

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



## Wesołych Świąt Bożego Narodzenia i Szczęśliwego Nowego Roku

**Grudzień 2011r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



# Okręgowa Rada - Wigilia



## W NUMERZE:

Krajowy Zjazd PiP

Kalendarium

Pielęgniarka roku

PTP

Konsultant krajowy

Informacje prawne

Informacje

Prace dyplomowe

### 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.





*Święta Bożego Narodzenia to czas pełen magii, czarów, radości i piękna. Czas spełniania marzeń i okazywania sobie jak nigdy dotąd wzajemnej troski i miłości. Podczas tych dni, zapatrzeni w roziskrzoną choinkę, w uśmiechnięte twarze naszych bliskich odkrywamy sens życia.*

*Święta Bożego Narodzenia poprzedzone są przygotowaniem. W tym okresie nasze domy zaczynają przybierać świąteczny wygląd. Pojawiają się ozdoby świąteczne, dom wypełnia się zapachem ciast i innych świątecznych potraw. Na Wigilię Bożego Narodzenia niemal każda polska rodzina umieszcza w swoim mieszkaniu i dekoruje choinkę. Podczas Wigilii gromadzimy się całymi rodzinami w oczekiwaniu na pierwszą gwiazdkę zwiastującą narodzenie Jezusa, dzielimy się opłatkiem, śpiewamy kolędy, a o północy całymi rodzinami podążamy na pasterkę. Podczas Wigilii dzieci, jak również dorośli oczekują także, na rozpakowanie prezentów, które według polskiej tradycji znajdujemy pod choinką.*

*Święta te jak żadne inne, skłaniają nas do zadumy, zamyślenia i wspomnień. Czasami jest to jedyna okazja w całym roku, żeby się spotkać z rodziną i odnowić więzy rodzinne, a nawet zażegnać różne spory czy nieporozumienia. Zatrzymajmy się więc na chwilę, pomyślmy o sobie i naszych najbliższych, dokonajmy rachunku zysków i strat, nakreślmy priorytety na przyszłość. Przeżycia tych wielkich dni z pewnością wzmocnią nas i ubogacą, a Nowy Rok otwierając kolejny rozdział otworzy przed nami nowe szanse.*

*Czas Świąt Bożego Narodzenia to także czas składania najlepszych życzeń swoim bliskim, dlatego też w imieniu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, życzę Wam wszystkim, aby tegoroczne Święta Bożego Narodzenia przepięknie były radością i miłością, niosąc spokój i odpoczynek.*

*Życzę Wam, aby przy świątecznym stole nie zabrakło światła i ciepła rodzinnej atmosfery. Aby w domach zagościła radość, a samotność odeszła w niepamięć.*

*Życzę Wam, także aby skrzydła wiary przykryły kamienie zwątpienia i uniosły serca ponad przemijanie.*

*Życzę Wam, aby Nowy 2012 Rok szczęśliwy był w osobiste doznania, spełnił wszystkie zamierzenia, dążenia zawodowe i społeczne oraz by przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.*

*Podsumowując moje przemyślenia dotyczące zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, a także w związku z zakończeniem kolejnego roku, chciałabym także podziękować Wam wszystkim za zaangażowanie i ogrom społecznego wysiłku włożonego w działalność Samorządu.*

*Z wyrazami szacunku  
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Halina Synakiewicz*

**Krajowy Zjazd**



## **Nowa Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Warszawa, 07.12.2011 r.**

**dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk - Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wybrali nowego Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: dr n. med. Grażynę Rogalę-Pawelczyk.

Obowiązki Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) będzie pełnić dr n. med. mgr pielęgniarstwa Grażyna Rogala-Pawelczyk, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, organizuje i prowadzi liczne kursy z zakresu organizacji i zarządzania.

Ukończyła Studium Menedżerskie UMCS i CSSiA w Lublinie (1997), kurs z organizacji i zarządzania w Centrum Edukacji Medycznej NRPiP w Warszawie (1998), studia podyplomowe na wydziale filozofii i socjologii UMCS w Lublinie oraz liczne kursy w dziedzinie zarządzania w ochronie zdrowia.

W latach 1995 – 1999 była Wiceprezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pełniła także funkcje Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie (1999-2007), a od 2007 r. Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Nowo wybrana Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk pragnie nowoczesnego, odpowiedzialnego samorządu



zawodowego pielęgniarek i położnych, spójnego, silnego siłą swoich członków, zaangażowanego w realizację zadań i gotowego podejmować wyzwania na miarę nowoczesnego pielęgniarstwa i położnictwa.

Pragnę by samorząd pielęgniarek i położnych był podmiotem, a nie przedmiotem w procesie podejmowania decyzji związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia. Jesteśmy profesjonalistami i chcę pokazać decydentom i politykom, że warto korzystać z naszej wiedzy organizując opiekę zdrowotną w Polsce – powiedziała dr Rogala-Pawelczyk.

Ustępująca Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych IV i V kadencji Elżbieta Buczkowska życzy nowo wybranej Pani Prezes Grażynie Rogali-Pawelczyk siły i determinacji. Nowo wybranym organom i ich przewodniczącym życzę rozwagi i mądrości na miarę nowoczesnej i odpowiedzialnej organizacji, zdolnej do wykorzystania szans jakie daje nam prawo, siła integracji i niewyczerpany entuzjazm - powiedziała.

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie zmiany Regulaminu Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych**

Na podstawie art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. W załączniku do uchwały nr 1 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2003 r. w sprawie Regulaminu Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych - Regulamin Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wprowadza się następujące zmiany:

1) § 9 ust. 1 pkt 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„3) komisję skrutacyjną, która przygotowuje karty do głosowania, rozdaje delegatom karty do głosowania, zbiera głosy do sprawdzonych i zamkniętych przez nią urn wyborczych, przelicza głosy i ustala wyniki wyborów w protokole, w którym określa:

a) liczbę uprawnionych do głosowania,

b) liczbę głosów oddanych,

c) liczbę głosów ważnych,

d) liczbę głosów nieważnych,

e) liczbę głosów oddanych na każdego kandydata,

a w sytuacji, gdy głosowania są przeprowadzane przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów - nadzoruje prawidłowość przeprowadzania głosowań.".

2) w § 13 po ust. 7 dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. Zarówno głosowania jawne, jak też głosowania tajne oraz imienne mogą być przeprowadzane przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów (głosowanie elektroniczne). System używany do głosowania elektronicznego musi zapewniać możliwość przeprowadzenia głosowania tajnego lub imiennego przy zachowaniu jego charakteru. Prawidłowość przeprowadzania głosowań elektronicznych nadzoruje komisja skrutacyjna.".

3) § 14 ust. 5 otrzymuje następujące brzmienie:

„5. Reasumpcji głosowania nie podlegają wyniki głosowania imiennego i tajnego.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i ma zastosowanie do obrad VI Krajowego Zjazdu prowadzonych po jej podjęciu. ■

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie zmiany Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków**

Na podstawie art. 31 pkt 6 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. 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 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. W załączniku do uchwały nr 10 IV Krajowego Zjazdu

Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków - Regulamin wyborów do organów izb oraz tryb odwoływania ich członków wprowadza się następującą zmianę:

- w § 6 po ust. 6 dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. Wybory dokonywane na Krajowym Zjeździe mogą być przeprowadzone przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów (głosowanie elektroniczne). System używany do głosowania elektronicznego musi zapewniać możliwość przeprowadzenia wyborów przy zachowaniu charakteru głosowania tajnego.".

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i ma zastosowanie do obrad VI Krajowego Zjazdu prowadzonych po jej podjęciu. ■

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych V kadencji, tj. za lata 2007 - 2011**

Na podstawie art. 31 pkt 10 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych zatwierdza sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych V kadencji, tj. za lata 2007 - 2011.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków**

Na podstawie art. 31 pkt 6 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. 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 2002r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Ustala się Regulamin wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr 10 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz trybu odwoływania ich członków.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., poza następującymi przepisami Regulaminu wprowadzanego niniejszą uchwałą: § 6 ust. 4, § 20 i § 36, które wchodzi w życie z dniem podjęcia niniejszej uchwały uzupełniając lub zmieniając Regulamin przyjęty uchwałą o której mowa w § 2. ■



**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie wyboru Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Na podstawie art. 31 pkt 8 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stwierdza się, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VI kadencji została wybrana następująca osoba: Grażyna Rogala-Pawelczyk

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie wyboru Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej**

Na podstawie art. 31 pkt 8 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stwierdza się, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej VI kadencji wybrana została następująca osoba: Grabowska Maria

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie wyboru Przewodniczącego Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych**

Na podstawie art. 31 pkt 8 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stwierdza się, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na Przewodniczącego Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych VI kadencji wybrana została następująca osobą: Boniecka Halina

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie wyboru Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej**

Na podstawie art. 31 pkt 8 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stwierdza się, że w wyniku przeprowadzonego głosowania na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VI kadencji wybrana została następująca osoba: Choma Irena

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

**Uchwała nr ...****VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r****w sprawie programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres VI kadencji tj. lata 2011-2015**

Na podstawie art. 31 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, obradujący w dniach 6-8 grudnia 2011 r. w Warszawie, jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, przedstawia niniejszym priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. W sprawach dotyczących organizacji opieki zdrowotnej i finansowania ochrony zdrowia:

1. dążyć do umacniania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego-gwarantującego społeczeństwu równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej,

2. postulować bieżącą aktualizację tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,

3. wnioskować o wzrost nakładów środków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu gwarantującego społeczeństwu bezpieczeństwo zdrowotne,

4. zabiegać o wdrożenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jako zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

II. W sprawach dotyczących autonomii środowiska pielęgniarek i położnych:

1. dążyć do wzmacniania samodzielności i poszerzenia zakresu kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych,

2. doprowadzić do pilnej nowelizacji przepisów wykonawczych do nowych aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, w tym przede wszystkim Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne samodzielnie,



3. realizować zadania organów samorządu zawodowego w zakresie odpowiedzialności zawodowej poprzez upowszechnianie przepisów dotyczących wykonywania zawodu, praw pacjenta, a także zasad Kodeksu Etyki Zawodowej oraz podejmowanie wśród członków samorządu działań mających na celu prewencję wykroczeń zawodowych,

4. zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej w celu reprezentowania: zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów oraz interesów pacjentów.

5. zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach administracji rządowej i samorządowej na wszystkich poziomach, mając na celu podejmowanie decyzji dotyczących ustalania warunków wykonywania zawodów,

6. występować do NFZ w obronie interesów gospodarczych pielęgniarek i położnych będących samodzielnymi świadczeniodawcami,

7. dążyć do wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Pielęgniarskich (ICNP) oraz wyceny świadczeń pielęgniarskich i położniczych przy współpracy towarzystw naukowych, organizacji, instytucji działających w ochronie zdrowia,

8. czynić dalsze starania dla stworzenia korzystnych regulacji podatkowych dla pielęgniarek i położnych, a w szczególności możliwości odliczania od podatku kosztów ponoszonych na kształcenie podyplomowe oraz składek członkowskich z tytułu przynależności do samorządu zawodowego,

9. zabiegać o poprawę sytuacji ekonomicznej pielęgniarek i położnych.

III. W sprawach dotyczących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych: dostosowanie systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do potrzeb rynku świadczeń zdrowotnych i Traktatu Bolońskiego „Kształcenie przez całe życie”

1. wprowadzić system kształcenia ustawicznego z określeniem punktów edukacyjnych i zasad ich zdobywania oraz rozliczania,

2. zaktualizować dziedziny, czas trwania, programy, tryb kształcenia oraz kryteria i warunki prowadzenia specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych,

3. określić ramy kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych form kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych,

4. dążyć do zapewnienia pielęgniarkom i położnym dogodnych warunków do podjęcia doskonalenia zawodowego oraz wspierać pielęgniarki i położne uczestniczące w różnych formach kształcenia podyplomowego,

5. współdziałać z organizacjami w kraju i za granicą skupiającymi pielęgniarki i położne.

IV. W sprawach dotyczących organizacji pracy pielęgniarki i położnej:

1. wnioskować do Prezesa NFZ o wprowadzenie zarządzeniem Prezesa NFZ obsad pielęgniarskich i położniczych na zmianie pracowniczej z uwzględnieniem liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych (mgr pielęgniarstwa, specjalista w określonej dziedzinie, kurs kwalifikacyjny w określonej dziedzinie, kursy specjalistyczne), wymaganych na danym stanowisku w poszczególnych oddziałach szpitalnych i innych stacjonarnych oraz niestacjonarnych podmiotach leczniczych (publicznych i niepublicznych), uzależnić zawarcia umowy i wartości kontraktu od kwalifikacji pielęgniarek i położnych,

2. opracować sposób oraz zasady nadzoru merytorycznego nad funkcjonowaniem indywidualnych, indywidualnych spe-

cialistycznych praktyk pielęgniarek i położnych, w tym na terenie podmiotów leczniczych,

3. zwiększyć zakres udziału pielęgniarek i położnych w realizacji programów profilaktycznych,

4. propagować wdrożenie pielęgniarskiego stanowiska edukatora zdrowia do stacjonarnych podmiotów lecznictwa zamkniętego (specjalisty),

5. określić rolę pielęgniarki w zakresie nadzoru nad realizacją świadczeń opiekuna medycznego.

V. Inne działania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych:

1. chronić samorządność zawodową jako instytucję zaufania publicznego,

2. doskonalić system komunikacji wewnątrz samorządu pielęgniarek i położnych,

3. działać na rzecz integracji środowiska pielęgniarek i położnych,

4. bronić dobrego imienia pielęgniarek i położnych, udzielać im wsparcia prawnego w zakresie wykonywania zawodu,

5. kreować pozytywny wizerunek pielęgniarki i położnej poprzez:

- wystąpienia do instytucji i mass-mediów, aby ekspertami w tematyce zawodowej były odpowiednio pielęgniarki i położne,

- publikowanie artykułów o roli i zadaniach pielęgniarki i położnej w prasie ogólnie dostępnej, internetowej oraz udział w audycjach radiowych i telewizyjnych,

- podawanie do publicznej wiadomości stanowiska samorządu w odniesieniu do zdarzeń pozytywnych i negatywnych w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych,

6. działać na rzecz rozwoju form samopomocowych i udzielać członkom samorządu wsparcia w trudnych sytuacjach losowych,

7. podtrzymywać tradycje opieki nad seniorami zawodów pielęgniarki i położnej,

8. interweniować w sprawach pracowniczo-zawodowych, współpracować z organizacjami i stowarzyszeniami zawodowymi w kraju i zagranicą.

§ 2. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

## Uchwała nr ...

### VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r

#### w sprawie zasad gospodarki finansowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Na podstawie art. 31 pkt 9 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. 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 249, poz. 2052, z 2004r. Nr 92, poz. 885, z 2007r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Zasady gospodarki finansowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych”, które stanowią załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała Nr 10 V Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2007 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■



**Uchwała nr ...  
VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 8 grudnia 2011r**

**w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz  
zasad jej podziału**

Na podstawie art. 31 pkt 11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000r. Nr 120, poz. 1268, z 2002r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.

2) 0,5% emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,  
3) 1% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej -indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w ust. 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, tego z którego wysokość składki jest wyższa.

V. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie z działalności gospodarczej prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej oraz z innego źródła, o którym mowa w ust. 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczana na podstawie ust. 1 pkt 3, chyba że składka członkowska obliczona z innego źródła byłaby wyższa.

4. W sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na umowę o pracę u więcej niż jednego pracodawcy, wysokość składki obliczana jest z jednego źródła podstawowego.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskiej przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnieni są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- 2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 6% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do końca następnego miesiąca.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. W przypadku braku wpłaty należnych składek za dwa pełne okresy, mogą być one dochodzone w drodze egzekucji.

§ 7 Traci moc Uchwała Nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych: z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. ■

**Uchwała nr ...  
VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 8 grudnia 2011r**

**w sprawie ustalenia wykazu stanowisk w organach  
 izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może  
 być wynagradzane**

Na podstawie art.18 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1.1. VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych ustala wykaz stanowisk w organach Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, których pełnienie może być wynagradzane: Prezes, Wiceprezes, Sekretarz oraz Skarbnik Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

2.Ustala się wykaz stanowisk w organach okręgowych izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może być wynagradzane: przewodniczący, wiceprzewodniczący, sekretarz oraz skarbnik okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

§ 2. Traci moc uchwała nr 16 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie ustalenia wykazu stanowisk w organach izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może być wynagradzane.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

**Uchwała nr ...  
VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 8 grudnia 2011r**

**w sprawie określenia procedury przeprowadzania  
 wizytacji pielęgniarek lub położnych wykonujących  
 zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do  
 rejestru podmiotów wykonujących działalność  
 leczniczą**

Na podstawie art. 31 ust. 9a ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 - zmiany Dz. U. 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 240, poz. 2052, Nr 153 poz. 1271 i Nr 62 poz. 559, z 2004 r. Nr 92 poz. 885, z 2007 r. Nr 176 poz. 1237, z 2010 r. Nr 200, poz. 1326, z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych wprowadza procedurę przeprowadzania wizytacji pielęgniarek lub położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

§ 2.Procedura przeprowadzania wizytacji o której mowa w § 1



stanowi załącznik do niniejszej uchwały.  
§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

**Stanowisko nr ...  
VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 8 grudnia 2011r**

**w sprawie wprowadzenia zmian zasad zawierania  
i realizacji umów w zakresie realizacji świadczeń  
pielęgniarki opieki długoterminowej domowej**

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych mając na uwadze zapewnienie profesjonalnej pielęgniarskiej opieki pacjentom niezdolnym do samodzielnej egzystencji, przewlekle chorym, niepełnosprawnym wnoszą do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianę zasad zawierania i realizacji umów w zakresie świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Zdaniem Delegatów VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych obecnie obowiązujące przepisy w przedmiotowej materii ograniczają dostępność pacjentów do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej i tym samym stanowią zagrożenie dla zdrowia pacjentów przebywających w środowisku zamieszkania. VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż konieczne jest podjęcie niezwłocznych i zdecydowanych działań na rzecz poprawy dostępności świadczeniobiorców do tych świadczeń, a w szczególności:

- 1) zmniejszenie liczby świadczeniobiorców przebywających pod jednym adresem zamieszkania z 12 do 10,
- 2) podwyższenie wskaźnika korygującego wartość osobodnia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej z 0,4 na 0,6,
- 3) uproszczenie sprawozdawczości z realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zgodnie z wprowadzonym od 1 stycznia 2011 r. sprawozdawaniem w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, pielęgniarka po odnotowaniu w karcie czynności zrealizowanych świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, potwierdzonych podpisem świadczeniobiorcy, dodatkowo zobowiązana jest do każdorazowego, w ciągu dnia ich zarejestrowania w systemie sprawozdawczym. Według opinii samorządu pielęgniarek i położnych przedmiotowa zasada nie powinna mieć zastosowania, ponieważ nakłada na pielęgniarki dodatkowe obowiązki sprawozdawcze, powielając odnotowywanie po raz drugi tych samych potwierdzonych już czynności i wpisanych w karcie czynności,
- 4) wdrożenie dokumentu „Model pielęgniarskiej opieki długoterminowej w Polsce” opracowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i przyjętego przez NRPIP Uchwałą Nr 152/V/2010 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 marca 2010 r.

Oczekujemy na pilne podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia działań w powyższym, zakresie. ■

**Stanowisko nr ...  
VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 8 grudnia 2011r**

**w sprawie wprowadzenia regulacji prawnych,  
które przeciwdziałają będą ustalaniu  
jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na  
dyżurach w podmiotach leczniczych**

VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych wnioskuje do Ministra Zdrowia o wprowadzenie regulacji prawnych, które przeciwdziałają będą praktyce ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Uzasadnienie

W związku z wynikającą z art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) delegacją ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych. Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych postulują o wprowadzenie przepisów, które zapobiegałyby praktyce ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych. Powyższe umożliwiłyby realizację wskazanego w ustawie o działalności leczniczej celu, jakim jest zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. W opinii Delegatów VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych warunkiem niezbędnym i koniecznym do zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych jest odpowiednia struktura i liczba kadr medycznych, szczególnie w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych.

Należy wskazać, iż dotychczasowe regulacje prawne w przedmiotowym zakresie - przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314) często nie były respektowane przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej, a praktyką stało się ustalanie jednoosobowej obsady na dyżurach. Wobec powyższego samorząd pielęgniarek i położnych wielokrotnie podkreślał, iż jedna pielęgniarka pełniąca dyżur w oddziale nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarskiej zgodnie z przyjętymi standardami praktyki zawodowej, a tym samym zakład opieki zdrowotnej nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, do którego się zobowiązał podpisując kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto przedstawiciele samorządu wielokrotnie wskazywali, iż jednoosobowa obsada na dyżurach podobnie jak łączenie stanowisk czy jednoczesna praca na zmianie w więcej niż jednym oddziale, stwarza zagrożenie nie tylko dla bezpieczeństwa pacjentów, ale i samych pielęgniarek.

W związku z powyższym konieczne jest wprowadzenie regulacji prawnych, które przeciwdziałają będą praktyce ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych.

W opinii Delegatów VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych w przedmiotowym zakresie pozwoliłoby również przeciwdziałać wykazanym przez kontrolę Państwowej Inspekcji Pracy uchybieniom placówek ochrony zdrowia w zakresie przestrzegania przepisów o czasie pracy, związanym m. in. z nieprawidłową ewidencją czasu pracy pielęgniarek, zwiększonym obciążeniem pracą pielęgniarek, nieprzeestrzeganiem przepisów o wymaganym odpoczynku dobowym, tygodniowym. Powyższe uchybienia są bowiem w ocenie PIP skutkiem m.in. nasilających się braków kadrowych w grupie zawodowej pielęgniarek. ■



### Stanowisko nr ...

#### VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r

##### w sprawie konieczności wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w celu zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych apelują do Rządu RP o stworzenie prawnych rozwiązań systemowych w zakresie wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w celu zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Osobą niesamodzielną (niezdolną do samodzielnej egzystencji) jest osoba, która w wyniku następstw choroby lub urazu wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu zwyczajnych czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego. Z prognoz statystycznych wynika, że liczba osób wymagających wsparcia i opieki drugiej osoby będzie systematycznie wzrastała. Aktualnie obowiązujący system zabezpieczeń społecznych nie gwarantuje należytej opieki. Osoby niesamodzielne niejednokrotnie nie kwalifikują się do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową lub świadczeniami w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieje luka prawna pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi a pomocą społeczną w zakresie realizacji świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Osoby niesamodzielne wymagają bowiem całodobowej opieki w zakresie pielęgnacji podstawowej i usług opiekuńczych w środowisku domowym, czego niestety żadne przepisy prawa w chwili obecnej nie zapewniają.

Dla zachowania godności ludzkiej osób, które w wyniku zdarzeń losowych (choroba, uraz, wiek) stały się niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagają opieki osób drugich istnieje konieczność wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia w postaci społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. ■

### Stanowisko nr ...

#### VI krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011r

##### w sprawie zagrożeń wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie wyłączenia obowiązku przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami (spółki prawa handlowego)

Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych stoją na stanowisku, że wprowadzona w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwarza poważne zagrożenie dla właściwego organizowania procesu pielęgnowania i leczenia pacjenta wskutek odstąpienia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w szczególności spółki prawa handlowego, od obowiązkowego przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze.

Należy wskazać, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z chwilą przekształcenia w spółki prawa handlowego nie będą zobligowane do stosowania art. 49 ustawy, który wprowadza obowiązek przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Konsekwencją powyższego będzie wyłączenie

kompetencji kierowniczej kadry pielęgniarskiej do zarządzania opieką pielęgniarską w podmiotach leczniczych np. w stacjonarnych podmiotach leczniczych udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych, w których pacjent objęty jest 24 godzinną opieką pielęgniarki lub położnej. W tych placówkach zarządzająca kadra pielęgniarska jest bowiem szczególnie odpowiedzialna za planowanie i organizację procesu pielęgnowania.

W celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zachowania prawidłowych zasad zarządzania i organizowania opieki pielęgniarskiej przez kierowniczą kadre pielęgniarską Delegaci VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wnoszą o wprowadzenie rozwiązań prawnych, które będą obowiązywały podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami (spółki prawa handlowego) do przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze na analogicznych zasadach jak w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. ■

#### Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 listopada 2011 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
  - 4900 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla siedmiu pielęgniarek i jednego pielęgniarsza za studia magisterskie - kierunek pielęgniarstwo
  - 455 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za Specjalizację w dziedzinie „Pielęgniarstwo kardiologiczne”
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na kwotę 4400 zł
- Skreślono z rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla czterech pielęgniarek.
- Anulowano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki
- Podjęto jedną decyzję w sprawie odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek.
- Podjęto jedną decyzję w sprawie odmowy udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych.
- Dokonano jednego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych - kurs dokształcający „Ekspozycja zawodowa na patogeny krwiopochodne”- program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych, organizator kształcenia: BECTON DICKINSON POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ. ■



- 8.11.2011r.** W siedzibie OIPIP obyło się pierwsze posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych VI kadencji w Częstochowie.
- 12.11.2011r.** Na zaproszenie Prezydenta miasta Częstochowy przedstawicielka ORPiP uczestniczyła w uroczystych obchodach Święta Niepodległości, które odbyły się w teatrze Im, Adama Mickiewicza w Częstochowie.
- 14.11.2011r.** Przedstawicielki OIPIP w Częstochowie uczestniczyły w uroczystości XX-lecia Oddziału Noworodków i Wcześniejków oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii po hasłem „MAŁY PACJENT”. Wojewódzkim Szpitalowi Specjalistycznemu w Częstochowie przy ul. Białskiej ponownie wręczono zaszczytny tytuł „Szpital przyjazny dziecku”.
- 19.11.2011r.** Na zaproszenie Przewodniczącej OZZPiP Regionu Śląskiego Iwony Borchulskiej Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w II Europejskiej Konferencji w obronie publicznej służby zdrowia. W konferencji uczestniczyli przedstawiciele związków zawodowych krajów europejskich.
- 21.11.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach XV zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy. Na posiedzeniu sesji został wybrany nowy Przewodniczący Rady Miasta doktor Zdzisław Wolski. Przewodnicząca przeprowadziła rozmowę z Panią Posel Izabelą Leszczyną w sprawie stanowiska Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dotyczące sprzeciwu Okręgowej Rady wobec nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 22.11.2011r.** Na zaproszenie Zakładu Pracy Socjalnej Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie i Urzędu Miasta Częstochowy Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Sympozjum Naukowym pod hasłem „Praca socjalna instrumentem polityki społecznej – od wolontariatu do zatrudnienia”.
- 22.11.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.
- 23.11.2011r.** Przewodnicząca ORPiP odwiedziła Pielęgniarkę Naczelną ZOZ Lubliniec oraz Pielęgniara Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego. Omawiano zasady współpracy w zakresie szkolenia pielęgniarek i położnych
- 24.11.2011r.** Przewodnicząca ORPiP odbyła spotkania z Posłem Markiem Bałt i Posłem Grzegorzem Sztolcmanem w sprawie stanowiska Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dotyczące sprzeciwu Okręgowej Rady wobec nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 25.11.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 29.11.2011r.** W siedzibie OIPIP obyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■



## Pielęgniarka roku

### KOMUNIKAT NR I

#### VII Ogólnopolski Konkurs "Pielęgniarka Roku 2011" Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

#### Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim PTP

zapraszają pielęgniarki do udziału w VII Ogólnopolskim Konkursie

#### „Pielęgniarka Roku 2011”

Cel Konkursu: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego

Harmonogram Konkursu:

- I etap - wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach do dn. 30.01.2012r.
- II etap - eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP dn. 02.03.2012r godz. 12.00
- III etap - prezentacja własna (szczegóły po II etapie w Komunikacie nr 2 który zostanie zamieszczony na stronie [www.ptp.nal.pl](http://www.ptp.nal.pl))

Informacje: Jadwiga Zielińska

tel. 22 326 55 21 kom. 511 451 292 e-mail: [jagoda\\_zielinska@wp.pl](mailto:jagoda_zielinska@wp.pl) Załączniki:

1. Regulamin Konkursu

2. Karta Zgłoszenia Uczestnictwa Konkursu

Prosimy o rozpropagowanie informacji o Konkursie wśród zainteresowanych

Warszawa, 22 listopada 2011 r.





## Regulamin VII Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2011”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.
4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.
5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl/> - PTP - struktura w terminie do dnia 30.01.2012 r. Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub [biuroptp@gmail.com](mailto:biuroptp@gmail.com); fax 22 398 18 51
6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do 14.02.2012 r. przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.
11. Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.
12. Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.
13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania największej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do

finału Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały taką liczbę punktów.

Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.

14. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.

15. „Pielęgniarka Roku 2011” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego ZOZ laureata tytułu, a w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.

16. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie [www.ptp.na1.pl](http://www.ptp.na1.pl).

**Uchwała PZG PTP z dnia 28.10.2011 r.  
nr 65/XV/2011**

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA VII Ogólnopolskiego Konkursu

### „PIELĘGNIARKA ROKU 2011”

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_
  2. Data urodzenia \_\_\_\_\_
  3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  4. Telefony kontaktowe \_\_\_\_\_
  5. Adres e-mail \_\_\_\_\_
  6. Miejsce pracy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  7. Stanowisko \_\_\_\_\_
  8. Staż pracy w zawodzie \_\_\_\_\_
  9. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego  
Tak \* od kiedy \_\_\_\_\_  
Nie\*
  10. Działalność na rzecz pielęgniarstwa {przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.} z wyłączeniem obowiązkowej przynależności do samorządu pielęgniarskiego:  
Tak\* jaka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nie\*
- \* odpowiedź zaznacz krzyżykiem

\_\_\_\_\_ podpis i pieczęć przełożonego

\_\_\_\_\_ czytelny podpis kandydata

#### OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatorów konkursu pod nazwą „Pielęgniarka Roku 2011” i **tylko na cele w/w konkursu** (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

\* niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_ (miejscowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis kandydata)

**POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE  
ZARZĄD GŁÓWNY**

01-842 WARSZAWA, Al, Reymonta 8/12  
POLISH NURSES ASSOCIATION - GENERAL

Warszawa, 17.11.2011 r.

PTPZG/435/10/11

Szanowni Państwo,  
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego współpracuje w projekcie dotyczącym rozwoju nowej roli pielęgniarki na poziomie Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (APN) - drugi poziom studiów - w strukturach POZ. Projekt ma się przyczynić zwiększeniu dostępu klientów do świadczeń zdrowotnych.

Szczegółowe informacje w załączeniu.  
z poważaniem Dorota Kilańska ■

---

## INFORMACJA PRASOWA

w sprawie projektu „Family Health Nursing in European Communities” /FamNrsE

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego podpisał umowę dotyczącą realizacji międzynarodowego projektu „Family Health Nursing in European Communities” /FamNrsE, który jest finansowany z programu "Life Long Learning Programme, Education and Culture DG". Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie pełni funkcje partnera wspierającego i odpowiedzialnego za 3 pakiety projektu.

### CEL PROJEKTU

Celem proponowanego projektu jest rozwój wspólnych programów nauczania akademickiego dla przygotowania i wprowadzenia specjalności FHNs w Europie pod patronatem WHO.

### TŁO PROJEKTU

Pielęgniarka Zdrowia Rodziny (FHN) została zdefiniowana PRZEZ WHO: jako odpowiedź na projekt Health21 [http://www.see-educoop.net/education\\_in/pdf/family\\_health\\_nurse-oth-enl-t06.pdf](http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-enl-t06.pdf). Propozycja nowej roli pielęgniarki to także rezultat zapisów Deklaracji Monachijskiej <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/munich-declaration-nurses-and-midwives-a-force-for-health>, przyjętej przez Drugą Konferencję Ministrów Zdrowia (pierwsza odbyła się w 1988 r.), która odbyła się w dniach 15 - 17 czerwca 2000 r. w Monachium (Niemcy) oraz w dokumencie opracowanym dla wsparcia rządów do wprowadzenia Deklaracji Monachijskiej do strategii zdrowia na poziomie kraju - „Moving on from Munich A Reference Guide to the implementation of the Declaration on Nurses and Midwives: a Force for Health” [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0012/102306/E74474.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/102306/E74474.pdf). W ub. wieku WHO, w ramach projektu Zdrowie 21, wprowadziło Pielęgniarkę Zdrowia Rodziny (FHN), jako ważnego członka podstawowej opieki zdrowotnej. Według WHO FHN, powinna wspierać rodziny w czasie choroby oraz pomagać w radzeniu sobie jednostek, rodzin z chorobami przewlekłymi w środowisku na zasadzie wczesnej interwencji z możliwością podjęcia leczenia, doradztwa oraz zmiany postaw zdrowotnych, a także dostępem do publicznej opieki zdrowotnej oraz szeroko rozumianego wsparcia socjalnego (WHO2000a).

Od ukazania się ramowych założeń FHN obserwuje się

znaczący, lecz zróżnicowany rozwój we wprowadzaniu tej roli w całej Europie (Tadżykistan, Kirgistan, Mołdowa, Szkocja czy Niemcy), ale sama nazwa FHN używana jest tylko w kilku państwach, chociaż zadania, które realizują pielęgniarki zatrudnione w środowisku są zbliżone do podstawowej koncepcji FHN (Hennesy & Gladin, 2006).

Idea projektu zrodziła się jako rezultat doświadczeń wynikających z badań nad zadaniami pielęgniarek zajmujących się opieką zdrowotną w środowisku. W Europie w ostatnim okresie powstało wiele publikacji, w których podkreśla się, że FHN odgrywa znaczącą rolę w rozpoznawaniu i zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych rodzin (Friedman et al., 2003). Analiza badań wskazała, że dostarczanie opieki zdrowotnej w Europie, na poziomie środowiska zamieszkania, opiera się przede wszystkim na tradycyjnym modelu medycznym. Naukowcy podkreślili, że zmiany modelu opieki doprowadzą do zwiększenia potencjału zdrowotnego społeczeństwa - priorytetu działań WHO.

WHO w ww. dokumentach podkreśliło również znaczącą rolę FHN dla zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w ubogich środowiskach i w trudnodostępnych obszarach regionu europejskiego.

Wizją zaangażowanych w rozwój tej specjalności jest kluczowa rola FHN dla osiągnięcia celów programu Zdrowie 21 - czyli: „promocja zdrowia i zapobieganie chorobom na każdym etapie życia człowieka poprzez redukcję głównych problemów zdrowotnych, wypadków i urazów”.

W 2008 r. Komisja ds. Społecznych Determinantów Zdrowia (Commission on, Social Determinants of Health) wskazała także, że pracownicy środowiskowi zajmujący się zdrowiem rodziny (community health workers) mogą dostarczać i prowadzić usługi zdrowotne efektywnie kosztowo. Ważność tej pracy została podkreślona także w Deklaracji Chiang Mai, w 2008 r.

Ponadto literatura i raporty WHO sugerują, że podjęto właściwe kroki wprowadzając FHN w kontekście struktury ochrony zdrowia (Parfitt & Cornish, 2007).

Kolejnym działaniem było przeprowadzenie w Szkocji (w latach 2001-2003) badania pilotażowego, które stanowiło część projektu WHO. Wynikiem badania były m.in. następujące wnioski:

- 1) Wprowadzenie FHN jest efektywne w odległych, wiejskich lub słabo zaludnionych terenach oraz obszarach wiejskich
- 2) Wprowadzenie tej specjalności będzie problematyczne w związku z koniecznością zmiany modelu opieki środowiskowej, zwłaszcza w krajach, które wprowadziły podobne usługi w ramach kompetencji innych służb, czy też profesji
- 3) Konieczne jest także uzyskanie konsensusu w Europie w zakresie nauczania FHN oraz uzgodnienia rangi tego modelu opieki oraz możliwości edukacyjnych.

Wychodząc na przeciw zainteresowaniu Uniwersytet Zachodniej Szkocji (University of the West of Scotland -UWS) zainicjował działania mające na celu dookreślenie nowej roli FHN. W wyniku wieloletnich badań oceniono, że w Europie jest wystarczająca wiedza i wiele ekspertów dotyczących dostarczenia świadczeń przez FHN. Według opinii ekspertów wprowadzenie FHN do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przyczynić się może do poprawy ich dostępności dla jednostek, rodzin, środowiska lokalnego i społeczeństwa zwłaszcza w obszarach, gdzie dostęp do usług lekarskich jest ograniczony. Mając na uwadze przyszłą rolę tej specjalności dla systemu Uniwersytet powołał zespół ds. FHN, który ocenił, że w UE od czasu powołania tej roli poczyniono znaczne postępy także w zakresie dzielenia się doświadczeniem w zakresie kształcenia FHN na poziomie akademickim.



Kolejnym krokiem była inicjatywa spotkania warsztatowego przedstawicieli organizacji pielęgniarskich, rządów i uczelni zainteresowanych rozwinięciem tej roli w praktyce.

Działania, jakie zostały podjęte przez UWS w celu wypracowania założeń dla projektu FHN i wprowadzenia tego rodzaju roli na drugi poziom kształcenia w ramach Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (APINI):

1) W październiku 2009r. w Sztokholmie odbyła się konferencja Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa (CNO), którzy podzielili się swoimi doświadczeniami w zakresie FHN,

2) W 2010 r., przy wsparciu europejskiego biura WHO, Uniwersytet Zachodniej Szkocji zaprosił CNO z 14 krajów do współpracy w zakresie kształcenia FHN dla praktyki, poproszono o pomoc w kontakcie z instytucjami zajmującymi się kształceniem na poziomie wyższym celem zaproszenia do uczestnictwa w projekcie.

3) W listopadzie 2010 r. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, po posiedzeniu Europejskiej Federacji stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) otrzymało informację o projekcie z europejskiego biura WHO, a następnie w listopadzie 2010 r. wystosowało zaproszenie do 44 uczelni kształcących pielęgniarki, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a także eksperta Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w tej dziedzinie. Na zaproszenie odpowiedziały Wyższa Szkoła Informatyki i Innowacji w Lublinie, Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie a następnie Akademia Medyczna we Wrocławiu. Utworzono zespół, który uczestniczył w pierwszych warsztatach, a które odbyły się w styczniu 2011r. w Berlinie. W warsztatach udział wzięło 18 instytucji edukacyjnych,

uniwersytetów, przedstawicieli ministerstw zdrowia i stowarzyszeń pielęgniarskich. W czasie warsztatów podzielono się doświadczeniem dotyczącym kształcenia pielęgniarek zajmujących się opieką nad rodziną oraz ustalono wstępne propozycje współpracy w projekcie.

4) Odbyły się drugie warsztaty „2nd International Workshop on Family Health Nursing An international collaborative project” w Ayr (Szkocja), w dniach 1 i 2 września 2011 r. I Głównym celem warsztatów było m.in. wypracowanie zasad współpracy w projekcie oraz, pozyskanie partnerów do projektu. Uczestnicy warsztatów dokonali oceny podstawowych kwalifikacji pielęgniarek tej specjalności w państwach uczestniczących w programie, w odniesieniu do kwalifikacji określonych w dyrektywach UE. Ustalono, że niezależnie od zróżnicowanych wyzwań zdrowotnych w poszczególnych krajach należy uwypuklić korzyści jakie mogą wyniknąć z wprowadzenia pielęgniarki zdrowia rodziny (FHN) do struktur POZ, której zadaniem wytyczonym przez WHO jest przede wszystkim promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Podkreślono również konieczność opracowania zasadniczego rdzenia kompetencji uzgodnionego na szczelbu międzynarodowym.

5) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie odpowiada za realizację pakietów dotyczących określenie definicji pielęgniarki zdrowia rodziny, kompetencji FHN oraz analizy na poziomie krajowym programów kształcenia w zakresie FHN. ■

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego  
Warszawa, 17 listopada 2011 r.

## Konsultant krajowy



### KONSULTANT KRAJOWY

#### w dziedzinie PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

Kraków 2011.11.25

#### Stanowisko w sprawie eliminowanie pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych.

W związku z licznymi informacjami dotyczącymi eliminowania pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez zmniejszanie obsady zespołów, zastępowanie innym personelem medycznym, zmuszaniem do zmiany warunków zatrudnienia z umów o pracę na umowy cywilno-prawne, przedstawiam swoje stanowisko.

Pielęgniarki i pielęgniarze spełniający kryteria pielęgniarek systemu zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (Dz.U.06.191.1410) Art. 3. są jednym z trzech pełnoprawnych i autonomicznych podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz medycznych czynności ratunkowych w ramach funkcjonowania systemu.

Ustawodawca określając wymagania dla pielęgniarek i pielęgniarzy systemu określił konieczność posiadania wysokiego poziomu przygotowania i doświadczenia zawodowego dla tej grupy zawodowej, zapewniającego jak najwyższą jakość świadczeń: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, konieczność kształcenia ustawicznego oraz posiadanie doświadczenia zawodowego w pracy z pacjentami w stanie zagrożenia życia.

Podnoszenie kwalifikacji w ramach kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalizacyjnych z pielęgniarstwa ratunkowego zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia odbywa się

z wykorzystaniem istotnych środków unijnych oraz budżetowych.

Niedopuszczalna jest jakakolwiek forma dyskryminacji ze względu na wykonywany zawód, płeć czy wiek. Działania takie są szkodliwe, krzywdzące, ograniczające dostęp pacjentom do opieki przez osoby o najwyższych kwalifikacjach oraz mogą być przyczyną dochodzenia roszczeń przed sądami, narażając na konieczność wypłaty odszkodowań przez jednostki opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Nie ma podstaw merytorycznych oraz prawnych do zwalniania, przesuwania do pracy w innych oddziałach, zastępowania przez osoby reprezentujące inne zawody medyczne, pielęgniarek spełniających wymagania dla pielęgniarek systemu. Jakikolwiek próby oraz działania mające na celu eliminowanie pielęgniarek i pielęgniarzy są niedopuszczalne. ■

Konsultant Krajowy w dziedzinie  
pielęgniarstwa ratunkowego  
mrg Marek Maślanka

**Koordynatorem Krajowym  
w dziedzinie pielęgniarstwa  
opieki paliatywnej została  
wybrana  
Izabela Kaptacz**

Przedruk z GP nr 93 z 21.11.2011r

## Uważaj na SMS o podwyższonej opłacie

Kilka dni temu otrzymałam rachunek za telefon. Okazało się, że wysłałam kilka bardzo drogich smsów. Do tej pory sądziłam, że po wykupieniu pakietu SMS-ów u operatora, nie będę nic płacić za SMS, o ile nie przekroczą przyznanej mi puli w tym pakiecie. Niestety, mój rachunek jest obciążony, niektóre SMS-y kosztowały mnie ponad 20 zł. Czy jest to w ogóle możliwe?

Wysyłając wiadomość tekstową z telefonu komórkowego (tzw. SMS) należy zwracać uwagę przede wszystkim na to, jaki numer telefonu ma odbiorca SMS-a. Istnieją bowiem tzw. numery o podwyższonej płatności, SMS Premium Rate. Stosuje się je jako sposób płatności za udział w konkursach - np. popularnych audiotele w radiu czy telewizji - ale również można za ich pomocą zapłacić za wiele drobnych usług dostępnych w Internecie (np. dostęp do płatnej części serwisu).

Przede wszystkim, nawet jeśli w ramach abonamentu telefonicznego, abonent dysponuje określoną pulą SMS-ów (czy minut zamienianych na SMS-y), to SMS Premium Rate nie podlega tej puli. Niezależnie więc od tego, ile minut/SMS pozostaje abonentowi do wykorzystania w danym okresie rozliczeniowym, za każdy SMS Premium Rate będzie musiał zapłacić. Co więcej, stawka za takiego SMS-a będzie różna w zależności od formatu numeru odbiorcy.

Zawsze osoba wysyłająca tego rodzaju SMS-a powinna być pouczona o warunkach płatności, całkowitych kosztach itd. Niemniej jednak nawet jeśli tej informacji nie ma, można jeszcze przed wysłaniem „sprawdzić” ile będzie kosztować wysłanie określonej wiadomości tekstowej. I tak, SMS wysłany na numer zaczynający się od cyfry 7 kosztuje zawsze poniżej 10 zł. O koszcie informuje cyfra znajdująca się za cyfrą 7 - np. SMS na numer 7345 kosztować będzie 3 zł netto. Do każdej z kwot należy doliczyć podatek VAT w wysokości 23%. Z kolei SMS wysłany na numer rozpoczynający się od cyfry 9 zawsze będzie kosztować powyżej 10 zł. O koszcie informują dwie cyfry znajdujące się po cyfrze 9 - przykładowo SMS wysłany na numer 91524 to koszt 15 zł plus podatek VAT, a SMS wysłany na numer 93042 to koszt 30 zł plus VAT.

O powyższej zasadzie sprawdzania ceny za SMS-a warto pamiętać, gdyż niestety zdarza się, że niektórzy usługodawcy wykorzystują ten sposób płatności do nieuczciwych celów. Abonenta nie chroni z reguły renoma operatora sieci komórkowej. Zasadniczo bowiem operator nie jest stroną takiej umowy, a jedynie obsługuje tego rodzaju połączenie komórkowe. Usługodawcą może być jakiś podmiot, który korzystając z niewiedzy abonentów zachęca ich do wysyłania bardzo drogiego SMS-a, często nie informując o wysokości opłaty, która z takim SMS-em jest związana, bądź informując w sposób nieprawidłowy. W każdym przypadku należy więc dokładnie sprawdzić warunki takiej płatności. ■

Przedruk z GP nr 93 z 21.11.2011r

## Wykorzystanie zaległych urlopów

Dotychczasowe regulacje Kodeksu pracy nakazywały wykorzystanie urlopu zaległego najpóźniej do końca pierwszego kwartału następnego roku kalendarzowego. Przepis ten nie dotyczył jedynie 4 dni urlopu na żądanie. Zmiany wprowadzone do Kodeksu pracy ustawą z dnia 16 września 2011 r. o redukcji niektórych obowiązków obywateli

i przedsiębiorców (Dz. U. z 2011 r. nr 232, poz. 1378), zwaną ustawą deregulacyjną, która zasadniczo wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., znacznie wydłużyły ten termin. Po nowelizacji Kodeksu pracy, urlopu niewykorzystanego zgodnie z planem urlopów bądź po porozumieniu z pracownikiem należy pracownikowi udzielić najpóźniej do dnia 30 września następnego roku kalendarzowego. Przy czym, tak jak do tej pory regulacja ta nie dotyczy części urlopu udzielanego na żądanie. Zatem począwszy od urlopu zaległego za 2011 r. pracodawca będzie miał czas na jego udzielenie do 30 września 2012 r. ■

Przedruk z GP nr 90 z 10.11.2011r

## Kolejne ułatwienia dla przedsiębiorców

Z nowym rokiem wejdą w życie przepisy drugiej już ustawy deregulacyjnej. Akt ten wchodzi w skład pakietu ustaw mających na celu redukcję obciążeń administracyjnych nakładanych na przedsiębiorców przez obowiązujące przepisy. Ustawa ta m.in. przynosi zmiany w zakresie podatku od nieruchomości, obowiązku publikowania sprawozdań finansowych, wprowadza też ułatwienia dla płatników składek.

Pierwsza ustawa o ograniczaniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców weszła już w życie. Większość przepisów drugiej ustawy, tj. o redukcji niektórych obowiązków dla obywateli i przedsiębiorców zacznie obowiązywać z dniem 1 stycznia 2012 r. Jak czytamy w uzasadnieniu do omawianej ustawy nie tworzy ona nowych przepisów, a jedynie doprecyzowuje, zmienia bądź usuwa normy pozostawiające wątpliwości interpretacyjne i te, które stanowią barierę w wykonywaniu działalności gospodarczej.

Ustawa z dnia 16.09.2011 r. o redukcji niektórych obowiązków obywateli i przedsiębiorców została opublikowana w Dz. U. nr 232, pod poz. 1378.

### » Więcej czasu na zaległy urlop

W zakresie prawa pracy ustawa wydłuża termin wykorzystania przez pracownika tzw. „zaległego urlopu”. Obecnie, na podstawie art. 163 Kodeksu pracy, urlopu należy udzielić pracownikowi najpóźniej do końca pierwszego kwartału następnego roku kalendarzowego. Ustawa wydłuża ten termin, dając pracownikowi czas na realizację niewykorzystanego urlopu do 30 września następnego roku. Obowiązująca aktualnie regulacja jest bowiem niekorzystna. Bardzo często prowadzi do powstania zaległości urlopowych, z uwagi na stosunkowo krótki, trzymiesięczny termin na wykorzystanie przez pracowników zaległego urlopu. Przyjęta zmiana jest korzystna z punktu widzenia pracownika, ponieważ pozwoli na optymalne wykorzystanie urlopu za poprzedni rok i umożliwi mu zorganizowanie wycieczki w okresie wiosennym i letnim.

Ograniczenie obowiązków pracodawców niesie za sobą kolejną zmianę, obejmującą swym zakresem proces budowlany. Otóż ustawa znosi obowiązek konsultowania z uprawnionymi rzeczoznawcami prawidłowości projektu budowy lub przebudowy obiektu budowlanego, w którym przewiduje się pomieszczenia pracy, pod względem spełniania wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy. Po wejściu w życie nowych przepisów uzyskanie takiej opinii nie będzie już obowiązkowe i pozostanie w gestii samego pracodawcy. ■





## Rektor Akademii Polonijnej w Częstochowie

Częstochowa, 15 listopada 2011 r.

*Prezydent Ryszard Kaczorowski reprezentował Majestat Rzeczypospolitej, stał się depozytariuszem idei wolnej i suwerennej Polski. Jego czynna praca w instytucjach emigracyjnych posiadała wymiar podtrzymywania niezłomnej polskiej tradycji niepodległościowej wśród środowisk Polaków na obczyźnie i społeczeństwa polskiego w kraju. Toteż zasłużył się w dziedzinie najbardziej interdyscyplinarnej wychowania patriotycznego i obywatelskiego. Prof. dr hab. Wiesław Jan Wysocki, Prezydent Ryszard Kaczorowski i Jego misja na uchodźstwie i w kraju. Wykład inauguracyjny w Akademii Polonijnej w Częstochowie, wygłoszony w dniu 8 października 2011 r*

**Szanowna Pani  
Mgr Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej  
Izby Pielęgniarek i Położnych**

Wielce Szanowna Pani,  
XX Jubileuszowa Inauguracja Roku Akademickiego 2011/2012, połączona z uroczystością odsłonięcia pomnika Wielkiego Protektora naszej Alma Mater - Prezydenta II RP Ryszarda Kaczorowskiego staje się szczególną okazją do przekazania podziękowań za wielce zaszczytną dla nas obecność, jak również za słowa inauguracyjnych życzeń.

Za wszelką, doświadczoną z tej okazji życzliwość, za szeroko rozumiany wkład w ubogacenie tego szczególnego dnia - w imieniu Władz Uczelni i całej Społeczności Akademickiej - wyrazić pragnę słowa wdzięczności. ■

Z wyrazami najwyższego szacunku  
Ks. prof. dr hab. Stanisław Łupiński Rektor Akademii  
Polonijnej w Częstochowie

### **UWAGA! PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

Koleżanki i Koledzy!  
Przypominamy wszystkim Członkom Samorządu o obowiązku aktualizacji w rejestrze swoich danych osobowych, tj. :  
- zmiany nazwiska  
- zmiany adresu zamieszkania,  
- zmiany miejsca pracy,  
- ukończonego kształcenia podyplomowego ( szkolenia, kursy, specjalizacje, studia, itp.)  
- informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu,

- informacje o zniszczeniu lub zagubieniu prawa wykonywania zawodu.  
Zmiany stanu faktycznego powinny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych , który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Częstochowie.  
Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Częstochowie pokój 302 lub pisemnie pod adresem :  
**OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
W CZĘSTOCHOWIE, UL. PUŁASKIEGO 25,  
42-200 CZĘSTOCHOWA** ■

### **Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Katowicach**

Szanowni Państwo,  
Z przyjemnością informuję, że Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach objęła patronatem akcją zbierania nakrętek na rzecz Agnieszki Filipkowskiej. Naszym celem jest pomoc w zebraniu dla Agnieszki, córki naszej wspaiałej koleżanki - pielęgniarki Urszuli funduszy na leczenie nieuleczalnej choroby - rdzeniowego zaniku mięśni typu I. Tego typu leczenie przeprowadzone jest w specjalistycznej klinice w Chinach. Jest to więc leczenie bardzo kosztowne, przekraczające możliwości finansowe przeciętnej rodziny. Koordynatorem naszej akcji jest Pani Sylwia Kupis z działu merytorycznego OIPIP w Katowicach, wszystkich chętnych wsparciem naszej akcji prosimy o kontakt pod numerem telefonu 32 209 04 14. w.14. ■

### **STOWARZYSZENIE OPIEKI HOSPICYJNEJ ZIEMI CZĘSTOCHOWSKIEJ**

zaprasza na Dobroczytny Bal Karnawałowy na rzecz Hospicjum dla Dzieci, który odbędzie się dnia 11 lutego 2012 r. w Restauracji Złote Arkady w Częstochowie, ul. Boya Żeleńskiego 12

Zapewniamy:  
- szampańską zabawę,  
- wysmienite menu,  
- niezapomniane wrażenia.

W programie aukcja obrazów i innych prac, z której dochód przeznaczony będzie na wsparcie Hospicjum Domowego dla Dzieci.

Cegiełka-zaproszenie 2 - osobowe w cenie 400 zł do nabycia w siedzibie Stowarzyszenia  
Bliższe informacje pod nr tel. 602 388 768 ■

## UDAR MÓZGU – LECZENIE, PIELĘGNACJA, USPRAWNIANIE

### DEFINICJA I KRYTERA UDARU MÓZGU.

Klinicznie udar mózgu rozpoznaje się na podstawie charakterystycznego zespołu objawów neurologicznych, zdefiniowanych przez WHO jako:

Nagłe wystąpienie ogniskowych (lub uogólnionych) objawów zaburzenia funkcji mózgu, trwające 24 godziny lub dłużej i prowadzące do śmierci, bez innej niż naczyniowa uchwytnej przyczyny.

Definicja ta za przyczynę udaru mózgu uznaje krwawienie podpajęczynówkowe, wyklucza natomiast krwiak podtwardówkowy, krwawienie i zawał spowodowany zakażeniem lub guzem. Z reguły do udaru mózgu dochodzi nagle, a maksymalne uszkodzenie ujawnia się w ciągu godzin i utrzymuje się co najmniej jedną dobę. Jeśli ogniskowy deficyt neurologiczny trwa krócej niż 24 godziny, jest arbitralnie zdefiniowany jako przejściowy atak niedokrwienny (TIA). Gdy występują oczywiste objawy, łatwo rozpoznać udar mózgu, a prawdopodobieństwo przeoczenia pozanaczyniowych przyczyn choroby jest bardzo małe. Gdy jednak wywiad jest niemożliwy z powodu utraty przytomności, splątania lub afazji chorego, a początek objawów wystąpił bez świadków, rozpoznanie jest trudniejsze, a szansa pomyłki duża. W takich sytuacjach należy wykonać tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny metodą dyfuzyjną w celu wykluczenia innych przyczyn występujących objawów (np. krwiaki podtwardówkowe i nowotwory)

Termin „udar mózgu” obejmuje kilka jednostek patologicznych, które nie muszą się wiązać z miażdżycą tętnic, mają różny przebieg, powodują różne skutki oraz mogą wymagać odmiennego leczenia.

Udar mózgu jest po zawale serca i nowotworach trzecią, najczęstszą przyczyną śmierci i głównym powodem inwalidztwa.

W udarze mózgu, podobnie jak przy zawale serca, dochodzi do opóźnienia dopływu krwi w wyniku niedrożności tętnic. Zmniejszenie ukrwienia i związany z tym niedobór tlenu, prowadzi do obumierania komórek nerwowych. Konieczne jest, aby została postawiona diagnoza i podjęte leczenie w ciągu pierwszych sześciu godzin od wystąpienia udaru mózgu.

### PATOMECHANIZM

Krew dociera do mózgu dwiema tętnicami szyjnymi wewnętrznymi i dwiema tętnicami kręgowymi. Tętnice mózgu, odchodzące od tętnic wewnętrznych szyjnych i kręgowych, stanowią system połączeń zabezpieczających dopływ krwi do szczególnie wrażliwych na niedotlenienie komórek mózgowych. Jest to koło tętnicze mózgu, zwane kołem Willisa. Czynność tego koła może być upośledzona w wyniku tworzenia się blaszek miażdżycowych zwężających światło naczyń krwionośnych.

Rozróżniamy udary krwotoczne (insultus haemorrhagicus) i niedokrwienne (insultus ischemicus).

#### 1. Udary niedokrwienne (zawały mózgu)

- TIA - przemijający udar niedokrwienny, objawy zagna-

zione są w różnym stopniu nasilenia i mijają w ciągu 24 godzin

- RIND – objawy trwają ponad 24 godziny, ustępują po kilku lub kilkunastu dniach

- CS- dokonany udar niedokrwienny, powodujący trwałe objawy ubytkowe

#### 2. Udary krwotoczne

- Pierwotne krwawienie śródmózgowe
- Krwotok podpajęczynówkowy

### PRZYCZYNY UDARÓW MÓZGU

- Nadciśnienie
- Zmiany miażdżycowe naczyń krwionośnych
- Choroby serca (wady serca, zawały mięśnia sercowego)

### CZYNNIKI RYZYKA:

#### Pewne

1. Styl życia i środowisko
  - Przewlekły nikotynizm
  - Przewlekły alkoholizm
  - Uzależnienie lekowe
  - Wiek
  - Płeć męska
  - Czynniki rodzinne i genetyczne
2. Chorobowe
  - Nadciśnienie tętnicze
  - Choroby serca
  - Podwyższony hematokryt
  - Cukrzyca
  - Przebyty incydent TIA lub udar

#### Prawdopodobne

1. Styl życia i środowisko
  - Doustne środki antykoncepcyjne
  - Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce
  - Otyłość
  - Zaburzenia w gospodarce lipidowej
  - Mała aktywność fizyczna
  - Warunki socjoekonomiczne
  - Obciążenie genetyczne
2. Chorobowe
  - Podagra, podwyższone stężenie kwasu moczowego
  - Niedoczynność tarczycy
  - Migrena
  - Zwężenie tętnic np. szyjnych
  - Duża różnica ciśnienia krwi w kończynach górnych
  - Obecność tętniaka lub zniekształcenia tętnico-żylnego
  - Dysplazja włóknisto-mięśniowa

### OBJAWY UDARU MÓZGU:

- Niedowład lub porażenie połowicze szczególnie twarzy lub ręki
- Nagłe zaburzenie widzenia
- Silny ból głowy
- Utrata zdolności mówienia -afazja
- Zawroty głowy, zaburzenia równowagi, niepewny chód
- Zaburzenie świadomości

Dynamika natężenia objawów udaru mózgu prowadzi do tego, że w ciągu pierwszych trzech tygodni umiera 25-30% chorych. Połowa chorych pozostaje unieruchomiona i uzależniona od innych.

W postępowaniu z pacjentem z udarem mózgu dąży się do ograniczenia zapadalności na tę chorobę, zmniejszenia





śmiertelności, ale również do poprawy jakości życia pacjenta po udarze. Niezbędna staje się prewencja wtórna, czyli zapobieganie nawrotom choroby oraz usprawnienie funkcji psychoruchowych. W tym celu chorzy powinni przyjmować leki zmniejszające krzepliwość krwi i poprawiające krążenie mózgowe oraz przeciwdziałające nadciśnieniu.

Najnowsze metody leczenia udarów zakładają zapewnienie opieki ogólnomedycznej i niemal natychmiastowe podjęcie rehabilitacji. Ważne jest, aby jeszcze podczas pobytu chorego w szpitalu, w procesie pielęgnacji i rehabilitacji zaangażowała się rodzina pacjenta, która pomoże mu włączyć się do codziennych czynności domowych.

#### POWIKŁANIA

- Długotrwała śpiączka.
- Poważne uszkodzenia funkcji motorycznych: niedowład
- Upośledzenie funkcji poznawczych i zaburzenia zachowania
- Śmierć

#### PIELĘGNOWANIE

Pielęgnowanie chorych w pierwszej fazie pobytu w szpitalu koncentruje się na zapobieganiu niepożądanym powikłaniom, przykurczom, odleżynom i infekcjom oraz leczeniu schorzeń towarzyszących, szczególnie kardiogennych będących powodem wysokiej śmiertelności osób u których wystąpił udar. Udar mózgu jest w neurologii traktowany jako stan nagły. Poza monitorowaniem parametrów fizjologicznych, prowadzony jest nadzór polegający na systematycznej kontroli podstawowych parametrów życiowych jak:

- Akcja serca
- Ciśnienie tętnicze krwi
- Gospodarka wodno –elektrolitowa - dobowe wydalenie moczu 1000-1500ml.
- Temperatura ciała
- Glukoza w surowicy krwi
- Oddech
- Utrzymanie drożności dróg oddechowych i zapewnienie prawidłowej wentylacji płuc
- Zapobieganie przykurczom
- Zapobieganie odleżynom

Ważne jest zapobieganie obrzękowi mózgu, który może być spowodowane:

- Hypertermią
- Rozległością ogniska udarowego
- Zaburzeniami metabolicznymi
- Zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej

W pielęgnacji pacjenta zagrożonego obrzękiem mózgu należy zwracać uwagę na jego ułożenie w pozycji z głową uniesioną pod kątem 30 stopni w stosunku do tułowia.

Prawidłowa pielęgnacja chorego jest bardzo ważna. Pielęgniarka powinna poza zwykłymi obowiązkami dbać o prawidłowe ułożenie chorego, zapobieganie odleżynom i przykurczom. Najlepiej gdy chory leży na płaskim łóżku i materacu przeciwoleżynowym z łamanym leżem i możliwością regulowania wysokości. Zmiana pozycji powinna być co 2-3 godziny.

Choremu należy zapewnić warunki do właściwej wymiany gazowej w płucach, zapobiegając hypowentylacji, niedrożności dróg oddechowych i powikłaniom płucnym.

- częste zmiany pozycji
- ułożenie głowy pod kątem 30 stopni, twarzą zwróconą na

bok, co zapobiega zapadaniu się języka

- nacieranie i masaż klatki piersiowej
- oklepywanie klatki piersiowej
- ćwiczenia oddechowe, odkaśływanie
- zapewnienie właściwego mikroklimatu
- prawidłowe odżywianie
- niepalenie papierosów

Profilaktyka zakrzepicy.

- gimnastyka kończyn dolnych w celu polepszenia krążenia w tej części ciała

- masaż kończyn dolnych w kierunku serca za pomocą szczotki, aby szybciej odprowadzić krew żylna i zapobiec jej zastojowi

- ułożenie kończyn dolnych wyżej, jednak bez podkładania wałków pod kolana, ponieważ utrudniałoby to odpływ krwi żyłnej

- pończochy przeciwżylakowe

#### USPRAWNIANIE

Po udarze niedokrwiennym mózgu na tle zakrzepowym usprawnianie ruchowe wprowadza jak najszybciej nawet po 3-4 dniach od zaistnienia incydentu naczyniowego, a u osób po zatorach i epizodach krwotocznych potrzebna jest pilna rehabilitacja przyłożkowa. Natomiast pionizowanie i chodzenie po 3-4 tygodniach w zależności od kontrolnego TK głowy i resorpcji ogniska krwotocznego.

Proces uruchomienia powinien być realizowany zarówno przez pielęgniarkę, jak i rehabilitanta. Celem usprawnienia fizycznego dla terapeuty jest przywrócenie funkcji niesprawnego narządu, zaś dla pielęgniarki – wdrożenie pacjenta niepełnosprawnego do samoobsługi. Wydolność w samoobsłudze polega na samodzielności w podejmowaniu i realizowaniu funkcji życiowych.

Proces samoobsługi składa się z przygotowania pacjenta do radzenia sobie w zakresie:

- przemieszczanie się poza łóżkiem
- zabiegi higieniczne, ubieranie się
- zapewnienie zewnętrznych warunków do funkcjonowania krążenia i oddychania
- przyjmowanie posiłków
- udział w eliminowaniu zaburzeń mięśni zwieraczy
- profilaktyka powikłań

Uruchamianie pacjenta z niedowładem

- ułożenie na boku zdrowym
- ułożenie na boku chorym
- zmiany pozycji – obrót na stronę sprawną i na odwrot
- siadanie na łóżku
- przesuwanie chorego w górę łóżka
- przenoszenie z łóżka na krzesło
- pozycja siedząca
- pionizacja
- wstawanie
- chodzenie

Pionizację i chodzenie w początkowym okresie dokonuje się za pomocą różnych urządzeń (balkoniki, poręczce, uchwyty, kule, trójnogi itp.)

Pielęgniarka wspiera pacjenta psychicznie, motywuje go, zachęca do różnych ćwiczeń i czynności. Nadmierna opieka wpływa niekorzystnie, ponieważ zmniejsza udział osoby niepełnosprawnej w aktywizowaniu. Podobnie jest gdy pacjent dostaje zadania przerastające jego możliwości, ponieważ wywołuje to u niego frustrację i zniechęca go do dalszych działań.

Edukacja pacjenta i rodziny powinna obejmować przyczyny i patomechanizm choroby, przebieg procesu leczenia, rehabilitacji oraz przygotowania do samoopieki:

- usprawnianie motoryczne
- przestrzeganie właściwego trybu życia
- umiejętność samoobserwacji i samokontroli
- umiejętność postępowania w różnych sytuacjach wywołanych chorobą

Chorym po udarze zaleca się ruch na świeżym powietrzu, które wpływa na usprawnienie układu oddechowego i krążenia krwi. Systematyczna aktywność fizyczna obniża ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu oraz zmniejsza skłonność do agregacji płytek krwi.

## ZALECENIA DLA CHORYCH PO UDARACH MÓZGU I ICH RODZIN

- Należy wykonywać ćwiczenia, bowiem powtarzanie czynności jest podstawą usprawnienia. Poza tym globalne ćwiczenia fizyczne powodują wzrost połączeń międzyneuronalnych, przywracając pamięć motoryczną.
- Usprawnienie ruchowe należy zaczynać od ćwiczeń prostych, utraconych czynności
- Czynności bardziej skomplikowane trzeba często powtarzać aż do momentu, gdy przestaną sprawiać trudności, ale nadal należy je kontynuować ze zmniejszoną częstotliwością
- Regularna zmiana pozycji leżącej oraz siedzącej co godzinę lub dwie zapobiega powikłaniom płucnym, odleżynom, przykurczom, zeszywnieniom.
- Utrzymanie higieny osobistej jest bardzo ważne dla zdrowia i dobrego samopoczucia chorego
- Odzież i obuwie muszą być łatwe w użyciu i obsłudze.
- Kontrolowanie funkcji pęcherza
- Unikanie mikrourazów, skóra po stronie niedowładu jest delikatna
- Skierować chorego i rodzinę do ośrodka rehabilitacyjnego

Małgorzata Bera  
Renata Materka

## OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA W STANIE TERMINALNYM

- 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 pielęgniująca umierającego powinna próbować wkroczyć w świat jego uczuć, dostrzec myśli i przeżycia przekazywane w sposób pośredni. Musi kontrolować swoje zachowanie i wypowiedzi. Powinna towarzyszyć umierają-

cemu 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, umierającego 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

- przejąc 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 zmianę ułożenia, oklepywać, nacierać miejsca narażone na odleżyny.

Zachęcać chorego do poruszania się w łóżku, stosować udogodnienia (materace przeciwodleżynowe, 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 przeciwbólowe, aby nie stwarzać dodatkowych problemów.

Gdy zawiodą 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, niemiernie, słabo wyczuwalne, oddech nieregularny, z przerwami w oddychaniu, pojawia się charczący oddech „rżenie przedśmiertne”, występuje ochłodzenie kończyn, spadek napięcia mięśniowego, skóra staje się blada, 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:

- przekazać 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 przecucia. 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 oswoił 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 - 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 pozatławić 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 zaproponować 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 biernie. 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 „wstydzi 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 mogłyby 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 dnia, 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 ..."

EWA KANAFA  
MARIA TYRAŁA



## *Jan Kasprowicz, Przy Wigilijnym Stole*

*Że, jako mówi nam wszystkim  
Dawne, odwieczne orędzie,  
Z pierwszą na niebie gwiazdą  
Bóg w naszym domu zasiędzie.  
Sercem Go przyjmąć gorącym,  
Na scieżaj otworzyć wrota —  
Oto co czynie wam każe  
Miłość, największa cnota.*





## REKTOR AKADEMII POLONIJNEJ W CZĘSTOCHOWIE

Częstochowa, Boże Narodzenie 2011



„Dziś się narodził Chrystus Pan Zbawiciel”

(Ps 96)

*Aniołowie śpiewają pieśń, niebo i ziemia radują się,  
Bóg rodzi się Emmanuel Jemu cześć!*

*W Noc Bożego Narodzenia z drżącym zdumieniem wpatrujemy się w światło gwiazdy, która prowadzi nas do Betlejem, gdzie Bóg stał się człowiekiem, przyszedł, aby zamieszkać pośród nas. Tajemnica Narodzin Syna Bożego napętnia ludzkę serca nadzieją: „Oto Bóg jest z nami”, a Jego Obecność niesie pokój, radość i miłość. Zgromadzeni wokół żłóbka, wpatrzeni w Nowonarodzone Dziecię pozwólmy, by światło Bożego Narodzenia rozświetliło na nowo ziemię, nasze rodziny, nasze domy i miejsca naszej pracy.*

*W imieniu całej społeczności Akademii Polonijnej w Częstochowie składam życzenia zdrowych i spokojnych Świąt Bożego Narodzenia. Niech przeżywanie radości spotkania z Bożą Dzieciną umocni w nas odwagę do kierowania się w codziennym życiu wartościami chrześcijańskimi.*

*Boża Rodzicielką Maryją, wraz z Opiekunem Jezusa św. Józefem niech wypraszają nam Boże Błogosławieństwo na każdy dzień Nowego 2012 Roku.*

*Z wyrazami szacunku i pamięcią w modlitwie*

*ks. Stanisław Turpilis*



*Bliscy naszemu sercu, zawsze  
pozostają głęboko w naszej pamięci*

*Pani Małgosi Wodzistawskiej  
Wyrazy głębokiego współczucia z powodu  
śmierci*

*Męża*

*składają: Dyrekcja  
oraz Pielęgniarki i Położne  
z Przychodni ul. Kopernika 45 w Częstochowie*

## **GODZINY PRACY BIURA OIPIP**

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>35</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</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.*

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



# Doktorantka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

IWONA MARKIEWICZ,

Doktor nauk medycznych, mgr pielęgniarstwa rozprawę doktorską napisała pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Anny Ksykiewicz-Doroła na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, w Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie.

Dyrektor NZOZ I-MED, kierownik Stacji Opieki Pielęgniarskiej Caritas

Z zawodu pielęgniarka, z wyboru naukowiec, nauczyciel akademicki i społecznik.

Prócz pracy zawodowej uczestniczy czynnie w pracach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, jest członkiem Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej, Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Komisji Prawa i Legislacji oraz przewodniczącą Zespołu ds. Opieki Długoterminowej i Hospicyjnej przy tejże Radzie.

Laureatka III Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy w dziedzinie Ochrony Zdrowia za wybitną i znaczącą działalność w ochronie zdrowia i szczególny charakter pracy na rzecz pacjenta w 2010 roku.



Doświadczenie zawodowe zdobywała kolejno na oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej w Szpitalu Miejskim im. T. Chałubińskiego w Częstochowie, jako przełożona pielęgniarek w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej przy ul. Kopernika 45, kierownik Stacji Opieki Pielęgniarskiej Caritas, kierownik trzech edycji specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej w Spółdzielni Pracy Oświata w Częstochowie oraz kierownik kilku edycji kursu kwalifikacyjnego pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek, wykładowca Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie na Wydziale Zarządzania Medyczno-Humanistycznego.

Jest autorką i współautorką 9 publikacji naukowych.

Brała czynny udział w 4 konferencjach naukowych.

Prywatnie żona i matka oraz zapalona turystka – chętnie zwiedza, eksploruje i zdobywa.

## VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych 6-8 grudnia 2011 w Jachrance.





# VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych 6-8 grudnia 2011 w Jachrance.

