

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



**Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie**



## **Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy**

**Listopad 2011r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



# Okręgowa Rada



## W NUMERZE:

Okręgowy Zjazd	
Sprawozdawczo - Wyborczy	1
Okręgowa Rada	5
List gratulacyjny	9
Kalendarium	9
NIPiP	10
Porady prawne	13
XX lecie Samorządu	16
Prace dyplomowe	17

### Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

#### Adres Redakcji:

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

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

#### Ośrodek szkoleniowy:

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

sekretariat@oipip.czest.pl  
www.oipip.czest.pl

#### MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

#### Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora  
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość  
merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

#### Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,  
42-200 Częstochowa  
birako@o2.pl  
Nakład 1200 szt.



**W dniu 26 października 2011 roku na I Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczo – Wyborczym Pielęgniarek i Położnych VI kadencji w Częstochowie zostały podjęte uchwały dotyczące wyborów członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie:**

Uchwały od numeru 1 do 6 dotyczyły sprawozdań ustępujących organów OIPIP V kadencji (zamieszczone zostały w Biuletynie Informacyjnym październik 2011).

**Uchwała Nr 7/VI/2011**

**I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych VI kadencji z dnia 26 października 2011 roku w sprawie ustalenia liczby członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie oraz liczbę zastępców Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej**

Na podst. art. 23 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r o samorządzie pielęgniarek i położnych / Dz.U. Nr 41, poz. 178, z 1996 r Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r Nr 106, poz. 668, z 2000 r Nr 120, poz. 1268, z 2002 r Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052 oraz z 2004 r Nr 92, poz. 885/, uchwała się co następuje:

**§ 1.**

Ustala się liczbę członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wg następujących zasad:

1. W skład Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych wchodzi Przewodnicząca Okręgowej Rady oraz 25 członków wybranych spośród delegatów przez I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy.
2. W skład Okręgowej Komisji Rewizyjnej wchodzi przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej oraz 5 członków wybranych spośród delegatów przez I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy.
3. W skład Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych wchodzi 6 osób, w tym przewodniczący oraz 5 członków wybranych spośród delegatów przez I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy.
4. W skład Organu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wchodzi 6 osób, w tym Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz 5 zastępców, wybranych spośród delegatów przez I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 8/VI/2011**

**I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych VI kadencji z dnia 26 października 2011 roku w sprawie wyboru Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku**

Na podstawie art. 23 pkt. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na stanowisko Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrana została Pani Halina Synakiewicz.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 9/VI/2011**

**I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych VI kadencji z dnia 26 października 2011 roku w sprawie wyboru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku**

Na podstawie art. 23 pkt. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrane zostały następujące osoby:

- 1 Baczyńska Marzena
- 2 Ciesielska Agata
- 3 Cieślak Irena
- 4 Czech Tomasz
- 5 Chrzęstek Andrzej
- 6 Dziedzic Joanna
- 7 Dzieża Grażyna
- 8 Dygudaj Anna
- 9 Garus - Kmieć Jolanta
- 10 Kaptacz Izabela
- 11 Kowalska Wanda
- 12 Krupińska Elżbieta
- 13 Kucharska Lidia
- 14 Lula Ewa
- 15 Maniszewska Marzena
- 16 Markiewicz Iwona
- 17 Michałowska Lidia
- 18 Mizerska Krystyna
- 19 Ociepa Anna
- 20 Osińska Magdalena
- 21 Piekielek Ewa
- 22 Płaza Barbara
- 23 Szlachcic Agnieszka
- 24 Szymanek Maria
- 25 Sówka Renata

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.





### **Uchwała Nr 10/VI/2011**

#### **I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo – Wyborczego Pielęgniarek i Położnych VI kadencji z dnia 26 października 2011 roku w sprawie wyboru Przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej i członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku**

Na podstawie art. 23 pkt. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

##### **§ 1.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na stanowisko Przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrana została Pani Karoń Bożena.

##### **§ 2.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrane zostały następujące osoby:

- 1 Biedroń Anna
- 2 Hebda Agnieszka
- 3 Kucharska Ewa
- 4 Kucharska Wioletta
- 5 Kurzyńska Halina

##### **§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

### **Uchwała Nr 11/VI/2011**

#### **I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo – Wyborczego Pielęgniarek i Położnych VI kadencji z dnia 26 października 2011 roku w sprawie wyboru Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku**

Na podstawie art. 23 pkt. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

##### **§ 1.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na stanowisko Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrana została Pani Cocek Anna.

##### **§ 2.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrane zostały następujące osoby:

- 1 Denderska Elżbieta
- 2 Kapkowska Beata
- 3 Kowalczyk Małgorzata
- 4 Krzemińska Dorota
- 5 Szuster Janina

##### **§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

### **Uchwała Nr 12/V/2011**

#### **I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo – Wyborczego Pielęgniarek i Położnych VI kadencji z dnia 26 października 2011 roku w sprawie wyboru Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku**

Na podstawie art. 23 pkt. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

##### **§ 1.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na stanowisko Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrana została Pani Łoniewska Danuta.

##### **§ 2.**

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku wybrane zostały następujące osoby:

- 1 Brzozowska – Duda Anna
- 2 Jaksender Alina
- 3 Kobus Ewa
- 4 Nowak Katarzyna
- 5 Wróż Renata

##### **§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

### **Uchwała Nr 13/VI/2011**

#### **I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo – Wyborczego Pielęgniarek i Położnych VI kadencji z dnia 26 października 2011 roku w sprawie wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych**

Na podst. art. 23 pkt 5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r o samorządzie pielęgniarek i położnych / Dz.U. Nr 41, poz. 178, z 1996 r Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r Nr 106, poz. 668, z 2000 r Nr 120, poz. 1268, z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052 oraz z 2004 r Nr 92, poz. 885/, uchwała się co następuje:





## § 1.

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej z dnia 26 października 2011 roku stwierdza, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na delegatów na VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych wybrane zostały następujące osoby:

1. Czech Tomasz
2. Garus-Kmieć Jolanta
3. Płaza Barbara
4. Sówka Renata
5. Synakiewicz Halina

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

### **Rozpoczęliśmy VI kadencję działalności samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.**

I. I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo - Wyborczy Delegatów Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji odbył się 26 października 2011 roku w sali sesyjnej Urzędu Miasta w Częstochowie.

W Zjeździe uczestniczyło 83 delegatów oraz zaproszeni goście.

II. Przyjęto sprawozdania z działalności organów Okręgowej Izby za okres V kadencji w latach 2007 - 2011 roku.

III. Udzielono absolutorium ustępującej Okręgowej Radzie.

IV. Wybrano przewodniczące poszczególnych organów Izby:

- 1) Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie została: Halina Synakiewicz
- 2) Przewodniczącą Okręgowej Komisji Rewizyjnej została: Bożena Karoń
- 3) Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych została: Anna Coczek
- 4) Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej została: Danuta Łoniewska

V. I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo - Wyborczy Delegatów Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji podjął uchwały w sprawie:

- 1) przyjęcia sprawozdania z działalności merytorycznej Okręgowej Rady za okres V kadencji,
- 2) przyjęcia sprawozdania z działalności finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych za okres 01.01.2011 do 31.08.2011r,
- 3) przyjęcia sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za okres V kadencji,
- 4) przyjęcia sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych za okres V kadencji,
- 5) przyjęcia sprawozdania z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres V kadencji
- 6) udzielenia absolutorium ustępującej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych
- 7) ustalenia liczby członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz liczbę zastępców Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- 8) wyboru przewodniczącej Okręgowej Rady przewodniczących i członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji tj. 2011-2015 roku,
- 9) wyboru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku
- 10) wyboru Przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej i członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku,

11) wyboru Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku,

12) wyboru Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VI kadencji

tj. 2011 - 2015 roku,

13) wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych,

14) udzielenia pełnomocnictwa do podpisywania dokumentów do czasu wyboru członków Prezydium przez Okręgową Radę,

15) zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,

VI. W dniu 8 listopada 2011 roku odbyło się pierwsze posiedzenie 25 osobowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji podczas, którego wybrano Prezydium Okręgowej Rady:

- 1) Dwóch wiceprzewodniczących Rady: Wanda Kowalska, Tomasz Czech
- 2) Sekretarz Okręgowej Rady: Barbara Płaza
- 3) Skarbnik Okręgowej Rady: Anna Ociepa
- 4) Dwóch członków Prezydium: Jolanta Garus-Kmieć, Maria Szymanek.

Okręgowa Rada podczas posiedzenia podjęła uchwały w sprawie:

- 1) ustalenia czasu pracy i wynagrodzenia dla Przewodniczącej Okręgowej Rady,
- 2) składu Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,
- 3) wyboru Wiceprzewodniczących Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011-2015 roku
- 4) wyboru sekretarza Okręgowej Rady, ustalenia czasu pracy i wynagrodzenia na okres VI kadencji tj. 2011-2015 roku
- 5) wyboru skarbnika Okręgowej Rady, ustalenia czasu pracy i wynagrodzenia na okres VI kadencji tj. 2011-2015 roku
- 6) wyboru członków Prezydium Okręgowej Rady,
- 7) upoważnienia Prezydium do działania w imieniu Rady,
- 8) upoważnienia członków Prezydium do podpisywania dokumentów dot. zobowiązań majątkowych,
- 9) upoważnienia osób do sprawowania bieżącej gospodarki finansami,
- 10) upoważnienia członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie do zawarcia umowy z Ministerstwem Zdrowia na przekazanie dotacji z publicznych środków budżetowych na pokrycie czynności przejętych przez samorząd pielęgniarek i położnych od organów administracji państwowej
- 11) powołania i ustalenia zasad działania komisji problemowych działających przy ORPiP przedstawicielstwa samorządu pielęgniarek i położnych w poszczególnych rejonach wyborczych.

VII. Następne posiedzenie Okręgowej Rady zaplanowano na 13 grudnia 2011 roku. ■



### Stanowisko nr 1

Delegatów I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo  
Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
VI Kadencji z dnia 26 października 2011 roku

skierowane do:  
Ministra Zdrowia,  
Ministra Pracy i Polityki Społecznej,  
Parlamentarzystów,  
Prezesa NFZ.

W sprawie zaniechania działań zmierzających do nowelizacji art. 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 tekst jednolity z późn. zm.) w kierunku ograniczającym pacjentom prawa swobodnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ.

Delegaci I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI Kadencji zwracają się do Parlamentarzystów z wnioskiem o zaniechanie działań zmierzających do nowelizacji art. 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 tekst jednolity z późn. zm.) w kierunku ograniczenia pacjentom prawa swobodnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ.

#### Uzasadnienie

Zgodnie z art. 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 tekst jednolity z późn. zm.) wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”.

Z informacji jakie docierają do członków naszej korporacji zawodowej wynika, iż są obecnie podejmowane działania mające doprowadzić do wszczęcia procedury legislacyjnej mającej na celu zmianę ww. art. w taki sposób, aby świadczeniobiorca dokonywał wyboru nie lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, lecz podmiotu leczniczego.

Zmianę w powyższym kierunku odczytujemy jako ograniczenie praw pacjenta godzącą w swobodę wyboru i dlatego wnosimy jak na wstępie stanowiska. ■

### Stanowisko nr 2

Delegatów I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo  
Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
VI Kadencji z dnia 26 października 2011 roku

skierowane do:  
Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

W sprawie zmiany uchwały nr 13 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Delegaci I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI Kadencji zwracają się do Delegatów na Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych z wnioskiem o wszczęcie procedury zmierzającej do zmiany

uchwały nr 13 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału w celu zwolnienia z obowiązku opłacania składek członkowskich osób niewykonyjących zawodu, będących emerytami, rencistami oraz osób pobierających świadczenie przedemerytalne.

#### Uzasadnienie

Dostrzegamy potrzebę zmiany uchwały nr 13 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału poprzez zwolnienie z obowiązku opłacania składek członkowskich osób będących emerytami, rencistami oraz osób pobierających świadczenie przedemerytalne. Dochody osiągane przez ww. osoby są w naszych realiach bardzo niskie, co uniemożliwia tym osobom wywiązywanie się z obowiązku opłacania składek. Jednocześnie osoby te bardzo często nie chcą rozstać się z Naszą Korporacją Zawodową, ponieważ niejednokrotnie w zawodzie pielęgniarki lub położnej pracowały przez całe życie zawodowe. ■

### Stanowisko nr 3

Delegatów I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo  
Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
VI Kadencji z dnia 26 października 2011 roku

skierowane do:  
Ministra Zdrowia,  
Ministra Finansów  
Ministra Pracy i Polityki Społecznej,  
Parlamentarzystów.

W sprawie ustalenia minimalnego wynagrodzenia za pracę świadczoną przez pielęgniarki i położne

Delegaci I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI Kadencji zwracają się do Ministra Zdrowia, Ministra Finansów, Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Parlamentarzystów z wnioskiem o podjęcie niezwłocznych działań w celu ustalenia minimalnego wynagrodzenia za pracę dla pielęgniarek i położnych na poziomie 150% średniej płacy w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku.

#### Uzasadnienie

Od pielęgniarek i położnych wymaga się obecnie coraz wyższego poziomu jakości świadczonych usług, coraz wyższego wykształcenia, ukończenia dodatkowych szkoleń i kursów, a niestety nie pociąga to za sobą wyższego wynagrodzenia.

Wynagrodzenia jakie otrzymują pielęgniarki i położne za bardzo ciężką pracę często sięga wysokości minimalnego wynagrodzenia. Dlatego też tak wiele koleżanek i kolegów opuszcza dom, rodzinę, kraj i wyjeżdża w poszukiwaniu lepszej płacy. Inni znów, aby utrzymać rodzinę i dom pracują na kilku etatach, co niestety grozi utratą zdrowia lub też możliwością popełnienia błędu podczas udzielania świadczeń medycznych. Zapewnienie pielęgniarkom i położnym wynagrodzenia na poziomie co najmniej 150% średniej płacy w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, przywróci równowagę pomiędzy wysokością ich wynagrodzeń, a jakością usług świadczonych przez pielęgniarki i położne, ich nakładem pracy oraz ponoszoną przez nie odpowiedzialnością.





## Stanowisko nr 4

Delegatów I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo  
Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
VI Kadencji z dnia 26 października 2011 roku

skierowane do:

Ministra Finansów,

Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

W sprawie stworzenia systemu motywacyjnego celem  
zainteresowania młodych ludzi pracą w zawodzie pielęgniarki  
i położnej.

W związku ze zmniejszeniem liczby osób zainteresowanych  
podjęciem pracy w zawodach pielęgniarki i położnej, Delegaci  
I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo Wyborczego

Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI Kadencji zwracają  
się do Ministra Finansów oraz do Ministra Nauki i Szkolnictwa  
Wyższego z wnioskiem o podjęcie działań mających na celu  
określenie rzeczywistego przewidywanego zapotrzebowania  
na usługi medyczne świadczone przez pielęgniarki i położne w  
okresie od 2011 do 2020 r. oraz podjęcie działań zmierzających  
do stworzenia efektywnego systemu motywacyjnego dla  
młodych ludzi, którego celem byłoby ich zainteresowanie  
podjęciem pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej, w szcze-  
gółności poprzez objęcie zawodów pielęgniarki i położnej  
systemem zawodów zamawianych. ■

## Okręgowa Rada



### **Uchwała Nr 1 /VI / 2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 8 listopada 2011 roku w sprawie składu Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku**

Na podst. art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r o  
samorządzie pielęgniarek i położnych /Dz.U. Nr 41, poz. 178 ze  
zmianami / uchwała się co następuje:

#### § 1.

Ustala się następujący skład Prezydium Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych:

1. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
wybrana przez I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy  
VI kadencji.
2. dwóch wiceprzewodniczących.
3. Sekretarz
4. Skarbnik
5. dwóch członków Prezydium.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

#### § 3.

Traci moc Uchwała Nr 1/V/2007 Okręgowej Rady z dnia  
08.11.2007r w sprawie składu Prezydium Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

Sekretarz  
mgr Barbara Płaza

Przewodnicząca  
mgr Halina Synakiewicz

### **Uchwała Nr 3/VI /2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 8 listopada 2011 roku w sprawie wyboru wiceprzewodniczących Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku**

Na podst. art. 24. ust. 1 pkt 6 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 19  
kwietnia 1991 r o samorządzie pielęgniarek i położnych / Dz. U.  
Nr 41 poz. 178 ze zmianami/, uchwała się co następuje:

#### § 1.

Na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej powołanej przez  
Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w  
dniu 08 listopada 2011 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i  
Położnych w Częstochowie stwierdza iż funkcję wiceprze-  
wodniczących Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie na okres VI kadencji zostali wybrani:

1. Kowalska Wanda
2. Czech Tomasz

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Sekretarz  
mgr Barbara Płaza

Przewodnicząca  
mgr Halina Synakiewicz

### **Uchwała Nr 4/VI/2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 8 listopada 2011 roku w sprawie wyboru sekretarza na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku oraz ustalenia czasu pracy i wynagrodzenia**

Na podst. art. 18 ust. 4 oraz art. 24 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia  
19 kwietnia 1991 r o samorządzie pielęgniarek i położnych  
/Dz.U.Nr 41 poz.178 ze zmianami/ oraz Uchwały Nr 16 IV  
Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia  
2003 roku w sprawie ustalenia wykazu stanowisk w organach  
izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może być  
wynagradzane i Uchwały Nr 9/V/2007 Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 grudnia 2007 r. w sprawie  
zasad wynagradzania osób pełniących obowiązki na  
stanowiskach w organach samorządu pielęgniarek i poło-  
żnych, uchwała się co następuje:

#### § 1.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych postanawia wybrać  
na stanowisko sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Poło-  
żnych w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015  
roku Panią Płaza Barbarę.



## § 2.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych ustala, że Sekretarz zobowiązany jest do świadczenia pracy w pełnym wymiarze czasu pracy.

## § 3.

Tracą moc uchwały nr 2/V/2007 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 8 listopada 2007 r. w sprawie wyboru sekretarza oraz ustalenia czasu pracy i wynagrodzenia oraz uchwała nr 27/V/2008 Okręgowej Rady z dnia 06.03.2007r. w sprawie zmiany do uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Nr 2/V/2007 r. z dnia 08.11.2007 roku.

## § 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Sekretarz mgr Barbara Płaza	Skarbnik Anna Ociepa	Przewodnicząca mgr Halina Synakiewicz
--------------------------------	-------------------------	--

### **Uchwała Nr 5/VI/2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie**

**z dnia 8 listopada 2011 roku  
w sprawie wyboru skarbnika na okres VI kadencji tj.  
2011 - 2015 roku  
oraz ustalenia czasu pracy i wynagrodzenia**

Na podst. art. 18 ust. 4 oraz art. 24 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r o samorządzie pielęgniarek i położnych /Dz.U.Nr 41 poz.178 ze zmianami/ oraz Uchwały Nr 16 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 roku w sprawie ustalenia wykazu stanowisk w organach izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może być wynagradzane i Uchwały Nr 9/V/2007 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 grudnia 2007 r. w sprawie zasad wynagradzania osób pełniących obowiązki na stanowiskach w organach samorządu pielęgniarek i położnych, uchwała się co następuje:

## § 1.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych postanawia wybrać na stanowisko skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku Panią Ociepa Annę.

## § 2.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych ustala, że skarbnik zobowiązany jest do świadczenia pracy w wymiarze 1/5 etatu.

## § 3.

Tracą moc uchwały nr 3/V/2007 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 8 listopada 2007r. w sprawie wyboru sekretarza oraz ustalenia czasu pracy i wynagrodzenia oraz uchwała nr 28/V/2008 Okręgowej Rady z dnia 6 marca 2007 r. w sprawie zmiany do uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Nr 3/V/2007r. z dnia 8 listopada 2007 r.

## § 6.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz mgr Barbara Płaza	Skarbnik Anna Ociepa	Przewodnicząca mgr Halina Synakiewicz
--------------------------------	-------------------------	--

### **Uchwała Nr 6/VI /2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie**

**z dnia 8 listopada 2011 roku  
w sprawie wyboru członków Prezydium Okręgowej  
Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015  
roku**

Na podst.art. 24. ust. 1 pkt 6 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r o samorządzie pielęgniarek i położnych / Dz.U. Nr 41 poz. 178 ze zmianami/, uchwała się co następuje:

## § 1.

Na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej powołanej przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 08 listopada 2011 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie stwierdza, iż na stanowisko członków Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VI kadencji zostali wybrani:

1. Garus – Kmieć Jolanta
2. Maria Szymanek

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Sekretarz mgr Barbara Płaza	Przewodnicząca mgr Halina Synakiewicz
--------------------------------	--

**W dniu 8 listopada 2011 roku na pierwszym  
posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i  
Położnych w Częstochowie zostały podjęte uchwały  
dotyczące wyborów: wiceprzewodniczących  
Prezydium ORPiP, sekretarza ORPiP, skarbnika  
ORPiP, członków Prezydium ORPiP, członków  
komisji i zespołów problemowych działających przy  
ORPiP, pełnomocnych przedstawicieli Samorządu  
Pielęgniarek i Położnych w poszczególnych rejonach  
wyborczych OIPIP w Częstochowie.**

Uchwały od numeru 7 do 10 dotyczyły:

- upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie do działania w imieniu Okręgowej Rady na okres VI kadencji tj. 2011 - 2015 roku
- upoważnienia osób do sprawowania bieżącej gospodarki finansami,
- upoważnienia członków Prezydium Okręgowej Rady do podpisywania dokumentów dotyczących zobowiązań majątkowych Izby,
- upoważnienia członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie do zawarcia umowy z Ministerstwem Zdrowia na przekazanie dotacji z publicznych środków budżetowych na pokrycie czynności przejętych przez samorząd pielęgniarek i położnych od organów administracji państwowej ■





**§ 1.**

Delegaci z danego rejonu wyborczego, którzy zostali wybrani na członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wybierają spośród siebie jednego pełnomocnika dla tego rejonu wyborczego.

**§ 2.**

W przypadku, gdy delegaci z danego rejonu wyborczego nie zostali wybrani na członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie delegaci ci wybierają jednego pełnomocnika spośród siebie.

**§ 3.**

W przypadku, gdy w danym rejonie wyborczym nie został wybrany żaden delegat wówczas pełnomocnika dla tego rejonu wyborczego wybiera Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**§ 4.**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych wystąpi do dyrektorów poszczególnych zakładów ochrony zdrowia znajdujących się na terenie danego rejonu wyborczego wskazując swojego pełnomocnika do reprezentowania interesów zawodowych pielęgniarek i położnych na terenie tychże zakładów pracy.

**§ 5.**

Powołanie pełnomocnika nie ogranicza działań innych przedstawicieli wyznaczonych przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**§ 6.**

Zakres obowiązków i uprawnień pełnomocnika stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

**§ 7.e**

Traci moc uchwała nr 17/V/2007 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 8 listopada 2007 r. w sprawie przedstawicielstwa samorządu pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakładach pracy.

**§ 8.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Sekretarz  
mgr Barbara Płaza

Przewodnicząca  
mgr Halina Synakiewicz

**Załącznik do Uchwały Nr 12/VI/2011 Okręgowej  
Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 08.11.2011 roku.**

Zakres obowiązków i uprawnień Pełnomocnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Pełnomocnik działa w imieniu i z upoważnienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rzecz należytej ochrony interesów zawodowych członków samorządu na terenie zakładów pracy oraz zapewnienia prawidłowego obiegu informacji.

Okręgowa Rada wskazanemu przez delegatów pełnomocnikowi powierza niżej przedstawione obowiązki związane z pełnieniem funkcji przedstawiciela w rejonie wyborczym.

1. Informowanie o uchwałach Okręgowej Rady przez rozplakatowanie na tablicach ogłoszeń,
2. W rejonie wyborczym, rozprowadzanie biuletynów informacyjnych wydawanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych.

3. Opiniowanie w pełnym zakresie warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.

4. Reprezentowanie samorządu zawodowego w posiedzeniach Rad Społecznych.

5. Integrowanie środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych.

6. Informowanie członków samorządu o organizowanych szkoleniach i możliwości korzystania z nich.

7. Zapoznavanie członków samorządu z nowymi przepisami dot. spraw zawodowych.

8. Przekazywanie członkom samorządu wszelkich niezbędnych informacji o pracach Okręgowej Rady.

9. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.

Okręgowa Rada z własnej inicjatywy lub na wniosek 1/3 członków samorządu danego rejonu wyborczego odbierze swe pełnomocnictwo pełnomocnikowi, który nienależyte wypełnia swe obowiązki. ■

Sekretarz  
mgr Barbara Płaza

Przewodnicząca  
mgr Halina Synakiewicz

**Stanowisko  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w  
Częstochowie  
z dnia 8 listopada 2011 r.**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie niniejszym wyraża zdecydowany i stanowczy sprzeciw wobec nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 r., Nr 164, poz. 1027 tekst jedn. z późn. zm.) w brzmieniu zaproponowanym przez Ministra Zdrowia w projekcie z dnia 19 października 2011 r.

Zmiana wynikająca z ww. projektu wprowadza istotną zmianę dotyczącą funkcjonowania i organizacji systemu podstawowej opieki zdrowotnej w sposób godzący w interesy zarówno pacjenta jak i Członków Naszej Korporacji Zawodowej.

W naszej ocenie przedmiotowa nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 r., Nr 164, poz. 1027 tekst jedn. z późn. zm.) spowoduje:

1) ograniczenie prawa pacjenta do swobodnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ,

2) ograniczenie konkurencyjności na rynku świadczeniodawców, poprzez nieuzasadnione wzmocnienie pozycji lekarzy rodzinnych udzielających świadczeń z zakresu POZ, przy jednoczesnym znaczącym osłabieniu pozycji pielęgniarek i położnych,

3) ograniczenie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń z zakresu POZ w prowadzonych przez siebie praktykach indywidualnych i grupowych.

Mając na uwadze przedstawione powyżej argumenty sprzeciwiamy się przedmiotowej nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 r., Nr 164, poz. 1027 tekst jedn. z późn. zm.). ■





## Wicestarosta Częstochowski JANUSZ KRAKOWIAN

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

W imieniu Zarządu powiatu Częstochowskiego oraz własnym gratuluję Pani ponownego wyboru na przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. To zasłużone wyróżnienie jest dowodem zaufania i wysokiego uznania, jakim cieszy się Pani w środowisku medycznym naszego regionu.

Pragnę serdecznie podziękować za oddanie i profesjonalizm, z jakim służy pani samorządowi pielęgniarskiemu. Kompetencje zawodowe i zaangażowanie społeczne, jakie zaprezentowała Pani już w czasie poprzedniej kadencji, zaowocowały dynamicznym rozwojem częstochowskiej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także bardzo dobrą współpracą z władzami powiatu częstochowskiego. Jestem przekonany, że współpraca ta i w latach następnych będzie układała się wzorowo.

Życzę Pani wielu sukcesów zawodowych oraz dużo zdrowia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym. ■

WICESTAROSTA  
mgr Janusz Krakowian

## KALENDARIUM od 1.10.2011 roku do 30.10.2011 roku



**5.10.2011r** Halina Synakiewicz została powołana na stanowisko Przewodniczącej Zespołu ds. opracowania szczegółowego sposobu przeprowadzania wizytacji wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną wykonującą zawód w formie określonej w Art. 22 ust.1 Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o Zawodach Pielęgniarki i Położnej. Spotkanie Zespołu odbyło się w NIPIP w Warszawie.

**8.10.2011r.** Przewodnicząca OR uczestniczyła w XX inauguracji roku akademickiego 2011/2012 w Akademii Polonijnej w Częstochowie. Uroczystość połączona była z odsłonięciem pomnika ostatniego Prezydenta II RP Ryszarda Kaczorowskiego oraz wręczeniem dyplomów licencjata na kierunku - Pielęgniarstwo. Wyróżnionym absolwentom pielęgniarstwa Joannie Dziedzic oraz Elżbiecie Zatoń dyplomy wręczyła wdowa po Prezydencie II RP Karolina Kaczorowska.

**12.10.2011r.** Przewodnicząca OR na zaproszenie Pielęgniarki Naczelnej W.Sz.S. uczestniczyła w szkoleniu pt. „Rak szyjki macicy, zapobieganie diagnostyka, leczenie”. Szkolenie odbyło się w W.Sz.S. ul. PCK 1.

**13.10.2011r.** Przewodnicząca OR uczestniczyła w konkursie na ordynatora Chirurgii ogólnej z pododdziałem urazów wielonarządowych. Gratulujemy Panu Ordynatorowi!

**17.10.2011r.** Na zaproszenie Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Prof. dr hab. med. Ewy Małeckiej-Tendera Przewodnicząca OR uczestniczyła w obchodach 10-lecia Wydziału Opieki Zdrowotnej Ś U M w Katowicach.

**20.10.2011** Na zaproszenie Przewodniczącej ORPiP w Katowicach przedstawicielka OIPIP w Częstochowie uczestniczyła w Konferencji pt. „Etyczne problemy występujące w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa, położnictwa”. Konferencja odbyła się w Ośrodku Szkoleniowym w Łaziskach Górnych.

**21.10.2011r.** Na zaproszenie Okręgowej Rady Lekarskiej Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w jubileuszu X-lecia Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie.

**21.10.2011r.** Przedstawiciele OIPIP w Częstochowie na zaproszenie uczestniczyli w uroczystym wręczeniu Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im. Doktora Władysława Biegańskiego dla osób wyróżnionych za wybitną i znaczącą działalność w ochronie zdrowia i szczególny charakter pracy na rzecz pacjenta. Nagrodę otrzymały 2 pielęgniarki.

**24.10.2011r.** Na zaproszenie Rektora Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie Przewodniczącej ORPiP uczestniczyła w inauguracji roku akademickiego 2011/2012.

**26.10.2011r.** W Urzędzie Miasta Częstochowy w sali sesyjnej odbył się I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI Kadencji.

**28.10.2011r.** Halina Synakiewicz na zaproszenie Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach uczestniczyła w XXVII Sprawozdawczo-Wyborczym Okręgowym Zejeździe Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

**MINISTER ZDROWIA**

Warszawa, 2011 -10 - 1 0

Pani  
Elżbieta Buczkowska  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych  
ul. Pory 78 lok. 10  
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo Pani Prezes, z dnia 6 września 2011 r., w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w tym świadczeń z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do poruszonej w ww. piśmie kwestii zmian wprowadzonych z dniem 1 lipca 2010 r., w oparciu o zarządzenie Nr 25/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 czerwca 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 163 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.), bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji w całości lub w części, w przypadku gdy: narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu. Badaniu, o którym mowa powyżej, zostało poddane również ww. zarządzenie Nr 25/2010/DSOZ. W wyniku analizy merytorycznej tego zarządzenia oraz w związku z pozyskanymi z NFZ wyjaśnieniami, nie stwierdzono podstaw do jego uchylecia.

W związku z zastrzeżeniami do ww. zarządzenia, w części dotyczącej „Karty czynności pielęgniarstwa dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”, w Ministerstwie Zdrowia, w dniu 10 września 2010 r., odbyło się spotkanie przedstawicieli Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Departamentu Zdrowia Publicznego i Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego z przedstawicielem Narodowego Funduszu Zdrowia, podczas którego przyjęto wyjaśnienie, że wyszczególnione w tej Karcie czynności pielęgniarstwa uwzględniają te z nich, których nie może wykonać inna osoba niż pielęgniarka. Natomiast pozostałe czynności, które pielęgniarka wykonania i które należy wykonywać codziennie, a nawet kilka razy w ciągu dnia, pielęgniarka (uczuc równocześnie opiekunów chorego sprawnego ich wykonania) może odnotować w pkt 2.1. „Karty czynności pielęgniarstwa dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”, który brzmi: „Prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niesprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi”.

Analizując ww. zmiany w kontekście dostępności świadczeniobiorców do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, należy podkreślić, że usunięcie niektórych czynności spośród wymienionych w ww. Karcie nie oznacza, iż czynności te nie mogą być wykonywane lub nadzorowane przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, ponieważ realizacja świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej odbywa się na podstawie

planu opieki ustalonego w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne, a nie w oparciu o czynności ujęte w tej Karcie. Odpowiadając na wniosek Pani Prezes dotyczący podjęcia działań zmierzających do zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, ze zm.) i zarządzenia Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, ze zm., odnosząc się do poszczególnych uwag i propozycji zawartych w piśmie Pani Prezes, uprzejmie informuję, co następuje.

1. Propozycja zmiany ww. rozporządzenia, polegająca na zmniejszeniu z 12 do 10 maksymalnej liczby świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, którymi może jednocześnie opiekować się pielęgniarka w ramach 1 etatu przeliczeniowego, zostanie ponownie poddana rozpatrzeniu przy najbliższej nowelizacji tego rozporządzenia.

2. Postulowana zmiana wskaźnika korygującego wartość osobodnia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej dla osób przebywających pod tym samym adresem zamieszkania z 0,4 na 0,5 obecnie nie jest możliwa do zrealizowania, co zostało wyrażone w skierowanym do Pani Prezes piśmie Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ, z dnia 2 września 2011 r., znak: NFZ/CF/DSOZ/2011/075/1829/W/22155/MOS. Jednocześnie uprzejmie informuję, że zgodnie z pismem Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ, z dnia 23 września br., istnieje możliwość rozważenia postulowanej zmiany w latach następnych.

3. Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych negatywnie ocenił również propozycję wprowadzenia wskaźnika 2,0 korygującego wartość osobodnia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej dla osób z oceną 0 w skali Barthel, wskazując, iż wymogi określone w przepisach ww. rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej są takie same dla wszystkich świadczeniobiorców objętych opieką długoterminową domową, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali 0-40 pkt.

4. Wobec postulowanej zmiany sprawozdawania świadczeń wykonanych przez pielęgniarki realizujące świadczenia w ramach opieki długoterminowej domowej, uprzejmie informuję, że Fundusz nie widzi możliwości przyjęcia tego postulatu. Zastępca Prezesa ds. Medycznych, uzasadniając powyższe stanowisko wskazał, iż przyjęte od dnia 1 stycznia 2011 r. zasady sprawozdawania świadczeń zrealizowanych w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zostały opracowane z uwagi na obowiązek sprawowania przez NFZ nadzoru nad realizacją przepisów zawartych w ww. rozporządzeniu, dotyczących m.in. częstotliwości udzielania świadczeń. Świadczeniodawca podpisujący umowę z NFZ zobowiązany jest do przekazywania oddziałowi wojewódzkiego Funduszu danych o każdym świadczeniu zrealizowanym w ramach danego zakresu. NFZ jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych ma obowiązek weryfikowania jego sprawozdań i rozliczeń. Schemat sprawozdawania świadczeń określony przez Fundusz dostosowany jest do struktur weryfikacyjnych systemu informatycznego i nie odbiega od nakazanego przepisami prawa zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania



podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

5. W związku z propozycją opracowania, we współpracy m.in. z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, docelowego modelu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej, uprzejmie informuję, że model opieki uwzględniający potrzeby pacjentów, najlepsze standardy europejskie oraz możliwości finansowe zostanie wypracowany przez Zespół do spraw opieki długoterminowej, do zadań którego należy opracowanie Narodowego Programu Opieki Długoterminowej.

Odpowiadając na pytanie Pani Prezes o zabezpieczenie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na terenie kraju, uprzejmie przekazuję, w załączeniu, tabelę zawierającą dane dotyczące realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych i domowych w 2010 r. oraz w 2011, według stanu na dzień 16 maja 2011 r. Porównanie ww. danych wskazuje, iż w każdym zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych nastąpił wzrost zarówno liczby zakontraktowanych świadczeń, jak i nakładów finansowych na te świadczenia.

Jednocześnie uprzejmie przekazuję, w załączeniu, otrzymane z Centrali NFZ dane za miesiąc czerwiec 2011 r., sporządzone w sierpniu br., dotyczące świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej na terenie kraju, w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ. Rozpatrując przedmiotową kwestię dostępności do świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, w kontekście już wprowadzonych zmian mających na celu poprawę sytuacji w tym zakresie, należy podkreślić, iż sukcesywnie rośnie liczba osób objętych tą formą opieki. Zgodnie z danymi Funduszu, od stycznia do lutego 2010 r. liczba pacjentów objętych opieką zarówno przez pielęgniarkę POZ - zadaniowa metoda finansowania (0-40 pkt. w skali opartej na skali Barthel), jak i w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej łącznie wynosiła 27 963 osób, natomiast w miesiącu czerwcu 2011 r. objętych pielęgniarską opieką długoterminową domową było 40 186 pacjentów (według stanu na dzień 2 sierpnia 2011 r.). ■

z upoważnienia  
Ministra Zdrowia  
Sekretarz Stanu  
Jakub Szulc

**Czy pielęgniarka oddziałowa, przełożona  
pielęgniarek, pielęgniarka naczelna może być  
zatrudniona w wymiarze 1/8 etatu a w pozostałej  
części jako pielęgniarka odcinkowa wykonywać  
zawód w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w  
przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego?**

Odnosnie zatrudnienia pielęgniarki oddziałowej w wymiarze 1/8 etatu a w pozostałym zakresie zawarcie umowy z tą samą osobą na działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, podnieść należy, iż zastosowanie takiej konstrukcji umownej stanowić będzie oczywiście naruszenie przepisów prawa pracy, mające na celu obejście przepisów o czasie pracy. Ponadto w takim przypadku pielęgniarka w niektórych sytuacjach mogłaby być przełożoną samej siebie. Podkreślić należy

również, że jedynie przepis art. 47 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej dopuszcza możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, pod warunkiem zawarcia takiego zapisu w umowie oraz określenia w niej warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym określenia wymiaru czasu pracy. ■

Iwona Choromańska  
Radca prawny NRPIP

**Notatki i sprawozdania ze spotkań**

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu  
09.11.2011r.  
Poznań 10.11.2011r.

Szanowna Pani  
Dr Elżbieta Buczkowska  
Prezes NRPIP w Warszawie

Uprzejmie informuję, że w dniu 09.11.2011r. w Departamencie Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie mające na celu przedstawienie projektu obwieszczenia Ministra Zdrowia. Przedmiotowe obwieszczenie określa limit miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, które rozpoczną w roku 2012 specjalizacje dofinansowane z budżetu państwa – oraz określa ono kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego (ze środków Funduszu Pracy).

Na spotkaniu Departament Pielęgniarek i Położnych reprezentowała Pani Dyrektor Jolanta Skolimowska. W zebraniu udział wzięli także inni przedstawiciele komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia, w tym Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych reprezentowana była przez:

- Halinę Głuchowską (członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; OIPIP w Siedlcach)
- Tomasza Kaczmarka (członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; OIPIP w Poznaniu)
- Iwonę Borchulską (Przewodnicząca OZZPIP)

Po dyskusji uczestnicy zebrania zaakceptowali projekt obwieszczenia, który zakłada, że:

- a) limit miejsc szkoleniowych dofinansowanych ze środków publicznych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2012 roku wyniesie 1850
- b) kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2012 roku wyniesie 4337zł

Propozycja NRPIP zwiększenia kwoty dofinansowania o kwotę inflacji została odrzucona ze względu na brak środków finansowych w budżecie państwa. ■

Z poważaniem  
Tomasz Kaczmarek  
(Komisja Kształcenia przy NRPIP)

## **Aktualności**

Warszawa, 4 listopada 2011 r.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych przystąpiła do Polskiej Koalicji na rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy. W naszym przekonaniu udział pielęgniarek i położnych w realizacji zadań związanych z profilaktyką zachorowań na raka w ogóle, w tym na raka szyjki macicy w szczególności powinien być znacznie większy. Uważamy również, że niezadowolające rezultaty prowadzonego od pięciu lat programu – o czym jest mowa w raporcie Grupy Ekspertkiej Finans i Organizacji Systemu ze spotkania 29 września 2011 r. – w dużej części wynikają z nieuwzględnienia między innymi pielęgniarek i położnych jako aktywnych wykonawców tego programu.

W raporcie Grupy Ekspertkiej zwraca się uwagę na słabe wyniki programu: „statystyki zachorowalności i umieralności na RSM, podobnie jak zgłaszalność na badania cytologiczne nie poprawiły się” (zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu: 27%, zgony z powodu RSM: 1700 rocznie, ok 5% populacji zostało zaszczepione przeciwko wirusowi HPV – najczęściej za środki samorządów i organizacji pozarządowych). Raport zwraca uwagę, że „edukacja umożliwiająca tworzenie zachowań prozdrowotnych i wykorzystywanie dostępnych metod profilaktyki przez społeczeństwo” powinna być jednym z filarów profilaktyki RSM. Jednocześnie jednak nie ma mowy o tym, że do prowadzenia szeroko zakrojonej edukacji w całej populacji i w różnych jej segmentach predysponowane są pielęgniarki i położne: najliczniejsi profesjonaliści medyczni, dla których edukacja zdrowotna jest jednym z podstawowych działań zawodowych.

W raporcie pielęgniarki i położne wymienione są dwukrotnie. W kontekście słabego zainteresowania kobiet badaniami cytologicznymi oferowanymi w ramach programu czytamy: Brak systemowego rozwiązania w zaangażowaniu (kontraktowanie): \*lekarzy rodzinnych i ginekologów, \*pielęgniarek i położnych w mobilizowaniu kobiet do badań cytologicznych. Natomiast wśród proponowanych przez ekspertów rozwiązań jest następujące: Jako edukatorów w szkołach warto rozważyć: \*lekarzy, \*pielęgniarki i położne, \*specjalistów zdrowia publicznego. Ciekawe, że właśnie „wykształconych specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, którzy dotrą do szerokiej publiczności na przykład za pośrednictwem szkół” prof. Jacek Łuczak z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce uznał za najlepiej przygotowanych do prowadzenia edukacji. Zapominając, że pielęgniarki i położne, które posiadają niezadko specjalizację z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, pielęgniarstwa rodzinnego, są rzetelnie i wszechstronnie przygotowane do zadań w tym zakresie.

Skoro więc „Koalicja RSM szuka pomysłów, które pozwolą objąć do 75% populacji kobiet pomiędzy 25-59 rokiem życia skринingiem cytologicznym, a także 75% populacji danego rocznika dziewczynki szczepieniami przeciwko wirusowi HPV”, to pielęgniarki i położne mają ten pomysł. Polega on na szerokim zaangażowaniu tej grupy zawodowej. Pielęgniarki środowiskowe/rodzinne mogą włączyć zadania z tego zakresu w swój program informacyjnych działań w środowisku; to samo dotyczy położnych. Pielęgniarki szkolne pracując z dziećmi i młodzieżą, a także z rodzicami uczniów, poprzez edukację zdrowotną mogą przygotowywać grunt do upowszechnienia szczepień. Położne mogą nie tylko „mobilizować”, lecz również edukować i aktywnie zachęcać do szczepień i skринingu cytologicznego. Ci pracownicy medyczni nie muszą wysyłać imiennych zaproszeń (które, jak to zauważyli autorzy raportu, nie są skutecznym rozwiązaniem), ponieważ często bezpośrednio kontaktują się ze swoimi podopiecznymi. Nie

wymagają dodatkowego przeszkolenia ani zaopatrzenia w dodatkowe instrumenty; wystarczy, że zostaną zaangażowani i taka usługa zostanie u nich zakontraktowana. Możemy być przekonani, że wywiążą się z tych zadań lepiej niż np. lekarze rodzinni, którzy w swoich obowiązkach nie mają edukacji zdrowotnej i zwyczajnie nie mają na nią czasu ani przygotowania.

Gorzko brzmią słowa posłanki Beaty Małeckiej-Libery, członkini Sejmowej Komisji Zdrowia, że pieniądze na profilaktykę wydawane są nieracjonalnie. Dodajmy: pieniądze, których nie ma za wiele. Wydaje się, że powierzenie pielęgniarkom i położnym większego segmentu zadań w ramach programu walki z rakiem szyjki macicy – a zwłaszcza edukacji społeczeństwa w tym zakresie – może przyczynić się do zwiększenia skuteczności programu. W krajach, gdzie systemy ochrony zdrowia zorganizowane są lepiej niż w Polsce, taki podział zadań przynosi dobre wyniki. W Polsce natomiast pokutuje niewiara w dobre przygotowanie zawodowe pielęgniarek i położnych. Ten niebezpieczny przesąd nie tylko generuje zbędne koszty, ale kosztuje życie wielu kobiet.

To uzasadnia szerokie włączenie się Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w prace Polskiej Koalicji na rzecz Walki z RSM.

Tym bardziej, że środowisko pielęgniarskie zgłaszało postulaty i gotowość do realizacji programów zdrowotnych na rzecz społeczeństwa. Nie spotkało się to z pozytywnym odzewem ze strony Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Z satysfakcją przyjmujemy fakt, że nastąpią zmiany w organizacji i realizacji tak ważnego dla zdrowia i życia programu. ■

Prezes

Elżbieta Buczkowska

---

### **W sprawie projektu z dnia 19 października 2011r. dotyczącego ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

NIPiP-NRPIP-DM.0025.191.1.11

Warszawa, dnia 8 listopada 2011r.

Pani

Ewa Kopacz

Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, po zapoznaniu się z projektem z dnia 19 października 2011r. dotyczącym ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wnoszę o zaniechanie prac legislacyjnych, odrzucenie przedmiotowego projektu w całości i pozostawienie art. 28 ustawy w dotychczasowym brzmieniu.

Proponowana zmiana w zakresie prawa pacjenta do wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu poz, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia będzie w praktyce skutkować monopolizacją świadczeniodawców, którzy oferują wprawdzie świadczenia obejmujące zadania lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, ale powyższe doprowadzi do sytuacji, w której prawo pacjenta do wyboru niezależnie lekarza, pielęgniarki, położnej zostanie skutecznie



ograniczone do konkretnej „przychodni”, w której pacjent zamierza uzyskać świadczenie lekarza poz.

Powyższa nowelizacja, w literalnym brzmieniu przepisów wskazuje jednoznacznie, iż pacjent ma obowiązek złożenia deklaracji wyboru obejmującej wyznaczenie lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, którzy u danego świadczeniodawcy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej. Stanowisko MZ wyrażone w komunikacie z dnia 3 listopada 2011r. nie będzie miało wpływu na stosowaną w przyszłości praktykę, w której zostaną wyeliminowane indywidualne praktyki zawodowe prowadzone przez lekarzy, pielęgniarki, położne.

Należy podkreślić, że jakość usług zdrowotnych uzależniona jest między innymi od wolnej konkurencji występującej na rynku usług medycznych w zróżnicowanej formie organizacyjnej prowadzenia działalności leczniczej. Proponowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany zmierzają w całości przeciwnym kierunku i służą monopolizacji świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przez duże podmioty lecznicze.

Zmiana przepisów w zaproponowanym projekcie ustawy jest sprzeczna z zagwarantowanym w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP prawie obywatela RP do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, które wcześniej zostało zapewnione między innymi w art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez prawo pacjenta do swobodnego, niczym nieograniczonego prawa wyboru niezależnie lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz. ■

Z wyrazami szacunku  
Prezes  
Elżbieta Buczkowska

#### **Opinia prawna w sprawie zmiany tytułu zawodowego: „pielęgniarka” na „licencjat pielęgniarstwa” w wydanym zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki**

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr. 57, poz. 602 z późn. zm.) okręgowa rada pielęgniarek i położnych, właściwa ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu,

stwierdza na wniosek osoby zainteresowanej prawo wykonywania zawodu, po spełnieniu przez aplikanta warunków określonych w art. 11 ust. 2 cytowanej ustawy. Jednym z powyższych warunków jest posiadanie dyplomu ukończenia polskiej szkoły pielęgniarstwa bądź uzyskany w innym państwie dyplom uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny. Ukończenie szkoły pielęgniarstwa w rozumieniu art. 7 ust. 2 w związku z art. 8 ust. 1 cytowanej ustawy uprawnia absolwenta tej szkoły do uzyskania tytułu zawodowego: pielęgniarki, licencjata pielęgniarstwa, magistra pielęgniarstwa.

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza prawo wykonywania zawodu według ustalonej procedury określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 roku w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych (Dz. U. Nr 52, poz. 248 z późn. zm.). §5 pkt 4 powyższego rozporządzenia wskazuje, iż zaświadczenie powinno zawierać między innymi numer, miejsce i datę wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych, a nie tytuł zawodowy uzyskany po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa.

Reasumując: okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na podstawie przedstawionego przez aplikanta dokumentu o ukończonej szkole pielęgniarstwa, który to dokument nadaje prawo do posługiwania się uzyskanym tytułem zawodowym, jednakże tytuł zawodowy nie zostaje wpisany do zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu z braku podstaw prawnych w tym zakresie. Ponieważ nie wpisuje się w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu tytułu zawodowego, ukończenie przez pielęgniarkę szkoły wyższej na kierunku pielęgniarstwo i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa lub magistra pielęgniarstwa nie ma wpływu na wydane już zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu. Obowiązujące przepisy nie przewidują wpisywania tytułu zawodowego do zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, więc nie można zmieniać wpisu, który nie widnieje w wydanym dokumencie. ■

Iwona Choromańska  
Radca prawny NRPiP

## **Porady prawne**



Przedruk z Gazety Podatkowej nr 80 z dn. 6.10.2011r

### **Jak prowadzić prywatną działalność leczniczą?**

Już od przeszło trzech miesięcy obowiązuje nowa ustawa o działalności leczniczej. Na mocy wprowadzonych przepisów zmianom uległy zarówno zasady organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i funkcjonowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, także lekarzy i pielęgniarek prowadzących prywatne praktyki.

Działalność lecznicza - regulowana

Ustawodawca całkowicie zrezygnował z dotychczas funkcjonującego pojęcia zakładu opieki zdrowotnej, jako dominującej formy prowadzenia działalności polegającej na udzielaniu

świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym wprowadza i definiuje pojęcia:

- działalności leczniczej,
- podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- podmiotu leczniczego,
- praktyki zawodowej. Działalność leczniczą mogą wykonywać dwie kategorie podmiotów, tj.: podmiot leczniczy oraz prowadzący praktykę zawodową. Na mocy omawianych przepisów podmioty wykonujące działalność leczniczą uzyskują status przedsiębiorcy w rozumieniu art. 431 Kodeksu cywilnego (również Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, choć nie są przedsiębiorcami w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej). Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzą przedsiębiorstwa (tzn. zespół składników majątkowych służący do udzielania

świadczeń zdrowotnych w postaci aparatury medycznej, czy też lokali przeznaczonych do tego celu). Działalność wykonywana przez te podmioty na mocy omawianych przepisów jest działalnością regulowaną, co oznacza, iż wymaga wpisu do rejestru podmiotów leczniczych. Podmiotami leczniczymi, obok np. SPZOZ, mogą być przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej działający we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności (zarówno indywidualnej, jak i w ramach spółek prawa handlowego), po uzyskaniu wpisu do CEIDG bądź KRS.

#### Podstawa prawna

Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654)

Praktyką zawodową jest zaś działalność gospodarcza wykonywana jako indywidualna lub grupowa praktyka lekarska albo praktyka pielęgniarki lub położnej. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest natomiast prowadzeniem podmiotu leczniczego.

#### Działalność gospodarcza lekarzy i pielęgniarek

Działalność lecznicza lekarzy (w tym również dentystów), pielęgniarek (w tym położnych) może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, np. jako indywidualna praktyka lekarska (pielęgniarki), indywidualna praktyka lekarska (pielęgniarki) wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska (pielęgniarki) wyłącznie w miejscu wezwania. Może być też prowadzona jako indywidualna lub specjalistyczna praktyka lekarska (pielęgniarki) w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Może przybrać również formę spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej bądź być prowadzona jako grupowa praktyka lekarska lub grupowa praktyka pielęgniarek. Działalność gospodarcza lekarza lub pielęgniarki jest działalnością regulowaną, co oznacza, iż jej wykonywanie możliwe jest dopiero po uprzednim wpisie do rejestru praktyk lekarskich bądź praktyk pielęgniarek.

#### Niezbędne wpisy do rejestrów

Organem prowadzącym rejestr jest:

- wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego - w odniesieniu do podmiotów leczniczych,
- okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza - w odniesieniu do tych praktyk,
- okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk.

Zarówno działalność podmiotu leczniczego, jak i działalność lecznicza lekarza lub pielęgniarki może zostać podjęta w momencie uzyskania zaświadczenia o wpisie do odpowiedniego rejestru. Organ prowadzący rejestr obowiązany jest dokonać wpisu oraz wydać takie zaświadczenie w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis. Obowiązujące przepisy wprowadziły również procedurę postępowania w przypadku, gdy dany organ nie dokona wpisu w obowiązującym go terminie. Jeżeli od dnia wpływu wniosku do organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Specjaliści prawa medycznego zwracają uwagę, iż w takim przypadku zbyt łatwo można rozpocząć działalność leczniczą.

Wpisy do omawianych rejestrów podlegają opłacie wynoszącej:

- 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego, w przypadku praktyki zawodowej (tj. obecnie 68 zł),
- 10% tego wynagrodzenia w przypadku podmiotu leczniczego (obecnie 337 zł).

Organy dotychczas prowadzące rejestry praktyk lekarzy, pielęgniarek i położnych będą prowadzić je na dotychczasowych zasadach do końca tego roku. Natomiast osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej muszą swoją działalność dostosować do przepisów ustawy do końca czerwca 2012 r.

#### Zakaz reklamy i innej działalności

Podmiot wykonujący działalność leczniczą ma obowiązek podawać do publicznej wiadomości informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, jednakże treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Ustawa przewiduje również ograniczenia wykonywania przez podmiot leczniczy innej działalności gospodarczej, wprowadza też zakaz świadczenia i reklamy usług pogrzebowych. Jak czytamy w uzasadnieniu do omawianej ustawy, ma to na celu zapewnienie pacjentom komfortu leczenia i pobytu w szpitalu. Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą ma obowiązek zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania tych świadczeń. ■

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 86 z dn. 27.10.2011r

### Ratownicy medyczni znowu z dodatkami

Ustawa o działalności leczniczej obowiązująca od dnia 1 lipca 2011 r. zmniejszyła zakres świadczeń pieniężnych przysługujących członkom zespołów ratownictwa medycznego oraz dyspozytorów medycznych. Nie zagwarantowała ona tym pracownikom prawa do 30% dodatku godzinowego - dla członków zespołu ratownictwa medycznego i 20% - dla dyspozytorów medycznych. Aktem prawnym upoważniającym do ich wypłaty była ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, obowiązująca do 30 czerwca br. Uchylenie od 1 lipca 2011 r. podstawy prawnej do wypłaty dodatków pogorszyło warunki zatrudnienia w wielu placówkach ochrony zdrowia zatrudniających dyspozytorów i członków ratownictwa medycznego. Stracili oni bowiem prawo do tego świadczenia, chyba że jego wypłatę, obok ustawy o zoz, przewidywała również umowa o pracę lub przepisy wewnątrzzakładowe. Jeżeli taka sytuacja miała miejsce, wówczas podstawą prawną wypłaty dodatku była tylko umowa o pracę lub regulacje zakładowe. W przypadku braku odpowiednich zapisów w tej umowie lub w przepisach wewnątrzzakładowych, od 1 lipca br. nie było jednak podstaw do przyznania pracownikom omawianych dodatków do pensji.

Ministerstwo Zdrowia, uwzględniając opinie w sprawie zniesienia dodatków, wyrażane przez środowisko ratowników medycznych, przygotowało projekt nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który przywraca „zabrane” dodatki na uprzednio obowiązującym poziomie. Uprawnienie to będzie przysługiwało, tak jak w poprzednim stanie prawnym, tylko osobom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę. Aktualnie projekt nowelizacji znajduje się w fazie konsultacji społecznych.



Przedruk z Gazety Podatkowej nr 76 z dn. 20.10.2011r

## Świadczenie pielęgnacyjne wyższe przez 2 miesiące

Rada Ministrów na posiedzeniu w dniu 4 października 2011 r. przyjęła m.in. rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu wspierania osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne..

Świadczenie pielęgnacyjne w miesiącach listopad i grudzień br. będzie zwiększone o 100 zł.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach pielęgnacyjnych, świadczenie pielęgnacyjne przysługuje matce lub ojcu (bądź innym osobom), na których spoczywa obowiązek alimentacyjny. Może je również otrzymać faktyczny opiekun dziecka niepełnosprawnego, który z powodu znacznego stopnia orzeczonej niepełnosprawności dziecka musi zrezygnować z zatrudnienia ze względu na konieczność stałej i długotrwałej opieki (lub pomocy innej osoby) w związku

z poważnie ograniczoną zdolnością do samodzielnej egzystencji oraz np. stałym współudziałem w codziennym procesie leczenia, rehabilitacji czy edukacji.

Pomoc ma być wypłacana w terminie wypłaty świadczenia pielęgnacyjnego w listopadzie i grudniu 2011 r. Będzie ją wypłacał wójt, burmistrz lub prezydent miasta. Osoba upoważniona do pobierania świadczenia musi jednak wystąpić do jednego ze wskazanych organów o przyznanie pomocy. Wniosek powinien zostać złożony do 31 października br.

Osoby, którym świadczenie pielęgnacyjne zostanie przyznane po 31 października br. będą mogły złożyć wniosek w terminie 7 dni od dnia, w którym decyzja o przyznaniu świadczenia stanie się ostateczna. ■



**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 25**  
im. Stanisława Staszica  
**W CZĘSTOCHOWIE**  
ul. Rydzka 23  
42-209 Częstochowa  
tel.: 34 362 15 83  
email: sp25@edukacja.czestochowa.pl



# PODZIĘKOWANIE

dla  
*Pani Haliny Synakiewicz*  
za współorganizację  
III Międzyszkolnego Konkursu  
**„Uratować znaczy żyć”**  
HONOROWY PATRONAT  
WIELKIEJ ORKIESTRY ŚWIĄTECZNEJ POMOCY

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 25  
im. Stanisława Staszica  
42-209 Częstochowa, ul. Rydzka 23  
tel. 34 362 15 83  
IDS: 001079305 NIP: 949-01-69-402



DYREKTOR SZKOŁY  
mgr Ewa Kozłowska



Częstochowa, dnia 20. 09. 2011r.

## Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

### KURSY SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. „Pielęgniarstwo chirurgiczne”- Termin: 29.07 2011 r. - 21.04.2013

### KURSY KWALIFIKACYJNE

1. „Pielęgniarstwo zachowawcze”- Termin: 02.09 - 05.01.2012r.

### KURSY SPECJALISTYCZNE

1. „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” Nr 03/07- kurs dla pielęgniarek położnych - Termin: po zebraniu grupy 20 osób.

2. „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” Nr 02/07 - kurs dla pielęgniarek i położnych -Termin: po zebraniu grupy 20 osób.

3. „Leczenie ran”- kurs dla pielęgniarek - Termin: od 06.12.2011 - rekrutacja zakończona. Termin następnego kursu po zebraniu grupy 20 osób.

4. „Szczepienia ochronne” Nr 03/08 - kurs dla pielęgniarek - Termin: od 08.11.2011 -02.01.2012r. Termin następnego kursu po zebraniu grupy 20 osób.

5. „Szczepienia ochronne noworodków” Nr 04/08 - kurs dla położnych - Termin: po zebraniu grupy 15 osób.

6. „Podstawy dializoterapii” Nr 08/07 - kurs dla pielęgniarek - Termin po zebraniu grupy 20 osób.

### SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. „Zasady dezynfekcji i sterylizacji” - kurs dla pielęgniarek i położnych - Termin: po zebraniu grupy 20 osób

2. „Cewnikowanie pęcherza moczowego”- kurs dla pielęgniarek - Termin 16 - 17.12.2011r.

3. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego” - Termin: 22 - 25.11.2011 r.

4. „Badanie tętna płodu- zapis kardiotokografii” - kurs dla położnych - Termin po zebraniu grupy 15 osób.

### SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. „I pomoc w stanach zagrożenia życia” -Termin: 12.12.2011 r.

„Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków ” Termin: po zebraniu grupy 20 osób

2. „Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę ” - Termin: po zebraniu grupy 20 osób

Ponadto w swojej ofercie OIPIP w Częstochowie posiada kursy:

1. Pielęgniarstwo operacyjne - szkolenie specjalizacyjne.

2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej - kurs kwalifikacyjny.

3. Pielęgniarstwo chirurgiczne - kurs kwalifikacyjny.

4. Pielęgniarstwo onkologiczne - kurs kwalifikacyjny.

5. Pielęgniarstwo rodzinne - kurs kwalifikacyjny dla położnych.

6. Pielęgniarstwo rodzinne - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek.

7. Pielęgniarstwo psychiatryczne - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek.

8. Pielęgniarstwo pediatriczne - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek

9. Leczenie ran - kurs specjalistyczny dla położnych.

Kursy mogą się odbyć po zebraniu grupy 20 - 25 osób.

### Planuje się również uruchomienie kursów:

1. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych.

2. Przygotowanie i podawanie leków przeciw nowotworowych u dorosłych.

### Niech żyją kobiety!

Wyraż poparcie dla Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy

- Ponad 3,5 tysiąca głosów poparcia na stronie [www.koaliciarsm.pl](http://www.koaliciarsm.pl)
  - Ponad 50 partnerów społecznych
  - Kompleksowy program zdrowotny gotowy przed końcem 2011 roku
  - Wyraż swoje poparcie, wejdź na <http://koaliciarsm.pl/wesprzi-nas.html> Warszawa, 3.11.2011 - Ponad 3.5 tysiąca osób poparło już w Internecie postulaty Polskiej Koalicji na rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy. Celem Koalicji jest ograniczenie do 2020 roku o połowę zachorowalności i umieralności Polek na raka szyjki macicy. Środkiem do realizacji tego celu jest narodowy program profilaktyki RSM, który ma zostać w grudniu złożony do Ministerstwa Zdrowia.
- Polską Koalicję na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy powołało ponad 50 partnerów społecznych - organizacji pozarządowych, towarzystw naukowych, instytucji publicznych i firm. Wszystkim przyświeca jeden cel - uświadomienie Polkom, że żadna z nich nie musi umrzeć na raka szyjki macicy. Rak szyjki macicy jest całkowicie wyleczalny we wczesnym etapie choroby, wykryty dzięki badaniom cytologicznym. To także pierwszy nowotwór, przed którym można uchronić się również dzięki szczepieniom przeciw HPV - wirusowi odpowiedzialnemu za powstanie raka szyjki macicy.
- Hasło Koalicji brzmi - Niech żyją kobiety! Dostyc już straszenia chorobami, powtarzania przerażających statystyk i zaklinania rzeczywistości. Wyniki badań opinii pokazują wyraźnie, że strach nie mobilizuje. Wręcz przeciwnie - straszenie paraliżuje kobiety, które nie podejmują działań profilaktycznych - mówi przewodniczący Rady Programowej Koalicji, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, prof. Ryszard Poręba.
- Trafność tego podejścia najlepiej podkreśla rosnące poparcie

dla postulatów Koalicji. Eksperti i członkowie organizacji wchodzących w jej skład przygotowują kompleksowy program zdrowotny, którego wdrożenie może doprowadzić do realnej poprawy sytuacji w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy (RSM) w Polsce.

Dokument opracowany przez pięć Grup Ekspertkich będzie zawierał propozycje rozwiązań w kluczowych obszarach:

- Edukacji - czyli zwiększenia świadomości roli profilaktyki RSM jako skutecznej obrony przed rakiem,
- Prewencji pierwotnej - czyli szczepień przeciw HPV - wirusowi odpowiedzialnemu za powstawanie m. in. raka szyjki macicy,
- Prewencji wtórnej - czyli zwiększenia liczby kobiet wykonujących badania cytologiczne,
- Rozwiązań finansowych - czyli sposobów optymalnego wykorzystania pieniędzy publicznych dla podniesienia skuteczności działań w zakresie profilaktyki RSM,
- Tworzenia rejestrów - czyli skutecznego narzędzia pozwalającego ocenić efekty realizacji kompleksowej profilaktyki RSM (szczepienia i cytologia).

Program ma być gotowy w grudniu 2011 roku i wówczas złożony w Ministerstwie Zdrowia.

Poparcie dla Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy wyrazili przedstawiciele wielu środowisk, m.in.: pisarka Katarzyna Grochola, dr Irena Eris, posłanka Beata Małecka - Libera, europosłanka Elżbieta Łukacijewska, sekretarz generalny Związku Powiatów Polskich Rudolf Borusiewicz, dziennikarki Katarzyna Dowbor i Jolanta Fajkowska, a także przedstawiciele organizacji działających na rzecz edukacji zdrowotnej. Pełną ich listę można znaleźć na stronie [www.koaliciarsm.pl](http://www.koaliciarsm.pl).

*12 września 2011 roku w Warszawie miała miejsce uroczystość Jubileuszu  
XX-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zorganizowanego  
przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.*

*Podczas uroczystości Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie otrzymała Medal XX-lecia samorządu  
zawodowego.*





## Opieka pielęgniarska w stanie terminalnym

Ewa Kanafa, Maria Tyrała

- 1 ocena stanu fizycznego pacjenta
- 2 ocena stanu psychicznego pacjenta
- 3 ocena stanu duchowego pacjenta
- 4 ocena sytuacji społecznej pacjenta

Śmierć jest częścią ludzkiego życia. Towarzyszenie człowiekowi w umieraniu jest ciężkim, ale też wzbogacającym doświadczeniem w opiece nad ludźmi w podeszłym wieku. Niejednokrotnie człowiek umiera w samotności w atmosferze szpitala, pozbawiony opieki i bliskości krewnych.

Osoba pielęgnująca umierającego powinna próbować wkroczyć w świat jego uczuć, dostrzec myśli i przeżycia przekazywane w sposób pośredni. Musi kontrolować swoje zachowanie i wypowiedzi. Powinna towarzyszyć umierającemu w ostatnich chwilach jego życia.

Umieranie może trwać minuty, godziny, a nawet tygodnie. W okresie tym pacjent przeżywa wiele cierpień fizycznych, psychicznych i duchowych.

Świadomość umierania ma różne konsekwencje: inne dla człowieka umierającego inne dla rodziny i osób opiekujących się.

Dla człowieka umierającego oznacza konieczność rozstania się z życiem, dla rodziny utratę bliskiej osoby, dla sprawujących opiekę – pytanie jak pomóc w wyciszeniu bólu fizycznego i psychicznego?

Każdy pacjent odczuwa swoje cierpienie, chorobę, ból i świadomość zbliżającej się śmierci.

Pielęgniarka musi zadbać o komfort fizyczny, psychiczny, duchowy i socjalny umierającego człowieka, a jej opieka powinna zawierać głęboki szacunek, akceptację i pokorę wobec osoby umierającej, jej rodziny i zaistniałej sytuacji.

Działania podejmowane dla zapewnienia spokojnej i godnej śmierci choremu oraz pomoc rodzinie osób umierających nazywamy opieką paliatywną lub terminalną. Opieka terminalna obejmuje ostatni okres życia chorego (terminus – granica, kres.)

Współcześnie podejmowane są różne wysiłki zmierzające do tego, aby człowiekowi umierającemu zapewnić możliwie najlepszą pomoc. W tym jakże trudnym momencie rozstawania się z życiem, z wszystkim, co było w nim ważne i znaczące, z bliskimi, przyjaciółmi.

Specjalnego znaczenia nabiera ta pomoc w stosunku do ludzi, którzy umierają powoli, którzy cierpią.

Każdy człowiek umiera inaczej, każdy potrzebuje indywidualnej pomocy świadczonej przez kogoś bliskiego, zaufanego, okazującego serdeczne współczucie, zrozumienie, umiającego słuchać i zachęcać do szczerych rozmów.

Ocena stanu fizycznego pacjenta.

W okresie fazy terminalnej choroby pojawia się wiele dolegliwości i problemów natury fizycznej.

Pacjent wyczerpany długotrwałym zmaganiem z chorobą czuje się bardzo osłabiony.

Często następuje spadek masy ciała, wyniszczenie, brak apetytu, nudności, wymioty, trudności w połykaniu.

Pielęgniarka powinna starać się zapewnić pacjentowi:

- długotrwały odpoczynek w ciągu dnia oraz spokojny sen w nocy
- ograniczyć wysiłek chorego do minimum
- przejąć za chorego codzienne czynności, wykonując je powoli, z przerwami by nie męczyć pacjenta

- nie obciążać chorego długimi bezsensownymi rozmowami
- pokarmy podawać w małych ilościach, lekkostrawne o dużej zawartości odżywczej, w razie potrzeby karmić chorego
- podawać odpowiednie ilości płynów, częste pojenie pacjenta, zwilżanie ust w razie konieczności, na zlecenie lekarza przetaczamy płyny np. sól fizjologiczną.

Z powodu braku sił chory jest długotrwale unieruchomiony w łóżku, co sprzyja powstawaniu odleżyn.

Dlatego tak długo jak to możliwe należy uruchamiać chorego, stosować zmiany ułożenia, oklepywać, nacierać miejsca narażone na odleżyny.

Zachęć chorego do poruszania się w łóżku, stosować udogodnienia (materace przeciwoleżynowe, podpórki.)

Pacjentowi zanieczyszczającemu się należy zapewnić pieluchomajtki, dbać o higienę okolicy pośladków i krocza, by nie doszło do powstania odparzeń i odleżyn.

Wszystkie czynności wykonujemy tak, aby nie naruszać intymności pacjenta.

W ostatnim stadium choroby może nasilić się ból, który powoduje dodatkowe cierpienie, obniża nastrój, wzmacnia drażliwość, wywołuje lęk, prowadzi do rezygnacji. Ból może spowodować wzrost ciśnienia tętniczego, przyspiesza akcję serca.

Dlatego należy umiejętnie stosować wszystkie zabiegi pielęgnacyjne, podawać leki przeciw bólowe, aby nie stwarzać dodatkowych problemów.

Gdy zawodzą medyczne sposoby opanowania zaburzeń czynności fizjologicznych mówimy o agonii (z gr. Walka życia ze śmiercią)

W tym okresie kontakt słowno-logiczny jest utrudniony, tętno staje się szybkie, nieregularne, słabo wyczuwalne, oddech nieregularny, z przerwami w oddychaniu, pojawia się charczący oddech „rżenie przedśmiertne”, występuje ochłodzenie kończyn, spadek napięcia mięśniowego, skóra staje się bleda, marmurkowa, może wystąpić sinica obwodowych części ciała, senność. Agonii może towarzyszyć pobudzenie i zaburzenia świadomości.

Problemy człowieka umierającego dotyczą również sfery psychicznej.

Zaliczyć można do nich:

- niepewność
- osamotnienie
- poczucie izolacji
- lęk
- cierpienie
- ból zarówno fizyczny jak i psychiczny.

Ból pacjentów chorych terminalnie jest dolegliwością nasilającą się, nie pozwalającą zapomnieć o chorobie.

Niepewność człowieka umierającego łączy się zawsze z brakiem informacji na temat: stanu zdrowia, przebiegu choroby i rokowania.

Rozmowa z chorym o niepomyślnej diagnozie to jeden z trudniejszych problemów opieki. Przekazanie informacji o rozpoznaniu i rokowaniu powinno być przeprowadzone z taktem i ostrożnością. Każdy pacjent ma prawo do poznania prawdy o swoim stanie zdrowia, również o tym, że umiera. Nie należy mówić o złym rokowaniu chorym, którzy o to nie pytają, gdyż nie są oni gotowi do poznania prawdy.

W kontaktach z pacjentem umierającym ważna jest komunikacja werbalna, a także niewerbalna. Szczególnie korzystny jest dotyk np.

- trzymanie chorego za rękę
- siadanie na krześle blisko jego łóżka.

W kontaktach z chorym należy przestrzegać zasad komunikowania się:

- przekaz tyle informacji ile pacjent oczekuje
- mów prawdę
- miej dla chorego czas nie spiesz się
- bądź uczciwy wobec chorego i samego siebie
- utrzymuj kontakt wzrokowy z chorym
- niczego nie forsuj zostaw choremu autonomię
- podtrzymuj więź, którą pacjent stworzył

Reakcje emocjonalnego zmagania się z chorobą, stanowią swoiste etapy umierania, przez które przechodzi pacjent zanim nie zaakceptuje bliskiej śmierci.

W klasyfikacji E. Kubler – Ross wyróżnia się następujące etapy umierania.

1 Zaprzeczenia i izolacji – początkowo pacjent nie dopuszcza do siebie myśli, że jest chory („nie, to nie może mnie dotyczyć”), stopniowo zaczyna się izolować od otoczenia, które mogło by potwierdzić jego obawy i przeczucia. Zaprzeczenie jest sygnałem, że nie jest on gotowy do przyjęcia prawdy. Ważne jest by chory w tym okresie nie pozostawał sam. W pobliżu powinna zawsze być pielęgniarka, gotowa go wysłuchać, nie narzucając przy tym swej pomocy. Jednak gdy zajdzie taka potrzeba, jest gotowa jej udzielić.

2 Gniew i bunt - pacjent częściowo ośwoił się ze śmiercią jednak zaczyna zadawać sobie pytanie „dlaczego to właśnie mnie spotyka”.

Bunt skierowany jest zasadniczo przeciwko temu co nieodwracalne.

Najczęściej przejawia się gniewem, agresją zwróconą przeciw lekarzom, pielęgniarkom, a także rodzinie.

Personel pielęgniarski powinien wykazać się cierpliwością, zrozumieniem, ponieważ chory tak naprawdę nie godzi się z tym, że musi umrzeć.

Należy dać możliwość wypowiedzenia się i pozwolić na emocjonalne wyładowanie się.

3 Targowanie się z losem z Bogiem - pacjent staje się cichy, zamknięty w sobie.

Próbuje zawrzeć pewnego rodzaju pakt z otoczeniem z Bogiem w zamian za przedłużenie życia.

W tym stadium do chorego trudno docierają nasze słowa, ale bycie przy nim i troskliwa opieka pozwala na utrzymanie więzi.

4 Depresja - związana jest z poczuciem straty, żalu jaki przeżywa człowiek z powodu rozstania się z życiem. Chory zamyka się w sobie, staje się apatyczny, nie chce przyjmować pokarmów, ani leków.

Należy otoczyć chorego troskliwą opieką, pozwolić na wypowiedzenie się, okazać życzliwość i zainteresowanie. Czasem wystarczy dotyk ręki lub trwanie we wspólnym milczeniu.

5 Akceptacja, pogodzenie się z faktem śmierci - chory orientuje się w swoim stanie i jest gotowy go zaakceptować. Zaprzestaje walki o życie, poddaje się.

W tym stadium pacjent czuje się wyczerpany, słaby, odczuwa potrzebę snu i wypoczynku. Kontakt z chorym może odbywać się bez słów, pacjent gestem prosi o trzymanie za rękę, posiedzenie przy jego łóżku.

Jest to etap poprzedzający śmierć. Obecność rodziny, pielęgniarek uspokaja, zapewnia chorego, że nie zostanie sam, nie będzie opuszczony do śmierci.

Leczenie człowieka w okresie terminalnym musi uwzględniać wszystkie wymiary doświadczeń. Zainteresowanie jedynie eliminacją bólu fizycznego może okazać się niewystarczające. U osób w fazie terminalnej doznania fizyczne łączą się z problemami natury psychicznej oraz z sytuacją społeczną chorego.

Pacjent w ostatniej fazie życia poza problemami fizycznymi i psychicznymi przeżywa, także rozterki natury duchowej.

Człowiek umierający ma przed oczami całe swoje życie. Zaczyna się zastanawiać czy w swoim ziemskim bycie zrobił

wszystko zgodnie ze swoim sumieniem, dekalogiem, moralnością. Myśli czy wszystko co robił było dobre, czy nikomu nie wyrządził krzywdy.

Pacjent w okresie terminalnym przeżywa wiele rozterek. Poczucie winy wiąże się z samą naturą człowieka, z miejscem jakie człowiek zajmuje wśród ludzi. To poczucie winy niekiedy tkwi bardzo głęboko w naszej duszy i nie zawsze człowiek potrafi dać sobie z tym radę sam. Rozmowa z kimś zaufanym, przyjaznym może pomóc, wiele wyjaśnić i przynieść ulgę obciążonemu sumieniu. Wyrzucenie z siebie swoich win, rozterek duchowych staje się pewnego rodzaju „oczyszczeniem” i ukojeniem duszy i serca umierającego człowieka. Chce pozabawić swoje ziemskie sprawy zarówno rodzinne, społeczne, ale także duchowe. Dlatego jeśli to możliwe i gdy pacjent tego sobie życzy umożliwiamy choremu wizytę kapłana i możliwość spowiedzi świętej zgodnie z wyznawaną religią. Czasem rolę powiernika osoby zaufanej może pełnić pielęgniarka, która powinna być przygotowana na taką rozmowę.

W godzinie śmierci pielęgniarka może proponować wspólną modlitwę przy chorym, a w momencie odchodzenia do Pana – postępować zgodnie z wyznawaną religią np. zapala gromnice. Człowiek za życia pełni wiele ról społecznych. Są to role matki, ojca, męża, dziadka, babci, syna, wnuka, sąsiada, pracownika, parafianina i wiele innych.

Nieuleczalna choroba burzy ten istniejący porządek. Z osoby czynnej zawodowo staje się pacjentem w domu, szpitalu, hospicjum. Tracąc siły powoli staje się zależny od innych osób. Na początku odwiedzają go znajomi, przyjaciele, rodzina. Jednak z czasem gdy choroba zaczyna coraz bardziej atakować, gdy stan się pogarsza, pozostają tylko nieliczni zazwyczaj najbliżsi. Ponieważ to oni nie boją się widoku cierpienia, trudnych rozmów. W relacjach sąsiedzkich bywają różne postawy wobec chorego. Można podzielić je na czynne i bierne. Postawa bierna najczęściej dotyczy środowisk miejskich, gdzie bardzo często sąsiedzi nic o sobie nie wiedzą, znają się tylko z widzenia.

Czasem sam chory, jego rodzina nie chce pomocy ze strony innych obawiając się naruszenia swojej prywatności.

Innym razem chory „wstydy się” swojej choroby, nie chce wychodzić z mieszkania, nie chce kontaktować się z otoczeniem.

Na wsi częściej obserwuje się czynną postawę sąsiedzką. Pomoc w zaspokajaniu potrzeb pacjenta i jego rodziny przyjmowana jest chętnie i naturalnie.

Długotrwała opieka nad chorym w okresie terminalnym wymaga od rodziny nie tylko zaangażowania emocjonalnego i fizycznego, lecz również sporych nakładów finansowych na zakup leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu medycznego itp.

Dlatego pacjent i jego rodzina powinna otrzymać pomoc prawną, instytucjonalną, a także finansową. Pielęgniarka, lekarz powinni powiadomić rodzinę o pobliskich instytucjach, które mogły by pomóc i wesprzeć w trudnej sytuacji materialnej.

Opieka pielęgniarska w terminalnym okresie życia człowieka powinna obejmować wszystkie aspekty życia. Nie może ograniczyć się tylko do sfery fizycznej.

Istota ludzka jest całością bio-psycho-społeczną, którą należy wspierać, a w razie potrzeby pomagać i opiekować się nią do końca dni, niezależnie od wyznawanej religii, koloru skóry, czy sytuacji materialnej.

Każdy człowiek ma swoją godność, dlatego traktujmy bliźniego swego jak siebie samego a umierającemu zapewnijmy pomoc, spokój, pobyt w otoczeniu bliskich, kochających osób.

„Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą ...” ■

## DEPRESJE POPORODOWE – ROLA I ZADANIA POŁOŻNEJ

Depresje poporodowe to coraz częstsze zjawisko, gdyż dzisiejsze, nowoczesne mamy zupełnie nie są przygotowane do rzeczywistości. Wychowywane w stereotypie pięknego macierzyństwa przedstawionego przez media, są rzeczywistością rozczarowane, zaskoczone i obwiniają siebie za trudności, które przed nimi stawia los. Kobiety te nie dorastały w wielopokoleniowych rodzinach i nie miały gdzie się nauczyć, jak wygląda prawdziwe macierzyństwo. Ciąża, poród, pobyt w szpitalu, połów i pierwsze dni życia dziecka powodują ogromne napięcie. Okazuje się, że niektóre matki nie mogą przystosować się do nowej sytuacji.

Na wiele z tych czynników można aktywnie wpływać, a przez to ułatwić adaptację. W każdym okresie okołoporodowym (ciąża, przygotowanie do porodu, poród, pobyt w szpitalu, połów) położna może efektywnie pomóc kobiecie i jej rodzinie, a co za tym idzie zmniejszać lub zapobiegać skutkom depresji okołoporodowych.

### 3.1. PRZYGOTOWANIE PSYCHICZNE KOBIETY DO PORODU

Każda pacjentka ma odrębną osobowość, na którą składa się jej postępowanie, sposób myślenia i poglądy. Stan psychiczny kobiety ma istotny wpływ na jej nienarodzone dziecko, natomiast długotrwały stres u matki w czasie ciąży, może powodować zespół stresu u płodu. Dlatego warto aby położne w swoich kontaktach z ciężarnymi, podejmowały działania profilaktyczne mające na celu przygotowanie kobiet i ich partnerów do nowej sytuacji, aby nie dopuszczać do występowania i przedłużania się stresu, a w konsekwencji zapobiegać wystąpieniu depresji lub psychozy poporodowej. Za działania profilaktyczne uważa się także wczesne rozpoznanie u ciężarnej symptomów wskazujących na ewentualne późniejsze problemy natury psychicznej oraz szeroko rozumianą edukację, która obejmuje także członków jej najbliższej rodziny. Dzięki zawczasu podjętym krokom możliwe jest odpowiednie postępowanie jeszcze przed porodem lub też właściwe reagowanie tuż po.

Położne w swoich działaniach profilaktycznych powinny wykorzystywać formy pielęgnacyjne i psychologiczne likwidujące napięcie, lęk i strach.

Do zapobiegawczych form nefarmakologicznych można zaliczyć takie działania jak: masaż, muzykoterapia, niwelowanie stresu przez dotyk bliskiej osoby. Poza tymi metodami kobiety potrzebują okazywania im cierpliwości, zainteresowania, stosowania różnych środków komunikacji, wymagających poświęcenia czasu. Taką formę przygotowania kobiety do porodu oferuje położna prowadząca szkołę rodzenia, w której może poświęcić dużo czasu, cierpliwości i zainteresowania. Położna jest dla kobiety źródłem najwartościowszej wiedzy o przebiegu porodu, stanie dziecka, matki, odpowiednich ćwiczeniach i zachowaniach.

Wspólne zajęcia w szkole rodzenia poprzez wykłady informują rodziców, czym jest poród i jakie wymagania stawia noworodek. Gimnastyka ułatwia fizyczne przygotowanie do porodu, uczy właściwego sposobu oddychania w czasie skurczów porodowych. Świadomość przebiegu porodu umożliwia pokonanie lęku, który przestaje dominować w reakcjach rodzącej.

Konkretna wiedza o porodzie ułatwia koncentrację, umożliwia relaks i odprężenie pomiędzy skurczami oraz budzi zaciekawienie: „jak dam sobie radę?”. Wielokrotnie od takiego podejścia do porodu zależy jego przebieg. Traumatyczny przebieg porodu wraca we wspomnieniach jako coś przykrego, coś

co chciałoby się zapomnieć i jak najszybciej wymazać z pamięci. Może także stanowić przyczynę lęku przed następną ciążą. Aby zapobiegać takim sytuacjom należy przygotować kobietę do świadomego przeżywania porodu. Nauczyć ją takich zachowań, aby traktowała poród jako zadanie, aby mógł on stać się źródłem radości, a cały wysiłek i trud matki przekształcił się w poczucie ogromnej satysfakcji.

Psychiczne przygotowanie do porodu i nowych obowiązków obejmuje również ojca, który powinien być oparciem dla kobiety w czasie porodu i położu. Wsparcie męża jako osoby najbliższej jest bardzo ważne dla przyszłej matki, dlatego że zapewnia jej to poczucie bezpieczeństwa, miłości, zmniejsza poczucie lęku, a wszystko to oddala wizję poporodowej depresji zwłaszcza tych, wywołanych przez czynniki psychologiczne – społeczne.

Wszystkie szkoły rodzenia są najczęściej prowadzone przez położne, które do prowadzenia zajęć zapraszają także lekarzy położników, pediatrów, psychologów, czy rehabilitantów. Oferują one zajęcia teoretyczne i gimnastyczne przygotowujące do porodu, ale szczególny nacisk kładą na psychoprophylaktykę porodu. Jednakże, aby rodząca mogła w pełni wykorzystać umiejętności nabyte w szkole rodzenia, powinna mieć zapewnione wsparcie psychiczne położnej i lekarza, a przede wszystkim – bliskiej osoby.

### 3.2. KOMUNIKOWANIE SIĘ Z PACJENTKĄ Z OBJAWAMI PSYCHOTYCZNYMI

Poród jest kulminacyjnym momentem całego okresu ciąży, a zarazem jest on wyjątkowym wydarzeniem w życiu kobiety. Towarzyszy mu szereg skrajnych i silnych emocji – obaw, lęku, radości i euforii. Lęk i towarzyszące mu napięcie nasilają ból, który zwrótnie zwiększa lęk. Jest to rodzaj pozytywnego sprzężenia zwrotnego, w którym lęk psychicznymi szlakami wzmacnia wrażliwość organizmu na bodźce, nasila reakcje bólowe i zaburza przebieg wielu procesów fizjologicznych, na przykład, podwyższa poziom adrenaliny, która osłabia skurcze, wydłuża czas porodu i powoduje dystres płodu. Podstawowymi czynnikami redukującymi lęk w trakcie porodu są informacje uzyskane od położnej wyjaśniające naturę zachodzących zjawisk oraz emocjonalne wsparcie. Aby mogło dojść do wspólnej komunikacji między położną a rodzącą wymagane są pewne szczególne umiejętności dobrego komunikowania się ze strony położnej. Czasami nawet w czasie przebiegu normalnego porodu dochodzi do braku wzajemnego zrozumienia się obu stron.

Szczególnie trudną i specyficzną sytuacją jest komunikowanie się z osobą przejawiającą objawy depresji czy też inne zaburzenia afektywne. Dlatego też jest oczywiste, że komunikacja musi uwzględniać sytuację w której się odbywa. Kontakt z człowiekiem chorym lub w depresji określony jest przez chorobę i osobistą sytuację życiową pacjentki, a z drugiej strony przez postawę i podejście osoby udzielającej pomocy. Podstawą nawiązania terapeutycznej komunikacji z pacjentką jest poznanie jej i jej psychologicznej sytuacji, włączając w to jej przeżycia, potrzeby, wyobrażenia i oczekiwania. Komunikacja ta łączy się z najczęściej ze wsparciem psychicznym, które w werbalnej i poza werbalnej formie okazywane jest pacjentce. Skuteczność komunikacji jest tym większa im bardziej dostosujemy ją do indywidualnego problemu pacjentki.

Aby dochodziło do poprawnego terapeutycznego komunikowania się, osoba komunikująca się z pacjentką (położna) powinna przede wszystkim uświadomić sobie swoje stany i przeżycia psychiczne. Podstawą komunikowania interpersonalnego jest umiejętność komunikowania się z samym sobą.



Komunikowanie takie to między innymi prowadzenie dialogu wewnętrznego, refleksje nad sensem istnienia i śmierci, nad swoim życiem, a także dialog o świecie realnym i naszym świecie wewnętrznym. Wyznacznikami poprawnego komunikowania się z samym sobą są:

- 1) samoakceptacja, samoświadomość,
- 2) odpowiedzialność,
- 3) celowość,
- 4) asertywność,
- 5) prawość, uczciwość,
- 6) akceptacja,
- 7) otwartość,
- 8) empatia,
- 9) autentyczność.

Aby uzyskać dobrą komunikację z pacjentką, położna powinna poznać reguły dobrego komunikowania się. Zasady te mogą sprzyjać wzajemnemu zrozumieniu się i poprawnej komunikacji.

Należą do nich:

- 1) wrażliwość na stan odbiorcy – zwracamy szczególną uwagę na niewerbalną komunikację odbiorcy i na to co chce nam przekazać,
- 2) zmniejszenie skrupowania – stworzyć dobrą atmosferę rozmowy, aby każda ze stron mogła mówić i zadawać pytania,
- 3) sens jest ważniejszy niż forma – należy zrozumieć sens wypowiedzi w całości, a nie jego fragmenty,
- 4) budowa sprzężenia zwrotnego – zadajemy wiele pytań, aby sprawdzić stopień zrozumienia naszych wypowiedzi,
- 5) jasne stawianie problemu – nie należy w kłopotliwej sytuacji zmieniać w sposób ukryty tematu,
- 6) szacunek dla partnera – unikać wytykania ujemnych słabości partnera, a jeżeli to konieczne robimy to w sposób taktowny,
- 7) utrzymywanie rzeczywistości – staramy się być konkretni w swoich wypowiedziach,
- 8) ważność rozmówcy – zakładając, że każdy człowiek jest ważny, zwiększamy motywację do komunikacji,
- 9) dodawanie odwagi – wyrażamy podziw czy aprobatę, aby rozmówca poczuł się doceniony i uwierzył we własne siły,
- 10) budowanie bezpieczeństwa – poczucie bezpieczeństwa powoduje wykorzystanie możliwości poznawczych i powoduje zmianę przekonań pod wpływem udzielonych porad.

Zdaniem D. Faules i D. Aleksander niestosowanie zasad komunikacji doprowadza do powstawania błędów, które utrudniają porozumienie się stron. Zatem techniki komunikowania się szczególnie z pacjentem z zaburzeniami afektywnymi wymaga wielu ćwiczeń i treningów z pacjentami, dlatego bardzo pomocne jest w tym, długie doświadczenie zawodowe

położnej. Nie wszystkie położne są profesjonalistkami, ale dobry kontakt z pacjentką stanowi istotny warunek pomyślnej realizacji założonych celów leczniczych. Dlatego należy przestrzegać podstawowych technik komunikowania z chorą z zaburzeniami psychicznymi.

Podstawowe techniki komunikacji z pacjentkami chorymi to:

- 1) dostrzeganie pacjentki i spostrzeganie u niej zmian,
- 2) oferowanie siebie – jeżeli pacjentka szuka kontaktu i przychodzi do położnej powinna odczuć, że jest zawsze mile widziana i jest ona dla niej dostępna,
- 3) aktywne słuchanie – położna słuchająca powinna zwrócić uwagę na ton, tempo wypowiedzi, i ładunek emocjonalny pacjentki,
- 4) klaryfikacja – polega na tym, że osoba słuchająca nadaje komunikat jak zrozumiała pacjentkę,
- 5) odzwierciedlenie – technika ta polega na kierowaniu do pacjentki pytań w celu wejścia w jej wewnętrzne odczucia, pomaga ona pacjentce zastanowić się i dokładnie zrozumieć swoje myśli i wypowiedzi,
- 6) identyfikacja mocnych stron – poznanie kobiety i uświadomienie jej, jej mocnych stron,
- 7) milczenie terapeutyczne – jest to technika trudna, ale warta opanowania, gdyż milczenie może przynieść równie wiele korzyści co rozmowa,
- 8) eksploracja – to technika pozwalająca na głębsze rozważania nad problemami, pacjentka chętnie pogłębia komunikację, a wszystkie problemy dla niej ważne nie zostaną pominięte i będzie do nich wracać przy różnych okazjach,
- 9) modelowanie – jest to zachęcanie komentarzem słownym do opisu swojego obecnego stanu,
- 10) umożliwienie do szerokiego otwarcia i zachęcenie do kontynuowania – dajemy pacjentce szansę na wypowiedzenie swoich uczuć, zachęcamy ją niewerbalnie do dalszej rozmowy (np. skinienie głową), umożliwiamy wypowiedzenie dla niej trudnych tematów,
- 11) urealnienie i słowne wyrażenie wątpliwości – w przypadku rozmowy z kobietą z zaburzeniami myślenia i postrzegania, położna poprzez umiejętne, słowne wyrażenie wątpliwości, może zakomunikować swój odmienny punkt widzenia, jednocześnie akceptując jej poglądy,
- 12) proponowanie współpracy i planowanie – takim zachowaniem można okazać pacjentce, że jest dla nas partnerem i może podejmować decyzje w ramach procesu leczenia,
- 13) wspieranie – są to działania polegające na dodawaniu chorej otuchy, okazywaniu zrozumienia dla dręczących ją uczuć, łagodzeniu napięć i emocji związanych z chorobą, oraz o uświadamianiu jej sił w niej drżących,
- 14) budowanie nadziei i pocieszenia – nadzieja to mobilizacja do działania, pacjentka oczekuje od przyszłości czegoś dobrego.

Położna, która ma pod swoją opieką pacjentki w depresji i z zaburzeniami psychicznymi powinna dobrze znać wyżej wymienione techniki komunikacji, umieć je odpowiednio zastosować, dobierając je ze świadomością ich efektywności. Umiejętne postępowanie z pacjentkami w depresjach okołoporodowych przyczyni się do nawiązania dobrego kontaktu terapeutycznego, opartego na poszanowaniu ludzkiej godności i praw pacjenta do odmiennego zachowania.

Aldona Górniak

## GODZINY PRACY BIURA OIPI

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

**OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17<sup>00</sup>**



# Nagrody Prezydenta

## 22.10.2011



W kolejnej edycji "Nagród Prezydenta Miasta Częstochowy im. Doktora Władysława Biegańskiego" wręczono wyróżnienia za wybitną i znaczącą działalność w ochronie zdrowia i szczególny charakter pracy na rzecz pacjenta.

Wśród kryteriów, według których oceniano kandydatów, znalazły się m.in. pozytywne relacje z pacjentami i współpracownikami, postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej, umiejętność niesienia pomocy ludziom potrzebującym, profesjonalizm, działalność społeczną na rzecz środowiska lokalnego oraz osiągnięcia na polu naukowym.

Nagrodę II stopnia przyznano: **Annie Urbańczyk** - pielęgniarkę od 30 lat pracującą w Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie.

Nagrodą III stopnia uhonorowano: **Magdalenę Osińską** - pielęgniarkę, specjalistkę pedagogiki pracy, pielęgniarstwa zachowawczego, nauczycielkę przedmiotów medycznych.



[www.wsz.edu.pl](http://www.wsz.edu.pl)

## WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA W CZĘSTOCHOWIE

zainwestuj w swoją przyszłość

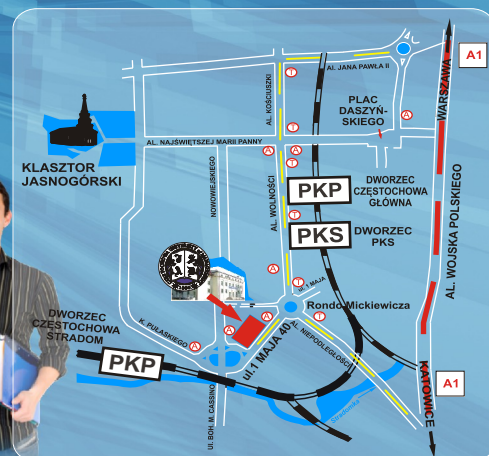
Studia: magisterskie, inżynierskie, licencjackie, podyplomowe

**NOWOŚĆ**

**ZARZĄDZANIE W SŁUŻBIE ZDROWIA**

- Zarządzanie Rozwojem Nowoczesnej Organizacji
- Zarządzanie Strategiczne w Biznesie
- Zarządzanie Małym i Średnim Przedsiębiorstwem
- Nowoczesne Metody Rekrutacji i Oceny Pracowników (AC/DC)

i wiele innych ...



[www.wsz.edu.pl](http://www.wsz.edu.pl)

ul. 1 Maja 40  
tel. 34 368 06 08, 34 368 30 53



Mamo  
Tato

Wróć

nie ryzykuj  
pracuj  
bezpiecznie



PAŃSTWOWA INSPEKCJA PRACY



WOJEWODA ŚLĄSKI



POLSKIE RADIO  
KATOWICE

TVP KATOWICE