporządzeniu MZ z dnia 25 października 2005r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w tym szczególnie w zakresie opieki nad kobietą w okresie ciąży i kobietami z problemami ginekologicznymi a pracodawcom ułatwi pozyskiwanie położnych do współpracy.

6 Opracować i założyć do ww. zarządzenia dokumentację dla położnej POZ.

7 Wpisać w rozdziale § 2, zapis o treści „świadczenia położnej rodzinnej w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, w tym:

- profilaktyki raka piersi,
- profilaktyki raka szyjki macicy,

8 Nie ma zasadności co do wprowadzenia nowych pojęć wskazanych w §2 zarządzenia

Ponadto zwracam uwagę, że nie pokrywają się one z innymi aktami prawnymi.

Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologicznego i położniczego
Leokadia Jędrzejewska

Ogólne założenia do zmiany szczegółowych zasad kontraktowania świadczeń realizowanych przez pielęgniarki POZ, położne POZ

1. Finansowanie świadczeń zdrowotnych powinno się odbywać metodą kapitałową według rocznej stawki kapitałowej.
2. Wartość kapitałowej stawki rocznej powinna wynosić dla:
 - pielęgniarki POZ - 25 zł,
 - położnej POZ - 19 zł,
 - pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania - 38 zł.
3. Pielęgniarka poz zobowiązana jest do udzielania pielęgniarstwie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców DPS-ów). W związku z tym nie jest obowiązana do posiadania gabinetu pielęgniarki POZ.
4. Należy rozdzielić świadczenia pielęgniarki POZ ze świadczeniami w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej poprzez wykreślenie produktu: pielęgniarstwo opieka środowiskowa. Zdefiniowanie ww. produktu w zarządzeniu 69/2007/DSOZ jest powieleniem zakresu świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej.
5. Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców dla położnej POZ powinny wynosić nie więcej niż 5.000. .
6. Deklaracje wyboru świadczeniodawców: pielęgniarki POZ, położnej POZ, lekarza POZ powinny stanowić odrębne druki (według wzorów określonych w załącznikach do szczegółowych warunków kontraktowania).
7. Realizacja zleceń lekarzy specjalistów w zakresie świadczeń leczniczych powinna się odbywać w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień lekarza POZ oraz gabinecie zabiegowym lekarza specjalisty.
8. Lekarz POZ zlecający pobieranie materiału do badań laboratoryjnych w domu pacjenta powinien być zobowiązany do zapewnienia transportu do przewożenia materiału biologicznego z domu pacjenta do laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych.

Refluk żołądkowo-przełykowy



Opracowała Iwona Knapik-Stolarek

Refluks żołądkowo-przełykowy GERD schorzenie polegające na nieprawidłowym cofaniu się kwaśnej treści żołądkowej do przełyku z powodu niesprawności zwieracza dolnego przełyku-LES.

Patogeneza

Za główne czynniki patogenetyczne uważa się występowanie przedłużonego czasu relaksacji dolnego zwieracza przełyku, co prowadzi do zarzucania i długotrwałego zalegania kwaśnej treści żołądkowej lub zasadowej treści jelitowej w przełyku. GERD może być związany z obecnością przepukliny wślizgowej rozwaru przełykowego.

Objawy

Towarzyszą temu różnorodne objawy kliniczne, głównie zgaga, uczucie pieczenia w klatce piersiowej, czasem wrażenie cofania się pokarmu. Czasami po prostu bóle w klatce piersiowej, co wymaga szczegółowej diagnostyki, imitują

bowiem objawy kardiologiczne. Mogą wystąpić również objawy ze strony układu oddechowego w postaci chrypki, zapalenia krtani i gardła.

Zapalenia krtani:

- zwężenie przełyku na skutek długotrwałego stanu zapalnego,
- owrzodzenie
- krwawienie z owrzodzenia,
- perforacja owrzodzenia.

Diagnostyka

W diagnostyce podstawowej wykorzystuje się badania RTG przełyku z kontrastem, endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego, 24 godziny i manometrię przełykową.

Stopnie zaawansowania

Do oceny stopnia zaawansowania choroby stosuje się endoskopową ocenę wg skali Savary-Millera:

0-stan prawidłowy 1-przekrwienie 2-linijne nadżerki 3-rozlane nadżerki 4-zwężenie pozapalne



Leczenie

Zachowawcze: dotyczy niepowikłanego GERD. Z wyboru stosuje się leki z grupy inhibitorów pompy protonowej (PPI), np. Omeprazol, Pantoprazol, które zmniejszają kwaśność soku żołądkowego. Można stosować leki z grupy blokerów receptorów H₂, np. Ranitydyna, Famotydyna, które pośrednio obniżają kwaśność soku żołądkowego. Wspomagająco można podawać leki alkaizujące, na bazie wodorotlenku glinu i/lub magnezu. Obowiązuje zakaz palenia tytoniu, unikanie stresu. U dzieci preferowanym leczeniem jest podawanie leków prokinetycznych zwiększających napięcie dolnego zwieracza przełyku (metodopramid, cisaprid).

Leczenie chirurgiczne: Stosowane w przypadku powikłań lub nieudanego leczenia zachowawczego. Najczęściej wykonywanym zabiegiem jest fundoplikacja sposobem Nissena, polegająca na owinięciu dolnego odcinka przełyku wraz z wpustem i dnem żołądka.

Refluks-dieta

Zmiany w diecie i stylu życia korzystnie wpływają na osłabienie objawów refluksu. Podstawowym zaleceniem jest zmniejszenie ilości tłuszczu w diecie, gdyż składnik ten znacznie nasila dolegliwości. W przypadku gdy osoba cierpiąca na refluks ma nadwagę lub jest otyła, stosowana dieta powinna być nie tylko niskotłuszczowa ale również niskokaloryczna. Redukcja masy ciała powoduje bowiem zmniejszenie objawów refluksu.

Dozwolone:

- chude gatunki mięs (cielęcina, schab, królik),
- drobiu (kurczaki, indyk),
- wędlin (szynki wieprzowe i drobiowe, polędwice),
- chude wyroby mleczarskie-mleko, jogurty, kefir, maślanka z obniżoną zawartością tłuszczu; u niektórych osób łagodzi objawy zgagi,
- gotowanie potraw, duszenie bez obsmażania, pieczenie w folii, gotowanie na parze, smażenie beztłuszczowe,
- marchew, buraki, ziemniaki, kalafior, szpinak,
- przyprawianie potraw świeżą bazylią, oregano lub ząbkami czosnku,
- przyprawami ziołowymi, np. koprem włoskim, szalwią, rozmarynem, koperkiem,
- mała porcja ciasta drożdżowego lub biszkoptowego,
- niegazowane wody mineralne, herbaty ziołowe (z wyjątkiem herbaty z mięty pieprzowej).

Niewskazane:

- tłuste potrawy, a w szczególności tłuste gatunki mięs i drobiu, np. tłusta wieprzowina, gęsi, kaczki, golonki, żeberka, tłuste wędliny np. baleron, salami,
- pasztety, pasztetowe, tłuste kielbasy, salceson,
- tłusty nabiał-żółte sery, sery typu camembert i brie, topione i pleśniowe, serki typu fromage,
- potrawy typu fast-food-hamburgery, hot-dogi, cheese-burgery, frytki,
- jedzenie potraw smażonych,
- ogórki, pomidory, cebule.

Ta ostatnia szczególnie często przyczynia się do powstania refluksu. Warto więc zrezygnować też z wszelkiego rodzaju zasmażek z cebulą.

- Potrawy i produkty z dodatkiem octu-lepiej unikać marynowanych grzybów, warzyw i owoców oraz surówek i sałatek z dodatkiem sosu winegret.

- Ostre przyprawy - pieprz, chilli, curry. Trzeba unikać pikantnych dań kuchni indyjskiej czy chińskiej, do których dodaje się pieprz cayenne, ostrą paprykę, papryczki chilli, pikantne sosy pomidorowe,
- Czekoladowe ciasteczka polewane czekoladą, cukierki czekoladowe, batoniki, ciasta lub torty czekoladowe (czekolady zawierając kofeinę-teobraminę i tłuszcz-przyczynia się do powstania zgagi),
- Napoje gazowane-powodują odbijania i tym samym zwiększają ryzyko zarzucania treści żołądkowej do przełyku,
- Niektóre soki-najczęściej objawy zgagi występują po wypiciu soku pomarańczowego, cytrynowego, grejpfrutowego, pomidorowego,
- Mocna kawa i herbata (zwłaszcza na czczo) oraz alkohol w dowolnej postaci,
- Noszenie obcisłych ubrań lub pasków po jedzeniu.

Zaleca się jedzenie bez pośpiechu 4-5 posiłków dziennie, świeżo przygotowanych, rozdrobnionych. Ostatni, lekki posiłek można jeść nie później niż 2-3 godziny przed snem.

Przykładowy jadłospis:

I śniadanie:

Chleb żytni razowy z margaryną, wędliną drobiową, sałata z olejem, herbata.

II śniadanie:

Bułka z twarogiem i rzodkiewkami, sok marchwiowy.

Obiad:

Zupa kalafiorowa, pulpety z indyka w sosie koperkowym, ziemniaki z wody, buraczki, sok jabłkowy.

Podwieczorek:

Banan z jogurtem naturalnym odtłuszczonym.

Kolacja:

Pieczewo mieszane z margaryną, szynką drobiową, marchewka z jabłkiem, woda mineralna niegazowana.

*Pozostaną po nas
i pozostaną po nas
te chwile
czekania
mijania,
niezapisane strony*

*dni, gdzie lęk
wypisał swoje imię*

*i pozostaną po nas
niedomknięte furtki,
ślady stóp
i drogi, którymi
mogliśmy pójść*

Agata Polak



„Humanistyczne wartości pielęgniarstwa”

Pielęgniarstwo ma wiele definicji i jest różnie określane przez same pielęgniarki, jak też przez historyków, rządy poszczególnych krajów oraz organizacje narodowe i międzynarodowe. Wirginia Henderson jedna z prekursorów pielęgniarstwa, tak definiuje jego istotę - „Pielęgniarstwo oznacza przede wszystkim pomoc okazywaną ludziom (zarówno chorym jak i zdrowym) w wykonywaniu czynności przyczyniających się do utrzymania zdrowia lub jego przywrócenia (względnie spokojnej śmierci), które to czynności dana osoba wykonywałaby sama, gdyby miała dość siły, motywacji, czy też miała odpowiednią wiedzę. Do zadań pielęgniarki należą także działania i pomoc danemu człowiekowi, aby w jak najkrótszym czasie stał się on od tej pomocy niezależny.”

Pielęgniarstwo obejmuje służenie ludziom w celu zapobiegania chorobom, a więc udzielanie pomocy potrzebującym oraz zapewnienie opieki innym.

Oznacza to dodawanie otuchy i podtrzymywanie na duchu osób znajdujących się w sytuacjach stresowych, na tzw. krawędzi życia, śmierci, okaleczonych, cierpiących i narażonych na zranienie. We Współczesnej opiece nad zdrowiem pielęgniarstwo staje się coraz bardziej znaczącą dziedziną.

Podjęmowana jest złożona działalność na rzecz zapewnienia profesjonalnej opieki pielęgniarstwa zarówno pojedynczym ludziom, jak i społecznościom.

Pielęgniarstwo jako zawód, w istocie którego leży działanie najczęściej bezpośrednie na rzecz zdrowia człowieka wymaga wykształcenia u osób go wykonujących pewnych dyspozycji w stopniu wyższym niż ma to miejsce w wielu innych zawodach. Podmiotami pracy pielęgniarstwa są ludzie w różnym wieku, w różnym stanie zdrowia i z różnymi rokowaniami co do procesu leczenia i pielęgnowania.

Są to generalnie ludzie chorzy, w określonych fazach choroby zaawansowanej lub ostrej, a często także niepełnosprawni, którym towarzyszy złożony kompleks procesów pielęgnacyjnych.

Wykonywanie licznych, odpowiedzialnych i skomplikowanych

obowiązków wymaga nie tylko różnorodnej wszechstronnej wiedzy z zakresu nauk humanistycznych i medycznych, ale także postawy społecznego zaangażowania oraz pożądanych społecznie cech osobowości.

Jedną z najważniejszych cech jest niewątpliwie trwała postawa zainteresowania drugim człowiekiem, wrażliwość na cierpienie i gotowość bezinteresownego niesienia pomocy. To holistyczne podejście do pacjenta, leżące u podstaw współczesnej medycyny i pielęgniarstwa wymaga od pielęgniarek nie tylko całościowego i zindywidualizowanego postrzegania chorego, ale także uwzględnienia aktualnych uwarunkowań środowiskowych. Wymaga to kształtowania poczucia bliskości z tym, komu pomagają, zdobywania jego zaufania i dobrego rozpoznawania jego potrzeb i problemów zdrowotnych oraz zapewnienia pomocy w ich rozwiązywaniu. Pielęgniarkę musi cechować zrozumienie natury ludzkiej, tolerancja i szacunek dla człowieka, poszanowanie jego godności osobistej, praw i przekonań.

Polskie pielęgniarki mają w sobie ogromny potencjał wiedzy i umiejętności.

Mają dystans do pewnych rzeczy i umieją realnie ocenić sytuację. Mimo wielu przeciwności, zamętu i chaosu towarzyszącemu niespełnionej reformie zdrowia potrafią dostrzec obok siebie drugiego człowieka.

W swej nieustraszonej służbie odkrywającego godność, bowiem „nie chodzi o to, aby żyć, ale o to, by godnie żyć”. Szacunek i względy należą się w równej mierze wszystkim ludziom. Pielęgniarstwo wymaga określonych cech charakteru, wykształcenia w sobie potrzebnych wartości i światopoglądu, ale do tego zawodu trzeba mieć zamiłowanie, przede wszystkim kochać, ludzi i chcieć im pomóc.

„Nie raz onieśmiela nas to, że nie możemy pomóc. Przewyciężajmy to onieśmielenie, ważne jest, aby przyjąć. Żeby być przy człowieku cierpiącym.

Może nawet bardziej niż uzdrowienia potrzebuje on człowieka, ludzkiego serca, ludzkiej solidarności.” Jan Paweł II

Katarzyna Kościelniak
specjalizacja chirurgiczna

Komunikowanie z dzieckiem dorastającym



KOMUNIKOWANIE Z DZIECKIEM DORASTAJĄCYM

Aneta Nachman

Wychowanie nastolatka to trudne wyzwanie dla większości rodziców. Od zawsze psychologowie, wychowawcy i rodzice zmagają się z problemem komunikacji z dorastającymi dziećmi.

Komunikację rozumiemy jako przekazanie informacji z zamiarem uzyskania odpowiedzi. Sposób komunikowania się rodziców z dorastającymi dziećmi jest uwarunkowany między innymi przez role które pełnią oni podczas rozmowy. Inaczej odbywa się rozmowa z matką i dzieckiem, inaczej między dzieckiem a nauczycielem. Komunikacja to nie tylko porozumiewanie się za pomocą słów, znacznie większy jest tu udział niewerbalnego przekazu. Komunikaty słowne warto wzmocnić czymś więcej. Istnieją różne typy osobowości i nie zawsze same słowa wystarczą, by informacja dotarła do

dziecka i była dobrze zrozumiana. Należałoby zwrócić uwagę na nawiązanie i podtrzymywanie w tych relacjach kontaktu emocjonalnego, bardzo istotnego podczas prowadzenia rozmowy. Wymaga to nieodzownie posługiwania się strategią niewerbalną, na którą składa się „język ciała” czyli uśmiech, mimika, kontakt wzrokowy, przyjazne gesty. Bardzo często zauważamy w relacjach z dorastającymi dziećmi zmarszczone brwi, oburzenie, brak uśmiechu, czasami krzyki co osłabia więź emocjonalną.

Wiek dorastania rozpoczyna się w 11-12r. i trwa do osiągnięcia wieku młodzieńczego przypadającego na 18-19r. W literaturze często zamiennie używa się nazw: dorastanie, dojrzewanie, adolescencja, wiek przejściowy, pokwitanie, które odnoszą się do całości wybranych aspektów przemian tego okresu.

Wiek adolescencji jest tym momentem w życiu człowieka, w którym dokonują się przeobrażenia dziecka w osobę dorosłą. Okres ten należy do najbardziej burzliwych i skomplikowanych w życiu człowieka. Chwiejność emocjonalna, intensywność



potrzeb, skłonność do stawiania problemów, krytycyzm, przekora, to tylko niektóre z cech tego okresu. Często zachowanie w tym okresie nabiera cech agresji, nieposłuszeństwa wobec rodziców i wychowawców, bezczelność, przekora, pewność siebie, co prowadzi do konfliktów z otoczeniem.

Stosunek młodocianych do rodziców ulega przeobrażeniom, które można sprowadzić do trzech momentów:

- kryzysu autorytetu rodziców
- konfliktu z rodzicami
- osłabienia więzi emocjonalnych

Właśnie wtedy szczególnego znaczenia nabiera umiejętność komunikowania się z własnym dzieckiem.

Czas dorastania to most przez który człowiek przechodzi od bez troskiego dzieciństwa do odpowiedzialnej dorosłości. Jest to okres wypełniony przez złożone nie rzadko burzliwe zjawiska, związane ze zmianami autonomicznymi, fizjologicznymi i psychicznymi. W okresie adolescencji w relacjach młodego pokolenia z dorosłymi mogą wystąpić trudności spowodowane niewłaściwym, niedostosowanym do stopnia rozwoju młodzieży, odnoszeniu się dorosłych do niej. Źródłem tych relacji mogą być także niezaspokojone potrzeby fizyczne i psychiczne dorastających, co wywołuje stan frustracji i negatywizmu w stosunku do otoczenia. Dużą uwagę badaczy tej dziedziny przyciąga przede wszystkim barwność i zaskakujące często objawy zachowania młodzieży, które są przyczyną trudności i wymagają wychowawczego ustosunkowania się. Zwraca się szczególną uwagę na objawy kryzysu wieku młodzieńczego, mimo że nie następują one u każdego dorastającego, budzą wiele uwagi i zainteresowanie. Utrudnienia towarzyszące dochodzeniu do dorosłości zachodzące w trzech obszarach: biologicznym, psychologicznym i społecznym przysparzają wiele problemów zarówno adolescentowi jak i rodzicom. Często niekorzystnie wpływają na wypełnianie zadań, ról w kolejnych fazach dojrzewania.

Większość zachowań problemowych ujawnia się w trakcie adolescencji i wypływa z frustracji potrzeb psychicznych, umiejętności poradzenia sobie z trudnościami życiowymi oraz trudnościami w realizacji celów życiowych.

Nastolatki to jednak wciąż dzieci, ale w okresie przejściowym. Jeszcze nie są dorosłymi ludźmi, nadal czują potrzeby również emocjonalne, typowe dla dzieci. Wiele osób od których nastolatki są zależne nie dostrzegają ich dziecięcej potrzeby miłości i akceptacji. Dorastające dziecko chce być również dla kogoś ważne, chce wiedzieć że komuś na nim zależy. Z roku na rok pojawiają się z nastolatkiem coraz poważniejsze problemy. Choć większość rodziców naprawdę kocha swoje dzieci, to jednak nie wiedzą oni jak przekazać tę miłość dorastającemu dziecku, aby czuło się ono kochane i akceptowane. Większość badaczy tego tematu nadal twierdzi że dom rodzinny ma decydujące znaczenie w procesie kształcenia osobowości i postaw dzieci. Tylko atmosfera miłości i bezpieczeństwa od dzieciństwa poprzez okres młodości zapewnia prawidłowe kształtowanie ludzkiej dojrzałości. Dorastające dziecko tylko tą drogą przyswaja sobie ludzkie wartości. Należałoby tu wspomnieć o pochwaleniu osiągnięć swojego dziecka, co w procesie kształcenia osobowości wydaje się być bardzo ważne. Pochwały dla nastolatków mają ogromną siłę motywującą i dodają mnóstwo pozytywnej energii.

Nastolatek często kłamie, bo jest to sposób na uniknięcie odpowiedzialności bądź uzyskania zwolnienia z wypełniania obowiązków. Często bywa środkiem do osiągnięcia celu lub ochrony prywatności przed rodzicami. Fascynacja niektórymi gatunkami muzyki przekazującej negatywne treści, często jest

przejawem buntu wobec norm i autorytetów. Przynależność do destrukcyjnych grup przez nastolatków wiąże się z zaspokojeniem potrzeb miłości, akceptacji, zrozumienia, samodzielności, a jednocześnie oparcia i przynależności do grupy. Wpływ środowiska rówieśniczego może mieć negatywny udział w komunikowaniu się z dorastającym dzieckiem. Grupy młodzieżowe mogą być dla adolescenta grupami wartościowymi, ale mogą również nieść zagrożenia. Niezaspokajanie naturalnej potrzeby akceptacji dziecka przez rodziców wywołuje chęć szukania innych kontaktów społecznych z rówieśnikami.

Świat widziany oczami nastolatka jest zupełnie inny niż ten widziany przez rodziców. Bez empatii, rozumianej jako zdolność do wczuwania się w sytuację drugiego człowieka w tym przypadku dorastającego dziecka nie nawiążemy bliskiego kontaktu z nim.

Często zadajemy sobie pytanie, jak działa komunikacja pomiędzy dorastającym dzieckiem a rodzicami. Trzeba przyznać że dla nastolatka rodzice nie są autorytetem. Tego nikt nie zmieni, ale możemy jak najwięcej dowiedzieć się o swoim dziecku, o jego otoczeniu, kolegach i przyjaciółach. Należy spróbować żyć zainteresowaniami dziecka, rozmowa i uważne słuchanie, spowoduje to że dorastające dziecko zacznie słuchać nas i tak właśnie działa komunikacja.

Wiele rodziców uważa że dzieci powinny ich słuchać. Jest to nie tylko sedno ich postawy wychowawczej ale także sposobu porozumiewania się. Wychowanie jest procesem opartym na komunikacji i w dużej mierze zależy od jej jakości.

Często wydaje się nam jako rodzicom że umiejętność komunikowania polega jedynie na sprawnym przekazywaniu informacji. Wielu z rodziców nie wie że komunikacja oznacza wymianę, łączność rozmowy. Dobre komunikowanie się z dorastającym dzieckiem, to nie tylko nadawanie własnych komunikatów, ale także odbieranie komunikatów od otoczenia. Taki dwustronny przepływ informacji jest gwarancją porozumienia czyli wzajemnego zrozumienia tego co chcemy nawzajem przekazać. Często podczas rozmowy słyszymy to co chcemy usłyszeć, a nie to co dziecko nam rzeczywiście mówi. Stąd biorą się różne zaburzenia i zniekształcenia odebranego przekazu. Zasadniczą trudność w dobrej komunikacji z dorastającym dzieckiem polega na jednoczesnym rozłożeniu uwagi na nadawanie i odbiór. Wielu rodzicom wydaje się że doskonale zna swoje dziecko i że doskonale wie co ono ma do powiedzenia.

Zapracowani rodzice mają za mało czasu na analizowanie tego co chce im przekazać młody człowiek i z góry uznają że nie warto słuchać bo i tak znają wszystkie wytłumaczenia i wykrytą część. Wówczas od razu zaczynają od wygłaszania kazań i dziecka z podniesionym głosem mówią za dużo bez wysłuchania dziecka, bez próby zrozumienia istoty sprawy z którą dziecko zgłosiło się.

Niekiedy rodzice wysyłają do dziecka bardzo ubogie komunikaty, licząc że dziecko się domyśli i zrozumie sugestie, czy metaforę, niestety napotykają wówczas zawód. Rodzice zwracający się z różnymi uwagami do swoich dzieci nie zdają sobie sprawy jak mało są komunikatywni. Warto tu zaznaczyć że lakoniczne komunikaty w rzeczywistości oprócz negatywnej oceny, niezadowolenia, braku akceptacji nic więcej nie wyrażają i nie wnoszą. W przekazywaniu takich komunikatów dochodzi między dzieckiem a rodzicami do szumu komunikacyjnego, gdzie obaj użytkownicy rozmowy posługują się tym samym kodem znaków. Wystarczy jednak że inaczej rozumieją znaczenie poszczególnych słów i występuje konflikt czy nieporozumienie.

Jeżeli rodzice będą aktywnie wspierać rozwój swojego



dorastającego dziecka , poświęcać mu dużo czasu , uwagi i uczuć , to w najmniej spodziewanym momencie zostaną mile zaskoczeni uczynkami, postawą i osiągnięciami swojego dziecka. Aby nawiązać lub nie zerwać kontaktu z własnym dzieckiem , należy w domu stworzyć atmosferę , gdzie rozmowa jest czymś naturalnym . Dziecko w takim domu ma poczucie że to co mówi jest uważnie słuchane i analizowane i że nie musi się bać powiedzieć o swoich problemach

Opanowanie umiejętności właściwego prowadzenia rozmowy z dziećmi, rodzice nabywają przez całe życie .Wielu rodziców sięga do publikacji które radzą jak rozmawiać z nastolatkiem , aby zapobiec konfliktom, w tym burzliwym okresie. Dla rodziców chyba najtrudniejsze jest słuchanie . Trudno jest zamilknąć i wysłuchać bez przerywania kogoś , kto jest młodszym człowiekiem , bez większego doświadczenia życiowego . Niewybaczalnym błędem jest dokończenie wypowiedzi dziecka w połowie zdania. Nie nauczymy w ten sposób dorastającego człowieka szacunku, zrozumienia i rozmowy na określonym poziomie. Bardzo ważna w komunikacji z adolescentem jest nauka aktywnego słuchania przez rodziców. Jest to umiejętność skupienia się na tym co mówi do nas dziecko , umiejętność podążania za jego tokiem myślenia.

Istotną sprawą jest również ujmowanie w inne słowa tego co nam dziecko powiedziało -parafrazowanie czyli sprawdzanie, czy dobrze zrozumieliśmy komunikat dziecka . Odzwierciedlanie czyli powiedzenie dziecku jakie naszym zdaniem są jego uczucia , jak my postrzegamy jego stan emocjonalny daje dziecku poczucie że jest rozumiane.

Należy również zwrócić uwagę w rozmowie z dzieckiem na klasyfikację problemów , dotyczy to zwykle tych sytuacji kiedy dziecko chce nam przekazać wiele informacji, zbyt szybko , chaotycznie i z dygresją. W tym momencie rodzic powinien empatycznie zahamować potok słów i sklasyfikować z

dzieckiem które problemy są dla niego najważniejsze .

Drogi do dochodzenia do dorosłości bywają trudne , pojawiają się przeszkody i sprzeczności, są jednak naturalną kolejną rzeczą. Prawdą jest to, że u każdego młodego człowieka czas ten upływa burzliwie , rzutuje na charakter relacji z otoczeniem. Często my jako rodzice nie rozumiemy tych zmian w młodym człowieku, sami nie potrafimy się odnaleźć w nowej sytuacji trwającej niestety kilka lat. Nie zauważamy często tych zmian zagonieni codziennością nie rozumiemy że nasza pociecha nagle dojrzeła. Jesteśmy zakłopotani że nasze dziecko ma swoje zdanie , jest oburzone , nie chce nas słuchać. Pomimo tych wszystkich zmian jakie zachodzą w młodym człowieku, budzących niepokój u rodziców jest to okres najbardziej zapamiętywany przez adolescenta.

Trzeba również pamiętać że jest to okres w życiu człowieka, głębokich więzi przyjacielskich , koleżeńskich, rozwijania swoich zdolności, zainteresowań oraz własnej indywidualności. Warto więc zadbać o dobre relacje między dorastającym dzieckiem a rodzicami, skupiając się na przedsięwzięciach i działaniach rozpraszających burze i niepokoje. Działania rodziców powinny sprzyjać budowaniu przeświadczenia wśród dzieci że dorastanie mimo że jest trudne jest zarazem najpiękniejszym okresem w życiu człowieka.

Literatura:

- 1) Anna Kwiatkowska , Elżbieta Krajewska -Kułak, Wenacjusz Panek , Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Czelej, 2007r.
- 2) M. Żebrowska , Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży , PWN, Warszawa, 1982r
- 3) Jacek J Błęszyński, Alternatywne i wspomagające metody komunikacji, Impuls .Kraków, 2006r

Prezentacja placówki medycznej



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Księżycowa”

ul.. Księżycowa 5, Częstochowa
tel. 370-46-64, tel/fax. 361-47-76
e-mail: ksiezyc5@neostrada.pl

Jako NZOZ działamy od 01.03.2005 roku. Nasza przychodnia mieści się w niedużym, piętrowym budynku wkomponowanym w zabudowę jednego z częstochowskich osiedli, w bezpośrednim sąsiedztwie Politechniki Częstochowskiej i Wyższej Szkoły Pedagogicznej. Sam budynek poddajemy remontom i odnawianiu.

Wewnątrz po przebudowie rejestracji i kilku gabinetów lekarskich, wyremontowaliśmy zdewastowane piwnice. Obecnie w piwnicach znajduje się sala konferencyjna służąca naszym pracownikom, jest tam również miejsce na część socjalną, szatnię i WC.

W dawnych pomieszczeniach socjalnych uruchomiliśmy doskonale wyposażoną, zgodną ze wszelkimi normami oraz

pozytywną opinią SANEPID - centralną sterylizację obsługującą wszystkie gabinety specjalistyczne przychodni. Przychodnia nasza prowadzi kilka rodzajów działalności. POZ, realizowana jest przez 7 lekarzy specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej, pediatrii, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Środowiskiem zajmują się pielęgniarki i położne środowiskowo rodzinne. Opieką medyczną obejmujemy szkoły - higiena szkolna.

W odnowionych i dobrze wyposażonych gabinetach nasi pacjenci przyjmowani są w godzinach od 08:00 do 18.00. W godzinach nocnych niedzielę i święta opiekę ambulatoryjną zapewnia Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie.

Wszystkie nasze gabinety wyposażone są w podstawowy sprzęt jak otoskopy, oftalmoskopy, na miejscu wykonujemy badania EKG, spirometrię, pomiary poziomu glukozy i cholesterolu we krwi.

Stomatologia to szeroka działalność, realizowana przez



nas w dwóch gabinetach umiejscowionych w szkole oraz gabinecie w budynku przychodni.

Wykonujemy usługi standardowe i ponadstandardowe.

Gabinet w przychodni został odnowiony i wyposażony w najnowocześniejszy obecnie sprzęt.

Nasi stomatolodzy realizują również poprzez umowy z podwykonawcami dużą ilość usług protetycznych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W poradni okulistycznej czynnej od godziny 08:00 do 18:00 specjalista przyjmuje w doskonale wyposażonym gabinecie, każdy pacjent ma możliwość komputerowego dobrania szkielek korekcyjnych dzięki autorefraktometrowi, który ponadto umożliwia ustalenie korekcji wady wzroku u pacjentów z wszczepioną sztuczną soczewką oka. Ponadto dysponujemy, automatycznym perymetrem komputerowym, dzięki któremu, poza innymi wskazaniami, możemy już w bardzo wczesnym stadium rozpoznawać zmiany jaskrowe oraz procesy rozrostowe przysadki mózgowej (gruczolaki). Pacjenci okulistów mogą na miejscu, w punkcie optycznym zaopatrzyć się w okulary.

W gabinecie ginekologicznym poza standardowym, szerokim wachlarzem usług, oferujemy krioterapię (zamrażanie) zmian chorobowych szyjki macicy, najnowocześniejszym obecnie krioaparatem AK-3, wyposażonym obok standardowych w specjalistyczne końcówki natryskowe do zmian na błonach śluzowych i skórze oraz w specjalistyczną końcówkę do torbieli Naboth'a. Wykonujemy badania cytologiczne.

W poradni otolaryngologicznej lekarz specjalista laryngolog współpracuje z lekarzem specjalistą z zakresu foniatrii i audiologii gabinet ten wyposażony jest w najnowocześniejszy sprzęt tj. stroboskop, audiometr

impedancyjny, audiometr kliniczny. Nasz foniatra to jeden z nielicznych tego typu specjalistów w naszym regionie z audiometrią słowną, mikroskop diagnostyczny, kabina ciszy do badań słuchu.

Ponadto oferujemy też usługi specjalistycznej poradni neurologicznej i kardiologicznej.

Na miejscu wykonujemy badania aparatem USG.

Placówka nasza wyposażona jest w wewnętrzną centralę telefoniczną chronioną jest przez monitorowany system alarmowy.

Jesteśmy też pierwszą placówką na terenie dawnego woj. częstochowskiego która zainstalowała i uruchomiła System Standardów Do Rozliczania Transakcji Medycznych START.

Maria Szymanek



Informacje

Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej uprzejmie informuje, że rozpoczyna z dniem 1 października br. kształcenie na kierunkach: pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie studiów pierwszego stopnia.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 1 lipca 2008 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne, ustalił następujące limity przyjęć na rok akademicki 2008/2009 na studia w naszej Uczelni:

- Pielęgniarstwo - studia stacjonarne I stopnia - 45 miejsc,
- Pielęgniarstwo — studia niestacjonarne I stopnia — 45 miejsc,
- Pielęgniarstwo - pomostowe studia niestacjonarne I stopnia - 50 miejsc,
- Położnictwo - studia stacjonarne I stopnia - 40 miejsc,
- Położnictwo - pomostowe studia niestacjonarne I stopnia - 30 miejsc.

Jednocześnie uprzejmie informujemy, że WSNS prowadzi studia pierwszego stopnia na kierunku zarządzanie m.in. w specjalności zarządzanie w ochronie zdrowia.

Licząc na szeroką współpracę z Okręgową Radą Izby, zapraszamy wszystkich członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do zapoznania się i skorzystania z naszej oferty edukacyjnej (www.wsns.edu.pl).

Słowa "Hymnu Pielęgniarskiego"

*W świat niesiemy swe serca gorące
Najpiękniejsze głosimy idee
Aby ludziom dać pokój i słońce
By cierpiącym przywrócić nadzieję.*

*Zawód nasz przeszedł wielkie dni chwały
Gdy o wolność się walki toczyły
Pielęgniarki na frontach też były
I ofiarnie swą służbę pełniły.*

*W służbie naszej przodować będziemy
Dla Ojczyzny - Jej dobrą pracować
A gdy trzeba i ginąć będziemy
Aby życie człowieka ratować*

*My nie chcemy, ni wojen, ni bojów
Dość krwi bratniej i ofiar faszyzmu
My jesteśmy siostrami pokoju
Służyć chcemy idei humanizmu.*

**Prosimy koleżanki i kolegów
którzy składają wnioski
o dofinansowanie
kosztów kształcenia
aby sprawozdania
dotyczące szkolenia
miały max. 4 strony.
Na płycie CD lub mailem.**

**PODZIĘKOWANIA
DLA PANI
MARII NEUBERG
BYŁEJ PRZEŁOŻONEJ SZPITALA
CHORÓB WEWNĘTRZNYCH „HUTNICZY”**

*W związku z przejściem na emeryturę,
składamy najgorętsze podziękowania za wiele
lat wspólnej pracy, za wyrozumiałość,
cierpliwość oraz mądrość życiową i godne
reprezentowanie zawodu pielęgniarki.*

Do podziękowań pragniemy dołączyć najserdeczniejsze życzenia wszelkiej pomyślności, radości, spełnienia wszystkich marzeń, dobrego zdrowia i kręgu samych życzliwych ludzi. Przełożona Pielęgniarek oraz Pielęgniarki i pozostały personel Szpitala Chorób Wewnętrznych „Hutniczy”

21 WRZEŚNIA - ŚWIATOWY DZIEŃ OSÓB CHORYCH NA CHOROBE ALZHEIMERA

Zaburzenia pamięci w żadnym wieku nie są normalnym zjawiskiem, a ich przyczyny powinny być wyjaśnione. Pamięć i zdolności intelektualne nieznacznie pogarszają się z wiekiem, ale zazwyczaj nie powinny utrudniać codziennego życia. Mimo że choroba Alzheimera jest nieuleczalna, chory może uzyskać poradę, wsparcie, i informacje w stowarzyszeniach alzheimerowskich.. Są również leki, które łagodzą objawy tej choroby. Liczbę chorych na chorobę Alzheimera szacuje się na 15-21 milionów na całym świecie. Wyniki badań epidemiologicznych świadczą o wyraźnym rozwoju choroby wraz z wiekiem. Uważa się, że w 2011 roku w Polsce będzie około 474 000 osób powyżej 65 lat z otępieniem z czego u 50-65 % z rozpoznaniem choroby Alzheimera. Koszty opieki nad każdym pacjentem wynoszą w USA 16-37 tys. dolarów, wzrost kosztów jest związany z postępem choroby. Z prognoz demograficznych wynika, że w 2011 roku co czwarta osoba starsza osiągnie wiek 80 lat lub wyższy, podczas gdy obecnie jest nią co siódma. W Anglii (początek 2007 r) spośród 750 tys. osób z demencją około 450 tys. cierpi na chorobę Alzheimera. Kobiety częściej niż mężczyźni zapadają na chorobę Alzheimera, ale czy jest to spowodowane pewnymi różnicami w budowie molekularnej mózgu, wymaga dalszych badań.

Obraz kliniczny choroby oraz charakterystyczne zmiany mikroskopowe występujące w mózgu opisał niemiecki neuropsychiatra Alois Alzheimer w 1907 roku. Badania kliniczne i prace nad wyjaśnieniem neurodegeneracji -śmierci komórek nerwowych -znajdują się od lat wśród dominujących kierunków badawczych neurobiologii.

Klinicznie chorobę Alzheimera rozpoznaje się na podstawie badania neurologicznego, diagnostyki laboratoryjnej oraz na podstawie testów psychologicznych wskazujących na postępujące pogorszenie pamięci i funkcjonowania intelektualnego. Choroba Alzheimera spowodowana jest przez odkładanie się w mózgu substancji zwanej amyloidem. Tworzy on ogniskowe skupiska -blaszki starcze i komórki gleju. Poza skupiskami amyloidu w mózgu bardzo ważną rolę odgrywa, współwystępująca z nim, degeneracja neuronów, zwana

wyzrodnieniem neurofibrilarnym. Ubytek liczby neuronów makroskopowo przejawia się zanikiem mózgu, widocznym w badaniach takich jak: tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny. Choroba Alzheimera to równia pochyła. Prowadzi do utraty zdolności abstrakcyjnego myślenia, zapamiętywania informacji, a w późniejszej fazie do utraty samodzielnności we wszystkich codziennych czynnościach.

Jak rozwija się choroba. Ogólnie można wyróżnić trzy fazy choroby: Pierwsza faza choroby to trudności w zapamiętywaniu nowych informacji i uczeniu się. Obniżenie aktywności, słabnące zainteresowanie pracą, domem, codziennymi obowiązkami. Niechęć do kontaktów z ludźmi, kłopoty z wysławianiem się, gubienie wątku, zapominanie słów, utrata poczucia czasu.

Druga faza to okres w którym pamięć jest dramatycznie upośledzona, chory nie może nauczyć się niczego nowego i natychmiast zapomina to, czego mu się udało nauczyć. Chory coraz mniej rozumie z wydarzeń otaczającego go świata. Nie poznaje swojego odbicia w lustrze. Nie kontroluje zwieraczy, zanieczyszcza się. Chodzi drobnymi krokami, zgarbiony. Chory nie pozwala się myć, zmieniać ubrania.

W trzeciej fazie chory leży w łóżku. Na tym etapie chory ma najczęściej śladowy kontakt z otoczeniem. Zwykle umiera z powodu zapalenia płuc lub odleżyn.

Osoba opiekująca się chorym na chorobę Alzheimera jest najważniejszą osobą w życiu chorego. Pomaga mu pokonywać codzienne problemy, zaspokaja potrzeby psychiczne i emocjonalne, karmi, zmienia pampersy i czuwa przy nim przez całe lata. Najważniejszym zadaniem opiekuna jest zapewnienie choremu bezpieczeństwa. Chodzi o takie zorganizowanie otoczenia, aby nie zrobił sobie krzywdy i nie spowodował szkód, np. pożaru. Choroba trwa długo. Dla opiekuna choroba Alzheimera jest najtrudniejszą próbą miłości bliźniego. Wiedza o objawach chorobowych pomaga zarówno choremu we wczesnej fazie, jak i opiekunowi.

Krystyna Mizerska.



KALENDARIUM

16 VII W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji

zaopiniowano następujące projekty aktów prawnych :

- Poselski projekt Ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji projekt został zaopiniowany pozytywnie - uwag nie naniesiono KPL/43/08
- Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji projekt został zaopiniowany pozytywnie -uwag nie naniesiono KPL/44/08

22 VII – W Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin kwalifikacyjny na specjalizację pt. „Pielęgniarstwo Zachowawcze”.

W Komisji Kwalifikacyjnej z ramienia OIPIP uczestniczyła Sekretarz OIPIP.

Gratulujemy koleżankom, które po uzyskaniu pozytywnych wyników zakwalifikowały się na w/w specjalizację oraz życzymy powodzenia!

23 VII -W Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin kwalifikacyjny na specjalizację pt. „Pielęgniarstwo Opieki Długoterminowej”.

Gratulujemy koleżankom, które po uzyskaniu pozytywnych wyników zakwalifikowały się na w/w specjalizację oraz życzymy powodzenia!

23 VII - W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

26 VII - W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – podjęto 14 uchwał.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:

- dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 31 pielęgniarek na łączną kwotę 11.489.00 zł, zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego,

- udzielić pomocy finansowej dla dwóch pielęgniarek na łączną kwotę 2000.00 zł

30 VII - W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji

zaopiniowano następujące projekty aktów prawnych :

- Ustawa o Pracownikach Zakładów Opieki Zdrowotnej
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji naniesiono uwagi i przesłano do NIPiPKPL/45/08
- projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie pomocy doraźnej i transportu sanitarnego
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji naniesiono uwagi i przesłano do NIPiP KPL/46/08
- projekt Ustawy o zmianie ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji naniesiono uwagi i przesłano do NIPiP KPL/47/08
- projekt Ustawy o Konsultantach Krajowych i Wojewódzkich w Ochronie Zdrowia
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono KPL/48/08
- Poselski projekt Ustawy o uchyleniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwagi naniesiono i przesłano do NIPiP KPL/49/08
- projekt Ustawy o przepisach wprowadzających Ustawy z zakresu ochrony zdrowia
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji naniesiono uwagi i przesłano do NIPiP KPL/50/08
- projekt Ustawy o Prawach Pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji nie naniesiono uwag KPL/51/08
- projekt Ustawy o świadczeniach gwarantowanych i niegwarantowanych
- projekt w trakcie przeprowadzenia analizy dokumentacji KPL/52/08
- Komunikat w sprawie rozliczania w pierwszych miesiącach po wprowadzeniu systemu JPG
- zapoznano się z treścią komunikatu KPL/53/08
- projekt Rekomendacji o Zawodach regulujących prywatną kuratelę i wytyczne na przyszłość na wypadek utraty zdolności prowadzenia własnych spraw

- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono KPL/54/08

• Projekt Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniającego Rozporządzenie w sprawie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwagi naniesiono i przesłano do NIPiP KPL/55/08

5 VIII – Przewodnicząca OIPIP w Częstochowie uczestniczyła w Konferencji na temat: „Udziału Subregionu Częstochowskiego w realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki”, która odbyła się w sali sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowa

18 -19 VIII - W siedzibie OIPIP odbyły się kursy:

- 18 VIII kurs Europejskiej Rady Resuscytacji BLS/AED PROVIDER KURS
- 19 VIII kurs Europejskiej Rady Resuscytacji BLS/AED

INSTRUKTOR KURS

19 VIII -W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji

zaopiniowano następujące projekty aktów prawnych:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu pobierania próbek do badań oraz przeprowadzania badań
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono KPL/56/08
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych
- po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono KPL/57/08



BIBLIOTEKA

1. Pielęgniarstwo-ćwiczenia tom 1 – redakcja naukowa Wiesława Ciechaniewicz
2. Pielęgniarstwo-ćwiczenia tom II – redakcja naukowa Wiesława Ciechaniewicz
3. Anestezjologia i intensywna opieka – klinika i pielęgniarstwo – redakcja naukowa Laura Wołowicka i Danuta Dyk - szt. 2
4. Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek – Bonita Morrow Cavanaugh
5. Wielki poradnik medyczny: Choroby i dolegliwości: rozpoznawanie, leczenie konwencjonalne i naturalne
6. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii – pod redakcją Celiny Łepeckiej- Klusek
7. Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek- pod redakcją Elżbiety Krajewskiej-Kułąk
8. Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych- pod redakcją Elżbiety Rutkowskiej
9. Higiena – pod redakcją Jana Kazimierza Karczewskiego
10. Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych- autorka Kazimiera Adamczyk
11. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku – pod redakcją Kornelli Kędziory-Kornatowskiej, Marty Muszałik
12. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne – Mary E. Muscari
13. Pielęgniarstwo w chirurgii – Wojciech Kapała
14. Filozofia i teorie pielęgniarstwa – pod redakcją Jolanty Górajek-Jóźwik
15. Pielęgniarstwo neurologiczne – autorka Kazimiera Adamczyk
16. Farmakologia - pod redakcją Grażyny Rajtar-Cynke
17. Zarządzanie w pielęgniarstwie – pod redakcją Anny Ksykiewicz-Dorota
18. Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych – pod redakcją Leona Jabłońskiego i Ireny Doroty Karwat
19. Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej – pod redakcją Jolanty Górajek-Jóźwik
20. Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylnie – autorki Wiesława Ciechaniewicz, Elżbieta Grochans, Ewa Łoś
21. Rodzina – zdrowie-choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego - autorka Zofia Kawczyńska-Butrym
22. Problemy pielęgniacyjne pacjentów z chorobą owotworową – pod redakcją Anny Koper i Ireny Wrońskim
22. Praktyczny angielski dla pielęgniarek 2CD – autorka Ewa Orawczak
23. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym- Autor Robert Ślusarz
24. Bandażowanie – autorka Anna Chrzęszczewska
25. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej – pod redakcją Krystyny de Walden-Gałuszko i Anny Kartacz
26. Pielęgniarstwo XXI wieku nr 18, 19, 20, 21
27. Stany zagrożenia życia . Wybrane standardy- pod redakcją Marii Kózki
28. Pielęgniarstwo operacyjne – Maria Ciurus
29. Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym – NRPIP
30. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych – NIPiP
31. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym – Robert Ślusarz
32. Promocja zdrowia. Materiały edukacyjne – NIPiP
33. Współczesne problemy i wyzwania pielęgniarek i higienistek szkolnych – II Krajowa Konferencja Pielęgniarek i Higienistek Szkolnych.
34. Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach- prawa pacjenta – autorka Dorota Karkowska.
35. Położnictwo i ginekologia – Misha Datta, Louise Randall, Nami Holmes
36. Pediatria błyskawicznie – Helen Brough, Rola Alkurdi, Ram Nataraja,

37. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie- Maria Kózka, Lucyna Płaszwska-Zywko
38. Onkologia - Arkadiusz Jeziorski
39. Podstawy neonatologii - Jerzy Szczapa
40. Psychiatria -Janusz Heitzman
41. Psychologia w praktyce medycznej – Anna Jakubowska-Winecka, Dorota Włodarczyk
42. Pielęgniarstwo - pod redakcją Kazimierza Zahradniczek.
43. Choroby wewnętrzne – pod redakcją Leszka Pączka, Krzysztofa Muchy i Bartosza Foroniewicz.
44. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego- pod redakcją Elżbiety Wawelskiej
45. Położnictwo i ginekologia w zarysie – Errol Norwitz, Jon Schorge
46. Słownik medyczny łacińsko-polski i polsko-łaciński.
47. Problemy pielęgniarstwa – czasopismo PTP Tom 15, zeszyt 2,3 rok 2007
48. Problemy pielęgniarstwa – czasopismo PTP Tom 16, zeszyt 1,2 rok 2008
49. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej – pod redakcją D.Kilańskiej
50. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej tom II – Beata Brosowska, Elżbieta Mielczanek-Pankiewicz.
51. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne – redakcja naukowa Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Dorota Talarska.
52. Interpretacja EKG – Dale Dubin wydawnictwo lekarskie PZWL.
53. Choroby zakaźne i pasożytnicze- Janusz Cienciara, Jacek Juszczyk wydawnictwo CZELEJ
54. Podstawy pielęgniarstwa Tom I,II - Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Kazimiera Zahradniczek- wydawnictwo CZELEJ
55. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii – Celina Łepecka-Klusek wydawnictwo CZELEJ
56. Zdrowie publiczne - Teresa Kulik, Maciej Latałski – wydawnictwo CZELEJ
57. Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej - Anna Ksykiewicz-Dorota wydawnictwo CZELEJ
58. Promocja zdrowia Tom I Teoretyczne podstawy promocji zdrowia – Anna Andruszkiewicz, Mariola Banaszkiewicz - wydawnictwo CZELEJ
59. Komunikowanie się z chorymi psychicznie- Ewa Wilczek-Rużyczka - wydawnictwo CZELEJ
60. Stopa cukrzycowa. Diabetologia. – Kazimierz Werdyn, Waldemar Karnafel, Katarzyna Życińska - wydawnictwo CZELEJ
61. Cukrzyca typu 1 - Ewa Janeczko-Sosnowska - wydawnictwo CZELEJ
62. Anatomia człowieka tom I-V - Adam Bochenek, Michał Reicher - PZWL
63. Kardiologia - pod redakcją Tadeusza Mandeckiego - PZWL
64. Patologia ; podręcznik dla licencjackich studiów medycznych – Stefan Kruś –PZWL
65. Neurologia - redakcja naukowa Wojciech Kozubski, Paweł Liberki – PZWL
66. Medycyna ratunkowa i katastrof – redakcja naukowa Andrzej Zawadzki – PZWL
67. Mikrobiologia - pod redakcją Piotra Heczko - PZWL
68. Nadciśnienie tętnicze- pod redakcją W.Januszewicza, M.Sznajdermana – PZWL
69. Choroby reumatyczne - Irena Zimmermann- Górka - PZWL
70. EKG w praktyce - John Jon.Hampton - PZWL
71. Dawkowanie leków u noworodków, dzieci i młodzieży- K.Bożkowska, H.Siwińska- Gołębiowska – PZWL

NOWOŚCI

72. Wytyczne 2005 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej - 2 szt.
73. Specjalistyczne Zabiegi Resuscytacyjne - 2 szt.
74. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne i automatyczna defibrylacja zewnętrzna – 5 szt.
75. Stany nagłe w okresie okołoporodowym – redakcja naukowa

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

25 styczeń 2008r	godz. 12.30	25 lipiec 2008r	godz. 12.30
22 luty 2008r	godz. 12.30	29 sierpień 2008r	godz. 12.30
28 marzec 2008r	godz. 12.30	11 wrzesień 2008r	godz. 12.30
25 kwiecień 2008r	godz. 12.30	31 październik 2008	godz. 12.30
21 maj 2008r	godz. 12.30	21 listopad 2008r	godz. 12.30
27 czerwiec 2008r	godz. 12.30	19 grudzień 2008r	godz. 12.30

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

6 marzec 2008r	godz. 12.30
18 czerwiec 2008r	godz. 12.30
25 wrzesień 2008r	godz. 12.30
11 grudzień 2008r	godz. 12.30

GODZINY PRACY BIURA OIPI

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-pt 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 18.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.00 - 9.00 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
ŚRODA dyżur do godziny 17.00



AKADEMIA POLONIJA W CZĘSTOCHOWIE

Proponujemy studia między innymi:

- licencjackie w systemie **dziennym** (3-letnie)
i **zaocznym** (3,5-letnie):

- * Pielęgniarstwo z językiem obcym
- * Pielęgniarstwo **STUDIA POMOSTOWE**
- * Biotechnologia z językiem obcym



Dysponujemy nowoczesnym, klimatyzowanym

CENTRUM KONGRESOWYM



z możliwością wynajęcia na sympozja,
konferencje, szkolenia, zjazdy, wystawy itp.

Zapraszamy do skorzystania z naszych usług.

- podyplomowe np. :

- * Zarządzanie zasobami ludzkimi (**NOWOŚĆ**)
- * Kontrola i audyt wewnętrzny (**NOWOŚĆ**)
- * Zarządzanie i organizacja pomocy społecznej



Zadzwoń teraz!!!
info +48 (34) 368 42 26

AKADEMIA POLONIJA JEST CZŁONKIEM



AKADEMIA POLONIJA

ul. Pułaskiego 4/6, 42-200 Częstochowa
tel.: 034 368 42 26, e-mail: info@ap.edu.pl

www.ap.edu.pl



www.wsz.edu.pl

WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA TO NIE TYLKO ZARZĄDZANIE W CZĘSTOCHOWIE

NAJLEPSZA CZĘSTOCHOWSKA UCZELNIA *

ZARZĄDZANIE

Studia I stopnia (licencjackie)
Studia II stopnia (magisterskie)

PEDAGOGIKA

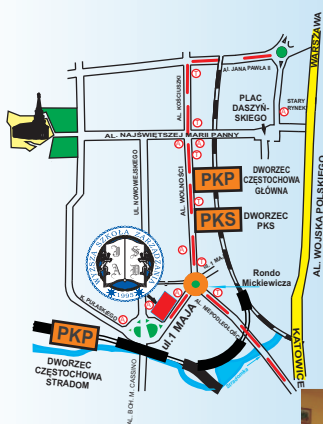
Studia I stopnia (licencjackie)

**ZARZĄDZANIE I INŻYNIERIA
PRODUKCJI**

Studia I stopnia (Inżynierskie)

PIELĘGNIARSTWO

Studia I stopnia (Inżynierskie)



* Wg Rankingu Niepublicznych Uczelni Magisterskich 2008 - "Rzeczpospolitej" i "Perspektyw".



Promedica24 jest polską firmą, która powstała w 2004 roku w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie pracowników sektora medycznego migracjami zarobkowymi. Zatrudniamy pielęgniarki oraz opiekunki z Polski i Rumunii. Pomagamy znaleźć pracę w Europie Zachodniej lekarzom różnych specjalności oraz farmaceutom. Wyróżnia nas profesjonalizm gwarantujący bezpieczeństwo, atrakcyjne formy zatrudnienia oraz elastyczność oferowanych kontraktów. Zaufaj nam i podejmij wyzwanie.



NOWE OFERTY PRACY! PIELĘGNIARKA

– INSTYTUCJE SEKTORA MEDYCZNEGO

Niemcy



Gwarantujemy:

- zarobki **1500 – 3000 euro**
- zakwaterowanie i koszty podróży
- opiekę rezydenta na miejscu

Oczekujemy:

Cenimy polskie pielęgniarki za ich wiedzę i fachowość
– wymagamy tylko dobrej znajomości języka niemieckiego

Hiszpania



Gwarantujemy:

- pracę na cały etat w państwowych i prywatnych szpitalach
- atrakcyjne wynagrodzenie (uzależnione od oferty)
- pomoc w przygotowaniu formalności i wyjazdu
- KURS JĘZYKA HISPANIEGO przed wyjazdem

Oczekujemy:

- dyplomu pielęgniarki oraz min. 3-letniego doświadczenia w pracy
- gotowości do wyjazdu na minimum 1 rok

Wielka Brytania



Gwarantujemy:

- pracę na oddziałach ogólnych/chirurgicznych w państwowych szpitalach w południowej, nadmorskiej części Wielkiej Brytanii
- legalne zatrudnienie na cały etat na okres 9-u miesięcy z brytyjskim pracodawcą
- min. wynagrodzenie brutto w wysokości 13,24 GBP za godzinę pracy
- pomoc w przygotowaniu formalności i wyjazdu

Oczekujemy:

- rejestracji w NMC
- min. rocznego doświadczenia na równorzędnym stanowisku
- bardzo dobrej znajomości języka angielskiego

Rekrutacja na terenie całej Polski w naszych biurach w:
Bydgoszcz, Katowice, Opole, Poznań, Szczecin, Wrocław, Warszawa

Szczegóły na www.promedica24.pl
Skontaktuj się z nami telefonicznie **(022) 44 87 222**
mailowo praca@promedica24.pl lub wyślij sms **666 096 760**